



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELAINE FÁTIMA PADILHA

**AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

MARINGÁ

2010

ELAINE FÁTIMA PADILHA

**AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Laura Misue Matsuda

MARINGÁ

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

P123a	<p>Padilha, Elaine Fátima</p> <p>Auditoria como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário / Elaine Fátima Padilha.-- Maringá: [s.n.], 2010.</p> <p>168 f. : il.</p> <p>Orientador : Prof^a. Dr^a. Laura Missue Matsuda.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, 2010.</p> <p>1. Auditoria de Enfermagem. 2. Qualidade de assistência à saúde. 3. Avaliação em enfermagem. 4. Registros de enfermagem. Unidade de terapia intensiva. I. Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem II. Título.</p> <p>CDD 21.ed.610.73</p>
-------	---

ELAINE FÁTIMA PADILHA

AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá, como
requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria D’Innocenzo

Universidade Federal de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad

Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Laura Misue Matsuda (Orientadora)

Universidade Estadual de Maringá

DEDICO

Aos meus pais Maria e José, os quais a distância afasta fisicamente, mas que amo muito e que são a razão da minha caminhada...

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela divina oportunidade de conhecer quão maravilhosa sensação é a concretização de um “SONHO”.

À professora **Dr^a. Laura Misue Matsuda** pela valiosa convivência neste percurso do mestrado e principalmente por ter acreditado que seria possível a conclusão deste trabalho, não tenho palavras para agradecer... Muito Obrigada!!!!

À professora **Dr^a. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad** e à professora **Dr^a. Maria D’Innocenzo** pela importante contribuição no exame de qualificação e na defesa.

A querida amiga **Gelena**, pela presteza em todos os momentos em que solicitei.

Às colegas de trabalho **Sara, Lígia, Shirley, Lizandra e Nelsi** que muito contribuíram para que pudesse me ausentar para a conclusão deste estudo.

A todos os colegas do curso de Mestrado, em especial à **Elionésia, Franciele, Patrícia, Ivonete, Jaquiline e Mônica** que partilhavam, semanalmente, das inesquecíveis viagens a Maringá.

A todos os integrantes da equipe de enfermagem da UTI-A do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, pela colaboração e apoio na realização deste estudo.

À Direção de Enfermagem do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, na pessoa da **Enf^a. Luciana Aparecida Fabríz**, pela possibilidade de adequação de horários para realização deste trabalho.

A todos os colegas do Hospital Universitário do Oeste do Paraná que direta ou indiretamente contribuíram para a possibilidade de realização deste trabalho e que não nomeiei neste momento.

Em especial aos **Pacientes** ou seus **Familiares**, por aceitarem participar deste estudo e com isso contribuir para a possibilidade de melhoria da qualidade do cuidado.

Prometa-se a si mesmo:

Ser tão forte que nada perturbe a paz de
sua mente.

Falar de felicidade, saúde e prosperidade
a cada pessoa que conhecer.

Fazer sentir aos amigos que há algo de
valor neles.

Ver o lado brilhante de cada coisa e
conseguir otimismo por meio dele.

Pensar somente o melhor, trabalhar
somente pelo melhor e esperar somente o
melhor.

Ser tão entusiasta pelo êxito dos demais
como por seu próprio.

Esquecer os erros do passado e insistir
para conseguir grandes realizações no
futuro.

Exibir um aspecto atraente em todo o
tempo e obsequiar a cada pessoa
conhecida com um sorriso.

Dar tanto tempo a seu melhoramento
pessoal que não sobre tempo para criticar
os outros.

Ser demasiado grande para preocupar-se,
demasiado nobre para irar-se e
demasiado feliz para permitir a presença
de problemas que perturbem sua fé.

(Cristian D. Larsen)

PADILHA, Elaine Fátima. **Auditoria como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário**. 2010. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMO

Estudo de avaliação que teve como objetivo geral *avaliar a qualidade do cuidado e dos registros de enfermagem realizados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário*. O estudo foi realizado com 50 pacientes de uma *Unidade de Terapia Intensiva Adulto, por meio da Auditoria da Qualidade*. Dentre os critérios para fazer parte da amostra, estabeleceram-se a idade ≥ 18 anos e permanência mínima de três dias de internação na unidade. A coleta dos dados se realizou no período de 01 de maio a 31 de julho de 2009, por meio de um roteiro proposto por Haddad, dividido em duas partes: a primeira era destinada a Auditoria Operacional, composto de oito itens e 65 subitens e a segunda, referente à Auditoria Retrospectiva, possuía sete itens e 52 subitens. A avaliação da qualidade foi realizada por meio de duas etapas, a primeira – Auditoria Operacional – consistiu na observação do ambiente onde o paciente estava internado, incluindo a execução do exame físico e verificação *in loco* dos cuidados prescritos; a segunda – Auditoria Retrospectiva – compreendeu a avaliação dos registros realizados pela equipe de enfermagem no prontuário. O tratamento dos dados ocorreu através do programa *Microsoft Office Excel 2007* e a seguir a análise foi realizada com o auxílio do *Statistical Analysis System 9.1.3*. Para a Auditoria Operacional, foram considerados de qualidade os itens do roteiro que obtiveram Índice de Positividade (IP) $\geq 70\%$ e para a Retrospectiva, foram considerados os itens com Percentual de Preenchimento (PP) Completo $\geq 80\%$; Incompleto até 15%; Não Preenchido menos de 15% e Incorreto 0%. Dentre os resultados, foram considerados de qualidade os cuidados relacionados à Segurança Física (71%) e à Utilização de Equipamentos (72%). Os demais não alcançaram o critério de qualidade, destacando-se os relacionados à Atividade Física (28%) e à Oxigenação/ Ventilação (29%), em razão de apresentarem os menores IPs do estudo. Quanto aos registros realizados pela

equipe de enfermagem, verificou-se que nenhum item contemplou todos os critérios de qualidade propostos, em razão de que o PP médio obtido foi de 46% para o “Completo”; seguido de 43% para o Incompleto; 10% para o Não Preenchido e 1% para o Incorreto. Na avaliação dos cuidados de enfermagem para cada mês auditado, foi observado que os referentes à Higiene e Conforto e aos Aspectos Organizacionais não atingiram o critério de qualidade proposto em nenhum mês investigado. Os demais cuidados avaliados apresentaram $IP \geq 70\%$ em pelo menos um mês auditado. No que diz respeito aos registros de enfermagem, foi verificado que dentre todos os itens avaliados somente o relacionado às Anotações de Enfermagem apresentou elevação no PP de todas as possibilidades de resposta. Os demais registros, no decorrer dos meses auditados, não apresentaram PP que se aproximaram dos critérios de qualidade determinados. Concluiu-se que poucos cuidados de enfermagem foram considerados de qualidade e que os registros realizados pela equipe de enfermagem deixam a desejar, porque nenhuma dos que foram avaliadas atendeu a todos os critérios estabelecidos.

Palavras-chave: Auditoria de enfermagem. Qualidade da assistência à saúde. Avaliação em enfermagem. Registros de enfermagem. Unidades de terapia intensiva.

PADILHA, Elaine Fátima. **Audit as a tool for the quality of nursing care in the Intensive Care Unit of a University Hospital.** 2010. 168 f. Dissertation (Master in Nursery)–State University of Maringá, Maringá, 2010.

ABSTRACT

This evaluation study had as general purpose evaluate nursing care and record quality performed in an Intensive Care Unit of a University Hospital. It encompassed fifty patients from an Adult Intensive Care Unit through Quality Auditing. Being eighteen years of age, or older, and having a minimum of three-day stay in the ICU was among the criteria established to be part of the sampling. Data was collected from May 1st to July 31st 2009 by way of a guide proposed by Haddad which was divided in two parts: the first destined to Operational Auditing comprised of eight items and sixty-five sub items, and a second one referred to Retrospective Auditing composed of seven items and fifty-two sub items. Quality evaluation was performed in two stages. The first – Operational Auditing – consisted in observing the environment where the patient was, including execution of physical exams and *in loco* verification of prescribed care; the second – Retrospective Auditing – encompassed evaluation of the records taken by the nursing team. All data were recorded on *Microsoft Office Excel 2007* and next, analyses was performed with the help of the Statistical Analysis System 9.1.3 software. It was considered of quality guides that obtained Positive Indexes (PI) $\geq 70\%$ for Operational Auditing, and for Retrospective Auditing items with Complete Filling-out Percentage (FP) $\geq 80\%$; Incomplete up to 15%; no filling-out less than 15% and incorrect 0%. Among the results, care related to Physical Safety (71%) and Equipment Application (72%) were considered of quality. The remainder items did not reach quality criteria, highlighting the ones related to Physical Activity (28%) and Oxygenation/Ventilation (29%), because they presented the lowest PIs in the study. As per records taken by the nursing team, it was confirmed that none of the items met all proposed quality criteria due to the fact that the obtained average FP was 45.6% for the Complete; 42.8% for the incomplete; 10.8% for the no filling up, and 0.8% for the incorrect. In the evaluation of nursing care for each audited month, it was observed that the ones relative to Hygiene and Comfort and to Organizational Aspects did not reach the proposed quality criteria in

none of the investigated months. The remainder evaluated care showed $PI \geq 70\%$ in at least one of the audited months. As per nursing records, it was confirmed that among all the evaluated items only the one related to Nursing Records presented an increase in FP of all answer possibilities. During auditing months, the remainder records did not show FP that approximated the determined quality criteria. We concluded that few nursing care were considered of quality and that records taken by the nursing team leave to be desired because none of the evaluated ones met all established criteria.

Keywords: Nursing audit. Quality of health care. Nursing assessment. Records nursing. Intensive care unitis.

PADILHA, Elaine Fátima. **Auditoría como herramienta para la calidad de los cuidados de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital Universitario**. 2010. 168 f. Disertación (Maestría en Enfermería)–Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMEN

Estudio de evaluación que tuvo como reto general evaluar la calidad del cuidado y de los registros de enfermería realizados en una Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital Universitario. El estudio fue realizado con 50 pacientes de una Unidad de Terapia Intensiva Adulto, por medio de la Auditoría de la Calidad. Entre los criterios para hacer parte de la muestra, se establecieron la edad ≥ 18 años y permanencia mínima de tres días de internación en la unidad. La colecta de los datos se realizó en el período de 01 de mayo a 31 de julio de 2009, por medio de un guión propuesto por Haddad, dividido en dos partes: la primera era destinada a la Auditoría Operacional, compuesta de ocho ítems y 65 subítems y la segunda, referente a la Auditoría Retrospectiva, poseía siete ítems y 52 subítems. La evaluación de la calidad fue realizada por medio de dos etapas, la primera – Auditoría Operacional - consistió en la observación del ambiente donde el paciente estaba internado, incluyendo la ejecución del examen físico y verificación *in loco* de los cuidados prescritos; la segunda – Auditoría Retrospectiva – comprendió la evaluación de los registros por el equipo de enfermería en el prontuario. El tratamiento de los datos ocurrió a través del programa *Microsoft Office Excel 2007* y a seguir el análisis fue realizado con el auxilio del *Statistical Analysis System 9.1.3*. Para la Auditoría Operacional, fueron considerados de calidad los ítems del guión que obtuvieron *Índice de Positividad* (IP) $\geq 70\%$ y para la Retrospectiva, fueron considerados los ítems con *Percentual de Relleno*(PR) Completo $\geq 80\%$; Incompleto hasta el 15%; *No Relleno* menos del 15% e Incorrecto el 0%. Entre los resultados, fueron considerados de calidad los cuidados relacionados a la Seguridad Física (71%) y a la Utilización de Equipamientos (72%). Los demás no alcanzaron el criterio de calidad, destacándose los relacionados a la Actividad Física (28%) y a la Oxigenación – Ventilación (29%), en razón de que hayan presentado los menores IPs del estudio. Cuanto a los registros realizados por el equipo de enfermería, se ha

verificado que ningún ítem contempló todos los criterios de calidad propuestos, en razón de que el promedio del PR obtenido fue de 45,6% para “Completo”; seguido de 42,8% para el Incompleto; 10,8% para el *No Relleno* y 0,8% para el Incorrecto. En la evaluación de los cuidados de enfermería para cada mes auditado, fue observado que los referentes a la Higiene y Confort y a los Aspectos Organizacionales no atingieron el criterio de calidad propuesto en ningún mes investigado. Los demás cuidados evaluados presentaron $IP \geq 70\%$ en por lo menos un mes auditado. Acerca de los registros de enfermería, fue verificado que entre todos los ítems evaluados sólo el relacionado a los Apuntes de Enfermería presentó elevación en el PP de todas las posibilidades de respuestas. Los demás apuntes, a lo largo de los meses auditados, no presentaron PR que se aproximaron de los criterios de calidad determinados. Se concluyó que pocos cuidados de enfermería fueron considerados de calidad y que los registros realizados por el equipo de enfermería son fallos porque ninguno de los que fueron evaluados atendió a todos los criterios establecidos.

Palabras clave: Auditoría de enfermería. Calidad de la atención de salud. Evaluación en enfermería. Registros de enfermería. Unidades de terapia intensiva.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Organograma da estrutura organizacional da instituição campo de estudo. Cascavel-PR, 2010	72
Figura 2	Síntese da Auditoria Retrospectiva identificada nos registros realizadas pela equipe de enfermagem da UTI-A/HUOP no período de maio a julho de 2009. Cascavel-PR, 2009	116
Figura 3	Comparação entre os percentuais de preenchimento obtidos para os registros de enfermagem avaliados na UTI-A/HUOP e os percentuais de preenchimento considerados de qualidade. Cascavel-PR, 2009	117
Figura 4	Percentual de Preenchimento médio dos registros de enfermagem identificadas na Auditoria Retrospectiva realizada em maio, junho e julho de 2009 na UTI-A/HUOP. Cascavel-PR, 2009	131

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Indicadores de Qualidade do cuidado de enfermagem propostos pelo Programa de Qualidade Hospitalar. São Paulo-SP, 2006	49
Quadro 2	Classificação do cuidado de enfermagem conforme Carter apud Saube e Horr. Florianópolis-SC, 1982	67
Quadro 3	Critérios de preenchimento dos registros de enfermagem de acordo com Cianciarullo, Fugulin e Andreoni. São Paulo-SP, 1998	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Índice de Positividade e classificação de Qualidade identificados na Auditoria Operacional realizada na UTI-A/HUOP. Cascavel-PR, 2010	84
Tabela 2	Percentual de Preenchimento dos registros de enfermagem identificado na Auditoria Retrospectiva realizada na UTI-A/HUOP. Cascavel-PR, 2010	101
Tabela 3	Índice de Positividade médio e geral identificados na Auditoria Operacional realizado nos cuidados de enfermagem da UTI-A/HUOP em maio, junho e julho de 2009. Cascavel-PR, 2009	118
Tabela 4	Percentual de Preenchimento dos registros de enfermagem identificados na Auditoria Retrospectiva realizada em maio, junho e julho de 2009 na UTI-/HUOP. Cascavel-PR, 2009	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACQAE	Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem
ANA	<i>American Nurses Association</i>
APM	Associação Paulista de Medicina
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCQ	Círculos de Controle da Qualidade
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COPEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
COU	Conselho Universitário
CQ	Controle da Qualidade
CQH	Controle da Qualidade Hospitalar
CREMESP	Conselho Federal de Medicina de São Paulo
d.C	Depois de Cristo
DE-HUOP	Direção de Enfermagem do Hospital Universitário do Oeste do Paraná
DP	Desvio Padrão
EUA	Estados Unidos da América
GQ	Gestão da Qualidade
HUMANIZASUS	Política Nacional de Humanização
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
ISO	<i>International Standart Organization</i>
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Helthcare Organization</i>
MS	Ministério da Saúde
NAGEH	Manual de Indicadores de Enfermagem
NAS	<i>Nursing Activies Score</i>

NCLEX	<i>National Council's of Learning Extension</i>
NIC	<i>Classificação de Intervenções de Enfermagem</i>
NIGQ	Núcleos de Implementação de Gestão da Qualidade
NOAS	Norma Operacional de Assistência em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOC	<i>Classificação de Resultados de Enfermagem</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PAM	Pressão Arterial Média
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PDCA	<i>Plan, Do, Check e Action</i>
PDPG-SUS	Programa de Desenvolvimento das Políticas de Gestão do SUS
PE	<i>Processo de Enfermagem</i>
PGH	Programa de Qualidade Hospitalar
PIA	Pressão Intra Abdominal
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNQ	Prêmio Nacional de Qualidade
PVC	Pressão Venosa Central
QUALISUS	Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SAS	Statistical Analysis System 9.1.3
SC	Santa Catarina
SISNEP	Sistema Nacional de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TQC	<i>Total Quality Control</i>

TQM	<i>Total Quality Management</i>
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários Infantil
UTI-N	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI-P	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	PROBLEMA E HIPÓTESE	25
1.2	JUSTIFICATIVA	27
2	REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1	GESTÃO DA QUALIDADE	29
2.1.1	Qualidade no contexto da saúde	31
2.2.2	Qualidade no contexto saúde no Brasil	34
2.2.3	Qualidade na enfermagem	38
2.2	INDICADORES DE QUALIDADE.....	44
2.2.1	Indicadores de qualidade na enfermagem	48
2.3	AVALIAÇÃO	52
2.3.1	Avaliação da qualidade na área da saúde	52
2.3.2	Avaliação da qualidade na enfermagem	55
2.4	AUDITORIA	58
2.4.1	Auditoria na enfermagem	61
2.4.2	Auditoria da qualidade na enfermagem	65
3	OBJETIVOS	70
3.1	OBJETIVO GERAL	70
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	70
4	MATERIAL E MÉTODOS	71
4.1	TIPO DO ESTUDO	71
4.2	LOCAL DO ESTUDO	71
4.2.1	Caracterização do local da pesquisa	71
4.3	POPULAÇÃO	75
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	75
4.5	PERÍODO DE COLETA DE DADOS	76
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	77
4.7	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	77
4.7.1	Auditoria operacional	78
4.7.2	Auditoria retrospectiva	79

4.8	TRATAMENTO DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	80
5	RESULTADO E DISCUSSÃO	83
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	83
5.2	ANÁLISE CONJUNTA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS E DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NA UTI-A/HUOP	83
5.2.1	Auditoria operacional	83
5.2.3	Auditoria retrospectiva	101
5.3	ANÁLISE DA QUALIDADE DOS CUIDADOS E DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NA UTI-A/HUOP POR MÊS AUDITADO	118
5.3.1	Auditoria operacional	118
5.3.2	Auditoria retrospectiva	124
6	CONCLUSÕES	132
	REFERÊNCIAS	134
	APÊNDICES	147
	ANEXOS	166

1 INTRODUÇÃO

O advento da globalização, da transformação da economia e do comportamento das pessoas acentuou a necessidade de se fornecer produtos e serviços de qualidade. Com isso, houve modificação também no conceito de Qualidade, o qual não está sendo utilizado apenas para conferir característica, atributo, mérito ou virtude a objetos ou produtos, mas é tido também como termo que se relaciona com a conformação de serviços ou atividades a padrões previamente estabelecidos.

Para Juran (1992) a qualidade consiste na conformação do produto ou serviço à necessidade do consumidor, com finalidade de satisfazer as suas expectativas. Crosby (1999) considera que a qualidade é um processo de obtenção de conformidade em padrões estabelecidos, utilizando o termo “zero defeito”.

Segundo Donabedian (1988) conceituar qualidade consiste em uma tarefa complexa, imbuída de subjetividade, que requer a consideração da percepção de cada indivíduo envolvido no processo de avaliação, da cultura que norteia a instituição a ser avaliada e das expectativas estabelecidas para o processo.

No âmbito da saúde, qualidade pode ser conceituada como a missão da instituição de modo que atenda às necessidades dos usuários. Qualidade em saúde pode ser entendida, ainda, como a obtenção dos maiores benefícios possíveis, utilizando de meios desejáveis e com o mínimo de riscos (MEZOMO, 2001; DONABEDIAN, 1992).

Para fins deste estudo, adota-se a definição da Organização Mundial da Saúde (1981) que considera a qualidade como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, a utilização eficiente dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos usuários.

Verifica-se que as diversas conceituações de qualidade expostas anteriormente convergem em um ponto principal – a busca pela melhoria contínua, seja do produto ou do serviço, com a finalidade de atender às necessidades do consumidor. Assim, partindo desta premissa, tem-se que na saúde a qualidade consiste na busca pela melhoria do atendimento prestado.

Nesse contexto de busca por melhorias no âmbito da saúde, observou-se que algumas instituições hospitalares brasileiras adequaram seu sistema de gestão,

pautando-se na valorização da qualidade. Este fato também pode ser notado na postura dos profissionais de saúde, os quais têm modificado sua concepção acerca do seu processo de trabalho, com vistas a oferecer melhores cuidados (ANTUNES; TREVISAN, 2000).

Entretanto a postura da valorização da qualidade já se faz presente em algumas instituições hospitalares do país e também entre os profissionais da área, nota-se a necessidade de um maior envolvimento por parte destes sujeitos, para que se possa obter efetiva qualidade nos serviços de saúde (MATSUDA; ÉVORA; BOAN, 2000).

Destaca-se que além do envolvimento dos profissionais e das instituições, a obtenção da qualidade no âmbito da saúde, requer também o conhecimento da realidade de cada serviço oferecido à população, visando com isso à identificação dos pontos positivos e negativos, a fim de promover reflexão sobre os mesmos, para que ações de melhorias sejam propostas. O conhecimento das características dos serviços prestados pode ser conseguido com o estabelecimento de um processo chamado - avaliação da qualidade.

A avaliação da qualidade consiste em uma ferramenta proposta pelo sistema da Gestão da Qualidade (GQ), sistema este que surgiu no âmbito industrial e que nos últimos anos vem sendo transferido para o setor saúde (ANTUNES; TREVISAN, 2000).

A GQ compreende a busca da qualidade por meio da melhoria contínua, contando com a participação dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores, focando a obtenção da satisfação destes sujeitos, o trabalho em equipe e principalmente, a constante verificação e prevenção dos problemas ou inconformidades (MATSUDA, 2002; LONGO, 1996).

No Brasil existem relatos como os de Fonseca et al. (1994), Muller, Delziovo e Rutta (1994), Antunes (1997), Schiesari e Kisil (2003), Haddad (2004), sobre a aplicação das ferramentas da GQ em instituições hospitalares, clínicas e ambulatoriais, porém, não são muitas as descrições desta prática em unidades com atendimento considerado mais crítico, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Nas UTIs o atendimento é considerado mais crítico, quando comparado com outros setores de uma instituição de saúde, principalmente, devido à constante insuficiência de leitos para internação nestas unidades, à extrema gravidade dos pacientes internados e à falta de recursos humanos.

Com relação à insuficiência de leitos para internação na UTI, de acordo com a Portaria n.º 1101/02 (12 de junho de 2002), no item 3.5, sub-item “b” do Anexo, o número estimado de leitos de UTI deve corresponder de 4 a 10% do total de leitos hospitalares (BRASIL, 2002a). Observa-se que esta determinação, normalmente, não corresponde à realidade verificada no Brasil, ocasionando demanda reprimida de leitos.

A insuficiência de leitos de UTIs pode comprometer a qualidade do cuidado prestado ao paciente, uma vez que durante o tempo de espera pela vaga na unidade de internação, ele permanece em locais, quase sempre não especializados e que, muitas vezes, não possuem condições de atendê-lo a contento. Ademais, além do prejuízo à qualidade do cuidado prestado, a demanda reprimida de leitos de UTI acentua, ainda mais, a problemática da superlotação dos Pronto-Socorros/Emergências, locais onde os pacientes, que requerem internação compulsória em terapia intensiva, aguardam pelo surgimento da vaga.

Com relação à gravidade dos pacientes que internam na UTI, percebe-se que isso decorre, principalmente, da mudança do perfil dos pacientes que internam nesta unidade. No início do seu surgimento, as UTI se destinavam a recuperação de pacientes submetidos a procedimentos anestésicos cirúrgicos, com menor gravidade, mas nos dias atuais, em razão do envelhecimento da população, os pacientes que requerem internação nesta unidade, quase sempre são acometidos por doenças crônicas degenerativas em fase aguda e, portanto, com estado clínico mais grave (AIRETTA; TAYLOR; KIRLLEY, 1992; KLEINPELL; FERRANS, 1998).

No que concerne à sobrecarga de trabalho nas UTIs, nota-se que além da gravidade dos pacientes que internam nesta unidade, há inadequado dimensionamento, principalmente da equipe de enfermagem que é responsável pela maioria dos cuidados executados. Esses fatores geram sobrecarga laboral promovendo a elevação no nível de estresse, surgimento de doenças ocupacionais, desmotivação, dentre outros que, certamente culminam em prejuízos diversos.

De acordo com Nicola (2004), Padilha (2007), Versa (2008) e Inoue (2008) em estudos realizados em UTI-Adulto de hospitais de ensino público, observou-se o dimensionamento inadequado, principalmente, entre os profissionais enfermeiros, não atendendo a Resolução n.º 293/04 (21 de setembro de 2004) do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que recomenda que este profissional seja responsável por pelo menos 52% dos cuidados prestados em UTI, sob risco de a

qualidade do cuidado ficar prejudicada, caso esta proporção não seja contemplada (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

Vale destacar que a recomendação do COFEN coaduna com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem n.º 7498/86 a qual determina que o enfermeiro deve realizar os cuidados de maior complexidade técnica, os quais demandam conhecimentos científicos e capacidade de tomada de decisão, como é o caso de grande parte dos cuidados prestado aos pacientes em UTI (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986). Considera-se que esta recomendação é pertinente porque visa prevenir danos decorrentes da prestação de cuidados por profissionais não habilitados para tal prática, a fim de manter um padrão de qualidade adequado.

A preocupação com a busca da qualidade do cuidado, além de estar presente nas recomendações legais para o exercício da enfermagem, consiste em uma prática que é inerente ao próprio ato de cuidar/cuidado que segundo Waldow (1998, p. 28) “[...] envolve valores, um desejo/intenção e um compromisso para cuidar, além de incluir conhecimento, ações e conseqüências”.

O próprio ato de cuidar na enfermagem, já expressa questões que demonstram de forma peculiar o envolvimento da categoria com a qualidade, como por exemplo, o compromisso, o conhecimento e a consequência pelas ações executadas, fatores estes que se acredita serem primordiais para a qualidade do cuidado prestado à população.

Retomando a questão do envolvimento da enfermagem com a qualidade, destaca-se que existem registros desta relação desde o século XIX, com a implantação dos rígidos padrões sanitários realizados por Florence Nightingale. Além deste fato marcante para a enfermagem, outros avanços na profissão, como as normatizações de técnicas e rotinas; o processo de enfermagem; a determinação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, quando analisados em sua essência de criação, constituem exemplos de ações, que de uma forma ou de outra, buscam a melhoria da prática da profissão e, portanto da qualidade (LIMA; ERDMAN, 2006; FONSECA et al., 2005).

Para Malik (2006) a enfermagem busca constantemente a qualidade, mesmo que informalmente, por meio da rigorosidade exigida na realização técnica dos procedimentos, visando assegurar os melhores resultados.

Para Adami (2000) a busca da qualidade do cuidado de enfermagem consiste em uma responsabilidade inerente à ética profissional e social da classe, indispensável no mundo atual. Neste contexto, destaca-se a Resolução n.º 311/07 que dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que assegura a todos os elementos da sociedade o direito a um cuidado livre de danos decorrentes de atos de imperícia, imprudência ou negligência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007). Se for considerado que a qualidade também implica na ausência de erros e falhas que ocasionam danos, o referido Código estabelece que os cuidados prestados pela enfermagem sejam de qualidade.

As ações em prol da qualidade na enfermagem centralizam-se no enfermeiro, por ser ele o responsável pela supervisão do restante da equipe de trabalho. Esse papel de agente em favor da qualidade lhe foi atribuído mediante a Lei do Exercício Profissional n.º 7498/86, regulamentada pelo Decreto n.º 94.406 de 08 de julho de 1987, que determina ao enfermeiro a responsabilidade pelas atividades de planejamento, organização, consultoria e avaliação dos cuidados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Na UTI, acentua-se a necessidade de se realizar processos de avaliação da qualidade do cuidado por todos os integrantes da equipe de enfermagem, em razão destas unidades apresentarem diversos pontos que podem gerar prejuízos ao atendimento e à clientela.

Mas como os cuidados de enfermagem prestados na UTI podem ser avaliados? Esta indagação pode ser respondida com a utilização de uma ferramenta da GQ, a Auditoria da Qualidade, que vem sendo cada vez mais utilizada nos processos de avaliação dos cuidados, em razão de possibilitar o conhecimento da realidade; a reflexão sobre o processo de trabalho executado; a proposição de intervenções baseadas nos cuidados em desacordo com os padrões de qualidade adotados e também, subsidiar ações de educação permanente (SCARPARO; FERRAZ, 2008; SOUZA; MOURA; FLORES, 2002).

A Auditoria da Qualidade consiste em um método de aferição dos cuidados da maneira como estes são prestados pela equipe de enfermagem, realizado com base em padrões estipulados de acordo com a realidade que se quer avaliar (NONINO, 2006; D'INNOCENZO, 2006). No âmbito da terapia intensiva em especial, acredita-se que os benefícios oriundos desta prática podem ser extremamente úteis por possibilitarem a identificação dos pontos positivos e negativos dos cuidados de

enfermagem executados, auxiliando na tomada de decisão em favor da busca pela qualidade do cuidado prestado.

Destarte, esforços devem ser impetrados por todos os sujeitos envolvidos com a prestação dos cuidados de enfermagem nas UTIs para que processos de avaliação sejam implantados e utilizados como ferramentas de gestão em benefício do planejamento e da execução de cuidados pautados na excelência.

1.1 PROBLEMA E HIPÓTESE

A autora deste estudo desenvolveu sua trajetória profissional no cuidado de enfermagem a pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), onde acompanhava todo o processo de trabalho da equipe de enfermagem, desde as tarefas administrativas/gerenciais até o cuidado direto ao paciente.

Na prática diária de trabalho na UTI-A de um hospital universitário público, a autora, em distintas ocasiões, presenciou inadequações no cuidado prestado pela enfermagem, que via de regra, eram identificadas por outros profissionais da equipe de saúde que atuavam em conjunto com a enfermagem e não pelo profissional ao qual se atribui a função de supervisionar, avaliar, auditar - o enfermeiro.

Ademais, a pesquisadora também observou que havia uma postura de supervisão punitiva para com os membros da equipe de enfermagem da UTI-A, não sendo, portanto, pautada na ética e no respeito, ocasionando constrangimentos e descontentamento na equipe. Isso tudo gerava estresse no ambiente de trabalho, situação que se acreditava prejudicar a qualidade do cuidado prestado.

Outro fato que a autora também percebia como potencialmente prejudicial à qualidade do cuidado prestado na UTI-A era o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem, que se acentuava nos finais de semana, com o acúmulo de folgas dos auxiliares/técnicos e dos enfermeiros. Além disso, quando o enfermeiro estava presente na unidade, este era responsável pela cobertura das folgas do supervisor da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P), unidade anexa a UTI-A, que possui cinco leitos e apenas um auxiliar/técnico de enfermagem no fim de semana. Esse fato exigia que o enfermeiro realizasse muitas atividades técnicas elementares o que fazia com que este profissional não se dedicasse as atividades

de maior complexidade junto ao paciente e à supervisão da equipe de enfermagem, comprometendo a qualidade do cuidado prestado.

Os cuidados de enfermagem que requeriam melhoria na UTI-A/HUOP se relacionavam aos procedimentos técnicos realizados rotineiramente, como a higiene e o conforto, segurança física do paciente, nutrição e hidratação, oxigenação e ventilação, dentre outros. Além da necessidade de melhoria no âmbito dos procedimentos técnicos, os registros de enfermagem também exigiam readequações, pois apresentavam erros, rasuras, letra ilegível, falta de coerência, clareza, objetividade entre outros problemas.

Os pontos destacados inquietavam a pesquisadora, que acreditava ser necessária a realização de um processo de avaliação do cuidado de enfermagem prestado na unidade, que contemplasse as questões citadas anteriormente, a fim de suscitar discussões entre todos os membros da equipe de enfermagem para que ações em favor da melhoria pudessem ser realizadas.

A inquietação com os pontos descritos acima, aliada ao ingresso no Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR, na linha de pesquisa da Gestão em Saúde, acentuou na autora, o interesse pela temática referente à avaliação da qualidade, de modo que iniciou intensa investigação acerca das ferramentas que poderiam ser utilizadas para a efetivação do processo de avaliação e neste momento teve seu primeiro contato com a abordagem do sistema da GQ, o qual propõe diversos métodos que avaliam as atividades prestadas no âmbito dos serviços, destacando-se a saúde e a enfermagem. Dentre as ferramentas analisadas, uma que chamou a atenção da pesquisadora pela eficiência e versatilidade foi a Auditoria da Qualidade.

A determinação do método de Auditoria da Qualidade para a avaliação do cuidado de enfermagem na UTI-A exigiu a busca de um roteiro que se aplicasse à realidade a ser estudada. Através de buscas na literatura encontrou-se o formulário denominado **Roteiro para Auditoria Operacional e Retrospectiva** proposto por Haddad (2004) e utilizado pela Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário de Londrina-PR.

Diante do interesse em investigar a qualidade do cuidado de enfermagem na UTI em que a pesquisadora atuava antes de iniciar o presente estudo, estabeleceu-se como problema de pesquisa: O processo de avaliação, fundamentado na Auditoria da Qualidade, possibilita identificar a qualidade dos cuidados e dos

registros de enfermagem realizados em uma UTI-A de um hospital universitário público?

Como hipótese deste estudo, definiu-se: O processo de avaliação com base na Auditoria da Qualidade possibilita identificar a qualidade dos cuidados e dos registros de enfermagem realizados em uma UTI-A de um hospital universitário público.

1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse pela realização deste estudo partiu da necessidade de conhecer a realidade acerca da qualidade do cuidado de enfermagem, prestado em terapia intensiva.

O motivo que incitou a proposta de desenvolvimento deste estudo decorreu da observação da autora, durante sua prática como enfermeira supervisora de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital-ensino público UTI-A/HUOP, que muitos cuidados não estavam sendo executados da maneira considerada correta, tanto no aspecto técnico quanto ético e humano e este fato constantemente inquietava, não somente a autora, mas também os demais enfermeiros da unidade, porém em razão de não haver um processo de avaliação da qualidade do cuidado prestado instalado, poucas ou mesmo, nenhuma atitude era tomada no sentido de se fazer correções e melhorias.

Acredita-se que a proposição de ações em prol de melhorias requer um profundo conhecimento acerca dos pontos positivos e negativos do cuidado prestado e uma intensa reflexão por parte dos responsáveis pela sua execução – a equipe de enfermagem – caso contrário, as ações propostas podem não atender às reais necessidades de melhorias da unidade.

Muitas vezes, na unidade onde o estudo foi realizado, as enfermeiras, juntamente com a equipe técnica, tentaram identificar o padrão de qualidade do cuidado realizado, contudo, essa tentativa não foi bem sucedida, uma vez que os auxiliares/técnicos de enfermagem pouco contribuíram. Pressupõe-se que esse fato ocorreu por não compreenderem a importância dessa prática para a proposição de ações específicas em prol da melhoria da qualidade no serviço.

Ressalta-se que a realização de cuidados em desacordo com os padrões aceitáveis em ambiente de UTI, onde o paciente apresenta extrema disfunção dos sistemas orgânicos pode gerar graves consequências, como a morte.

Segundo Padilha (2001) a presença de inconformidades no cuidado de enfermagem prestado em terapia intensiva não é desejável em razão do importante prejuízo que provoca ao paciente, comprometendo a qualidade do cuidado. Para que esta realidade seja melhorada ou evitada se faz mister a adoção de processos de avaliação desses serviços.

Em razão da necessidade e da importância de prevenir prejuízos decorrentes de cuidados prestados de forma não adequada, pensou-se em realizar um processo de avaliação dos cuidados prestados, por meio da aplicação da Auditoria da Qualidade, ferramenta proposta pelo sistema da Gestão da Qualidade (GQ), amplamente utilizada para o gerenciamento no âmbito industrial e que vem sendo gradativamente aplicado no setor saúde, com excelentes resultados (ANTUNES; TREVISAN, 2000).

Salienta-se que a avaliação em terapia intensiva pode fundamentar a busca por melhorias, promovendo benefícios aos pacientes que recebem cuidados de qualidade e aos profissionais de saúde que proporcionam cuidados mais seguros, humanizados e eficientes, enfim, com qualidade.

Justifica-se a realização deste estudo, principalmente, por se acreditar que o conhecimento dos resultados da prática da avaliação da qualidade dos cuidados e dos registros realizados na UTI-A/HUOP podem subsidiar o estabelecimento de um diagnóstico situacional da unidade e a partir disso, promover a reflexão da equipe de enfermagem sobre sua prática profissional; fundamentar a tomada de decisões quanto à implementação de programas de educação permanente e treinamentos; o que certamente resulta na melhoria da qualidade do cuidado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Por considerar que a realização da avaliação dos cuidados e dos registros de enfermagem proposta para este estudo requer a utilização de bases teóricas que perpassam o âmbito da enfermagem, faz-se necessária uma revisão de literatura que aborde os seguintes temas: Gestão da Qualidade, Indicadores de Qualidade, Avaliação da Qualidade e Auditoria.

2.1 GESTÃO DA QUALIDADE

A Gestão da Qualidade (GQ) consiste em um sistema gerencial inovador que congrega diversos princípios de diferentes teorias administrativas. Dentre os princípios deste modelo de gestão, destacam-se a participação do cliente e a melhoria contínua dos processos, os quais contribuem para a motivação dos empregados e a satisfação das pessoas e da sociedade (MATSUDA, 2002).

De acordo com Longo (1996) a GQ consiste em opção de reorientação no âmbito da gerência das instituições que têm como premissas básicas o foco no cliente, o trabalho em equipe por toda a organização, decisões baseadas em fatos e dados, a busca constante da solução de problemas e a diminuição de erros.

Quanto às finalidades, Roscani e Lamas (2008) referem que a GQ busca a melhoria contínua dos produtos ou dos serviços, baseada no aprimoramento do trabalho dos diversos membros e de todas as áreas da organização.

O reconhecimento da importância da GQ no âmbito da prestação de serviços e produtos fez com que esta filosofia de gestão se difundisse no cenário mundial e recebesse diversas denominações como: Gerenciamento da Qualidade Total (TQM – *Total Quality Management*) nos Estados Unidos da América (EUA), Controle da Qualidade Total (TQC - *Total Quality Control*), no Japão. No Brasil, este sistema recebe o nome de Gestão pela Qualidade (GQ). Mesmo com as distintas designações, os princípios e objetivos permanecem inalterados (MATSUDA, 2002).

A base que fundamenta a GQ foi desenvolvida por W. A. Shewart, no cenário industrial norte-americano, na década de 1930. No entanto, este sistema de gestão

somente passou a ser amplamente conhecido durante a Segunda Guerra Mundial, em razão da utilização dos seus métodos e técnicas para a produção de suprimentos militares mais baratos e em larga escala (MALIK; SCHIESARI, 1998).

A aplicação da GQ na área de produção de armamentos bélicos pelos EUA gerou grande visibilidade para este novo modelo de gestão, o que chamou a atenção do Japão, o qual se encontrava arrasado pela guerra e necessitava reconstruir sua economia (FREITAS, 2003).

Para a implantação do sistema da GQ no Japão, foram convidados diversos teóricos americanos, destacando-se Willian Edward Deming que percorreu o país proferindo seminários e conferências a gerentes, chefes e engenheiros no campo do controle estatístico da qualidade (FREITAS, 2003). Malik e Schiesari (1998) afirmam que além da participação dos teóricos americanos, o êxito da aplicação dos princípios da qualidade no Japão decorreu das características culturais, sociais e educacionais que exercem forte influência naquele país.

Deming, principal teórico da qualidade e considerado o pai do milagre japonês, era formado em física, e seus estudos no âmbito da qualidade focavam a área agrícola, com ênfase no método de controle estatístico (BOHOMOL, 2006).

O teórico mencionado acima contribuiu sobremaneira para o desenvolvimento do sistema da GQ com a proposição dos 14 princípios para a administração da qualidade descritos em seu livro *Out of the Crisis* (DEMING, 1990).

A proposição do ciclo PDCA (*Plan, Do, Check e Action*) foi outra importante contribuição de Deming para a GQ. O Ciclo compreende as seguintes etapas: “P” - planejamento de objetivos e metas a serem alcançadas, “D” - execução/realização das atividades propostas, “C” – checagem das atividades realizadas com relação ao planejado e “A” – ação, representada pela consolidação dos resultados e correção dos erros/desvios que possam ocorrer (BOHOMOL, 2006).

Outros estudiosos também contribuíram para a formulação dos princípios e práticas que fundamentam a GQ, dentre eles se destacam: Crosby, Juran, Ishikawa (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Philip Crosby, engenheiro americano e estudioso da GQ, elaborou o conceito do “Zero defeito” e a quantificação da qualidade em termos financeiros, levando os gerentes a compreenderem que atingir a qualidade é mais barato do que não atingi-la (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Os princípios de qualidade propostos por Crosby são:

1. A definição de qualidade é a conformidade com os padrões.
2. O sistema de qualidade é a prevenção.
3. O padrão de desempenho é o “defeito zero”.
4. A mensuração da qualidade é o preço da não-conformidade (MALIK; SCHIESARI, 1998, p. 22).

Bohomol (2006) afirma que Joseph Moses Juran foi um estudioso do sistema da GQ que se destacou pela proposição da utilização de três processos para o gerenciamento da qualidade: planejamento, controle e melhoramento, conhecido na atualidade como a “trilogia de Juran”.

Considerando ainda os importantes teóricos da GQ, tem-se Kaoru Ishikawa, nascido no Japão, formado em química e que desenvolveu os Círculos de Controle da Qualidade (CCQ), ferramentas amplamente utilizadas nos dias atuais (HADDAD, 2004; BOHOMOL, 2006).

Conforme o exposto constata-se que são muitos os requisitos propostos pelos teóricos para o gerenciamento da qualidade. Acredita-se que esta diversidade de ferramentas existentes no âmbito da qualidade expressa a crescente preocupação com a melhoria contínua, que vem sendo gradualmente introduzida no setor saúde, e que será abordado no próximo tópico.

2.1.1 Qualidade no contexto da saúde

A Gestão da Qualidade (GQ) é considerada um eficiente sistema de gestão empregado na busca da melhoria contínua dos serviços e produtos, porém no âmbito da saúde, muitos são os questionamentos existentes e dentre eles se destacam: A GQ é aplicável nas instituições de saúde? Os resultados decorrentes da aplicação da GQ em instituições de saúde são positivos?

As indagações acerca da aplicabilidade da GQ no âmbito da saúde foram outrora realizadas por um professor da Universidade de Harvard – EUA, em 1987, chamado Donald Berwick que, objetivando elucidar suas dúvidas quanto à viabilidade da utilização da GQ nessa área, coordenou um estudo com um grupo de 21 instituições de saúde que foram assessoradas por consultores de qualidade,

utilizando métodos e ferramentas do setor industrial. Os resultados demonstraram que houve diminuição de custos, melhoria da qualidade, aumento da produtividade, evidenciando, assim, que a GQ pode ser aplicada nessa área (NOGUEIRA, 1994).

De acordo com o estudo realizado por Berwick, foi possível identificar inúmeras vantagens que justificam a utilização da GQ na saúde, contudo, cabe ressaltar que os benefícios decorrentes da aplicação deste sistema de gestão podem ser ainda maiores, uma vez que promovem a satisfação dos pacientes e a melhoria da qualidade de vida dos profissionais.

Todavia, cabe lembrar que a utilização dos princípios da GQ nas instituições hospitalares, a exemplo do estudo realizado por Berwick, não representa prática inédita na área, porque o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde data de 1855, durante a Guerra da Criméia, onde Florence Nightingale, enfermeira inglesa, implantou rígidos padrões sanitários e diminuiu a mortalidade entre os feridos da guerra (ADAMI, 2000).

Os resultados obtidos por Florence representaram um avanço na busca pela melhoria da assistência em saúde, sendo considerado marco nas iniciativas em favor da qualidade, porém estas ações tinham caráter descontínuo e isolado, causando pouco impacto nas condições de saúde da população na época. Adami (2000) afirma que somente nas últimas décadas, nos EUA, é que surgiram movimentos mais organizados que propuseram ações conjuntas em favor da busca da qualidade na área da saúde.

Os EUA, considerado berço de criação da GQ, iniciaram as discussões sobre qualidade mais especificamente em 1912, com o conceito *Quality of Care* proposto pelo médico Ernest Codman, segundo o qual todas as atividades realizadas no paciente deveriam ser observadas a fim de determinar a qualidade do cuidado prestado (FONSECA et al., 2005).

Matsuda (2002) discorre que anterior ao conceito proposto por Codman, o médico Abraham Flexner, em 1910, teceu valiosas considerações sobre a qualidade dos serviços médicos, por meio do relatório de seu estudo realizado nos EUA e no Canadá, emitindo críticas e sugestões para a melhoria do ensino e do atendimento prestado em saúde.

D'innocenzo, Adami e Cunha (2006) afirmam que tanto os trabalhos propostos por Flexner, como por Codman, suscitaram importantes contendas sobre qualidade, as quais contribuíram para a criação do Colégio Americano de Cirurgiões,

em 1913, entidade esta que foi responsável por inúmeros avanços em favor da melhoria da assistência em saúde nos EUA.

Quanto aos avanços no desenvolvimento da qualidade em saúde, um marco importante foi a criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) em 1951 nos EUA, a qual passou a ser denominada *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) em 1987 (LIMA; ERDMAN, 2006).

Outro importante evento visando incremento da qualidade mundial foi a criação da *International Standard Organization* (ISO), em 1987, na Suíça, com objetivo de avaliar por meio de *standards* produtos e serviços nas indústrias, e no setor saúde (VARGAS et al., 2007).

Paralelamente as experiências dos EUA e da Suíça, iniciaram-se os programas de garantia da qualidade no Canadá, baseado em iniciativas governamentais (MALIK, 2006). D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006) complementam que na Europa, o movimento da qualidade surgiu no arcabouço das questões éticas profissionais e da competitividade entre as instituições de saúde.

Em relação à América Latina e ao Caribe, registros concretos de implantação da qualidade no âmbito da saúde são escassos, no entanto, estudos apontam a existência de um movimento, desencadeado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais, que propunha a avaliação dos serviços de saúde prestados por meio da acreditação (ADAMI, 2000).

O processo de acreditação na América Latina atua como estimulador da implementação da qualidade nas instituições de saúde. Mas, o que vem a ser o processo de acreditação em saúde? Malik e Schiesari (1998, p. 29) descrevem que o conceito de acreditação nas instituições de saúde corresponde a um:

[...] sistema de avaliação externa que acaba por determinar se o serviço segue padrões previamente estabelecidos. Refere-se à qualidade da assistência prestada, partindo da premissa de que os serviços de saúde devem ser locais seguros tanto para o exercício profissional quanto para a obtenção de cura ou melhoria das condições de saúde.

De acordo com a literatura, observa-se que os processos de avaliação da qualidade em saúde são heterogêneos e fortemente influenciados pelo estado de desenvolvimento econômico, social, político e cultural, fato este evidenciado nos países considerados desenvolvidos, como os EUA, o Canadá e a Europa. Nesses países, as organizações de avaliação de qualidade são bem estruturadas e

exportam os modelos para países em desenvolvimento, que não possuem serviços bem consolidados (MALIK, 2006; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; ADAMI, 2000).

Considerando que as ações de qualidade nos países em desenvolvimento são recentes e pouco extensivas, o próximo tópico abordará a qualidade no contexto da saúde do Brasil.

2.1.2 Qualidade no contexto da saúde no Brasil

No Brasil, a concepção e a prática da garantia da qualidade encontraram espaço legítimo no campo da administração de serviços de saúde somente a partir da década de 1990 (ADAMI, 2000). Antes disso, a preocupação formal com a qualidade dos serviços médico-hospitalares era muito pequena, a assistência em saúde era mal distribuída, em geral de baixa qualidade e gerava insatisfação nos usuários (HADDAD, 2004).

Matsuda (2002) argumenta que as práticas relacionadas à qualidade na saúde foram observadas com mais frequência nas últimas duas décadas, entretanto em razão do caráter descontínuo e pouco estruturado que possuíam, resultaram em pouco impacto no sistema.

A primeira iniciativa relacionada à qualidade em saúde no Brasil, que se pode considerar, data de 1935, quando Odair Pedroso instituiu uma Ficha de Inquérito Hospitalar a qual seria utilizada pela Comissão Hospitalar do Ministério da Saúde visando à melhoria dos hospitais. Nessa mesma década, outra tentativa relacionada à qualidade foi a realização do Censo Hospitalar do Estado de São Paulo, o qual buscou a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Cabe ressaltar que estas iniciativas em busca da qualidade, propostas no Brasil, foram de extrema relevância, visto que no âmbito mundial, neste mesmo período as ações de qualidade em saúde ainda eram pouco expressivas.

A busca pela qualidade na década de 1950 foi marcada por propostas visando à melhoria das condições estruturais dos estabelecimentos de saúde, principalmente dos hospitais. Dentre as propostas realizadas se destacaram: o

estabelecimento de padrões mínimos para o funcionamento do centro cirúrgico, os componentes do prontuário e as normas gerais para a organização dos hospitais (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A preocupação com a determinação de normas em saúde permaneceu na década seguinte, quando o Instituto de Aposentadoria e Pensões da Previdência instituiu os critérios necessários para o credenciamento de instituições hospitalares, os quais se baseavam na planta física, nos equipamentos e na organização (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Diante do exposto, percebe-se que os primeiros trabalhos relacionados à qualidade na saúde, no Brasil, contemplavam principalmente os aspectos estruturais e organizacionais da assistência em relação aos recursos humanos e ao processo de cuidado (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

As iniciativas em favor da qualidade nas décadas de 1970 e 1980 foram tímidas, entretanto, merece destaque a promulgação da Constituição Federal em 1988, que determina os princípios de universalidade, equidade e integralidade para a assistência em saúde, com o escopo de melhorar a assistência prestada no país (MATSUDA, 2002).

Dentre as ações com maior impacto na qualidade da assistência em saúde no Brasil, na década de 1990, consta o Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) criado em 1991, hoje denominado Compromisso com a Qualidade Hospitalar, que resultou de uma parceria entre a Associação Paulista de Medicina (APM) e o Conselho Federal de Medicina de São Paulo (CREMESP), com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Atualmente o CQH mantém parcerias com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Subseção de São Paulo e com o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistema de Saúde da Fundação Getúlio Vargas (HELITO, 2006).

Considerando ainda as ações relacionadas à qualidade em saúde na década de 1990, enfatiza-se as ações governamentais, como a criação da Norma Operacional Básica (NOB), em 1993, pelo Ministério da Saúde (MS), que estabeleceu instrumentos de regulação estatal e privado para o setor saúde, visando à melhoria da assistência prestada (BRASIL, 1996a).

A NOB, além da normatização da regulação das instituições de saúde do país, também foi responsável pela criação dos Núcleos de Implementação de

Gestão da Qualidade (NIGQ), os quais tinham como objetivo a participação da população nos serviços de saúde, com a finalidade de promover a satisfação dos usuários e a modificação no processo de trabalho (MATSUDA, 2002).

No contexto de ações governamentais voltadas à qualidade em saúde, iniciaram-se as discussões acerca da acreditação hospitalar, culminando na criação do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS) em 1995. Para a instalação deste programa se formou um grupo técnico que realizou levantamento de manuais de acreditação utilizados no país e no exterior, a fim de adotar normas e critérios de avaliação que contemplassem a realidade do Brasil (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2009a).

Na perspectiva da crescente discussão sobre o programa de acreditação proposto pelo MS, em 1997, foi criada uma entidade não governamental, denominada inicialmente de Órgão Nacional de Acreditação (ONA), a qual passou posteriormente a ser chamada de Organização Nacional de Acreditação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2009a). Malik (2006) relata que a ONA possui caráter privado, porém sem fins lucrativos e atua de forma descentralizada, periódica, voluntária e reservada.

As certificações concedidas pela ONA possuem validade de dois anos para os níveis 1 (acreditada) e 2 (acreditada plena) e de três anos para nível 3 (acreditada com excelência). Para que as organizações mantenham o certificado de aprovação após a validade, precisam se submeter à nova avaliação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2009a).

Outra entidade relacionada à avaliação da qualidade em saúde no Brasil foi criada em 1998, o chamado Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) que surgiu como desdobramento de um encontro entre agentes da JCAHO, representantes do Governo e de instituições de ensino em saúde do país. Basicamente o processo de avaliação da CBA se baseia em um trinômio: avaliação, educação e consultoria e se utiliza de manuais de padrões de acreditação internacional, com alta qualidade técnica e excelência, validados por consenso mundial (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2009).

Atualmente no Brasil se destacam como modelo de acreditação em saúde, a ONA e o CBA. Notadamente as instituições certificadas pela ONA são em maior número, somando 197, destas 115 hospitais, 2 serviços de radiologia, 11 serviços de nefrologia, 1 lavanderia hospitalar, 40 laboratórios, 16 serviços de hemoterapia, 10

ambulatórios e 2 farmácias (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2009b). Com relação ao número de instituições certificadas pelo CBA, no momento somam 21, dentre estas, 11 hospitais, 4 centros de cuidado contínuo, 2 unidades de doenças ou condições especiais, 1 unidade de transporte médico e 3 ambulatórios (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2009).

Paralelamente aos dois modelos de acreditação em saúde que vigoram no país, existem outros arquétipos de avaliação presentes, porém em menor escala, como a *International Standart Organization* (ISO) e o Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ) (HELITO, 2006).

A ISO, no Brasil, é representada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). A certificação para a GQ denomina-se ISO 9001, sendo concedida mediante a adequação da instituição de saúde aos requisitos estipulados em duas fases de auditoria. Na primeira fase se realiza a auditagem dos documentos relacionados à gestão, bem como a localização e alocação de recursos. Na segunda fase, são avaliadas a implementação e a eficácia do sistema de gestão juntamente ao cliente. A manutenção da certificação é garantida por meio da realização de auditorias de manutenção periódicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2009).

O PNQ é concedido pela Fundação Prêmio Nacional da Qualidade e se espelhou no Prêmio Malcolm Baldrige dos EUA, considerado “Nobel da Qualidade” em saúde. No Brasil, o PQN objetiva reconhecer as instituições que se destacam na GQ, com critérios como o desempenho da alta administração, planejamento estratégico, desenvolvimento e gestão de recursos humanos, gestão dos processos, resultado do desempenho da instituição, satisfação dos pacientes, dentre outros (HELITO, 2006).

Em face aos diversos modelos de avaliação da qualidade em saúde presentes no Brasil, algumas instituições se destacam pela sua utilização, dentre elas o Hospital Israelita Albert Einstein, a Unidade de Cardiologia do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – RS e a Maternidade Darcy Vargas – SC (BALSANELI; JERICÓ, 2005).

Diante do exposto, percebe-se que a Qualidade no contexto da saúde no Brasil teve um início tímido, mas que na atualidade se apresenta em ascensão. Com

isso, observa-se que a enfermagem também tem aderido a esse processo que será versado, no tópico a seguir.

2.1.3 Qualidade na enfermagem

Os resultados obtidos por Florence Nightingale na Guerra da Criméia, em 1855, são considerados os primeiros registros formais da preocupação dos profissionais de enfermagem com a prática da qualidade (VARGAS et al., 2007).

Ao se referir à inquietação da enfermagem quanto à melhoria do cuidado prestado, Cianciarullo (1997, p. 21) descreve:

[...] na enfermagem, pode-se afirmar que sempre existiu um controle informal da qualidade da assistência, representado pela preocupação secular das enfermeiras em seguir os procedimentos à risca, acreditando que com isso garantir-se-iam os resultados desejados.

Complementando o que foi descrito acima, acredita-se que os resultados almejados pela enfermagem a partir de sua prática podem diferir com relação ao tempo, ao paciente, a ação desenvolvida, ao contexto sócio-econômico e cultural, mas, normalmente, possuem um ponto em comum – a qualidade.

Mas o que vem a ser qualidade no contexto da enfermagem? Lentz (1996 apud LIMA; ERDMAN, 2006, p. 273) define que:

[...] a qualidade em enfermagem é uma jornada contínua em busca do consenso possível, continuamente revisado, da normatização de procedimentos e adequação constante do seu uso, atendendo às necessidades dos clientes.

Para Souza, Moura e Flores (2002) qualidade na assistência de enfermagem consiste antes de tudo, no contínuo aprimoramento da busca do zero defeito, situação esta que embora não possa ser atingida, na prática, deve orientar todas as ações. Também no contexto da enfermagem, Sentone (2005) afirma que garantir qualidade no exercício dessa profissão consiste em um processo complexo, mas factível desde que o enfermeiro tenha conhecimento, capacidade criativa,

determinação e, principalmente, acredite que o planejamento das ações de enfermagem deve se pautar na melhoria contínua.

No âmbito mundial, desde a década de 1940, os EUA têm sido os pioneiros na proposição de iniciativas em favor da melhoria da prática de enfermagem. Nessa direção, Gentil e Sanna (2009) referem que as ações norte-americanas propostas, compreendiam a avaliação da qualidade nas instituições de formação, entre os profissionais (próprios enfermeiros) e nos programas de educação continuada.

No tocante às instituições americanas de formação de enfermeiros, a avaliação da qualidade se iniciou no século XX e nos dias atuais passam por processos de acreditação realizados por entidades ligadas a *American Nurses Association* (ANA) (GENTIL; SANNA, 2009).

Observa-se, nos EUA, que a preocupação, ou mesmo, a exigência por qualidade nas ações de enfermagem ocorre de forma articulada e coerente, desde o processo de formação profissional, até o aperfeiçoamento contínuo e institucional, fazendo com que o conceito de qualidade em saúde seja inculcido aos enfermeiros durante todo o seu percurso de formação profissional, facilitando a utilização na prática diária.

No âmbito profissional individual, para que os enfermeiros americanos sejam autorizados a exercer a profissão, devem realizar um exame para a avaliação do conhecimento, denominado *National Council's of Learning Extension* (NCLEX) e para adquirir o grau de especialista/certificado, o enfermeiro necessita realizar outro exame, comprovando um espectro diferente de conhecimento em alguma especialidade, e em alguns casos, inclusive, exige-se o nível de mestrado (GENTIL; SANNA, 2009).

Aliado a todo processo de avaliação da competência pessoal e institucional proposto para a enfermagem norte-americana, outras iniciativas importantes tiveram origem nesse país, como a proposição de grande parte das teorias de enfermagem, o sistema de Classificação de Intervenções e Resultados do Paciente (NIC e NOC), os indicadores sensitivos da qualidade do cuidado e a enfermagem baseada em evidências, temas que suscitam constantes debates no âmbito da qualidade da enfermagem mundial (VARGAS et al., 2007).

Com relação à conjuntura da qualidade no cuidado de enfermagem nos demais países do mundo, Gentil e Sanna (2009) versam que o modelo americano de

enfermagem pode ser observado em diversos países da Europa e da América-Latina, assim como no Brasil.

A prática de enfermagem no Brasil, mesmo tendo forte influência do modelo norte-americano possui uma singularidade importante - a categorização da profissão, representada por profissionais de nível médio, que não possuem formação em nível de graduação, denominados auxiliares e técnicos de enfermagem e em menor escala, os atendentes de enfermagem (PEDUZZI et al., 2006). Acredita-se que a categorização profissional da enfermagem pode refletir na qualidade do cuidado prestado.

Quanto à possibilidade da qualidade do cuidado ser influenciada pela categorização da enfermagem, Vituri (2007) assegura que em muitos casos, em razão da racionalização de recursos em saúde, os profissionais de nível médio, substituem o enfermeiro, fazendo com isso que a maioria dos cuidados diretos e, até cuidados de alta complexidade, sejam executados por profissionais que não possuem atribuição legal e mesmo, qualificação técnica para tal.

Na tentativa de evitar que as práticas de enfermagem incorram em imperícia, as atribuições dos diversos componentes da equipe de enfermagem no Brasil, em 1986, foram normatizadas pela Lei n.º 7.498. Dentre as atribuições do enfermeiro consta a assistência direta ao paciente gravemente enfermo e que demande elevado conhecimento técnico e científico. Aos demais membros da equipe foram atribuídas atividades de cunho repetitivo que não causem danos ao cliente/paciente e possam prejudicar a qualidade do cuidado prestado (CONSELHO FEDERALE DE ENFERMAGEM, 1986).

Também no Brasil, a exemplo dos EUA, existem ações voltadas ao estabelecimento de padrões de qualidade na enfermagem, porém, em menor proporção. Nesse sentido em nosso país, há ausência de avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros para que o exercício profissional seja autorizado. Nos Estados Unidos da América, essa é uma prática rotineira para se garantir a prestação de cuidados com segurança e qualidade.

Observa-se ainda que as ações relacionadas à atualização após a graduação são pouco estimuladas e/ou controladas por órgãos/entidades que formalmente se preocupam com a qualidade na formação contínua do profissional. Estas iniciativas, quando existem, partem do próprio indivíduo, de modo que não há garantias de que

todos os profissionais que atuam na assistência em saúde se atualizam periodicamente e estão plenamente aptos para atuar.

Em face aos diversos fatores que podem influenciar a qualidade do cuidado prestado pela enfermagem, como a categorização da profissão, o pouco incentivo à avaliação da qualidade na formação e atualização profissional, mencionados anteriormente, nota-se que as condições das práticas da enfermagem mesmo não estando no nível de qualidade almejado, vêm apresentando importantes avanços em favor da melhoria desde 1922, data apontada por Rizzotto (2006) como marco inicial da “Enfermagem Moderna” brasileira.

Dentre os avanços ocorridos na prática da enfermagem no Brasil, destaca-se o estabelecimento pelo Ministério da Saúde (MS), em 1978, dos Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem, que teve como objetivo orientar a qualidade e o controle das suas ações (BRASIL, 1978) e a criação do Processo de Enfermagem (PE), em 1979, pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta.

Com relação à importância do PE, D’Innocenzo e Adami (2004) afirmam que a sua utilização permite ao enfermeiro uma melhor organização e coordenação das atividades de enfermagem, bem como o seu registro, favorecendo o controle da qualidade da assistência.

Corroborando com as afirmações anteriores, sobre a importância do PE para a melhoria da prática de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução 358/09, artigo 2º, afirma que a implantação do PE nas instituições de saúde promove efetiva melhora na qualidade do cuidado de enfermagem e por este motivo determina que se faça presente em todos os estabelecimentos de saúde do país, sejam estes públicos ou privados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Evidentemente que a implantação do PE, assim como determina a Resolução do COFEN, não é observada em todas as instituições de saúde do país, seja pela insuficiência de profissionais da enfermagem; pela falta de conhecimento teórico; pela falta de iniciativa dos enfermeiros ou ainda por falta de incentivo dos gestores.

Considerando que o dilema anteriormente referido reflete na qualidade do cuidado de enfermagem, destaca-se a afirmação de Nonino (2006) que reforça a importância do papel da enfermagem na implantação de ações e programas que ocasionem benefício para a saúde. A autora defende que a profissão seja co-responsável pelo resultado final do processo de atenção à saúde em razão de as

ações de enfermagem serem realizadas diretamente junto ao usuário e, principalmente porque, na área hospitalar, o cuidado é realizado de forma contínua e ininterrupta.

Em relação ao fato de a enfermagem permanecer constantemente junto ao paciente, Sentone (2005) acrescenta que esses profissionais promovem a manutenção, recuperação e reabilitação da saúde por meio do cuidado, podendo influenciar no julgamento dos pacientes sobre a qualidade dos serviços.

Conforme o exposto, Bonfim (2006) afirma que a qualificação dos serviços de enfermagem requer aprimoramento contínuo dos seus profissionais, considerando o contexto do mundo globalizado, onde a ciência e a informação estão ao alcance de muitos, o contingente de pessoas que necessitam de cuidados à saúde é enorme, a tecnologia não está ao alcance de todos e a população está cada vez mais informada sobre os direitos de receber atendimento de qualidade à saúde.

Mediante a premissa de inovação da prática profissional, para atender às reais necessidades da população, cabe ao enfermeiro o importante papel de direcionar as ações de enfermagem para buscar a melhoria contínua, a qual pode ser obtida com a utilização dos princípios da GQ (SENTONE, 2005).

Dentre os princípios da GQ que podem ser utilizados pela enfermagem, destacam-se a racionalização de rotinas, a padronização de técnicas, a maior segurança na realização de procedimentos, a participação efetiva no planejamento e a liberação de mais tempo para interagir com o paciente, a gestão de fluxos, a divisão das atividades, a manutenção da limpeza e a higiene (NOGUEIRA, 1994).

Em que pese as inúmeras vantagens que a aplicação dos princípios da GQ no âmbito da saúde e da enfermagem pode proporcionar, Moraes et al. (2008) destacam que no Brasil as tentativas de implantação deste sistema de gestão ainda são recentes e os estudos sobre o tema somente começam a alcançar a amplitude necessária para que a comunidade da enfermagem possa conhecê-los e utilizá-los em sua prática administrativa.

Acredita-se que as poucas iniciativas de implantação do sistema da GQ na enfermagem ocorrem em razão de inúmeras dificuldades encontradas por estes profissionais, que conforme destaca Matsuda (2002, p. 29), relacionam-se a:

[...] falta de conhecimento da abordagem, falta de comprometimento, resistência às mudanças, heterogeneidade de conhecimento, falta ou ausência de trabalho em equipe, número insuficiente de pessoal dentre

outros. A falta de comprometimento da alta direção, a indefinição da missão, visão, filosofia e atribuições do serviço bem como o excesso de burocratização, são fatores que também merecem ser mencionados.

Quanto às dificuldades relacionadas à implantação de novos métodos em favor da melhoria do cuidado prestado, como é o caso da GQ, é imprescindível que a enfermagem brasileira adote uma postura de enfrentamento, pois mesmo com as resistências que se fazem presentes, a necessidade da busca pela qualidade na enfermagem prevalece.

É importante mencionar algumas iniciativas governamentais que visam à melhoria da qualidade em saúde, nas quais a participação da enfermagem no processo de implantação é fundamental. Dentre elas, destacam-se o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que foi lançado pelo MS em 2000, oriundo da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), o qual segundo Gusmão Filho (2008), objetiva o aperfeiçoamento da qualidade e efetividade da assistência prestada pelos hospitais credenciados ao SUS.

Outra ação em favor da qualidade da assistência que requer ampla participação da enfermagem é a Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (QualiSUS), lançado em 2004 também pelo MS, o qual propõe a implementação da sistemática do acolhimento nos serviços de saúde credenciadas ao SUS, com objetivo de ampliar o acesso e a qualidade do atendimento, reduzindo as iniquidades (BRASIL, 2006a). De acordo com as diretrizes propostas pelo QualiSUS, cabe aos profissionais de enfermagem, especialmente ao enfermeiro, o papel primordial no acolhimento dos usuários nos serviços de saúde, bem como a classificação de risco dos pacientes para o atendimento, demonstrando o papel fundamental que a categoria de enfermagem representa para o sucesso deste programa.

Salienta-se que a enfermagem brasileira deve adotar uma postura ativa frente aos programas, métodos e iniciativas governamentais que são propostos com o objetivo de melhorar a assistência em saúde, a fim de contribuir para que as propostas possam ser colocadas em prática efetivamente em favor da obtenção da qualidade nas ações de saúde prestadas.

Destaca-se que além da enfermagem atuar como agente facilitador da implantação de programas de melhoria de qualidade na assistência em saúde, faz-se necessário que estes profissionais proponham seus próprios programas para que

possam colocar em prática os seus conhecimentos produzidos no âmbito da qualidade do cuidado.

Pontua-se ainda, diante do que foi exposto, que a qualidade do cuidado amplamente exigida no setor saúde como um todo requer além da participação efetiva dos profissionais da área, o estabelecimento de um processo avaliativo cuidadoso e sistemático, baseado em indicadores previamente determinados para cada realidade a ser avaliada.

O tópico a seguir abordará como os indicadores, que fundamentam a avaliação da qualidade no âmbito da saúde, devem ser elaborados e aplicados.

2.2 INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores surgiram inicialmente na área da economia e finanças. Posteriormente foram usados no campo da demografia e, atualmente, em razão da crescente difusão de tecnologias de informação e da exigência por qualidade nos produtos e serviços prestados, são utilizados em larga escala na área administrativa, mais especificamente no sistema de Gestão da Qualidade (GQ) (DUARTE; FERREIRA, 2006).

Um Indicador de Qualidade pode ser definido como sendo “[...] um sensor que auxilia a verificar se os objetivos propostos foram ou não alcançados” (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p. 85)

Duarte e Ferreira (2006) consideram que os Indicadores de Qualidade são representações quantitativas de resultados, situações ou ocorrências, constituindo-se em poderosa ferramenta para o monitoramento, mensuração e avaliação da qualidade.

De acordo com a *Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations* (1992), o Indicador de Qualidade atua como uma unidade de medida de uma atividade, prática ou serviço, com a qual se está relacionada, ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser utilizada como guia para monitorar e avaliar atividades desempenhadas.

Observa-se que as definições de Indicador de Qualidade, expostas anteriormente, baseiam-se em medidas de alguma atividade ou serviço, ou seja, em

dados quantitativos/objetivos assim como as taxas/coeficientes, índices e/ou números absolutos. Para Bittar (2001) a taxa/coeficiente pode ser obtida pelo cálculo do número de vezes que um fato ocorreu dividido pelo número de vezes que ele poderia ter ocorrido, multiplicado por uma base e definido no tempo e no espaço. Quanto ao índice, consiste na relação entre dois números ou a razão entre determinados valores. Já os números absolutos podem ser indicadores, à medida que se comparam valores iguais, maiores ou menores a ele, resultantes de atividades, ações ou estudos.

Os Indicadores de Qualidade baseados em dados quantitativos, em sua maioria, avaliam a qualidade da assistência prestada do ponto de vista do serviço/programa/política de saúde, ou mesmo dos profissionais que atuam nesta área. Mas, para que a qualidade do serviço de saúde possa ser avaliada também sob a ótica dos usuários, faz-se mister a adoção de Indicadores de Qualidade qualitativos ou subjetivos, os quais se utilizam de dados não numéricos, como por exemplo, a emissão de opinião sobre um determinado assunto.

No rol dos indicadores qualitativos, Souza (2006) afirma que já se percebe um crescente número de pesquisas nesta área, principalmente relacionadas à satisfação dos usuários com os serviços de saúde.

Bittar (2001) destaca que independente do tipo de dados que se utilizam na sua aplicação (quantitativos ou qualitativos), os Indicadores de Qualidade não representam uma medida direta de qualidade, mas sim, atuam como sensores que buscam alertar as instituições sobre as inconformidades presentes, para que medidas visando correções possam ser efetuadas.

Acredita-se, entretanto, que apesar de a aplicação de um indicador não assegurar diretamente qualidade, os resultados obtidos com a sua utilização fundamentam a implementação de ações, e estas sim representam medidas que promovem melhorias.

Em relação à prática da utilização de indicadores no sistema de GQ, D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006) destacam que eles permitem a identificação de oportunidades de melhoria nos serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade.

No setor da saúde, no Brasil, a prática da utilização de indicadores se difundiu a partir da década de 1990, com a criação do Programa de Desenvolvimento das Políticas de Gestão do SUS (PDPG-SUS) proposto pelo Ministério da Saúde (MS) e

do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) em parceria com o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (SCHOUT; NOVAES, 2007; DUARTE; FERREIRA, 2006).

Os primeiros indicadores que foram desenvolvidos e utilizados na área da saúde emergiram da criação do PDPG-SUS e da parceria PBQP/IPEA e de acordo com a Rede Interagencial de Informações para Saúde (2002), tinham o intuito de facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas, atuando como medidas-síntese de informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde.

Atualmente, percebe-se que além de produzir informações quanto à dimensão do cuidado em saúde, os indicadores podem ser utilizados como ferramentas para promoção da melhoria na qualidade da assistência prestada, sendo, nestes casos, denominados Indicadores de Qualidade (TEIXEIRA et al., 2006).

Para que a utilização dos Indicadores de Qualidade, sejam eles quantitativos ou qualitativos, possa gerar resultados fidedignos à realidade, o qual busca avaliar e assim subsidiar ações em favor da melhoria, alguns aspectos precisam ser considerados anteriormente à sua elaboração, como a definição do objeto a ser investigado e a clientela que se destina (MOURA et al., 2009; BITTAR, 2001).

Quanto aos atributos a serem considerados no momento da elaboração dos Indicadores de Qualidade, os mais importantes são: Disponibilidade; Confiabilidade; Validade; Simplicidade; Discriminatoriedade; Sensibilidade; Abrangência; Utilidade; Baixo Custo e Objetividade (BOHOMOL, 2006).

Em vista da complexidade que permeia a construção dos Indicadores de Qualidade, D'Innocenzo (2006) e Matsuda (2002) afirmam que é necessário priorizar a elaboração dos mesmos, contemplando aqueles mais urgentes e adequados para atender às necessidades específicas.

É necessário destacar que a observância dos diversos critérios propostos para a elaboração de um indicador não garante qualidade, por isso é preciso monitorar atentamente a sua aplicação e os resultados obtidos (DUARTE; FERREIRA, 2006; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2002). Em suma, se forem elaborados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os Indicadores de Qualidade constituem ferramenta fundamental para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da

população, contribuindo para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2002).

A utilização dos Indicadores de Qualidade deve ocorrer em instituições/serviços que tenham uma política de gerenciamento voltada para a busca da qualidade, pois somente assim, os dados oriundos da aplicação dos indicadores podem ser utilizados para fundamentar ações e decisões gerenciais em favor da melhoria contínua (MOURA et al., 2009).

Mesmo com as inúmeras vantagens que a aplicação de Indicadores de Qualidade pode trazer para os serviços de saúde, no âmbito hospitalar, estudos apontam que os gerentes, não raras vezes, consideram irrelevante a prática da implantação de programas de avaliação de qualidade e por consequência, o uso de indicadores. Este fato pode ocorrer pela insuficiência de pressão social que obrigue os hospitais a se preocuparem com a assistência que proporcionam aos seus usuários (MALIK; TELES, 2001).

A conscientização dos usuários quanto aos seus direitos e algumas práticas a favor da busca pela qualidade em saúde pode ser observada através da preferência do usuário por hospitais que apresentem indicadores com melhores resultados, ou a facilitação de liberação de recursos por parte dos planos de saúde para instituições que possuem programas de qualidade instituídos (BITTAR, 2001).

Nota-se que a questão da resistência na utilização de Indicadores de Qualidade não está presente somente entre as instituições que não assumem uma prática de avaliação da qualidade, mas também naquelas que buscam implantar programas como a Acreditação Hospitalar, as quais, segundo o Consórcio Brasileiro de Acreditação (2009), não atingem, normalmente, o nível 3 de acreditação, devido à ausência de indicadores, os quais são requeridos nesta fase, principalmente, para subsidiar o planejamento institucional e para a análise da satisfação dos usuários.

De acordo com o exposto, observa-se que a frase seguinte sintetiza a magnitude da importância que um indicador assume em um processo de avaliação da qualidade: “sem indicadores não há gestão e sem gestão não há qualidade” (PROGRAMA BRASILEIRO DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE, 1991, p.10).

Dentre os diversos Indicadores de Qualidade que são utilizados atualmente e podem auxiliar na gestão dos serviços de saúde, destacam-se alguns, como o tempo médio de permanência hospitalar, a mortalidade institucional, o consumo de antibióticos, as complicações infecciosas hospitalares, o prontuário incompleto, a

satisfação dos pacientes, a satisfação da equipe de trabalho, dentre outros (KLÜCK et al., 2002; MATSUDA, 2002; ZANON, 2000).

A utilização de indicadores para melhoria da qualidade em saúde é imprescindível e deve ser valorizada tanto pelas instituições de saúde, quanto por seus profissionais, principalmente aqueles que estão na assistência direta ao paciente, como é o caso da equipe de enfermagem.

Considerando a importância e a necessidade de a enfermagem estabelecer e utilizar Indicadores de Qualidade, no seu processo de trabalho, o próximo tópico versará sobre este tema.

2.2.1 Indicadores de qualidade na enfermagem

Atualmente, em razão da crescente exigência dos usuários por excelência nos serviços de saúde prestados, observam-se discussões entre os profissionais da saúde e gestores acerca da necessidade de utilização, de forma rotineira, de Indicadores de Qualidade.

No âmbito da enfermagem, as primeiras discussões acerca da utilização de Indicadores de Qualidade foram suscitadas pela *American Nurses Association* (ANA), nos Estados Unidos da América (EUA) em 1996, em razão da necessidade de comprovar aos órgãos estaduais e federais deste país, que a redução no número de enfermeiros licenciados na assistência direta ao paciente, que estava sendo proposta na reestruturação do serviço de saúde naquele momento ocasionava prejuízo à qualidade e à segurança dos pacientes (BOHOMOL, 2006).

No Brasil, as iniciativas em favor do desenvolvimento de Indicadores de Qualidade na enfermagem ainda são muito tímidas. Contudo, pode-se destacar uma iniciativa que surgiu em 2006, pelo Programa de Qualidade Hospitalar (PGH), que elaborou o Manual de Indicadores de Enfermagem (NAGEH), destinado ao monitoramento dos indicadores relativos ao serviço de enfermagem na área hospitalar. Os indicadores propostos pelo NAGEH estão dispostos no Quadro 1, sendo que do 1º ao 6º correspondem aos indicadores de processo e do 7º ao 18º correspondem aos indicadores de gestão de pessoas.

- 1º Incidência de Queda de Paciente;
- 2º Incidência de Extubação Acidental;
- 3º Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional;
- 4º Incidência de Úlcera de Pressão (UPP);
- 5º Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem;
- 6º Incidência de Flebite;
- 7º Horas de Enfermeiro/Cuidado Semi-Intensivo;
- 8º Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem /Cuidado Semi-Intensivo;
- 9º Horas de Enfermeiro/Cuidado Intensivo;
- 10º Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem /Cuidado Intensivo;
- 11º Horas de Enfermeiro/Cuidado Mínimo e Intermediário;
- 12º Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem /Cuidado Mínimo e Intermediário;
- 13º Taxa de Absenteísmo de Enfermagem;
- 14º Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem;
- 15º Taxa de Acidente de Trabalho de Profissionais de Enfermagem;
- 16º Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (*turn over*).

Quadro 1 – Indicadores de Qualidade do cuidado de enfermagem propostos pelo Programa de Qualidade Hospitalar. São Paulo-SP, 2006.

Fonte: Controle da Qualidade Hospitalar (2006).

Nota-se que os indicadores propostos pelo NAGEH foram inspirados no modelo norte-americano de *Nursing Sensitive Quality Indicators*. Contudo, apresentam especificidades como o cálculo do número de horas de assistência, prestada para os diferentes componentes da equipe de enfermagem. Esse fato mostra que a enfermagem brasileira está atenta às particularidades da profissão e não meramente reproduz modelos sem reflexão sobre a sua prática.

Mesmo com o crescente interesse pelo desenvolvimento de Indicadores de Qualidade que pode ser observado na enfermagem brasileira, Bohomol (2006) destaca que as iniciativas relacionadas à sua aplicação ainda não fazem parte da prática diária destes profissionais.

Moura et al. (2009) versam que a escassa aplicação na prática dos profissionais de enfermagem, dos Indicadores de Qualidade pode ser atribuída

principalmente a dois fatores, os de ordem estrutural e os de ordem cultural. Quanto ao fator estrutural, evidencia-se a pouca informatização das instituições de saúde do país, que pode prejudicar a obtenção de dados, interferindo na aplicação dos indicadores.

No contexto dos fatores estruturais que inibem a prática da utilização de Indicadores de Qualidade, Teixeira et al. (2006) destacam a pouca empregabilidade dos indicadores, fato este que impossibilita a comparação dos resultados obtidos com padrões internos e externos à instituição. Matsuda (2002) complementa que a contínua monitorização que o uso de Indicadores de Qualidade requer, também pode ser considerado um ponto que dificulta a sua utilização na prática diária da enfermagem.

No que concerne aos fatores culturais, observa-se resistência, por parte dos profissionais, em notificar as inconformidades, em parte, pela cultura punitiva adotada nas instituições de saúde brasileiras, acarretando dificuldades nos registros e um viés nos resultados obtidos (MOURA et al., 2009).

Os mesmos autores referidos anteriormente asseguram também que a minimização das resistências que possam surgir por parte dos profissionais de enfermagem, quanto ao uso de Indicadores de Qualidade nas instituições de saúde, somente pode ser alcançada com a adoção de uma cultura de avaliação orientada pelo paradigma educativo, que preconiza um olhar contínuo para a qualidade e não à punição.

Vituri e Matsuda (2009) destacam que além da adoção de postura educativa por parte da instituição de saúde, faz-se mister também uma conscientização dos profissionais de enfermagem sobre a importância que os processos de avaliação, fundamentados na aplicação de indicadores, assumem no âmbito da melhoria do cuidado proporcionado aos usuários.

Diante dos benefícios que a utilização de Indicadores de Qualidade pode trazer, tanto para o cuidado de enfermagem prestado aos clientes, como ao gerenciamento dos serviços, faz-se importante que os profissionais desenvolvam seus próprios indicadores, com base na realidade do serviço e no perfil dos clientes atendidos, a fim de que possam proporcionar um cuidado qualificado.

Destaca-se que na diversidade de instituições de saúde que buscam pela melhoria da qualidade no país, outros indicadores, certamente, foram ou ainda estão sendo elaborados e aplicados, de modo que a exposição minuciosa de todos, neste

momento, torna-se inviável, além disso, a intenção deste tópico consiste em apresentar, de um modo geral, a necessidade da utilização dos Indicadores de Qualidade e a importância desta ferramenta para a avaliação da qualidade na saúde e na enfermagem.

Considerando, todavia, que o presente estudo enfoca a qualidade do cuidado e dos registros de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), considera-se pertinente citar alguns Indicadores de Qualidade que podem ser monitorados nesta Unidade/Serviço.

A avaliação da qualidade em UTI, segundo Silva (2003) compreende basicamente a utilização de três tipos de indicadores, os de ordem educacional, os relacionados ao ambiente/estrutura e os de ordem técnica. Dentre os indicadores educacionais, destacam-se o número de capacitações existentes para a equipe profissional e os critérios para contratação de recursos humanos.

Quanto à elaboração dos indicadores ambientais/estruturais da qualidade em UTI, para a autora acima citada, é necessária a assessoria da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e do banco de sangue (próprio ou conveniado). Já com relação aos indicadores de ordem técnica, destaca-se a taxa de flebite; a utilização de escala preditiva de lesão de pele; a utilização de escala de controle da dor; a utilização da Prescrição de Enfermagem; a taxa de lesão da pele, dentre outros (SILVA, 2003).

A utilização de Indicadores de Qualidade na enfermagem consiste em uma prática ainda em ascensão. Em relação à UTI, evidencia-se a pouca divulgação científica na área, ou talvez, a pouca produção. Dentre os indicadores encontrados na literatura, destacam-se os relacionados aos aspectos estruturais/ambientais e educacionais como: dimensionamento de pessoal de enfermagem; a satisfação dos usuários com o cuidado recebido; a satisfação da equipe de saúde e poucos relacionados à ordem técnica como: utilização de escalas preditivas de lesão da pele e a presença de anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Considerando a importância da utilização dos Indicadores de Qualidade na prática da enfermagem e por consistirem em ferramentas oriundas do processo de avaliação da qualidade em saúde, o próximo tópico abordará sobre este tema.

2.3 AVALIAÇÃO

2.3.1 Avaliação da qualidade na área da saúde

Nos dias atuais é mundialmente reconhecido que os estabelecimentos de saúde buscam a melhoria dos serviços prestados, seja pela exigência dos usuários, seja pelo imperativo de promover melhor utilização dos recursos financeiros, ou mesmo, pela indispensável necessidade de utilização de novos modelos de gerenciamento nos serviços de saúde (MORAIS et al., 2008; ADAMI, 2000).

No Brasil, observa-se que a preocupação com a avaliação em saúde somente despontou, efetivamente, nas últimas duas décadas, em razão da necessidade de conferir maior racionalidade às intervenções realizadas neste setor (AQUINO, 2006).

Para Matsuda (2002) a avaliação em saúde se fortaleceu em decorrência das crescentes exigências impostas pelos clientes, estimulados pelos órgãos de defesa do consumidor e pela cultura da valorização da qualidade incutida gradualmente no âmbito da saúde.

Acredita-se que a conscientização dos usuários quanto à necessidade da exigência dos seus direitos, no tocante aos serviços de saúde, foi fortalecida pelo surgimento do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990) o qual recomenda que as instituições de saúde possuam sistemas de avaliação de suas práticas (BRASIL, 1990).

Para Adami (2000), a cultura da busca pela qualidade nos serviços de saúde, pode ser considerada consequência da transferência dos princípios da Gestão da Qualidade (GQ) do setor de produtos e serviços da indústria para o setor de saúde, com objetivo de melhorar continuamente os cuidados oferecidos aos usuários.

Mas, o que vem a ser avaliação em saúde? O Ministério da Saúde afirma que significa formar opinião sobre um determinado assunto, ou seja, julgar e emitir juízo de valor com base em uma análise minuciosa de um produto, processo e/ou resultado, utilizando como referência os pressupostos e valores que fundamentam as escolhas dos sujeitos envolvidos, sejam eles profissionais ou usuários (BRASIL, 2006b).

Conforme enuncia Colognese (2002) a avaliação em saúde pode ser caracterizada como a emissão de juízo de valor por especialistas, a respeito de aspectos da vida relacionados à área de competência, independente de seus conhecimentos sobre a avaliação.

Também no que se refere à dimensão avaliativa em saúde, Peixoto (2001, p. 309), destaca que esta compreende:

[...] diversas atividades que vão desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social do tipo 'deu resultados?', 'estamos satisfeitos?', até a utilização de métodos e técnicas que buscam responder as mesmas indagações. Acrescenta-se ainda que as práticas de saúde podem constituir objeto de avaliação, sob os mais variados aspectos desde o cuidado individual, até níveis mais complexos de intervenção e organização como políticas, programas, sistemas ou serviços.

Na perspectiva de que o processo de avaliação no setor saúde pode ser realizado com base em diferentes práticas – objetos – surgiram diversas propostas para a sua realização, sendo mais difundida e utilizada a tríade de Donabedian que propõe a avaliação dos serviços de saúde no âmbito de sua *estrutura*, *processo* e *resultado*. Paralelamente à proposta de Donabedian, outros processos avaliativos dos serviços de saúde com foco nos usuários, nos prestadores do cuidado, nos gestores e ainda, nas políticas ou programas de saúde, foram criados, porém, em menor escala (MALIK, 2006).

A avaliação em saúde fundamentada na tríade: *estrutura*, *processo* e *resultado*, proposta pelo médico pediatra armênio, e radicado nos Estados Unidos da América (EUA) Avedis Donabedian, consiste no processo de avaliação mais utilizado nos serviços de saúde do Brasil. A avaliação da *estrutura* compreende os recursos humanos e financeiros e os instrumentos disponíveis, como área física, sistemas de informação - enfim, condições organizacionais (DONABEDIAN, 1980).

Com relação à avaliação do *processo*, esta comporta as atividades entre os profissionais e os pacientes, bem como a prestação de cuidados com base no levantamento de problemas médicos e de enfermagem. Por fim, na avaliação do *resultado* se observa as consequências das atividades desempenhadas no cuidado em saúde, levando em consideração a satisfação do usuário e do trabalhador, dentre outros (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; DONABEDIAN, 1980).

Cabe destacar que o processo de avaliação dos serviços de saúde, baseado na proposição de Donabedian (1980), deve compreender a avaliação conjunta dos

três elementos mencionados anteriormente, pois somente a *estrutura* ou o *processo* adequado não garante a qualidade da avaliação realizada.

Quanto ao processo de avaliação dos serviços de saúde fundamentado nos usuários, Malik (2006) afirma que processos com este enfoque buscam a identificação das condições dos serviços prestados, assim como o acolhimento, a humanização e o respeito para com os usuários.

Para os prestadores de cuidado, a avaliação dos serviços de saúde assume um papel de busca do conhecimento acerca das práticas realizadas e da avaliação das competências profissionais individuais, a fim de promover aperfeiçoamento e melhoria contínua (MALIK, 2006; MORAIS et al., 2008).

No âmbito dos gestores, a realização da avaliação dos serviços de saúde deve fornecer subsídios que favoreçam a obtenção de maior produtividade e menores custos, fatores estes, considerados primordiais para a sobrevivência da instituição no mercado econômico (LAMBADIA; ADAMI, 2004).

A avaliação dos serviços de saúde pode ainda utilizar como foco de pesquisa as políticas ou programas destinados a algum segmento da área de saúde e segundo Bosi e Uchimura (2007), nestes casos, requer métodos flexíveis que possam assumir os mais variados desenhos, na tentativa de contemplar as inúmeras realidades que buscam avaliar.

Para garantir a confiabilidade dos resultados obtidos com o processo de avaliação em saúde, além do estabelecimento do foco utilizado para a pesquisa, faz-se importante também o constante aprimoramento dos métodos e técnicas empregados para a realização da avaliação, visto que os serviços de saúde vêm se modificando diariamente em razão da influência das inovações tecnológicas e científicas que se faz fortemente presente na atualidade (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Com base no que foi explanado anteriormente, observa-se que a essência do processo de avaliação dos serviços de saúde, seja ele realizado com foco nos usuários, nos gestores do serviço ou nos profissionais, consiste na identificação da realidade do serviço avaliado para que ações com vistas à melhoria possam ser implementadas.

Por acreditar que a aplicação do processo de avaliação no âmbito da enfermagem, a exemplo dos serviços de saúde, pode promover reflexões sobre a realidade do cuidado que esta categoria profissional proporciona aos usuários, e

com isso gerar mudanças em prol da melhoria da sua prática diária, o próximo tópico abordará a avaliação da qualidade na enfermagem.

2.3.2 Avaliação da qualidade na enfermagem

No campo da enfermagem, o principal objeto de avaliação são os cuidados prestados, tanto no âmbito individual, como no cerne de políticas, programas institucionais e organizações.

A avaliação do cuidado de enfermagem consiste em uma crescente preocupação que se faz presente na prática dos enfermeiros nas instituições de saúde brasileiras (ADAMI, 2000). Entretanto, esta prática não é recente, pois já se fazia presente na década de 1980, quando a Lei n. ° 7.498, (25 de junho de 1986), que regulamenta o exercício profissional do enfermeiro no país, assegurou ao profissional enfermeiro a atribuição privativa da realização da avaliação no campo da enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

A figura do enfermeiro como avaliador foi reafirmada em 2001, com Resolução n. ° 266 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que chamou atenção para o papel avaliativo deste profissional, dispondo sobre as atividades do enfermeiro como auditor (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

Para a avaliação dos cuidados de enfermagem Adami (2000) destaca que esta pode ser implementada através de ações internas e externas à instituição de saúde. Dentre as ações internas, enfatiza-se a criação de comissões, como de auditoria de enfermagem, de prevenção e controle de infecção hospitalar, de ética em pesquisa, de abastecimento, de educação continuada, assim como de administração de riscos e de avaliação dos usuários. Quanto às ações externas, salientam-se os processos de acreditação e certificação dos serviços de enfermagem, que são realizados em conjunto com os demais setores da instituição de saúde.

Na realidade brasileira observa-se que as práticas de avaliação relacionadas à acreditação/certificação, mesmo com a legitimidade dos seus resultados, não são tangíveis para todas as instituições de saúde, em razão de demandarem uma série de quesitos para iniciarem o processo de avaliação na instituição, o que pode

dificultar a adesão a tais práticas, como o considerável investimento financeiro necessário.

No que se refere à avaliação do cuidado prestado no âmbito da enfermagem, nos processos de acreditação/certificação, este somente será avaliado se toda a instituição também estiver sendo submetida ao processo avaliativo, fato este que, muitas vezes, não ocorre por não ser do interesse dos outros setores da instituição, inviabilizando a proposta de avaliação originada no serviço de enfermagem.

Devido aos fatos anteriormente mencionados a respeito das limitações dos processos de acreditação/certificação em algumas instituições de saúde, acredita-se que a prática do estabelecimento de processo de avaliação interna do cuidado prestado pode, nestes casos, ser mais viável, pois permite que os setores, em comum acordo, decidam pela avaliação dos serviços prestados, implantem seu processo de avaliação da maneira que acreditam ser mais acertada e coerente, levando em conta, sempre, os padrões aceitáveis para suas práticas.

Apesar de acreditar que os cuidados de enfermagem devem ser avaliados com base em um processo independente do momento da prestação do cuidado, concorda-se com Feldman (2006) quando afirma que a avaliação da prática da enfermagem não está sendo realizada somente quando se institui um processo formal de avaliação, como a criação de comissões, ou mesmo processos de acreditação/certificação, a avaliação na enfermagem ocorre todo o tempo, desde o momento em que são padronizados os procedimentos a serem realizados, quando são elaborados os protocolos operacionais destinados a aplicação na prática diária, quando são executadas as atividades seguindo minuciosamente as técnicas propostas e mesmo quando são realizadas orientações à equipe, ainda que informalmente.

Para Haddad (2004) independentemente da forma como o cuidado prestado pela enfermagem seja avaliado, existem fatores primordiais que devem estar sempre presentes, como a flexibilidade do processo avaliativo e a observância da opinião do receptor do cuidado – o usuário, e do profissional que presta o cuidado – a equipe de enfermagem. Acrescenta-se ainda outro fator que se acredita ser, também, de suma importância para a avaliação no âmbito da enfermagem - o caráter educativo do processo.

Destarte, as inúmeras vantagens que a avaliação dos cuidados de enfermagem pode promover aos usuários, aos profissionais e à instituição de saúde

como um todo, podem ser observadas algumas dificuldades no processo como é o caso da pouca disponibilidade de profissionais aptos para atuarem na área (VITURI, 2007).

Segundo Jorge et al. (2007) a pouca disposição dos profissionais de saúde para atuar em serviços de avaliação em saúde, decorre do insuficiente conhecimento/competência nesta área, em razão de que a formação no nível de graduação, destes profissionais, muitas vezes, não contempla, em profundidade, assuntos relacionados à avaliação. No âmbito da enfermagem, especificamente, quando os assuntos relacionados à avaliação do cuidado são abordados, quase sempre, revestem-se de caráter teórico, não sendo associado às práticas, o que gera desinteresse e pouca motivação entre os graduandos, os quais, neste momento, deslumbram-se muito mais com os aspectos práticos e técnicos da enfermagem do que com os teóricos.

O pouco interesse, por parte dos profissionais de enfermagem, pelos processos de avaliação do cuidado prestado, reafirma a formação tecnicista extremada que a enfermagem brasileira vem recebendo, não pela falha no processo de formação destes profissionais, mas pela cultura incutida na profissão, de que a enfermagem deve “apenas” executar atividades sem refletir sobre a sua prática.

Para Jorge et al. (2007) os reflexos da pouca atuação do profissional de enfermagem nos serviços de avaliação do cuidado podem causar prejuízo à qualidade do cuidado prestado, uma vez que as práticas em desacordo com os padrões aceitáveis continuam sendo reproduzidas, sem avaliação e sem adequações.

A enfermagem brasileira deve assumir uma postura em favor da busca da qualidade do cuidado prestado, não somente no discurso, mas também na prática cotidiana de trabalho, buscando atualização constante, com a finalidade de promover discussões e reflexões sobre ações que possam favorecer a melhoria da profissão e, por consequência, da sua prática.

Embasado no que foi exposto anteriormente, observa-se que a avaliação do cuidado prestado compreende mais do que um método ou instrumento com enfoques variados, consiste principalmente em uma atitude que deve ser discutida entre gestores, profissionais de saúde e usuários e contar com a colaboração de todos para que possa gerar resultados verdadeiros, a fim de possibilitar a implementação de ações destinadas à melhoria do cuidado.

Considerando que a enfermagem necessita discutir sobre a avaliação da sua prática, a fim de socializar os conhecimentos que possui e promover reflexões profundas sobre o tema, o próximo tópico abordará um processo de avaliação do cuidado que cada vez mais é debatido e utilizado nos serviços de enfermagem no Brasil – a Auditoria.

2.4 AUDITORIA

A auditoria compreende o levantamento, estudo e avaliação sistemática de transações, procedimentos, operações, rotinas e demonstrações financeiras de uma empresa (CREPALDI, 2004).

Para Brandi e Simões (2007) a auditoria consiste em uma ferramenta eficaz utilizada para examinar registros e impressos contábeis de uma instituição com intuito de confirmar ou desmentir a veracidade das informações presentes e auxiliar os gestores na tomada de decisão.

A auditoria apontada na atualidade como uma ferramenta eficaz para o controle financeiro das instituições, não consiste em prática recente, historiadores apontam que os primeiros registros que documentam a presença desta atividade remontam ao período de 4500 a.C. e decorrem de provas arqueológicas de inspeções e verificações de registros, realizadas entre a família real de Urukagina e o templo sacerdotal sumeriano na antiga Mesopotâmia, hoje, região do Iraque. Outro registro das práticas de auditoria data de 350 a.C. nos textos do tratado político denominado Arthasastra, proposto por Chanakya ou também chamado Kautilya, importante estadista e filósofo indiano, que propunha objetivos, métodos de organização e administração da máquina estatal (BRANDI; SIMÕES, 2007; SOUZA; FONSECA, 2005).

No Egito antigo, a prática de auditoria estava presente nas verificações realizadas pelas autoridades nos registros de impostos. Já na Grécia, podia ser observada na forma de inspeções nas contas de funcionários públicos. Quanto aos romanos, aplicava-se na comparação entre gastos e autorizações de pagamentos e o Clero se valeu da auditoria para dirigir e fiscalizar os empreendimentos da Igreja Católica (SÁ, 2007).

A prática da inspeção, que caracteriza, em parte, a auditoria, permeia os mais distintos momentos históricos da humanidade, porém passou a ter conotação de profissão somente a partir da segunda metade do século XVII d.C. com a Revolução Industrial. Nesse contexto, a auditoria como profissão, surgiu para atender às necessidades determinadas pelo aparecimento de grandes empresas, como *feedback* de avaliação do investimento (SOUZA; FONSECA, 2005).

As autoras anteriormente referidas relatam que em razão das inquietações dos acionistas das empresas britânicas com o capital investido durante a Revolução Industrial, estes foram considerados os primeiros auditores, no entanto, a disseminação da auditoria para a totalidade das empresas e os demais setores da economia ocorreu somente após a fundação, em 1941, do *The Institute of Internal Auditors*, em Nova York.

Dentre os demais setores da economia que passaram a utilizar as práticas da auditoria, tem-se o setor saúde, que em razão do modelo econômico capitalista e da preocupação com a otimização dos lucros, passou a requerer melhor desempenho dos profissionais e das instituições, propiciando assim a operacionalização definitiva dos processos de auditoria nesta área (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

A primeira auditoria no campo da saúde, que se tem conhecimento, ocorreu em 1918, nos EUA e foi realizada pelo médico George Gray Ward, em prontuários de pacientes, com objetivo de identificar a qualidade da assistência prestada. Contudo, a prática da auditoria passou a ser utilizada em larga escala nos estabelecimentos de saúde a partir da década de 1980, devido aos crescentes avanços tecnológicos, à expansão acelerada da globalização de mercados, à informatização, à concorrência entre os prestadores de serviços e ao aumento das exigências dos clientes (KURCGANT, 2006).

No Brasil, o exercício da auditoria em saúde despontou com vigor a partir de 1990, com a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, que estabeleceu a necessidade de criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), o qual passou a existir em 1993. O objetivo do SNA consistia na fiscalização geral dos serviços de saúde do país, em razão da necessidade de permitir a descentralização da gestão instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (FONSECA et al., 2005).

No contexto da evolução da auditoria em saúde no Brasil, uma série de medidas a nível governamental foi estabelecida. Dentre elas, destacam-se a estruturação do SNA na esfera municipal, estadual e federal em 1997, proposta pela

Norma Operacional Básica (NOB) e a exigência da realização do processo de auditoria para a habilitação municipal em Gestão Plena de Saúde, indicada pela Norma Operacional de Assistência em Saúde (NOAS) em 2002 (SOUZA, 2006).

Atualmente muitas organizações aplicam os métodos da auditoria para avaliar a qualidade da assistência em saúde prestada no país. Dentre os **tipos** de auditoria existentes, destaca-se a Auditoria Retrospectiva que comporta a análise de critérios estabelecidos com base em dados provindos do prontuário do paciente, realizada por meio de revisão sistemática, após a alta do cliente da instituição/unidade e a Auditoria Operacional ou Recorrente, que se caracteriza pela verificação de critérios e como se processa a assistência “*in loco*”, com base na observação direta, na entrevista informal/formal e na análise de documentos (FELDMAN, 2006; CIANCIARULLO, 1997).

Em relação ao **tempo** de realização da auditoria, delinea-se a Periódica, quando se estabelece um período de tempo para realização da auditoragem, ou Contínua, quando se faz permanentemente (KURCGANT, 2006; HADDAD, 2004). D’Innocenzo (2006) afirma que, quanto à **natureza** de sua realização, a auditoria pode ser Normal ou Específica, e no tocante à **limitação** pode ser Total ou Parcial.

No que concerne à **forma** de intervenção, a auditoria pode ser ainda, considerada Interna ou Externa. A primeira possibilita uma avaliação mais acurada, beneficiada pelo fato de o auditor conhecer a estrutura administrativa, a cultura organizacional, as tecnologias e metas do serviço avaliado, uma vez que o processo de auditoragem é feito por uma pessoa da própria instituição. Na externa, o auditor é uma pessoa exterior à instituição, que não possui dependência administrativa com ela, nem envolvimento afetivo com os indivíduos, fato que permite recomendações finais mais críticas e criteriosas acerca dos resultados observados (D’INNOCENZO, 2006; HADDAD, 2004).

E quanto à **finalidade**, a auditoria pode ser empregada no âmbito dos cuidados/qualidade, ou no controle de Custos. Quando aplicada para o âmbito dos cuidados/qualidade, baseia-se nos registros realizados sobre o paciente no prontuário e/ou nas condições do paciente verificadas *in loco*, para avaliar os aspectos negativos e positivos da assistência prestada. Quando direcionada a verificação dos custos, a auditoria se destina a conferência das contas médicas, glosas contratuais e administrativas a fim de controlar o faturamento das instituições de saúde (RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004).

Percebe-se que para acompanhar as novas tendências de qualidade em saúde requeridas nos dias atuais, faz-se necessária a adoção da auditoria como ferramenta que se destina ao exame da adequação, eficiência/eficácia, controle, registro e análise a fim de atender, ou mesmo superar as expectativas dos clientes.

Considerando os diversos benefícios que a aplicação da prática da auditoria pode trazer às organizações prestadoras de serviços de saúde, acredita-se que na área da enfermagem as vantagens também sejam inúmeras e é com base nessa percepção que no próximo tópico será abordada a auditoria na enfermagem.

2.4.1 Auditoria na enfermagem

A Auditoria na enfermagem é concebida como um exame sistemático e independente utilizado para realizar a avaliação das atividades prestadas pelos profissionais da equipe, visando alcançar objetivos e resultados (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

Para Cianciarullo (1997, p. 24) a auditoria na enfermagem consiste em:

[...] avaliação sistêmica da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente *in loco* e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõe a conta hospitalar cobrados, garantindo um pagamento justo e cobranças adequadas.

Segundo Kurcgant (2006) a auditoria na enfermagem compreende um sistemático processo de avaliação do cuidado prestado, que se baseia nos registros de enfermagem, realizados no prontuário do paciente e/ou das próprias condições deste, no ambiente onde recebe o cuidado.

Quanto à definição de auditoria na enfermagem, Cerqueira (1977, p. 24) determina como sendo:

[...] processo pelo qual às atividades de enfermagem são examinadas, mensuradas e avaliadas, em confronto com padrões pré-estabelecidos, por meio de revisões das anotações de enfermagem que constam no prontuário médico, pela auditoria retrospectiva de resultados finais dos cuidados de enfermagem, pela auditoria operacional dos planos de cuidados, dos cuidados prestados ao paciente e dos registros de enfermagem que constam de impressos que compõem ou não o prontuário médico.

Historicamente, o primeiro registro que se tem notícia sobre a aplicação da auditoria no campo da enfermagem data de 1955, no Hospital Progress, nos EUA. No que tange à aplicação no Brasil, a primeira instituição a adotar este método foi o Hospital Universitário da Universidade Estadual de São Paulo, em 1980 (KURCGANT, 2006).

Não obstante o surgimento da auditoria na enfermagem no Brasil ter ocorrido em 1980, no decorrer desta década, foram escassos os registros sobre aplicação desta prática nas demais instituições prestadoras de serviços de saúde no país.

Apesar da pouca aplicabilidade da prática da auditoria no âmbito da enfermagem, destacada anteriormente, já se vislumbrava a importância futura que esta prática traria para a profissão e visando assegurar ao enfermeiro a legitimidade da realização da auditoria, a Lei 7498/86, estabeleceu como responsabilidade privativa deste profissional a prática da realização de auditorias, consultorias, ou emissão de opinião sobre matérias no campo da enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Observa-se que a auditoria na enfermagem pode ser realizada de duas formas, a primeira com intuito de determinar a qualidade do cuidado prestado aos usuários, realizada por meio da verificação da adequação entre os cuidados prestados e os padrões considerados aceitáveis, denominada Auditoria da Qualidade, e a segunda relacionada à verificação e controle de contas hospitalares, que objetiva a determinação da presença, ou não, de inadequações entre a assistência prestada e a conta cobrada, a chamada Auditoria de Custos (FONSECA et al., 2005; RODRIGUES; PERÓCA; JERICÓ, 2004).

A Auditoria de Custos na área da enfermagem surgiu em razão do aumento da competitividade entre os serviços de saúde e também da crescente incorporação de tecnologias, fatos que passaram a encarecer os tratamentos oferecidos aos pacientes, gerando apreensão por parte das operadoras dos planos de saúde e de gestores hospitalares, requerendo o estabelecimento de um processo de verificação da autenticidade das contas cobradas. Para a realização deste processo de verificação, o profissional enfermeiro foi apontado como mais apto, em razão de conhecer, na prática, como a assistência ao paciente se processa e poder identificar se existe, ou não, desconexão entre a conta hospitalar cobrada e o cuidado prestado (SCARPARO, 2007).

Camelo, Silva Júnior (2006) acrescentam ainda que além da competitividade e das inovações tecnológicas que ocorreram nos estabelecimentos de saúde, outro fato que também contribuiu muito para o surgimento desta nova forma de exercer a auditoria no âmbito da enfermagem, na lógica dos custos, foi o aumento da demanda de usuários nas instituições particulares de saúde.

Baseada na crescente necessidade do mercado de saúde do profissional enfermeiro como auditor no âmbito de custos, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2001, regulamentou esta prática como especialidade da profissão de enfermagem por meio da Resolução nº 266 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

Segundo Haddad (2004) para que um enfermeiro possa atuar na especialidade de auditor deve apresentar algumas características como: ética, discricção, senso crítico apurado, capacidade de análise e organização e conhecimento técnico-profissional.

Observa-se que a regulamentação da especialidade de enfermeiro auditor surgiu no bojo da avaliação de custos e acredita-se que este fato se dê em razão da importância econômica atribuída a esta prática. Entretanto, as crescentes exigências por qualidade por parte dos usuários e da sociedade como um todo, requerem a figura do enfermeiro auditor nas instituições de saúde não somente para a Auditoria de Custos, mas para implantação de programas de avaliação da qualidade do cuidado prestado – a chamada Auditoria da Qualidade.

No que tange à crescente modificação do processo de auditoria, Pereira e Takahashi (1991) assentam que existe uma tendência de mudança do enfoque do mercado em saúde, do controle de custos para o controle de qualidade, fato que deve promover adequação nas ações da auditoria em enfermagem visando atender esta nova tendência – a busca pela qualidade.

Com relação ainda à tendência de mudança no cenário da auditoria, visando à qualidade dos cuidados, Scarparo e Ferraz (2008) em uma pesquisa, com objetivo de identificar a opinião de especialistas sobre a concepção e os métodos da auditoria na enfermagem, observaram que mesmo na atualidade a principal finalidade dos processos de auditoria compreende a verificação de contas, ou seja, auditoria de custos, mas, que existe uma forte tendência de aplicação da auditoria também para a verificação das inadequações do cuidado de enfermagem prestado, objetivando a melhoria contínua.

A auditoria que busca a correção de inadequações nos cuidados de enfermagem prestados, denomina-se Auditoria da Qualidade e segundo D'Innocenzo (2006) contribui para avaliar o cuidado de enfermagem, fornecendo subsídios para comparar setores, redefinir processos, redimensionar recursos humanos, permitindo identificar os pontos fortes e fracos do trabalho da equipe, proporcionando informações vitais para o planejamento, a fim de direcionar programas de educação continuada.

No tocante às características da Auditoria da Qualidade, Souza, Moura e Flores (2002) destacam que esta compreende observações comprovadas de atos e fatos, análise de relatórios e registros de procedimentos individuais ou coletivos, concomitante ou posterior às ações que possam estar determinando alterações na eficácia dos serviços.

As mesmas autoras anteriormente mencionadas revelam, no entanto, que a Auditoria da Qualidade não consiste em um simples preenchimento de formulários, mas sim, em um processo amplo que requer a realização de análise profunda dos resultados obtidos, com a finalidade de propor e implantar estratégias pedagógicas para, juntamente com a equipe auditada, produzir mudanças de comportamento e de atitudes para a reversão de inconformidades.

Setz e D'Innocenzo (2009) afirmam que para se obter êxito na correção das inadequações observadas no cuidado prestado, faz-se mister que além da análise dos resultados obtidos, o processo de auditoria não se baseie na busca por culpados pelas falhas observadas, mas sim enfoque o aspecto educativo e a compreensão dos fatores que podem provocar oscilações entre altos e baixos na assistência.

Para que se possa estabelecer um processo de auditoria baseado na compreensão e em ações educativas, faz-se necessária a existência de uma relação positiva, entre o enfermeiro auditor e a equipe auditada, pautada na confiança, pois somente assim será possível a obtenção da melhoria das inconformidades observadas e a manutenção dos pontos positivos.

Setz e D'Innocenzo (2009) destacam ainda que os resultados dos processos de Auditoria da Qualidade além de subsidiarem a melhoria, possibilitam um respaldo ético e legal aos profissionais de enfermagem frente às associações de classe e a justiça, em razão de que apontam as inconformidades presentes no cuidado prestado, permitindo correções antes que causem danos aos pacientes.

Com base no que foi exposto, observa-se que a participação do enfermeiro no processo de auditoria compreende mais do que um enfoque, porém, acredita-se que a vertente da Auditoria da Qualidade proporciona ao enfermeiro maior visibilidade e permite que este profissional contribua de maneira eficaz com a melhoria do cuidado oferecido aos pacientes, ao passo que no âmbito dos custos a participação do enfermeiro se restringe a verificação da adequação de contas hospitalares e custos, o que invariavelmente proporciona menor contribuição para a qualidade do cuidado de enfermagem.

Devido ao fato de se acreditar que o ponto principal da auditoria realizada pelos profissionais de enfermagem deve consistir na busca pela qualidade dos cuidados prestados, faz-se importante, conhecer um pouco mais sobre a Auditoria da Qualidade na área da enfermagem, assunto do próximo tópico a ser descrito.

2.4.2 Auditoria da qualidade na enfermagem

A auditoria com ênfase na busca pela qualidade nos cuidados prestados efetivamente ganhou força a partir da década de 1990, em razão da modificação do cenário da qualidade no Brasil, decorrente da implantação da Gestão da Qualidade (GQ) no setor da prestação de serviços e produtos e da gradual transferência da filosofia de qualidade para o campo da saúde e principalmente para a enfermagem (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Cabe lembrar que anteriormente a este período, no Brasil, ainda não estavam consolidadas as discussões sobre qualidade no âmbito econômico e industrial, quanto mais na área da saúde. Para tanto, nota-se que a aplicação de métodos de avaliação da qualidade, como a auditoria, não despertava muito interesse na área, antes da década de 1990.

Na atualidade, Setz e D'Innocenzo (2009) relatam que em razão da auditoria ser considerada um instrumento eficaz no controle da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, possibilitando a melhoria constante, ela consiste em uma prática amplamente difundida entre as instituições de saúde do país.

Para Fonseca et al. (2005) a implantação de instrumentos de avaliação do cuidado de enfermagem prestado ao paciente, como a auditoria, é primordial para que a excelência dos cuidados possa ser obtida.

Segundo Adami (2000) a Auditoria da Qualidade no campo da enfermagem consiste em um instrumento no qual pode ser realizada uma comparação entre o cuidado prestado aos usuários e os padrões considerados aceitáveis para tais práticas.

Setz e D’Innocenzo (2009, p. 313) versam ainda que “A auditoria é o instrumento de controle da qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, sendo utilizada com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado prestado”.

Todavia a Auditoria da Qualidade na área da enfermagem compreende mais do que um instrumento de avaliação dos cuidados prestados, permite a reflexão coletiva e individual sobre o exercício profissional como um todo.

Para que a Auditoria da Qualidade possa gerar resultados que fundamentem ações corretivas de inconformidades e a reflexão da prática profissional, necessita ser aplicada com base em um plano auditorial, no qual devem ser estabelecidos: a forma de aplicação da auditoria, os dados que serão coletados, os padrões estabelecidos como ideais para comparação dos cuidados auditados, a classificação dos resultados obtidos, a forma de apresentação dos resultados e as possíveis sugestões para o aperfeiçoamento ou a correção de inadequações observadas (D’INNOCENZO, 2006; HADDAD, 2004).

Com relação à forma de aplicação da Auditoria da Qualidade, destacam-se duas formas possíveis: A primeira, por meio da constatação das condições do ambiente onde se processa o cuidado de enfermagem – **Operacional** e a segunda, baseada na verificação dos registros de enfermagem no prontuário do paciente – **Retrospectiva** (RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004). Enfatiza-se, no entanto, que estas duas formas de aplicação da auditoria podem ser utilizadas conjuntamente, com o intuito de complementar os pontos que passam despercebidos em alguma delas.

Feldman (2006) destaca ainda que além da análise do prontuário e da observação direta do ambiente onde se processa o cuidado, outra técnica de aplicação da auditoria consiste na entrevista informal/formal tanto com os profissionais que prestam o cuidado de enfermagem, quanto com os pacientes que foram atendidos na unidade auditada, a fim de confrontar os resultados obtidos.

Quanto aos dados a serem coletados, estes devem se basear na realidade da própria instituição. Haddad (2004) ressalta que roteiros pré-estabelecidos podem ser utilizados, contudo, faz-se necessário que sejam realizados manuais para nortear o preenchimento destes roteiros, com base nas características próprias de cada estabelecimento.

No tocante aos padrões ideais para comparação do cuidado prestado, Cianciarullo (1997) destaca que devem corresponder à natureza dos cuidados prestados ao paciente, ser elaborados em conjunto pelos enfermeiros auditores e os enfermeiros que atuam na área/setor a ser auditado e ser apresentados de forma clara e objetiva.

No que concerne à classificação dos resultados obtidos com o processo de Auditoria da Qualidade, observam-se, na realidade brasileira, os critérios propostos por Carter (apud SAUPE; HERR, 1982), utilizados por Haddad (2004), que se destinam a classificação dos cuidados avaliados no âmbito operacional, sendo que, quanto maior o percentual de respostas positivas obtidas, melhor a qualidade, conforme está apresentado no Quadro 2.

CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE	ÍNDICE DE POSITIVIDADE (%)
Desejável	100
Adequado	90 a 99
Seguro	80 a 89
Limítrofe	71 a 79
Sofrível	Menos do que 70

Quadro 2 – Classificação do cuidado de enfermagem conforme Carter apud Saupe e Horr. Florianópolis-SC, 1982.

Fonte: Carter (apud SAUPE, HERR, 1982).

Para Haddad (2004) podem ser considerados resultados adequados quando os cuidados de enfermagem classificados com base nos critérios anteriormente mencionados se situam, pelo menos, na faixa de cuidados seguros (80-89% de respostas positivas).

Quanto à classificação dos resultados da Auditoria da Qualidade Retrospectiva, pode ser realizada com base nos critérios de preenchimentos propostos por Cianciarullo, Fugulin e Androni (1998) e adaptados por Haddad (2004)

que compreende cinco categorias de classificação, sendo: 1 – não se aplica, 2 – completo, 3 – incompleto, 4 – não preenchido, 5 – incorreto. Podem ser considerados resultados adequados pelo menos 80% dos registros completos, até 15% de registros incompletos, menos que 5% de registros não preenchidos e 0% para registro incorreto.

Em relação à apresentação dos dados do processo de auditoria, Feldman (2006) afirma que consiste em uma tarefa que deve ser realizada pelo enfermeiro auditor, apontando os cuidados de enfermagem que se encontram em inconformidade com os padrões previamente determinados como ideais para a realidade auditada.

Haddad (2004) ressalta que os resultados do processo de Auditoria da Qualidade devem ser redigidos a determinação das possíveis causas para os pontos em desacordo com os padrões e sugestões de melhorias.

Percebe-se que os resultados do processo de Auditoria da Qualidade na enfermagem permitem a determinação da qualidade do cuidado prestado ao paciente, fundamentam os gestores no processo de tomada de decisão e quanto aos profissionais de enfermagem, possibilitam a (re)orientação das suas atividades e implementação de programas de educação permanente (FARACO; ALBUQUERQUE, 2004).

Para Souza, Moura e Flores (2002) os resultados oriundos da aplicação da Auditoria da Qualidade na enfermagem favorecem a melhoria do cuidado porque se forem utilizados, possibilitam a realização de uma prática profissional segura, ágil, eficaz, eficiente e criativa (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Destaca-se que o trabalho da enfermagem requer avaliação e atualização constantes, a fim de se manter um excelente nível de qualidade e garantir a segurança do paciente no setor da assistência em saúde.

Diante do exposto, observa-se que a aplicação da Auditoria da Qualidade na prática da enfermagem tende a promover benefícios tanto para os usuários dos serviços de saúde, quanto para a equipe de enfermagem e a instituição em razão de que: os primeiros se beneficiam por receberem cuidado de melhor qualidade; o segundo, a partir da avaliação das atividades desempenhadas, obtém subsídios para a reflexão e melhoria da prática profissional e o terceiro garante maior credibilidade entre os clientes, por oferecer um cuidado com melhor qualidade.

Considerando que a aplicação do processo de Auditoria da Qualidade traz benefícios para os usuários, para a instituição de saúde e para o trabalhador da enfermagem, é que se optou por utilizar esta ferramenta no presente estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade do cuidado e dos registros de enfermagem realizados na UTI-Adulto de um hospital universitário, utilizando a Auditoria de Qualidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar Auditoria Operacional nos cuidados de enfermagem prestados na UTI-A de um hospital universitário;
- Realizar Auditoria Retrospectiva nos registros de enfermagem realizados na UTI-A de um hospital universitário;
- Analisar conjuntamente e depois, separadamente, os resultados obtidos na Auditoria Operacional e Retrospectiva realizada na UTI-Adulto de um hospital universitário.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo descritivo, observacional e de análise documental, com abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de Adultos (UTI-A) de um hospital universitário público situado na região Oeste do Estado do Paraná.

4.2.1 Caracterização do local da pesquisa

O hospital de ensino, campo desta pesquisa, situa-se na região Oeste do estado do Paraná e aloca 138 leitos, divididos nas Clínicas Pediátrica, Médica, Cirúrgica, Ortopédica, Neurológica, Psiquiátrica, Ginecológica e Obstétrica. Conta ainda com 35 leitos para tratamento intensivo e intermediário, sendo que, destes, nove leitos são de UTI-Adulto (UTI-A), cinco de Unidade Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P), 11 de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N) e 10 de Unidade de Cuidados Intermediários Infantil (UCI). A instituição dispõe também de serviços de Pronto-Socorro, Centro Obstétrico, Ambulatório, Banco de Leite Humano, Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado.

Com relação à estrutura física, o hospital compreende um total de 19.865,10 m² e é considerado o maior hospital público da região Oeste e Sudoeste do Paraná. Atende uma população de aproximadamente 2.0 milhões de habitantes provenientes de diversas locais do Estado do Paraná, Mato Grosso do Sul e de países como o Paraguai e Argentina (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANÁ, 2009).

A comunidade hospitalar conta com 707 funcionários concursados e 11 funcionários em cargo de confiança, sem vínculo institucional, dispostos no Organograma a seguir:

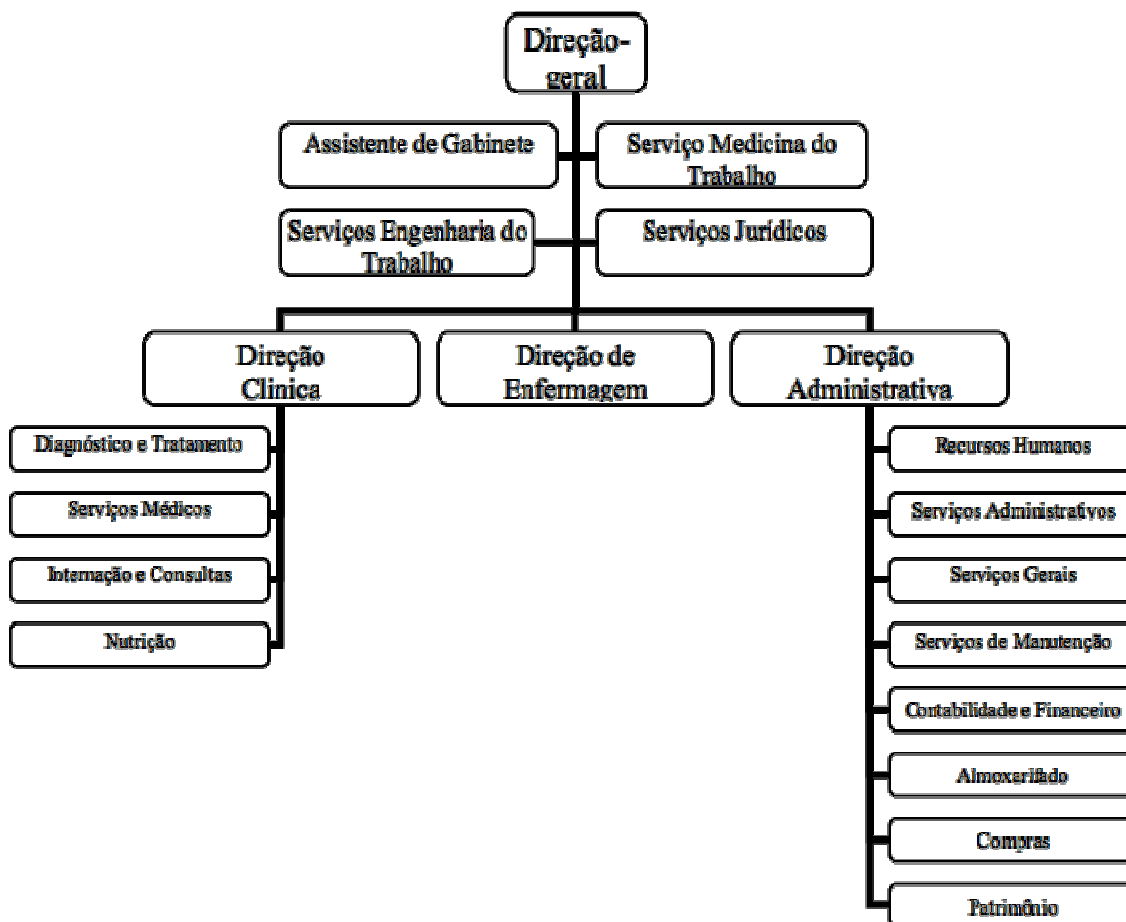


Figura 1 – Organograma da estrutura organizacional da instituição campo de estudo. Cascavel-PR, 2010.

Fonte: Conselho Universitário (2003).

O Serviço de Enfermagem é composto por 384 funcionários, destes 74 são enfermeiros; oito são coordenadores, três compõem a Direção de Enfermagem e os demais 63 enfermeiros, atuam como enfermeiros assistenciais, no cuidado direto ao paciente.

Com relação à categoria de Nível Médio, 102 profissionais são técnicos de enfermagem e 203 são auxiliares de enfermagem. Lotados, ainda, no serviço de enfermagem, há cinco auxiliares de saúde que atuam no Banco de Leite Humano e no Centro Cirúrgico (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, 2009).

O Serviço de Enfermagem do hospital em questão não possui um sistema de dimensionamento de pessoal de enfermagem implantado de maneira sistemática. Assim, os funcionários são alocados conforme a observação empírica da necessidade de cada unidade. Também não estão em vigor na instituição, todas as etapas do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de modo que o profissional enfermeiro, não documenta ou até mesmo, não realiza algumas das etapas propostas pela Resolução n.º 358/09 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) referente à SAE.

Cabe ressaltar que o Departamento de Enfermagem do hospital, em conjunto com o Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), a qual o hospital é vinculado, desenvolvem, há aproximadamente 18 meses, um projeto de extensão que objetiva a implantação, na instituição, de todas as etapas da SAE. Por meio do referido projeto já foi realizada a escolha das teorias de enfermagem a serem utilizadas em cada unidade em 2009, foi realizada a fase de caracterização dos pacientes atendidos na instituição, para determinar os principais diagnósticos de enfermagem.

A UTI-A/HUOP, unidade selecionada para o desenvolvimento desta pesquisa, possui nove leitos, que corresponde a 5% dos leitos da instituição. A referida unidade se destina ao atendimento de pacientes acima de 14 anos, que requeiram tratamento intensivo, nas diversas clínicas, com uma média de 28 internações/mês (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, 2009).

No período da coleta de dados estavam lotados na unidade, em média, seis enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 15 auxiliares de enfermagem, dispostos na seguinte estrutura: um enfermeiro coordenador da unidade, cinco enfermeiros supervisores, sendo um por turno (manhã, tarde, noite I, II e III); em média, seis auxiliares/técnicos de enfermagem nos períodos matutino e vespertino respectivamente; e aproximadamente quatro a cinco auxiliares/técnicos por noite.

O total de horas semanais trabalhadas na UTI-A/HUOP é de 36 horas, sendo esta jornada de trabalho dividida em: manhã (7h às 13h), tarde (13h às 19h) e noite (19h às 7h), este último com intervalo de 60 horas de descanso entre um plantão e outro, sem direito a horário de repouso durante o plantão. Para que a carga horária trabalhada do período noturno seja equivalente a carga horária do período diurno, em razão da escala 12 horas de trabalho/60 descanso, são necessárias que os funcionários compensem as horas que faltam por meio das chamadas “dobras de

plantão”, que são realizadas pelos funcionários de acordo com a sua disponibilidade, mas normalmente, no período noturno e na própria unidade, a fim de minimizar a carência de funcionários.

O período diurno possui folgas, sendo estas calculadas mensalmente com base no número de domingos, feriados e recessos trabalhados. As ausências previstas (folgas e licenças) e não previstas (faltas e licenças médicas) são cobertas parcialmente com hora-extra e em menor frequência, com dobras de plantão dos funcionários do período noturno.

A prestação de cuidados na unidade adota a metodologia do cuidado integral ao paciente, no qual cada membro da equipe de enfermagem é responsável por todos os cuidados ao paciente dentro do seu período de trabalho. Considerando a referida metodologia, que é utilizada para se evitar sobrecarga de trabalho, os cuidados de enfermagem de rotina, tais como banho, trocas de curativo, troca de equipos, dentre outros são executados conforme se apresenta a seguir:

- Período Matutino: Pacientes internados nos Box 1/4/7
- Período Vespertino: Pacientes internados nos Box 2/5/8
- Período Noturno: Pacientes internados nos Box 3/6/9.

Para os enfermeiros supervisores de turno, as atividades diárias de cuidado compreendem o preenchimento da planilha de gerenciamento; a distribuição de atividades e pacientes para os componentes da equipe técnica de enfermagem; o preenchimento da planilha da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; a visita/avaliação dos pacientes internados; a prescrição de enfermagem; o preenchimento do *Nursing Activities Score* – NAS; a execução dos procedimentos que requeiram maior competência técnica e científica, a realização de evolução dos pacientes e no caso de folga do enfermeiro da UTI-P, supervisão conjunta deste setor, exceto para o período noturno que não possui folgas.

As atribuições do enfermeiro Coordenador são de cunho gerencial e em sua maioria comportam o dimensionamento de pessoal; a programação de folgas e férias; a substituição de ausências não previstas dos membros da equipe e outras atividades administrativas, como a conferência e provisão de materiais e equipamentos, a negociação com os serviços de apoio entre outras. Em situações especiais, como faltas ou afastamentos de um dos enfermeiros, o enfermeiro Coordenador assume o cuidado direto ao paciente.

4.3 POPULAÇÃO

Compuseram a população do estudo, 50 pacientes que internaram na UTI-A/HUOP e atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Possuir idade igual ou superior a 18 anos;
- Consentir por escrito em participar da pesquisa. No caso de impossibilidade de compreensão do propósito do estudo e/ou verbalização por parte do paciente, o consentimento deveria ser fornecido pelo seu responsável;
- Ter permanecido, no mínimo, três dias na UTI-A/HUOP.

Estipulou-se três dias como permanência mínima por se acreditar que este tempo permite certa familiarização do paciente com a dinâmica de funcionamento da unidade, a adaptação da equipe com o paciente e também por ser este o período estipulado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para a troca rotineira de equipamentos; acessos venosos periféricos; sistemas de pressão venosa central (PVC), pressão intra-abdominal (PIA), pressão arterial média (PAM), dentre outros dispositivos, que auxiliam no suporte ao paciente durante a permanência na UTI-A, avaliados neste estudo.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário (APÊNDICE A) denominado Formulário para Avaliação da Qualidade do Cuidado de Enfermagem Prestado em UTI-A/HUOP, que compreendeu três partes: na **Parte 1** constavam os itens relacionados à **Caracterização Demográfica e Clínica do Paciente**: iniciais do nome; número do registro hospitalar; Box de internação na UTI-A/HUOP; sexo; idade; data e dia da semana da internação na UTI-A/HUOP; data e dia da semana da auditoria; turno da auditoria e diagnóstico médico do momento da admissão na unidade.

Na **Parte 2** do formulário constava o **Roteiro para Auditoria Operacional** (que foi preenchido por meio da Observação, da realização do Exame Físico do paciente e pelo uso do prontuário), descrito por Haddad (2004), composto por oito itens: I – Higiene e Conforto (com oito subitens), II – Atividades Físicas (com cinco subitens), III – Segurança Física (com doze subitens), IV – Nutrição e Hidratação (com quinze subitens), V – Oxigenação e Ventilação (com cinco subitens), VI – Eliminações (com sete subitens), VII – Utilização de Equipamentos (com um subitem) e VIII – Aspectos Organizacionais da UTI-A/HUOP (com doze subitens).

Para todos os subitens da segunda parte do formulário (Roteiro de Auditoria Operacional) existiam três possibilidades de respostas, *sim*, *não* ou *não se aplica*, sendo que somente uma possibilidade foi marcada para cada subitem observado.

Na **Parte 3** do formulário constava o **Roteiro de Auditoria Retrospectiva** (preenchido através da Busca Ativa nas Anotações de Enfermagem) que se compunha de sete itens: I – Dados de Identificação (com três subitens), II – Prescrição de Enfermagem (com nove subitens), III – Procedimentos de Enfermagem e, IV – Registros de Enfermagem (ambos com treze subitens cada um), V – Execução de Ordens Médicas (com quatro subitens), VI – Condições de Alta (com dois subitens) e, VII - Unidade de Terapia Intensiva Adulto (com oito subitens).

Para cada subitem do Roteiro de Auditoria Retrospectiva foi marcada uma resposta dentre as seguintes possibilidades: *não se aplica*; *preenchimento completo*; *incompleto*; *incorreto e não preenchido*.

Os roteiros de Auditoria Operacional e Retrospectiva, utilizados neste estudo, foram elaborados em 1998, por enfermeiros da Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem – ACQAE do Hospital Universitário de Londrina-PR no Norte do Paraná, com base em estudos de Cianciarullo (1997), Saupe e Horr (1982) que foram descritos por Haddad (2004).

4.5 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita em dois momentos, sendo que a Auditoria Operacional foi realizada por meio da Observação e Exame físico, verificados nos meses de maio a julho de 2009, nas dependências da UTI-A/HUOP.

O segundo momento, destinado à coleta de dados para a realização da Auditoria Retrospectiva, foi realizado por meio da Busca Ativa nos Registros de Enfermagem que ocorreu no período de 01 a 20 de agosto de 2009, nas dependências do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e do Setor de Faturamento do HUOP.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O Projeto de Pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá – COPEP e aprovado em 17 de abril de 2009, sob o Parecer n.º 132/2009 (ANEXO A).

Para a participação no estudo, foi solicitada ao paciente a autorização, mediante a explicação dos objetivos e do procedimento de coleta de dados do estudo. No caso de impossibilidade de verbalização e autorização do paciente, por motivos de gravidade e tratamento, foi realizado contato com os familiares após o horário de visita na unidade, que ocorria duas vezes ao dia, no período matutino (11h às 11h30) e vespertino (16h30 às 17h), sendo solicitada a autorização conforme determina a Resolução n.º 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b), que regulamenta as diretrizes que devem ser seguidas para a realização de estudos com seres humanos.

Mediante o aceite verbal do paciente ou familiar em participar do estudo, solicitava-se que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias. Destas, uma via era entregue ao paciente/familiar e a outra ficava de posse da pesquisadora.

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Primeiramente, o Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Setor de Educação Continuada do HUOP, para que fosse obtido o Parecer favorável do Diretor Geral da instituição para a realização do estudo.

Pelo fato de a coleta dos dados referentes à Auditoria Operacional ser trabalhosa, por requerer o comparecimento da pesquisadora na unidade, em alguns casos, até três vezes em um mesmo dia, uma enfermeira, não pertencente ao setor em que foi realizado o estudo, efetuou a coleta dos dados da Auditoria Operacional com base nas definições operacionais propostas para este estudo, quando a pesquisadora não pôde realizar esta tarefa.

Para cada paciente que atendeu aos critérios estipulados anteriormente para participar do estudo, foi preenchido um Formulário de Avaliação da Qualidade do Cuidado de Enfermagem Prestado na UTI-A/HUOP com base em definições operacionais (APÊNDICE C) elaboradas a fim de nortear o preenchimento do formulário de coleta dos dados.

A coleta de dados se referiu no primeiro momento, à Auditoria Operacional e no segundo, a Auditoria Retrospectiva conforme está descrito a seguir.

4.7.1 Auditoria operacional

A coleta dos dados da Auditoria Operacional ocorreu nos primeiros 30 minutos do plantão seguinte ao plantão em que os cuidados de rotina eram realizados. Justifica-se a escolha dos primeiros 30 minutos do plantão seguinte por se acreditar que assim seria possível identificar quais cuidados de enfermagem foram efetivamente executados no período anterior, sem interferência da equipe do plantão subsequente.

Vale ressaltar que foram excluídos da pesquisa os pacientes que permaneceram três dias na UTI-A/HUOP, mas que tiveram alta antes do período estipulado para a auditoragem, ou seja, antes do plantão seguinte ao que rotineiramente os cuidados de enfermagem deveriam ser executados.

A realização da Auditoria Operacional teve duração média de 30 minutos por paciente e ocorreu por meio da observação das condições materiais e dos equipamentos na UTI-A/HUOP, do exame físico do paciente e quando necessário, foram buscadas informações no prontuário deste.

4.7.2 Auditoria retrospectiva

A Auditoria Retrospectiva foi realizada por meio de Busca Ativa nos registros de enfermagem do prontuário dos mesmos pacientes que foram selecionados para a Auditoria Operacional.

Para efeito deste estudo foram considerados como registros de enfermagem todas as anotações realizadas no prontuário, tais como a prescrição de enfermagem, a evolução do enfermeiro, o relatório do técnico/auxiliar de enfermagem, a checagem da prescrição médica e de enfermagem e as anotações referentes à verificação dos sinais vitais e do balanço hídrico.

Inicialmente foi realizada uma lista com o número dos Registros dos pacientes selecionados para o estudo e entregue ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) para que os prontuários fossem separados. Em virtude da modificação do sistema de gestão hospitalar da instituição campo do estudo, alguns prontuários ainda não estavam disponíveis neste setor. Em razão disso, foi realizada nova lista com os prontuários não encontrados no SAME e encaminhada para o setor de faturamento da instituição, sendo que assim todos os prontuários foram localizados.

Os registros de enfermagem do prontuário dos pacientes selecionados foram auditadas em três momentos: nas primeiras 24 horas de internação na UTI-A/HUOP, no terceiro dia e no último dia de permanência do paciente na unidade.

A auditagem das primeiras 24 horas na UTI-A/HUOP foi realizada por se considerar que este período possui características peculiares, como levantamento do histórico do paciente, intervenções invasivas e demais atividades realizadas rotineiramente no ato da internação do paciente e que demandam elevada carga de trabalho da enfermagem, podendo influenciar na qualidade do cuidado prestado.

A auditagem dos registros de enfermagem no terceiro dia de internação na unidade foi realizada por se acreditar que neste momento já houvera adaptação da equipe de enfermagem com o paciente e também a normalização da rotina do cuidado prestado na unidade, tratando-se, portanto, de um dia típico.

A terceira auditagem dos registros de enfermagem compreendeu os dados das últimas 24 horas de permanência do paciente na UTI-A/HUOP e foi realizada por se entender que este momento contempla atividades diferenciadas dos demais dias e, por alterar, em parte, a rotina do serviço, pode interferir na qualidade do cuidado.

Por considerar que o preenchimento do instrumento da Auditoria Retrospectiva, ainda que seguisse as definições operacionais propostas neste estudo, pudessem gerar dúvidas na pesquisadora, quanto à pontuação a ser atribuída no momento da coleta dos dados, foram determinados alguns critérios de pontuação para os itens que pudessem ter respostas dúbias:

- **Subitem 3 do Item I - Dados de Identificação:** Considerou-se 1 (não se aplica) quando não havia prescrição de enfermagem.
- **Subitem 4 do Item II - Prescrição de Enfermagem:** Considerou-se 4 (não preenchido) quando não havia prescrição.
- **Subitens 6 e 7 do Item III - Procedimentos de Enfermagem:** Considerou-se 1 (não se aplica), quando não havia nada anotado.
- **Subitem 10 do Item III - Procedimentos de Enfermagem:** Considerou-se 5 (incorreto), quando o volume da dieta administrada ao paciente foi diferente do volume prescrito.
- **Subitem 3 do Item IV - Execução de Ordens Médicas:** Considerou-se 5 (incorreto), quando orientações médicas não estavam contempladas pela enfermagem, ou estavam diferentes.
- **Subitem 4 do Item IV Execução de Ordens Médicas:** Considerou-se 5 (incorreto), quando havia cuidados de enfermagem prescritos pelo médico.

Como fontes de dados foram utilizadas a Folha de Sinais Vitais Admissional, os impressos contendo a Prescrição de Enfermagem e Prescrição Médica.

4.8 TRATAMENTO DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados oriundos do formulário de coleta de dados, utilizado neste estudo, foram categorizados e compilados em bancos de dados separados e informatizados no programa *Microsoft Office Excel 2007*. A seguir, as planilhas provenientes destes bancos foram importadas para o programa *Statistical Analysis System 9.1.3 (SAS)* para a realização da análise estatística.

As variáveis qualitativas categóricas: sexo, faixa etária, diagnóstico, turno de internação, turno de auditoragem, box de internação, dia da semana da internação, dia da semana da auditoragem, itens e subitens dos Roteiros de Auditoria Operacional e Retrospectiva foram calculadas por meio de frequência absoluta e relativa. Para as variáveis quantitativas contínuas: idade e tempo de permanência, realizou-se a estatística descritiva com cálculo de média, mediana e desvio-padrão (DP).

A qualidade do cuidado e dos registros de enfermagem realizados na UTI-A/HUOP, foi identificada a partir do tratamento dos dados provenientes dos Roteiros de Auditoria Operacional e Retrospectiva.

Para a identificação da qualidade dos cuidados avaliados, por meio do Roteiro de Auditoria Operacional, calculou-se a frequência relativa das respostas obtidas (sim/não) para todos os itens e subitens do roteiro, a obter o percentual de respostas positivas (sim), também chamado - Índice de Positividade (IP).

A partir da obtenção do IP foi realizada a classificação dos itens e subitens com base nos critérios propostos por Carter (apud SAUPE; HERR, 1982) descrito por Haddad (2004), conforme foi apresentado no Quadro 3.

CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE	PREENCHIMENTO (%)
Completo	Pelo menos 80
Incompleto	Até 15
Não preenchido	Menos que 5
Incorreto	0

Quadro 3 – Critérios de preenchimento dos registros de enfermagem de acordo com Cianciarullo, Fugulin e Andreoni. São Paulo-SP, 1998.

Fonte: Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998).

Para fins deste estudo, foram considerados com qualidade os itens e subitens do Roteiro de Auditoria Operacional que apresentaram $IP \geq 70\%$, que segundo Nonino (2006) e Peduzzi et al. (2005) é considerado um percentual satisfatório.

Em relação à identificação da qualidade dos registros de enfermagem avaliados, por meio do Roteiro de Auditoria Retrospectiva, calculou-se a frequência relativa das respostas obtidas (preenchimento completo, incompleto, não preenchido e incorreto) em todos os itens e subitens do roteiro para obter o percentual de preenchimento (PP).

Os itens e subitens do Roteiro de Auditoria Retrospectiva que apresentaram, conjuntamente, PP Completo, Incompleto, Não Preenchido e Incorreto, classificados dentro dos critérios propostos por Ciancuarullo, Fugulin e Andreoni (1998), conforme o disposto no Quadro 3, foram considerados com qualidade.

Cabe destacar que a possibilidade de resposta **não se aplica** presente nos Roteiros de Auditoria Operacional e Retrospectiva não fez parte do tratamento dos dados em razão de não interferir na classificação da qualidade do cuidado e dos registros estudados.

Quanto à qualidade dos cuidados e dos registros de enfermagem prestados na UTI-A/HUOP nos meses de maio, junho e julho de 2009, foi realizada uma análise da classificação de qualidade do percentual das respostas dos itens e subitens dos Roteiros de Auditoria Operacional e Retrospectiva para cada um dos meses auditados.

No que diz respeito à apresentação dos dados, os referentes à caracterização da população do estudo serão apresentados na forma descritiva. Já os dados referentes à identificação da qualidade dos cuidados e dos registros de enfermagem, bem como a análise entre os meses auditados e entre dias de semana e fins de semana, serão apresentados na forma de tabelas e figuras, contendo a frequência relativa das respostas obtidas para cada item e subitem dos roteiros de auditoria aplicados e a classificação de qualidade obtida.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Por compreender que o conhecimento das características da população, a qual se destinam os cuidados de enfermagem, é importante para o processo de avaliação da qualidade, na sequência serão descritos, de forma sucinta, os dados de caracterização da amostra, oriundos da Parte 1 do formulário, ou seja, Caracterização Clínica e Demográfica do Paciente.

Conforme foi enunciado anteriormente, participaram deste estudo 50 pacientes, sendo que 35 (72%) eram do sexo masculino. A média de idade foi de 46 anos ($DP \pm 17,2$) e a faixa etária com maior prevalência esteve acima de 50 anos (54%). No tocante ao diagnóstico de internamento, 26 (52%) pacientes apresentaram diagnósticos que requereram tratamento neurológico, 17 (34%) tratamento clínico e 7 (14%) cirúrgico.

Com relação ao tempo de permanência na UTI-A/HUOP, a média foi de 13 dias ($DP \pm 7,2$). Concernente ao período de internação na unidade de estudo, 22 (44%) pacientes internaram no plantão noturno, 15 (30%) e 13 (26%) no plantão vespertino e matutino, respectivamente.

Os dados referentes à Parte 2 (Roteiro de Auditoria Operacional) e à Parte 3 (Roteiro de Auditoria Retrospectiva) serão apresentados no próximo tópico.

5.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS E DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NA UTI-A/HUOP

5.2.1 Auditoria operacional

A Auditoria Operacional foi realizada 15 vezes (30%) no plantão matutino para avaliar os cuidados de enfermagem prestados no plantão noturno, 17 vezes (34%)

no plantão vespertino para avaliar os cuidados do plantão matutino e 18 vezes (36%) no plantão noturno para avaliar os cuidados do plantão vespertino, totalizando 50 auditagens.

O percentual das respostas positivas (Índice de Positividade) obtido para cada item que compôs o Roteiro de Auditoria Operacional, bem como a classificação de qualidade destes itens, está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Índice de Positividade e classificação de Qualidade identificados na Auditoria Operacional realizada na UTI-A/HUOP. Cascavel-PR, 2010.

Itens do Roteiro de Auditoria Operacional	Índice de Positividade (%)	Classificação de Qualidade
I - Higiene e Conforto	68	Sofrível
II - Atividade Física	28	Sofrível
III - Segurança Física	71	Limítrofe
IV - Nutrição e Hidratação	66	Sofrível
V - Oxigenação e Ventilação	29	Sofrível
VI - Eliminações	66	Sofrível
VII - Utilização de Equipamentos	72	Limítrofe
VIII - Unidade de Terapia Intensiva	50	Sofrível
MÉDIA	56	Sofrível
Classificação: Desejável: 100%		
Adequada: 90-99%		
Segura: 80-89%		
Limítrofe: 70-79%		
Sofrível: < 70%		

Os cuidados de enfermagem executados na unidade estudada foram avaliados por meio de oito itens, destes, apenas os itens III – **Segurança Física** e VII – **Utilização de Equipamentos** obtiveram Índice de Positividade (IP) superior a 70% e foram considerados de qualidade (Tabela 1).

Fizeram parte do item III - **Segurança Física**, 12 subitens relacionados aos cuidados de enfermagem, quais sejam: identificação correta e completa do paciente; à acomodação segura na cadeira de rodas ou poltrona; o posicionamento adequado das grades da cama; à ausência de queda do leito nas últimas 24 horas; à limpeza e adequada posição das restrições de membros; à presença de campainha ao alcance do paciente; à segurança e adequação do mobiliário do Box; à adequação do equipamento elétrico do Box; à presença de objetos limpos acumulados no Box; à

presença de objetos contaminados acumulados no Box; à limpeza do ambiente e agendamento de exames.

Os subitens que avaliaram os cuidados prestados no âmbito da segurança física se referiram as medidas que buscam manter as condições adequadas de segurança ao paciente durante o seu período de internação na terapia intensiva.

Segundo Decesaro e Padilha (2001) a adoção de adequadas medidas de segurança aos pacientes internados contribui para a melhoria da qualidade do cuidado que está sendo prestado, principalmente em terapia intensiva, em que existe grande diversidade de procedimentos realizados rotineiramente e extrema gravidade dos pacientes. Para Padilha (2006) além de possibilitar a melhoria da qualidade do cuidado, a segurança do paciente deve ser compreendida pelos profissionais de enfermagem como um compromisso ético assumido desde a sua formação e deve ser diariamente reafirmada.

No Brasil mesmo que a temática referente à segurança do paciente seja muito divulgada entre os profissionais de enfermagem, se percebe que ainda é insuficiente, pois nos EUA segundo Gentil e Sanna (2009), a enfermagem passa por constantes avaliações de competência visando selecionar somente os profissionais mais capacitados para prestar assistência e assim evitar danos ou falhas que comprometam a segurança dos pacientes.

Na UTI-A/HUOP se verificou qualidade nos cuidados de enfermagem relacionados com a segurança do paciente, entretanto, observa-se que o IP ficou no limite inferior (71%) de qualidade e foi classificado como “Limítrofe”, indicando que existe espaço para melhorias, principalmente nos subitens relacionados à “presença de campainha ao alcance do paciente” (IP=0%); “limpeza do ambiente” (IP=12%) (leito, mobiliário, ventilador, bombas infusoras, cabos de monitorização, entre outros); “presença de objetos limpos acumulados no Box” (IP=40%) e “presença de objetos com sujidades acumulados no Box” (IP=62%), que apresentaram IP<70%.

No tocante ao subitem “presença de campainha ao alcance do paciente”, esta forma de sinalização de enfermagem não foi observada em nenhum Box. Nota-se que a pouca importância atribuída à campainha na terapia intensiva se deve, em parte, ao fato de muitos pacientes, normalmente, encontrarem-se em coma, e por isso não utilizarem este recurso.

Cabe lembrar, contudo, que mesmo em menor escala, existem pacientes internados na terapia intensiva, os quais não estão em coma, e que necessitam

utilizar algum dispositivo para solicitar a presença do profissional de enfermagem quando necessário e por este motivo, este recurso deve estar disponível em todos os Box da unidade.

De acordo com o MS, os estabelecimentos de assistência à saúde que possuem área de recuperação de pacientes, como unidades de internação, recuperação pós-anestésica e UTI, devem possuir um sistema de sinalização de enfermagem para que o paciente solicite o auxílio da equipe, quando necessário. A sinalização pode ser na forma de campainha, no caso de unidades com diversos corredores, todavia o ideal é que seja um sinal luminoso no posto de enfermagem que identifique o paciente que está realizando o acionamento e o leito que se encontra (BRASIL, 1995).

No caso da UTI, em que o Posto de Enfermagem deve permitir a observação visual direta ou eletrônica de todos os pacientes, ao invés de campainhas, recomenda-se a utilização de um sinal luminoso logo acima da cabeceira do leito do paciente (BRASIL, 2002b).

Na unidade estudada, entretanto, não existe nem campainha, nem sinais luminosos, como recomendado na literatura, evidenciando que são necessárias medidas administrativas que pleiteiem a instalação deste equipamento.

Vale ressaltar que nos últimos anos, uma grande reforma na estrutura física da unidade já foi realizada, contudo, a sinalização de enfermagem não foi contemplada. Esse fato aponta para o não envolvimento da enfermagem na realização do projeto de reforma, ou mesmo, a não percepção desses profissionais, sobre a importância dos sinalizadores para o processo de cuidado.

A falta de percepção da necessidade de sinalizadores na unidade estudada demonstra a necessidade da implementação de um método que permita que a equipe identifique as falhas na prestação dos cuidados a fim de corrigi-las. Tem-se que na unidade em questão, poderia ser instituído o ciclo PDCA (*Plan, Do, Check e Action*), proposto por Deming, o qual segundo Bohomol (2006) permite a correção de erros/desvios que possam estar ocorrendo, como é o caso da sinalização de enfermagem.

Em relação ao subitem “limpeza do ambiente”, que não alcançou o critério de qualidade proposto para este estudo (IP \geq 70%), certamente foi influenciada pela presença de sujidades na bancada onde as bombas infusoras eram posicionadas,

no monitor multiparamétrico, nos cabos de monitorização e no ventilador mecânico, demonstrando que a limpeza concorrente não estava sendo realizada a contento.

A limpeza concorrente é uma atividade da equipe de enfermagem que deve ser realizada diariamente, com água e sabão em todo mobiliário e demais equipamentos presentes no quarto/Box do paciente (ZORZE; KARAGULIAN, 2006).

Na terapia intensiva, uma unidade considerada crítica devido ao maior risco de adquirir infecção, em razão do fragilizado estado imunológico do paciente e do elevado número de procedimentos invasivos, a limpeza concorrente do Box do paciente é indispensável.

Em face à inadequada realização da limpeza concorrente na unidade, acredita-se que seja necessário o estabelecimento de um processo de reflexão com a equipe de enfermagem, para que ações corretivas sejam propostas com objetivo de melhorar a qualidade do cuidado prestado. Melhoraria esta que, segundo Setz e D'Innocenzo (2009) se espera de um processo de avaliação do cuidado, baseado na Auditoria da Qualidade, como o realizado neste estudo.

Outros dois subitens que apresentaram IP<70% também se relacionam à “presença de objetos limpos acumulados no Box” e à “presença de objetos com sujidades acumulados no Box”.

Dentre os objetos limpos observados em excesso no Box dos pacientes se destacam os de uso coletivo, como tubos de pomadas; rolos de esparadrapo; dentre outros, que deveriam permanecer no Posto de Enfermagem. Além dos materiais de uso coletivo, foi observado também o excesso de materiais nas caixas de apoio presentes nos Boxes, como luvas e sondas de aspiração; pacotes de gaze; agulhas; seringas; fitas para verificação de glicemia, os quais deveriam estar presentes somente na quantidade necessária para o uso no decorrer do plantão.

Vale ressaltar que a auditoria foi realizada sempre nos primeiros 30 minutos de cada plantão, portanto, o material verificado em excesso no Box não estava mais sendo utilizado, visto que consistia no momento da passagem de plantão.

No que concerne aos materiais com sujidades, os mais comumente observados, durante a auditoria nos Box, foram os que se referiam aos curativos de punção venosa, além de comadres e papagaios. Sabe-se que estes materiais carregam grande quantidade de materiais contaminantes e por isso, a não destinação adequada dos materiais utilizados implica em riscos à segurança do

paciente e do profissional de enfermagem, podendo, inclusive, ocasionar acidentes ocupacionais.

Na terapia intensiva a ocorrência de acidentes ocupacionais com profissionais de enfermagem segundo Bonini et al. (2009), decorrem principalmente da maior demanda de procedimentos invasivos presentes na unidade, do intenso ritmo de trabalho da equipe e do quadro reduzido de pessoal.

Na unidade estudada existe inadequado dimensionamento da equipe de enfermagem, conforme resultados de estudos realizados por Nicola (2004), Padilha (2007) e Versa (2008). Este fato pode estar gerando sobrecarga de trabalho na equipe e desatenção quanto às medidas de segurança primordiais, como é o caso do adequado descarte de materiais com presença de sujidades.

A sobrecarga laboral, decorrente do inadequado dimensionamento da equipe de enfermagem compromete, não somente a segurança dos profissionais que atuam na unidade, mas também a qualidade do cuidado, devido a maior possibilidade de ocorrência de negligências e imperícias na assistência ao paciente (VITURI, 2007).

Mesmo que alguns subitens referentes à segurança do paciente, descritos anteriormente, possuíram $IP < 70\%$, no âmbito geral, este item foi considerado de qualidade, a exemplo do item VII – **Utilização de Equipamentos** composto por apenas um subitem relacionado à utilização de forma correta dos equipamentos como oxímetro de pulso, transdutores de pressão (venosa, abdominal e cerebral), cardioscópios, dentre outros que são utilizados na monitorização dos pacientes internados em terapia intensiva.

A monitorização na terapia intensiva, segundo o Consenso Brasileiro de Monitorização e Suporte Hemodinâmico (DIAS et al., 2006), pode ser considerada como uma das mais importantes ferramentas no tratamento dos pacientes críticos. Entretanto deve ser realizada de forma correta, principalmente pela equipe de enfermagem, que são os profissionais que mais manuseiam os equipamentos de monitorização.

Neste estudo os cuidados concernentes à utilização de equipamentos foram considerados de qualidade, no entanto o IP obtido, assim como o item “Segurança do Paciente”, situou-se no limite inferior ($IP = 72\%$) e foi classificado como “Limítrofe”, demonstrando que são necessárias medidas que visem o maior aperfeiçoamento no manuseio dos equipamentos utilizados na unidade.

O aperfeiçoamento contínuo requerido no manuseio dos equipamentos utilizados na unidade estudada consiste em um dos 14 princípios propostos por Deming (1990) que podem facilitar a obtenção da qualidade de produtos ou serviços.

Os demais itens avaliados pela Auditoria Operacional apresentaram $IP < 70\%$. Desse modo, não alcançaram o critério de qualidade estabelecido para este estudo, visto que os cuidados de enfermagem avaliados por estes itens foram classificados como “Sofríveis”.

Dentre os itens classificados como “Sofríveis”, tem-se o de número I – **Higiene e Conforto** ($IP=68\%$), que foi composto por oito subitens, sendo os seguintes: cuidado com a boca; ordem dos cabelos; realização de tricotomia facial; aparamento das unhas dos pés e mãos; ausência de irritações e obstruções em sondas e drenos; correto posicionamento do paciente na cama; presença de curativos limpos e secos e ordem e limpeza da cama do paciente. Destes, os que apresentaram $IP < 70\%$ foram: “aparamento das unhas dos pés e mãos” ($IP=26\%$); “realização de tricotomia facial” ($IP=54\%$) e “correto posicionamento do paciente na cama” ($IP=64\%$).

A “realização da tricotomia facial”, o “aparamento das unhas dos pés e mãos” e o “correto posicionamento do paciente na cama” são atividades realizadas para melhorar as condições de aparência, higiene, e também de conforto, sendo consideradas técnicas básicas de enfermagem.

Na UTI em estudo, os cuidados descritos anteriormente não alcançaram o critério de qualidade proposto ($IP \geq 70\%$). Esse fato é preocupante, pois consiste em técnicas que não requerem profundo conhecimento científico, nem muita habilidade para serem realizadas, os seus resultados podem indicar que os profissionais de enfermagem da unidade não valorizam os cuidados relacionados à higiene e ao conforto do paciente.

Nota-se a necessidade de que haja maior conscientização da equipe de enfermagem da unidade a respeito da importância da qualidade na realização de todos os cuidados, porque tanto os complexos, quanto os simples, contribuem sobremaneira para a recuperação do paciente.

A conscientização sobre a importância da qualidade em todas as ações realizadas, proposta anteriormente para a equipe de enfermagem da UTI-A, foi sugerida por Ishikawa em 1993 como um dos 10 princípios que podem ser utilizados para o alcance da qualidade em uma instituição ou serviço.

Outro item que não obteve IP, de acordo com o critério de qualidade determinado para este estudo, foi o de número IV – **Nutrição e Hidratação** (IP=66%), composto por 15 subitens relacionados com: troca dos equipos de microgotas a cada 72 horas, presença de data e instalação dos equipos de PVC a cada 72 horas; troca dos equipos de bomba de infusão a cada 72 horas; ausência de sangue coagulado na parte interna do equipo de soro; ausência de sangue coagulado na parte externa do equipo de soro; identificação correta dos equipos de soro; identificação completa e correta dos soros instalados; identificação das punções venosas periféricas realizadas; troca das punções venosas periféricas a cada 72 horas; presença de permeabilidade nos cateteres externos; ausência de soroma em membros superiores; troca dos equipos de dieta a cada 24 horas; limpeza dos equipos de dieta; presença de equipos coloridos para dieta e posicionamento do frasco da dieta acima da cabeça do paciente.

Dos subitens referidos, os que apresentaram IP<70% foram: “troca dos equipos de microgotas a cada 72 horas” (IP=54%); “identificação correta dos equipos de soro” (IP=34%); “identificação completa e correta do soro instalado” (IP=6%); “identificação das punções venosas periféricas realizadas” (IP=0%) e “troca das punções venosas periféricas a cada 72 horas” (IP=50%).

A troca dos equipos na instituição estudada deve ser realizada a cada 72 horas, conforme determinado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), contudo foi observado que na UTI-A/HUOP, esta recomendação não está sendo plenamente seguida.

O equipo pode ser considerado um artigo crítico em razão de estar conectado diretamente à punção venosa. No âmbito da terapia intensiva, em que, na maioria das vezes, os pacientes possuem uma via central de acesso venoso, essa prática se torna mais frequente (JANUÁRIO, 2001).

A ligação direta do equipo com o acesso venoso pode se tornar uma via para a colonização bacteriana da corrente sanguínea do paciente, caso não ocorra a troca do equipo no período determinado. Isso decorre da necessidade de desconexão entre o equipo e o frasco de soro/medicação, fato que possibilita o contato inadvertido da ponta do equipo com as mãos do profissional ou qualquer outro objeto que esteja próximo, gerando contaminação e exposição do sistema estéril (MARTINS et al., 2003).

No que tange à “identificação correta dos equipos de soro”, foi observado, durante a auditoria, que mesmo existindo etiquetas padronizadas para tal identificação, muitas vezes o preenchimento foi realizado de forma incorreta ou não realizado. Falhas desse tipo podem ter contribuído para que a troca dos equipos não fosse realizada de acordo com o que preconiza a CCIH do hospital.

Em relação ao subitem referente à “identificação correta e completa dos soros instalados”, que apresentou IP abaixo do critério de qualidade requerido por este estudo ($IP \geq 70\%$), para a sua avaliação foram consideradas, também, as demais medicações que estavam sendo administradas continuamente ao paciente no momento da auditoria, como é o caso de sedativos, opióides e drogas vasoativas.

Os principais quesitos alusivos à identificação dos soros/medicações que foram registrados de forma incorreta ou incompleta foram: o nome do paciente; o tempo e a vazão de administração da solução.

No que concerne ao nome, foi observada com frequência, a falta de registro do sobrenome, podendo comprometer a segurança dos mesmos, em razão de que pode gerar dúvidas e erros no momento da instalação da solução, principalmente, se na unidade existirem pacientes com nome semelhante ou igual.

Com relação ao registro incompleto, incorreto ou mesmo o não registro do tempo e da vazão em que a solução deve ser administrada, no rótulo do soro/medicação, deve-se, em parte, ao fato da grande utilização das bombas infusoras, as quais, após o informe do volume e do tempo em que deve a solução ser infundida, automaticamente calculam a vazão por hora, não sendo necessário o cálculo anterior pela equipe de enfermagem. Isso resulta no não registro prévio também da vazão e do tempo, visto que o cálculo é realizado pela bomba infusora, após a instalação da solução, momento em que, normalmente, o rótulo já foi preenchido e aderido ao frasco.

Outro fato que pode também contribuir para o registro incompleto, incorreto ou não realizado nas soluções, na terapia intensiva, consiste na prática da solicitação verbal do médico, para alterar a vazão de infusão de soluções como drogas vasoativas e sedativas, normalmente, em decorrência de alguma instabilidade do paciente. Essa prática, bastante comum em UTI, pode ocorrer diversas vezes no plantão, de modo que o rótulo preenchido de forma correta e completa no ato da diluição do soro/medicação passa a ser incorreto na primeira alteração de vazão de infusão realizada.

Muitas vezes pelo motivo de o rótulo do soro/medicação ficar incorreto, devido às constantes alterações de vazão, os profissionais passam a nem mesmo registrar estes quando preparam a solução a ser administrada.

É necessário que seja realizado, na unidade, um estudo sobre as consequências que o preenchimento incompleto ou ausente do rótulo dos soros/medicações pode causar para o estado clínico do paciente. Segundo Toffoletto e Padilha (2006) este estudo pode ser executado por meio da aplicação de escalas de medidas objetivas, observações e relatos de experiência dos profissionais de enfermagem.

No subitem relacionado com a “identificação correta das punções venosas periféricas realizadas” foi observado durante a auditoria, que normalmente faltava algum dos dados requeridos como: nome do profissional que realizou a punção; data da realização do procedimento ou ainda, o horário.

A identificação incorreta do acesso venoso periférico, muitas vezes, dificulta a observação da data da punção, fato que requer que um novo procedimento seja realizado, e isso certamente é prejudicial, principalmente para o paciente, por elevar o risco de contrair infecção e desconforto.

Na UTI em foco, a CCIH determina que as punções venosas periféricas sejam trocadas a cada 72 horas, no entanto, este critério não está sendo obedecido. Destaca-se, todavia, que as punções venosas periféricas são pouco realizadas na UTI em razão da existência de um protocolo interno, que institui que para todo paciente admitido nessa unidade, deve ser viabilizado um acesso venoso central.

A realização de acesso venoso central se deve ao fato de que este dispositivo permite a monitorização hemodinâmica (verificação de pressão venosa central), a administração rápida de drogas, expansores plasmáticos, hemoderivados, drogas hipertônicas/irritativas e nutrição parenteral, necessários para um melhor tratamento dos pacientes internados em terapia intensiva (CARRARA, 2010; DIAS et al., 2006).

Dos subitens referentes à Nutrição e Hidratação que apresentaram IP abaixo do valor determinado para este estudo, verificou-se que a maioria se referia à identificação e/ou troca de equipos ou de punções venosas, demonstrando que parece haver desconhecimento por parte da equipe de enfermagem sobre as normativas da CCIH da instituição sobre as formas corretas de realização de tais práticas. Em face desse aparente desconhecimento sobre as recomendações da CCIH, identificado por meio do processo de auditoria, sugere-se que sejam

estabelecidas ações educativas com estes profissionais ao invés de punitivas, pois somente assim, estas falhas poderão realmente ser minimizadas/eliminadas (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Outro item que não obteve IP de acordo com o critério de qualidade estabelecido para este estudo (IP \geq 70%) foi o de número VI – **Eliminações** (IP=66%), composto por sete subitens: presença de curativo ou coletor adequado em dreno de penrose, adequado enchimento e posicionamento de ostomias e bolsas coletoras; posicionamento adequado e manutenção de pressão negativa em dreno de porto-vac; instalação adequada do dreno de tórax; identificação adequada do dreno de tórax; correto posicionamento da sonda nasogástrica/nasoenteral e adequada fixação de sonda vesical de demora. Destes os que apresentaram IP<70% foram: “instalação adequada do dreno de tórax” (IP=67%); “correto posicionamento da sonda nasogástrica/nasoenteral” (IP=55%) e “adequada fixação de sonda vesical de demora” (IP=9%).

No subitem relacionado à “instalação adequada do dreno de tórax” foram avaliados os cuidados considerados de menor complexidade, tanto técnica, como científica, como é o caso da realização de curativos diários ao redor do dreno; a manutenção do frasco coletor abaixo do paciente e mesmo assim, o cuidado avaliado foi considerado “Sofrível”.

Segundo Dochterman e Bulechek (2008) os pacientes com dreno de tórax, além dos cuidados técnicos de enfermagem, requerem outros cuidados tais como a monitoração de sinais e sintomas de pneumotórax, o monitoramento de enchimento, esvaziamento/eliminação e vazamentos de ar através do dreno torácico, para os quais é necessário conhecimento científico da fisiologia do sistema respiratório e, portanto devem ser realizados pelo enfermeiro.

O enfermeiro, como profissional da equipe de enfermagem mais capacitado para a realização de atividades que demandam maior complexidade e conhecimento científico, conforme está disposto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986) deve assumir a responsabilidade da realização dos cuidados de enfermagem mais complexos para os pacientes com dreno de tórax, principalmente quando os cuidados técnicos básicos não atendem ao padrão de qualidade, como foi observado neste estudo.

No subitem concernente ao “correto posicionamento da sonda nasogástrica (SNG) e nasoenteral (SNE)”, observou-se nos pacientes em ventilação mecânica

que a fixação foi realizada juntamente com o tubo endotraqueal, de modo que quando havia qualquer movimento do tubo, a sonda também era movimentada, facilitando a retirada da mesma. Outra forma de fixação da SNG/SNE observada foi na região superior do nariz, de forma que causava pressão na região da aba do nariz, podendo causar Úlcera por Pressão (UP).

De acordo com a literatura a fixação da SNG/SNE deve ser realizada sem tracionar a asa do nariz, com uma fita antialérgica, que deve ser trocada sempre que estiver úmida, frouxa ou solta (POLTRONIERI, 2010). A não fixação correta desses aparatos pode facilitar que sejam retirados pelo paciente, ou tracionado pela equipe de enfermagem no momento em que executa cuidados como banho no leito e mudança de decúbito, podendo resultar em prejuízos ao paciente.

Em razão dos danos que a retirada ou tração da SNG/SNE podem acarretar aos pacientes, a ocorrência desta prática, segundo Nascimento et al. (2008) é considerada um evento adverso e pode ser utilizado como indicador de resultado da qualidade dos cuidados de enfermagem que estão sendo prestados em terapia intensiva.

Na UTI-A/HUOP não existe registro sobre as retiradas não programadas de SNG/SNE, entretanto considerando que os cuidados de enfermagem, no que diz respeito à correta fixação da sonda, não obtiveram um IP de acordo com o critério de qualidade determinado, percebe-se que há necessidade de realização de estudos para verificar o número e as ocasiões em que a sonda foi retirada sem indicação, seria interessante para que se fundamentem os treinamentos da equipe de enfermagem sobre a importância de maior atenção no cuidado e na manipulação deste artefato.

Com relação ao subitem “adequada fixação de sonda vesical de demora (SVD)”, assim como a SNG/SNE, observaram-se falhas na sua realização, principalmente no prolongamento da SVD que, normalmente, não era fixado em lugar algum, permanecendo o tempo todo tracionado. Apesar desse inconveniente, a maior problemática imbuída na questão da inadequada ou ausente fixação da SVD, não consiste na retirada não programada, mais sim na lesão que pode causar nas estruturas da bexiga e da uretra devido à constante movimentação da mesma (NAPOLEÃO; CALDATO; PETRILLI FILHO, 2009).

Os subitens relacionados às Eliminações, descritos anteriormente, que apresentaram IP abaixo do valor determinado como de qualidade, podem ocasionar

danos aos pacientes. Em razão disso, se faz necessário que sejam constantemente monitorados por meio de um processo como o realizado neste estudo – Auditoria da Qualidade – que segundo D’Innocenzo (2006), permite identificar as falhas/inadequações a fim de que possam ser corrigidas e assim não prejudiquem a qualidade do cuidado prestado.

O item VIII – **Aspectos Organizacionais da UTI-A/HUOP**, não obteve $IP \geq 70\%$, portanto, não atingiu o critério de qualidade determinado para este estudo. Esse item foi composto por 12 subitens referentes a: presença de prescrição de enfermagem para todos os pacientes; presença mínima de duas evoluções diárias; registro da realização de um exame físico por período; registro de sinais e balanço hídrico de duas em duas horas; presença de camas com cabeceiras removíveis e grades laterais; presença de sistema fechado de coletor de urina; presença de roupa em número suficiente para a demanda; presença de cuidados preventivos para UP; ausência de obstrução, irritação local e infecção em drenos, coletores, sondas e cateteres, coletores; realização de orientação familiar; presença de controle de ruído no setor e realização de antissepsia nas mãos antes e após procedimentos no setor.

Dentre os subitens referidos, os que apresentaram $IP < 70\%$ foram: “presença de prescrição de enfermagem para todos os pacientes” ($IP=36\%$); “presença mínima de duas evoluções diárias” ($IP=28\%$); “registro da realização de um exame físico por período” ($IP=4\%$); “presença de cuidados preventivos para UP” ($IP=32\%$); “presença de controle de ruídos no setor” ($IP=0\%$) e “realização de antissepsia nas mãos antes e após procedimentos no setor” ($IP=15\%$).

O $IP < 70\%$ para os subitens referentes à “realização de prescrição de enfermagem diariamente para todos os pacientes”, “presença mínima de duas evoluções diárias” e “registro da realização de um exame físico” são etapas referentes à SAE, metodologia que ainda não está implementada completamente na instituição e também na UTI-A/HUOP.

Na unidade investigada, verificou-se que, normalmente, as prescrições de enfermagem e as evoluções, quando presentes no prontuário dos pacientes, eram realizadas pelos acadêmicos de enfermagem, em estágio curricular, sob supervisão do enfermeiro da unidade. Quanto ao exame físico, este não foi realizado de forma sistemática e quando executados, eram anotados na própria Evolução, somente alguns dados referentes às principais anormalidades observadas no paciente.

A realização da SAE seja integral ou parcialmente consiste em uma atividade privativa do profissional enfermeiro, sendo entendida como uma prática que promove avanços na qualidade do cuidado de enfermagem, visto que possibilita o desenvolvimento de ações baseadas em fundamentação científica em prol da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (TRUPELL et al., 2009).

Apesar de todas as etapas da SAE não estarem, ainda, implantadas na instituição e na UTI-A/HUOP, observa-se uma postura em favor desta prática, uma vez que já existe um projeto de extensão para a implantação desta metodologia, em parceria com o Departamento de Enfermagem da UNIOESTE. Essa conduta sinaliza que a categoria da enfermagem tanto da área assistencial, como da docência, compreendem a importância que a SAE assume no avanço da profissão e à qualidade do cuidado.

Em relação ao subitem pertinente à “presença de cuidados preventivos para UP”, foi observado que a mudança de decúbito do paciente, normalmente recomendada a cada duas horas (FERNANDES; CALIRI, 2008; ROCHA; BARROS, 2009), não era realizada na frequência prescrita pelo enfermeiro. A utilização de colchões de ar e coxins para aliviar a pressão nas regiões propensas à formação de UP também não era realizada adequadamente em razão da ausência, ou mesmo da insuficiência de materiais.

A questão da insuficiência, da ausência e mesmo da inadequação dos materiais utilizados para a prevenção de UP na unidade, requer ações no âmbito gerencial e administrativo, no sentido de pleitear a ampliação da aquisição e mesmo a inclusão de novos itens na lista de materiais médico-hospitalares a serem adquiridos pela instituição, visando solucionar esta problemática.

Cabe destacar que adequadas condições físicas e materiais, que apresentaram falhas no âmbito da prevenção de UP neste estudo, são extremamente importantes para a obtenção da qualidade na área da saúde. Esta importância já era ressaltada na década de 1950-1960, período que, segundo Feldman, Gatto e Cunha (2005), foi marcada por inúmeras propostas de melhorias estruturais nos estabelecimentos de saúde do país em favor da obtenção da qualidade da assistência prestada.

O subitem relacionado à “presença de controle de ruídos na unidade”, não atingiu o critério de qualidade, pois obteve IP=0%. Salienta-se que a observação foi realizada nos primeiros 30 minutos de cada plantão, período que corresponde à

passagem de plantão entre os profissionais que atuam na unidade e por isso apresenta maior agitação e ruídos. Também se salienta que não foi utilizado um analisador de ruídos, aparelho considerado ideal para mensuração precisa do nível de ruído dos ambientes, de modo que a observação, neste estudo, baseou-se na percepção empírica de excesso de ruídos.

O excesso de ruídos, especialmente na terapia intensiva, deve-se ao fato destas unidades possuírem grande diversidade de equipamentos com alarmes acústicos, além da conversação da equipe. O exagero de ruídos torna o ambiente de UTI estressante, podendo inclusive causar distúrbios fisiológicos (no sono e no ritmo cardíaco) e psicológicos (desorientação, ansiedade, irritabilidade e psicose de UTI) tanto nos pacientes, como na equipe que atua na unidade (PEREIRA et al., 2003).

Em razão das consequências que o ruído excessivo na terapia intensiva pode causar, é importante que na unidade estudada, esta temática seja investigada de forma mais profunda, buscando identificar em qual período e quais os equipamentos e situações apresentam maior nível de ruídos, para que sejam realizadas medidas visando atenuar estes fatores a fim de que se possam melhorar as condições laborais da equipe e do cuidado prestado.

A atenuação dos ruídos nas UTI estudada certamente favorece a melhoria das condições de trabalho para a equipe e com isso pode promover maior envolvimento, compromisso e comprometimento, características que segundo Mezomo (2001) refletem diretamente na qualidade do cuidado.

A “realização de antissepsia das mãos antes e após procedimentos no setor” (IP=14,9%), subitem que também não alcançou o critério de qualidade, consiste em uma prática requerida não somente na terapia intensiva, mas em todos os setores da instituição hospitalar, contudo na UTI, esta prática se reveste de vital importância devido à intensa realização de procedimentos invasivos em pacientes que normalmente se encontram mais susceptíveis às infecções (MENDONÇA, 2009).

Na UTI-A/HUOP, a observação referente à lavagem das mãos foi realizada em um curto espaço de tempo (30 minutos) e de forma não sistematizada. Por isso, os dados obtidos podem não corresponder integralmente à realidade da unidade. Para identificar se a prática da lavagem das mãos na unidade está ou não, sendo executada conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), sugere-se outro estudo com metodologia mais específica.

Apesar de não ser realizada na forma considerada ideal, a observação da lavagem das mãos na UTI-A/HUOP demonstrou que esta prática não foi realizada antes e após o contato com os pacientes. Esse fato destaca a importância de treinamento da equipe visando maior conscientização acerca da realização deste procedimento que é simples, porém muito eficaz.

Dentre os seis itens que apresentaram IP<70% e não alcançaram o critério de qualidade, destacam-se dois, por terem obtido IP extremamente baixos, os itens II – **Atividade Física** (IP=28%) e V – **Oxigenação e Ventilação** (IP=9%). Esse fato, certamente, gera apreensão e insegurança aos trabalhadores, quanto às consequências que podem provocar aos pacientes internados na UTI-A/HUOP.

Com relação ao item II - **Atividade Física**, este foi composto por cinco subitens: programação de mudança de decúbito em paciente dependente; formação de UP nas últimas 24 horas; colocação adequada da tração ortopédica; colocação correta de tábuas para os pés, sacos de areia, travesseiros ou suportes e cuidados corretos com gessos e talas. Todos esses subitens tiveram IP<70%.

Nota-se que os subitens referidos se relacionam com a imobilidade do paciente e com medidas que visam minimizar a impossibilidade de movimentação. A importância da avaliação deste item se deve aos prejuízos que podem ser atribuídos à imobilidade física, seja ela parcial ou total, como a ocorrência de atrofia muscular, anasarca e principalmente o desenvolvimento de UP, que de acordo com a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2007), consiste em uma área bem localizada da pele, tecido e/ou estruturas adjacentes com presença de morte celular, que ocorre, geralmente, sobre uma proeminência óssea, devido ao excesso de pressão no local, aliado ou não, ao cisalhamento e à fricção. Outros fatores também são apontados como facilitadores do desenvolvimento da UP, como as más condições nutricionais, o excesso de umidade da pele e o comprometimento do estado imunológico do paciente (ROCHA; BARROS, 2009).

Na unidade estudada, já no terceiro dia puderam ser observadas UP e escaras, principalmente na orelha externa, próximo a região da hélix, local onde se posiciona o cadarço utilizado para fixar o tubo endotraqueal do paciente em ventilação mecânica. O referido local onde foi observada a UP nos pacientes auditados não coaduna com os resultados descritos na literatura que aponta como

principais locais as regiões sacral, calcânea e escapular (ROCHA; BARROS, 2009; ANSEMI, PEDUZZI; FRANÇA JÚNIOR, 2009; FERNANDES; CALIRI, 2008).

Percebe-se que os cuidados de enfermagem com a fixação do tubo endotraqueal ou mesmo o material utilizado para sua fixação podem estar inadequados na unidade estudada. Se faz mister então, que novas possibilidades de fixação sejam buscadas e que capacitações com a equipe de enfermagem sejam realizadas, a fim de que possíveis danos possam ser evitados.

A busca por novas possibilidades de fixação do tubo endotraqueal, necessária para minimizar as UPs observadas no processo de auditoria realizado, consiste em uma prática pautada nos princípios da Gestão da Qualidade (GQ) que, dentre outros, busca a melhoria contínua e a constante solução de problemas com base em dados e fatos identificados previamente por um processo de avaliação sistemático (MATSUDA, 2002; LONGO, 1996).

O segundo item que apresentou IP extremamente abaixo do critério de qualidade estabelecido para este estudo, sendo classificado como “Sofrível” foi o item V - **Oxigenação e Ventilação** (IP=29), o qual foi composto por cinco subitens que avaliaram os cuidados de enfermagem quanto à: proteção e manutenção adequada de inaladores; instalação e troca adequada dos nebulizadores; ausência de secreção em traqueostomia; limpeza do curativo de traqueostomia e instalação correta e com qualidade do oxigênio, que a exemplo dos subitens de Atividade Física, apresentaram todos IP<70%.

Os referidos subitens se relacionam a aspectos técnicos básicos dos cuidados de enfermagem que são necessários aos pacientes em uso de O₂ suplementar, seja pelo modo espontâneo ou artificial. Apesar da pouca complexidade dos cuidados auditados, estes não foram classificados como sendo de qualidade, o que aponta a extrema necessidade de melhoria nas ações de enfermagem, também no âmbito da oxigenoterapia, na UTI-A/HUOP.

A necessidade de melhorar os cuidados referentes à oxigenação e ventilação se deve ao fato de que cuidados de enfermagem, com qualidade prejudicada, podem causar sérios danos aos pacientes, como a piora das condições clínicas e a extubação acidental (MOREIRA; PADILHA, 2001).

A piora nas condições clínicas do paciente pode ocorrer em razão da inadequação do fornecimento de O₂, principalmente, no modo artificial (ventilação mecânica), como foi observado por Moreira e Padilha (2001) em estudo realizado

em uma UTI Geral do Estado de São Paulo. Neste estudo foi observado que 7,6% dos pacientes em ventilação mecânica apresentaram piora clínica como consequência de execução incorreta de procedimentos técnicos pela equipe de enfermagem.

Na UTI-A/HUOP não existe notificação das consequências e mesmo dos danos causados aos pacientes no âmbito da oxigenação e ventilação. Com isso, considera-se importante a implantação da prática da notificação das intercorrências com relação a esses procedimentos, uma vez que os cuidados prestados neste serviço não alcançaram o critério de qualidade estabelecido.

O não alcance do critério de qualidade determinado para este estudo pelo item Oxigenação e Ventilação, além da piora das condições clínicas, pode favorecer a ocorrência de extubação acidental. Segundo Silva, Pereira e Mesquita (2005) e Castellões e Silva (2007), a extubação acidental consiste na remoção não planejada do suporte ventilatório do paciente, observado, principalmente, durante os procedimentos de enfermagem como o banho no leito; o transporte do paciente; a mudança de decúbito e a troca da fixação do tubo endotraqueal.

Quando ocorre extubação do paciente sem que este possua condições clínicas para permanecer sem o suporte de O₂ artificial, existe a necessidade de reintubação, que para Castellões e Silva (2007) prejudica o paciente, que tem sua alta da unidade postergada e um maior risco de infecção em razão da necessidade de novo procedimento invasivo (reintubação) e também, a equipe de enfermagem, que passa a ter um aumento no trabalho pela necessidade de nova intubação.

Na UTI/HUOP, não existe registro do número de extubações acidentais, nem das circunstâncias em que ocorrem, em razão disso, é importante que se faça a notificação da sua ocorrência para que se identifique se há relação com a enfermagem, especialmente porque o cuidado prestado pela equipe, no âmbito da Oxigenação e da Ventilação, não obteve IP de acordo com o critério de qualidade .

Para que se possa identificar se os subitens referentes à Oxigenação e Ventilação, que não alcançaram o IP considerado de qualidade para este estudo possuem relação com a enfermagem, acredita-se que seria pertinente a adoção de uma ferramenta da GQ, o *Chek-list* (Lista de Verificação), proposto por Ishikawa (1993), que permite identificar a ocasião da ocorrência das falhas/inconformidades e com isso se estabelecer os fatores que podem estar relacionados.

No contexto geral, os cuidados prestados na UTI-A/HUOP, avaliados por meio dos oito itens do Roteiro de Auditoria Operacional, apresentaram IP médio de 56%, não atingindo, portanto, o critério de qualidade proposto e por isso, são classificados como cuidados com nível de qualidade “Sofrível”.

Em razão de que somente dois dos oito itens que avaliaram os cuidados realizados na UTI-A/HUOP, terem alcançado o critério de qualidade, é necessário que tanto os profissionais da enfermagem, quanto os gestores da instituição repensem sobre a sua conduta profissional e assumam uma postura de valorização da qualidade dos cuidados para que esta realidade possa ser melhorada em curto prazo.

5.2.2 Auditoria retrospectiva

A Auditoria Retrospectiva foi realizada 150 vezes, sendo três vezes para cada um dos 50 pacientes que fizeram parte da população estudada. O Percentual de Preenchimento (PP) Completo, Incompleto, Não Preenchido e Incorreto, obtido para cada um dos itens do Roteiro de Auditoria Retrospectiva que avaliaram os registros de enfermagem realizados na UTI-A/HUOP está disposto na Tabela 2.

Tabela 2 – Percentual de Preenchimento dos registros de enfermagem identificado na Auditoria Retrospectiva realizada na UTI-A/HUOP. Cascavel-PR, 2010.

Itens do Roteiro de Auditoria Retrospectiva	Preenchimento (%)			
	Completo	Incompleto	Não Preenchido	Incorreto
I - Dados de Identificação	38	60	1	1
II - Prescrição de Enfermagem	67	25	8	0
III - Procedimentos de Enfermagem	65	15	18	2
IV - Registros de Enfermagem	48	45	7	0
V - Execução de Ordens Médicas	53	43	1	3
VI – Condições de Alta	3	78	19	0
VII – Unidade de Terapia Intensiva	45	35	20	0
MÉDIA GERAL	46	43	10	1

Classificação de Qualidade: Completo: Acima de 80% Incompleto: Até 15%
 Não Preenchido: Menor que 5% Incorreto: 0%

Os registros de enfermagem realizados na UTI-A/HUOP foram avaliadas por meio de sete itens. O item I, **Dados de Identificação**, apresentou 60% de PP “Incompleto”, valor superior ao estabelecido neste estudo (até 15%), portanto, os registros avaliados não foram considerados como sendo de qualidade.

Fizeram parte deste item três subitens: preenchimento correto dos dados de identificação do paciente; preenchimento completo dos dados de identificação do paciente; registro de data, hora, n.º COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e assinatura do enfermeiro na prescrição de enfermagem.

Dos subitens referidos, destacaram-se dois, em razão do elevado PP Incompleto, quais sejam: preenchimento completo dos dados de identificação do paciente (PP=50%) e presença de data, hora, n.º COREN e assinatura do enfermeiro na prescrição de enfermagem (PP=93%).

No subitem pertinente ao “preenchimento completo dos dados de identificação do paciente”, constatou-se, por diversas vezes, que os documentos integrantes do prontuário, principalmente os destinados ao preenchimento manual, não possuíam registro do sobrenome do paciente.

O registro incompleto dos dados de identificação do paciente prejudica a segurança deste e pode comprometer a qualidade do cuidado. Segundo Cassiani, Gimenes e Monzani (2009), a ocorrência de falhas na identificação do paciente pode ocasionar danos, principalmente, relacionados com a administração de medicação, de sangue e hemoderivados e coleta de material para exames.

Para que se possam prevenir danos aos pacientes, decorrentes das falhas no preenchimento dos dados de identificação, a literatura propõe a utilização de alguns métodos, como pulseiras contendo o nome completo; o número do registro/prontuário ou data de nascimento do paciente, ou ainda, a adoção da tecnologia de código de barras também na forma de pulseiras (CASSIANI; GIMENES; MONZANI, 2009).

Na unidade estudada, poderia ser instituída uma das medidas anteriormente descritas, visando otimizar a identificação dos pacientes, todavia, a adoção de qualquer uma destas medidas não substitui a realização efetiva da anotação completa dos dados de identificação destes.

No que concerne ao subitem “presença de data, hora, n.º do COREN e assinatura do enfermeiro” na prescrição de enfermagem, verificou-se, na auditoria dos prontuários, que normalmente não havia anotação referente à hora da sua

realização. A falta desse dado impossibilita saber se a prescrição foi realizada no início ou no final do plantão e ainda, se contemplou as alterações que o paciente apresentou no decorrer deste período.

Na UTI-A/HUOP não existe um impresso próprio para a prescrição de enfermagem, para tanto, cada enfermeiro a realiza da forma que julga mais conveniente. Se houvesse uma padronização do impresso, contemplando o horário de realização da prescrição, assim como a data, o nome completo do paciente, o Box de internamento, o sexo, a idade e demais dados que também não constam na prescrição, o elevado PP incompleto, verificado neste subitem, certamente seria minimizado.

O preenchimento incompleto dos Dados de Identificação dos pacientes, como foi observado nos subitens descritos anteriormente, além de prejudicar a qualidade do cuidado, também dificulta a apuração dos dados referentes à Auditoria de Custos, que segundo Fonseca et al. (2005) e Rodrigues, Perroca e Jericó (2004), consiste na verificação das contas hospitalares para verificação de presença de inadequações entre a conta cobrada e o cuidado realizado.

Outro item que avaliou os registros realizados pela equipe de enfermagem foi o de número II – **Prescrição de Enfermagem** o qual, segundo consta na Tabela 2, obteve 70% de PP “Completo”, porém o valor obtido ficou abaixo do estabelecido (PP≥80%), não sendo, portanto consideradas de qualidade.

Compôs este segundo item, nove subitens relacionados com: realização da primeira prescrição de enfermagem pelo enfermeiro que admitiu o paciente; registro de prioridade de atendimento na prescrição de enfermagem; registro das condições gerais do paciente na prescrição de admissão; presença de uma prescrição de enfermagem diária; indicação do grau de dependência na prescrição de enfermagem; presença de prescrição de cuidado especial de acordo com a patologia e necessidade; presença de prescrição de cuidados de acordo com os sinais e sintomas da patologia e evolução do paciente; presença de rubrica e checagem nos cuidados prescritos pelo enfermeiro e preenchimento adequado dos horários dos procedimentos e cuidados.

Apesar de este item ser o que mais se aproximou do PP Completo, foram observados três subitens com elevado PP Incompleto: presença de prescrição de cuidados especiais de acordo com os sinais e sintomas da patologia e evolução do paciente (PP=47%); presença de rubrica e checagem nos cuidados de enfermagem

prescritos pelo enfermeiro (PP=74%) e preenchimento adequado dos horários dos procedimentos e cuidados (PP=52%).

Quanto ao subitem “presença de prescrição de cuidados especiais de acordo com os sinais e sintomas da patologia e evolução do paciente”, observou-se que os cuidados prescritos eram muito semelhantes, inclusive eram dispostos, praticamente, na mesma sequência, como se fosse uma prescrição padrão ou cópia.

Dentre os cuidados de enfermagem prescritos se destacavam os listados à rotina da unidade, como realização de higiene corporal; oral; ocular; entre outros que não demandavam conhecimento acurado dos sinais e sintomas do paciente ao qual a prescrição se destinava.

A pouca especificidade percebida nas prescrições de enfermagem na UTI-A/HUOP não corresponde ao propósito da sua realização, que consiste no planejamento do cuidado de enfermagem de forma individualizada, a partir da identificação dos problemas reais e potenciais de cada paciente (Diagnóstico de Enfermagem), por meio do Histórico e do Exame Físico (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

Destaca-se que uma das possíveis formas de modificar a realidade observada nas prescrições de enfermagem, ou seja, a pouca especificidade, consiste na implementação das etapas da SAE que a antecede e, deste modo, fundamentam a realização da mesma, através do Histórico, do Exame Físico e do Diagnóstico de Enfermagem.

A importância de executar todas as etapas da SAE se baseia no fato de que, somente a partir daí o enfermeiro pode determinar, de maneira precisa, a necessidade de cuidados de cada paciente. A ausência desta fundamentação pode tornar a prescrição de enfermagem generalizada e pouco efetiva.

Sentone (2005) ressalta que outro aspecto influenciador na especificidade da prescrição de enfermagem, além da realização de todas as etapas da SAE, é a capacitação do enfermeiro, principalmente, no que tange ao seu raciocínio clínico, que se for bem desenvolvido melhora a qualidade da prescrição e, conseqüentemente, do cuidado de enfermagem.

No subitem alusivo à “presença de rubrica e checagem dos cuidados prescritos pelo enfermeiro”, o elevado PP Incompleto pode decorrer da pouca valorização que a equipe atribui à prescrição realizada por esse profissional e

também ao fato de que, normalmente, são prescritos apenas cuidados de rotina, os quais a equipe desempenha mesmo na sua ausência.

Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004) mencionam a desvalorização da prescrição de enfermagem é tamanha, que os enfermeiros muitas vezes deixam de fazê-la sob a alegação de que se constitui em uma “perda de tempo”, já que os cuidados prescritos não são executados pela equipe, nem respeitados institucionalmente.

Frente à problemática da pouca checagem e rubrica dos cuidados prescritos pelo enfermeiro na UTI-A/HUOP, é preciso que haja um treinamento intensivo da equipe técnica enfocando a importância da correta e completa checagem dos itens prescritos tanto para o respaldo ético e legal quanto para a melhoria da qualidade do cuidado prestado.

Outra medida necessária consiste na mudança de postura dos enfermeiros, para que busquem mais subsídios para a realização dessa atividade de modo que esta não compreenda apenas cuidados de rotina, mas também ações específicas para os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Tem-se que a partir disso, a prescrição de enfermagem fundamentada cientificamente, de modo que contemple as necessidades do paciente, certamente, será mais valorizada pela equipe e também pelos demais profissionais de saúde.

No tocante ao subitem “preenchimento adequado do horário de realização de procedimentos e cuidados”, verificou-se que o aprazamento não estava sendo realizado de acordo com a normatização acordada entre os profissionais de enfermagem da unidade, ou seja, atividades de rotina que deveriam ser cumpridas no plantão matutino estavam aprazadas para o vespertino, assim como cuidados prescritos para serem executados a cada duas horas estavam aprazados como “atenção” e não com a distribuição dos horários conforme o determinado.

O aprazamento realizado de forma inadequada pode comprometer a execução dos procedimentos e dos cuidados, visto que gera dúvida na equipe de enfermagem acerca do motivo da mudança no horário anteriormente normatizado, podendo culminar, muitas vezes, na sua não realização.

Destaca-se que na UTI-A/HUOP os aprazamentos, normalmente são realizados pelo enfermeiro supervisor no ato da elaboração da Prescrição de Enfermagem, demonstrando que este profissional parece desconhecer a normatização de aprazamento, ou se encontra desatento para esse fato.

Para que a problemática do aprazamento dos cuidados possa ser solucionada, percebe-se a necessidade de realização de treinamento com os profissionais enfermeiros, visto que a inadequação no tempo pode causar dúvidas na checagem dos procedimentos e cuidados prescritos, comprometendo com isso a continuidade do cuidado.

Outra medida que pode contribuir para o adequado aprazamento dos cuidados consiste na elaboração de um manual que contemple os itens mais frequentemente prescritos e seus respectivos tempos/horários de execução. Deste modo, em caso de dúvida, o profissional, consultaria o referido manual e as inadequações poderiam ser reduzidas.

Os subitens referentes à Prescrição de Enfermagem que não alcançaram os critérios de qualidade propostos, para que possam ser melhorados, se faz importante a modificação da prática da equipe de enfermagem da unidade estudada em prol da melhoria contínua, que segundo Sentone (2005) consiste em uma tarefa complexa, porém factível a partir da adoção de planejamento, determinação e capacidade criativa.

O item III – **Procedimentos de Enfermagem** obteve 65% de PP Completo, no entanto as anotações que foram avaliadas não foram consideradas de qualidade em razão de que o mesmo não alcançou o PP determinado para este estudo (acima de 80%).

O referido item foi composto por 13 subitens: registro de realização de higiene oral pelo menos três vezes ao dia; registro de realização de higiene corporal diária; registro de sinais vitais; anotação do peso diariamente; anotação do controle das micções; anotação do controle das evacuações; registro de episódios eméticos; registro do controle da ingestão de líquidos; registro da data de realização de procedimentos invasivos; anotação do controle de ingestão de alimentos; presença de cuidados para exames e pré-operatórios na prescrição de enfermagem; presença de cuidados pós-exames e pós-operatório e presença de rubrica nas anotações de procedimentos controlados.

Dos subitens referidos, dois apresentaram elevado percentual de não preenchimento: registro de realização de higiene oral pelo menos três vezes ao dia (PP=24%) e registro de realização de higiene corporal diária (PP=28%), para os quais o percentual de não preenchimento determinado para o estudo, deveria ser menor do que 5%.

Foi observado, também, elevado PP Incompleto no subitem “registro do controle de ingestão de líquidos” (54%) para o qual, o percentual, considerado de qualidade, deveria ser de até 15% e ainda, um subitem com elevado PP Incorreto referente à “anotação do controle de ingestão de alimentos” (PP=20%), o qual deveria apresentar PP de 0% para que fosse considerado de qualidade. O elevado percentual de não preenchimento desses subitens é preocupante porque se não houver registros, pode-se questionar se realmente estes cuidados foram realizados.

Para o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2008), o registro de enfermagem reflete os cuidados de enfermagem realizados junto ao paciente e o seu não preenchimento pode denotar, perante os processos éticos e legais, que os cuidados não foram executados.

De acordo com Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004), além da questão ética e legal, a importância do registro das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem se ancora no fato de que permite que estas atividades sejam contabilizadas, promovendo maior valorização da categoria.

No que se refere ao subitem “registro do controle de ingestão de líquidos” que obteve elevado PP Incompleto, identificou-se, no decorrer da auditoria, que normalmente o volume de soro ou de expansor plasmático infundido, era lançado de forma parcial na folha destinada ao registro de entrada de líquidos para o paciente, fato que torna o balanço hídrico impreciso.

O cálculo diário, ou mesmo a cada plantão, do balanço hídrico do paciente, subsidia a tomada de decisão médica e a redefinição de terapêuticas e de cuidados. A importância desta prática na terapia intensiva se acentua visto que tênues variações de condutas, fundamentadas em dados incompletos do balanço hídrico, podem gerar consequências indesejáveis devido à gravidade do paciente (ANDRADE et al., 2009).

As principais causas que podem levar ao registro incompleto da entrada de líquidos nos pacientes, segundo Andrade et al. (2009), consistem no despreparo dos profissionais de enfermagem à realização do registro, na falta de padronização das rotinas e, principalmente, na falta de treinamento da equipe.

No que tange ao subitem “registro do controle de ingestão de alimentos”, que obteve elevado PP Incorreto (IP=20%), verificou-se que normalmente o volume de dieta infundido foi diferente do volume prescrito pelo médico.

A oferta de alimentos/dieta ou terapia nutricional consiste em uma etapa do

tratamento do paciente e deve ser considerada pela equipe de enfermagem com a mesma seriedade que os demais cuidados e terapêuticas. O registro de infusão da dieta com diferente valor do prescrito demonstra desatenção por parte da equipe de enfermagem com a terapia nutricional dos pacientes podendo gerar dúvidas quanto à qualidade não somente do registro realizado, mas também do cuidado prestado.

O papel da terapia nutricional em UTI muitas vezes é subestimado pelos profissionais que atuam na unidade, contudo, a literatura relata diversas complicações que os pacientes internados nestas unidades podem apresentar em decorrência de carência nutricional, como o maior risco de infecção, a propensão à formação de úlcera de pressão, o maior tempo de permanência hospitalar e, conseqüentemente, a elevação de custos (ARANJUES et al., 2008; TEIXEIRA; CARUSO; SORIANO, 2006).

A administração de dieta em volume diferente ao prescrito pode fazer com que o paciente não tenha suas necessidades diárias de proteínas, carboidratos e calorias atendidas e, com isso, o seu estado nutricional é prejudicado, gerando conseqüências ao restante do tratamento, comprometendo a qualidade do cuidado. Aranjues et al. (2008) referem que a monitorização do volume de dieta infundido em relação ao prescrito pode ser utilizado como um indicador de qualidade do cuidado prestado em terapia intensiva, o que reforça a importância da administração e controle correto da mesma.

Na UTI-A/HUOP são necessários estudos com a finalidade de identificar se os registros incorretos no volume de dieta administrada em relação ao prescrito, verificados neste estudo, são reflexos da realidade ou não. Ademais, nota-se a necessidade da elaboração de um protocolo nutricional, na unidade, a fim de nortear as atividades relacionadas ao oferecimento de dieta aos pacientes e, principalmente, um treinamento de toda a equipe para que os erros possam ser minimizados/eliminados.

A prática da adoção de protocolos para nortear a prática da equipe, como proposto para a terapia nutricional na unidade estudada, representa a necessidade de se estabelecer um padrão considerado correto, para que a partir de então se possam realizar avaliações de qualidade, conduta muito comum no âmbito da saúde e que remete diretamente ao sistema da GQ (LIMA; ERDMAN, 2006).

O item IV – **Registros de Enfermagem** obteve 45% de PP “Incompleto”. Com esse dado não é possível considerar os registros de enfermagem como sendo de

qualidade, uma vez que o percentual obtido está acima do preconizado para este estudo (até 15%).

Fizeram parte deste item 13 subitens: presença de pelo menos um registro descritivo em cada plantão; presença de horário e rubrica em cada registro; presença de itens da prescrição de enfermagem nos registros; evidência de prestação de cuidados de enfermagem; evidência de observação dos sinais e sintomas; indicação de quem realizou o cuidado; presença de registro descritivo de admissão, alta, transferência ou óbito do paciente; presença de registros referentes aos cuidados realizados no pré-operatório; presença de registros referentes aos cuidados realizados no pós-operatório; presença de registro e evolução referentes às intercorrências; registro do aspecto e evolução de lesões cutâneas; presença na prescrição de ações relacionadas ao atendimento das necessidades psicobiológicas do paciente e presença de registros que indicam as condições emocionais do paciente.

Dentre os subitens referidos, os que apresentaram elevado PP Incompleto em relação ao preconizado para este estudo (até 15%) foram: presença de horário e rubrica em cada registro (PP=31%); presença de itens da prescrição de enfermagem nos registros (PP=44%); evidência da prestação de cuidados de enfermagem nos registros (PP=93%); presença de registro descritivo de admissão, alta, transferência ou óbito do paciente (PP=69%); presença de registros referentes aos cuidados realizados no pré-operatório (PP=50%); presença de registros referentes a cuidados realizados no pós-operatório (68%); registro do aspecto e evolução das lesões cutâneas (PP=55%) e presença de prescrição de ações relacionadas ao atendimento das necessidades psicobiológicas do paciente (PP=91%).

No subitem “presença de horário e rubrica em cada registro”, constatou-se falta de preenchimento. Isso demonstra que os registros de enfermagem, não estão de acordo com as recomendações do COFEN, que destaca, dentre outros dados, a necessidade do registro da hora antes da anotação e da identificação profissional, após. Além disso, o registro completo, inclusive com hora e rubrica, consiste em responsabilidade ética, determinada no Código de Ética (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Os subitens que avaliaram a “presença de itens da prescrição de enfermagem nos registros” e a “evidência de prestação de cuidados de enfermagem nos registros” que também apresentaram elevado PP Incompleto podem ter ocorrido em

razão da falta de valorização da equipe de enfermagem, como um todo, acerca da importância dos registros realizados, tanto para a continuidade do cuidado, quanto para o respaldo ético e legal frente às entidades de classe e a justiça.

De acordo com Matsuda et al. (2006), além do respaldo ético e legal e para a continuidade do cuidado, os registros de enfermagem devem ser realizadas de forma correta e completa para que possam subsidiar pesquisas, auditorias, planejamentos, e demais atividades em prol da melhoria da qualidade do cuidado.

O subitem relativo à “presença de registro descritivo de admissão, alta, transferência externa ou óbito do paciente”, a exemplo dos demais subitens, também apresentou elevado PP incompleto. Saliencia-se que os registros de transferência externa não puderam ser avaliados neste estudo em razão de que não houve nenhum paciente transferido da unidade no período de realização da auditoria. No tocante aos registros referentes à alta do paciente, serão mais bem avaliadas no item VI, logo, neste subitem os registros considerados incompletos se referem, majoritariamente, às de admissão e de óbito do paciente na unidade.

Acredita-se que o incompleto preenchimento dos registros de admissão e óbito decorra do fato de que nestes momentos, existe sobrecarga de atividades específicas a serem realizadas, em razão da gravidade do paciente, de modo que os profissionais deixam os registros em segundo plano para executarem a assistência direta ao paciente.

Naturalmente que a prática de priorizar as atividades de assistência direta ao paciente é correta, todavia, não se pode deixar de realizar também os registros referentes a atividades executadas. Faz-se necessário, então, que a equipe de enfermagem estabeleça um planejamento para as atividades de rotina que devem ser executadas no momento da admissão e óbito, desta forma a sobrecarga de trabalho do técnico responsável pelo paciente pode ser minimizada e este profissional passará a ter condições para que realize os registros de enfermagem de forma frequente e completa.

Nos subitens “presença de registros referentes aos cuidados realizados no pré-operatório” e “presença de registros referentes a cuidados realizados no pós-operatório”, constatou-se que, normalmente, os registros de cuidados realizados no pós-operatório prevaleceram. Esse fato pode ocorrer em razão de que muitos pacientes internam na unidade somente neste período.

Quanto à “presença de registros referentes aos cuidados realizados no pré-operatório”, também com elevado PP incompleto, nota-se que sua ocorrência pode estar relacionada com o fato de que, muitas vezes, o paciente ao ser deslocado da UTI para o Centro Cirúrgico se encontra em estado de emergência, não havendo tempo para o registro dos cuidados realizados anteriormente ao procedimento cirúrgico.

No subitem pertinente ao “registro do aspecto e evolução das lesões cutâneas”, constatou-se, durante a auditoria, que foi possível identificar que o paciente possuía uma lesão, muitas vezes, por meio da leitura da prescrição de enfermagem ou mesmo pela prescrição do médico. Dos poucos registros observados acerca da presença de lesões cutâneas, não havia descrição de todos os dados necessários, como o aspecto, a extensão, a localização exata e a forma de curativo realizado.

Este aparente descaso para com o registro das lesões cutâneas pode estar ocorrendo em razão de que na instituição existe uma Comissão de Curativos, a qual compete não somente o tratamento das lesões, mediante a solicitação do enfermeiro, como também o registro da evolução das mesmas. Isso tem gerado na equipe da unidade a não realização de registros, comprometendo a continuidade do tratamento das lesões e prejudicando o paciente.

Vituri e Matsuda (2008) destacam que a realização de registros incompletos sobre os cuidados com lesões cutâneas, além de caracterizar falta de compromisso e omissão de cuidado por parte da equipe de enfermagem, interfere no tratamento das lesões, visto que para a sua continuidade são necessários registros completos sobre as condutas tomadas e a evolução diária das suas características.

No que se refere ao subitem que avaliou a “presença de prescrição de ações relacionadas ao atendimento das necessidades psicobiológicas do paciente”, identificou-se, novamente, elevado PP incompleto. Destaca-se que isso decorre, em parte, do fato de que na unidade estudada, quando existe a necessidade de atendimento psicológico, o enfermeiro solicita verbalmente o atendimento de um profissional psicólogo, porém, normalmente, não registra esta conduta na prescrição de enfermagem.

A solicitação de acompanhamento psicológico, certamente, consiste em uma forma de cuidado, todavia, a equipe de enfermagem não pode se limitar a solicitação de acompanhamento de outro profissional, deve também propor medidas em favor

da melhoria das necessidades psicológicas do paciente, uma vez que a prestação de cuidados de forma holística, com enfoque não somente nas necessidades físicas, é dever da enfermagem (STUMM et al., 2008).

Nota-se que a postura tecnicista da enfermagem brasileira se sobressai também nas anotações realizadas nos prontuários, conforme observado neste estudo, que constatou elevado percentual de registros incompletos, demonstrando que, muitas vezes, são mais valorizados os registros de atividades de cunho técnico em relação ao psicológico.

Para minimizar o caráter demasiadamente técnico da assistência em saúde no Brasil e com isso promover melhoria da qualidade, baseado no relacionamento interpessoal entre a equipe profissional e usuários, o Ministério da Saúde, em 2004 lançou o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (BRASIL, 2006a).

O item V – **Execução de Ordens Médicas** apresentou 53% de PP “Completo”, no entanto as anotações avaliadas não foram consideradas de qualidade, pois não foi alcançado o PP determinado, que é acima de 80%.

Compuseram este item quatro subitens: presença de checagem das medicações; presença de rubrica nas medicações; presença de orientações médicas na prescrição de enfermagem e presença de indicação de cuidados de enfermagem pelo médico. Destes a “presença de checagem das medicações” apresentou elevado PP incompleto (PP=91%), e a “presença de orientações médicas na prescrição de enfermagem” apresentou elevado PP incorreto (PP=10%), em relação ao valor considerado adequado (PP=0%).

No subitem “presença de checagem das medicações”, verificou-se que a insulina, administrada via subcutânea nos pacientes foi pouco checada, assim como o expansor plasmático e o soro.

A checagem incompleta das medicações prescritas pelo médico gera dúvidas quanto à realização ou não da medicação. Vituri e Matsuda (2008) referem que a checagem de medicações realizada de forma inadequada, além do questionamento acerca da sua realização, promove falha no processo de comunicação entre as equipes de enfermagem, comprometendo, desta maneira, a qualidade do cuidado.

No âmbito econômico, a checagem incompleta das medicações prescritas, promove glosas de pagamento gerando prejuízos financeiros aos hospitais (RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004).

No tocante ao subitem referente à “presença de orientações médicas na prescrição de enfermagem”, notou-se que houve transcrição incorreta, principalmente, no quesito angulação da cabeceira do paciente. No entanto, não foi observada, de modo geral, a presença de prescrição de cuidados pela equipe médica, demonstrando que a prescrição de enfermagem realizada, parece estar bem consolidada entre a categoria médica.

No item VI – **Condições de Alta** prevaleceu o PP “Incompleto” com 78% e as anotações por ele avaliadas não foram consideradas de qualidade em razão de que o PP obtido se situou muito acima do proposto para este estudo (até 15%). Dois subitens compuseram este item, o primeiro referente à presença de registros das condições físicas do paciente no momento da alta (PP=90%) e o segundo, relativo aos registros sobre orientações para continuidade do cuidado e tratamento (PP=66%).

No que diz respeito aos subitens referidos, identificou-se que os registros eram muito breves e pouco específicos. Esse fato pode se relacionar à concepção dos trabalhadores de que o paciente, no momento da alta, encontra-se em melhor condição e não requer muita vigilância, fazendo com que priorizem o cuidado ao paciente mais grave e os registros sobre estes.

Afirmam Cunha e Peniche (2007) que os registros de alta devem ser realizados de forma completa para que sejam evitadas perdas de informações importantes sobre o paciente, como aquelas referentes aos cuidados realizados, que quando ausentes podem comprometer a continuidade do tratamento.

O último item que avaliou os registros realizados pela equipe de enfermagem da unidade estudada foi o de número VII – **Unidade de Terapia Intensiva**, que apresentou 45% de PP Completo. Os registros referentes a este item também não foram considerados de qualidade pelo fato de que o PP obtido não atingiu o valor considerado de qualidade (acima de 80%).

O item VII foi composto por oito subitens: registro de realização de exame físico uma vez por período; registro de verificação de pressão arterial média (PAM) pelo menos uma vez por período; registro de aferição de pressão venosa central (PVC) pelo menos uma vez por período; registro de verificação de oximetria uma vez a cada quatro horas; registro de verificação de Pco₂ pelo menos uma vez por período; registro de aspirações orais e traqueais; registro de mudança de decúbito programada e registro da oxigenação prescrita.

Dos subitens descritos se destacaram três em razão do elevado PP Incompleto: registro de aspirações orais e traqueais (PP=78%); registro de mudança de decúbito programada (PP=63%) e registro de oxigenação prescrita (PP=94%). Também foram observados dois subitens com elevado percentual de não preenchimento: registro de realização de exame físico uma vez no período (PP=60%) e registro de verificação de PAM pelo menos uma vez por período (PP=57%).

Em relação ao subitem “registro das aspirações orais e traqueais”, verificou-se o pouco relato do número de vezes que o paciente foi aspirado no decorrer do plantão, assim como as características do material aspirado.

O preenchimento incompleto das informações sobre a aspiração oral e traqueal realizada no paciente se deve, em parte porque na unidade existe especialização em fisioterapia e são os alunos que, normalmente, realizam a técnica de aspiração sempre que necessário, de modo que muitas vezes, o técnico de enfermagem, responsável pelo paciente, não realiza a aspiração nenhuma vez no seu período de trabalho e assim, não pode relatar de forma completa as características do aspirado, visto que não o visualizou.

Para Campos, Souza e Saurusaits (2008), a importância da realização de forma completa dos registros referentes à aspiração do paciente se ancora no fato de que os dados descritos podem fundamentar a tomada de decisão dos profissionais que atuam na terapia intensiva, pois favorece o acompanhamento e identificação de infecções (pneumonia), fístulas traquesofágicas, umidificação inadequada, entre outros fatores que podem comprometer a recuperação do paciente e a qualidade do cuidado prestado.

O subitem “registro de mudança de decúbito programada” foi pouco verificado nas anotações. Acredita-se que isso ocorre em razão de este cuidado ser checado na prescrição de enfermagem e por isso, a equipe julga que não é necessário que esta informação seja repetida no relatório.

Cabe destacar, que apesar de não parecer haver consenso na literatura nacional, sobre a forma considerada “correta” de se realizar o registro dos cuidados de enfermagem prestados, algumas iniciativas em prol da padronização da realização das anotações de enfermagem podem ser observadas, como a Cartilha de Registros de Enfermagem elaborada pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, a qual determina que todos os cuidados realizados no paciente devem

estar descritos nos registros de enfermagem de forma clara e simples (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2008).

Em relação ao subitem “registro de oxigenação prescrita”, foi verificado que as falhas se iniciam com a ausência da prescrição médica sobre o modo da oxigenação que deve ser oferecido ao paciente. Essa conduta é considerada normal na unidade estudada, em razão da constante alteração no modo de ventilação ocorrida no decorrer do plantão, devido à existência de um protocolo interno sobre otimização de ventilação e oxigenação.

Salienta-se que o preenchimento completo dos registros de enfermagem deve ser realizado justamente em razão de ocorrerem frequentes mudanças no modo e no fluxo de fornecimento de oxigênio aos pacientes da UTI e estas alterações, quando não registradas de forma adequada, seguramente dificultam a continuidade do cuidado.

Em razão da ausência de prescrição médica da oxigenoterapia, os registros da equipe de enfermagem somente relatam as intercorrências ocorridas como: necessidade de entubação endotraqueal e necessidade de maior oferta de O₂.

No subitem “registro de realização de exame físico uma vez por período”, verificou-se elevado percentual de não preenchimento desta prática nas anotações de enfermagem. Isso pode ser consequência de que na UTI esta etapa da SAE ainda não foi implantada e por isso não acontece de forma sistemática.

O exame físico consiste em um método utilizado pelo profissional enfermeiro para que se possa, a partir de técnicas como inspeção, palpação, percussão e ausculta, identificar os problemas apresentados pelo paciente a fim de elaborar diagnósticos de enfermagem, os quais fundamentam o planejamento de toda a assistência a ser prestada ao paciente (LIMA et al., 2006; BARROS et al., 2002).

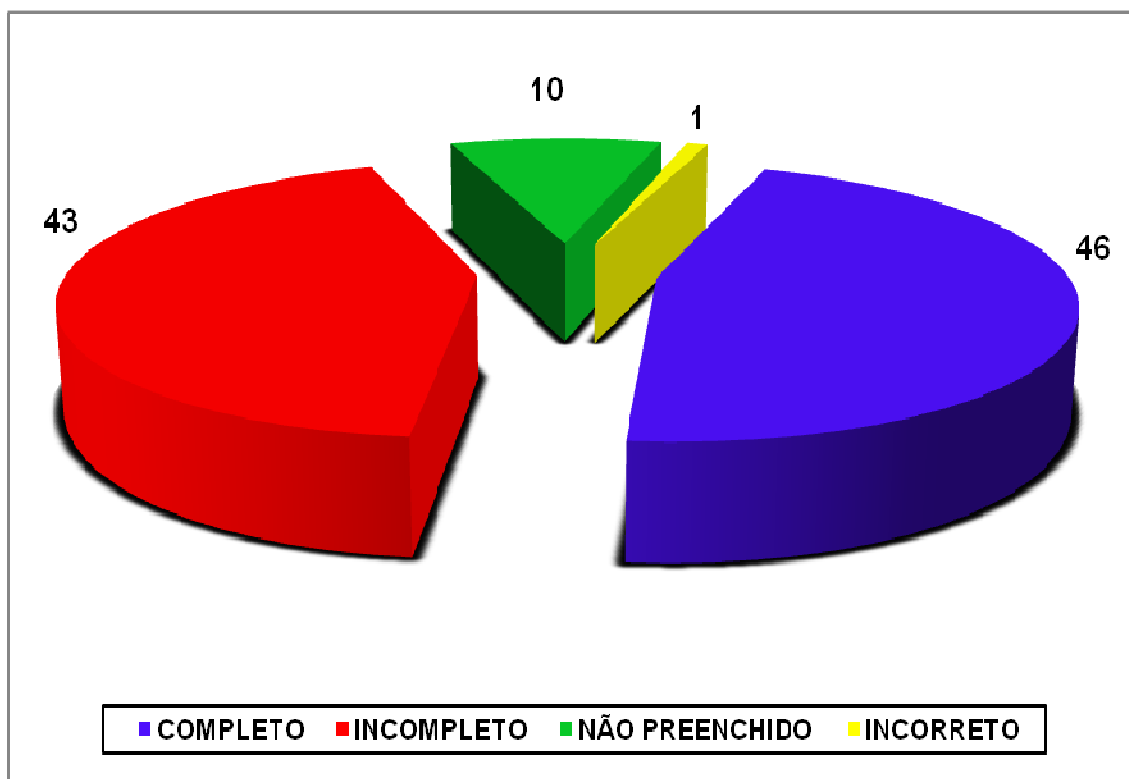
Considera-se que em terapia intensiva, o planejamento dos cuidados de enfermagem, fundamentado no exame físico, é indispensável, uma vez que os pacientes internados nestas unidades, normalmente, apresentam alterações hemodinâmicas importantes e características peculiares, as quais requerem cuidados diferenciados, que devem ser executados sob a luz do planejamento baseado na realização do exame físico.

Por fim, o subitem “registro de verificação de PAM pelo menos uma vez por plantão” também apresentou elevado percentual de não preenchimento (PP=57%), principalmente entre os pacientes que não possuíam dissecação de artéria e verificação contínua da pressão arterial.

Nota-se que o pouco preenchimento do valor da PAM, observado nos pacientes sem dissecação de artéria, pode ocorrer devido ao desconhecimento da forma de calcular a PAM, por parte dos componentes da equipe de enfermagem, ou ainda, pela pouca compreensão destes sobre a importância da anotação deste dado para a monitorização do paciente.

A necessidade de se verificar a PAM, segundo a determinação do Consenso Brasileiro de Monitorização e Suporte Hemodinâmico (DIAS et al., 2006), justifica-se porque o dado da PAM consiste em um componente básico da monitorização hemodinâmica, necessária em terapia intensiva, visto que promove um acompanhamento mais fidedigno das condições de gravidade dos pacientes.

Na análise dos registros de enfermagem, verifica-se que o maior PP obtido foi o **Completo**, com 46%; seguido do **Incompleto**, com 43%; o **Não Preenchido**, com 10% e finalmente o **Incorreto**, com 1%, conforme se apresenta na Figura 2.



Classificação de Qualidade: Completo: Acima de 80% Incompleto: Até 15%
 Não Preenchido: Menor que 5% Incorreto: 0%

Figura 2 – Síntese da Auditoria Retrospectiva identificada nos registros realizados pela equipe de enfermagem da UTI-A/HUOP no período de maio a julho de 2009. Cascavel-PR, 2009.

Na Figura 2 é possível observar também que o preenchimento “Incorreto” foi o que obteve PP mais próximo do considerado de qualidade para este estudo (IP=0%). O “Não Preenchido” apresentou PP duas vezes a mais que o percentual considerado de qualidade (PP≤5%); o preenchimento “Incompleto” apresentou PP de quase três vezes superior ao determinado para o estudo (PP≤15%) e o “Completo” atingiu um PP correspondente a pouco mais da metade do percentual considerado de qualidade (PP>80%).

A Figura 3, a seguir, apresenta os PPs obtidos para os registros de enfermagem em relação aos PPs considerados de qualidade com base nos critérios determinados para este estudo.

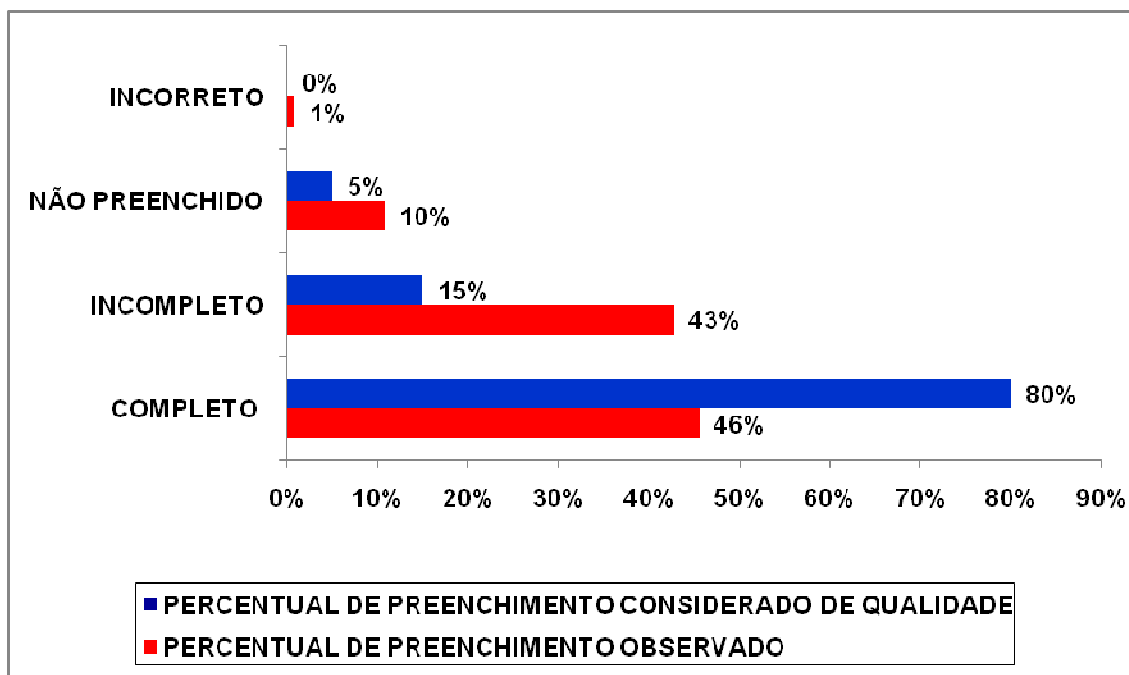


Figura 3 – Comparação entre os percentuais de preenchimento obtidos para os registros de enfermagem avaliados na UTI-A/HUOP e os percentuais de preenchimento considerados de qualidade. Cascavel-PR, 2009.

De acordo com a Figura 3, observa-se que a maior diferença entre os percentuais obtidos pelos itens do Roteiro de Auditoria Retrospectiva e os considerados de qualidade para este estudo se encontram nas opções de preenchimento **Completo** seguido do **Incompleto**

Mediante ao fato de que os registros de enfermagem realizados na UTI-A/HUOP foram considerados de qualidade, emerge a necessidade de novas

investigações para identificar os fatores que intervêm na realização dos mesmos, a fim de que medidas de melhorias possam ser implementadas.

5.3 ANALISE DA QUALIDADE DOS CUIDADOS E DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NA UTI-A/HUOP POR MÊS AUDITADO

5.3.1 Auditoria operacional

A Auditoria Operacional foi realizada 16 (32%) vezes em maio, e em junho e julho foram 17 (34%) vezes em cada mês. Os percentuais de respostas positivas (Índice de Positividade – IP) obtido nos oito itens do Roteiro de Auditoria Operacional em cada um dos três meses estudados (maio, junho e julho) estão dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Índice de Positividade médio e geral identificados na Auditoria Operacional realizado nos cuidados de enfermagem da UTI-A/HUOP em maio, junho e julho de 2009. Cascavel-PR, 2009.

ITENS DO ROTEIRO DE AUDITORIA OPERACIONAL	ÍNDICE DE POSITIVIDADE MÉDIO (%)			ÍNDICE DE POSITIVIDADE GERAL (%)
	MAIO	JUNHO	JULHO	
I - Higiene e Conforto	70	70	63	68
II - Atividade Física	32	24	28	28
III - Segurança Física	66	73	73	71
IV - Nutrição e Hidratação	61	64	72	66
V - Oxigenação e Ventilação	25	19	42	29
VI - Eliminações	61	67	71	66
VII - Utilização de Equipamentos	94	59	65	72
VIII - Unidade de Terapia Intensiva	58	45	47	50
Classificação: Desejável: 100%	Adequada: 90-99%		Segura: 80-89%	
Limítrofe: 70-79%	Sofrível: < 70%			

De acordo com os dados da Tabela 3 nenhum dos oito itens que compuseram o Roteiro de Auditoria Operacional obteve $IP \geq 70\%$ nos três meses avaliados. Mesmo aqueles referentes à **Segurança Física e Utilização de Equipamentos** que obtiveram IP médio acima de 70% na análise geral, quando examinados mês a mês, apresentaram, em pelo menos um dos meses auditados, IP abaixo do critério considerado de qualidade para este estudo ($IP \geq 70\%$).

Em relação ao item I – **Higiene e Conforto**, que na análise geral dos meses auditados não alcançou o critério de qualidade nos meses de maio e junho obteve IP compatível ($IP=70\%$), no entanto no mês de julho, apresentou queda neste percentual.

Percebe-se que na UTI-A/HUOP as atividades de higiene e conforto não parecem ser muito valorizadas pelos profissionais de enfermagem, pelo fato de o IP não ter apresentado elevação em nenhum mês auditado e pelo contrário, ter diminuído no último mês. Mais uma vez, acredita-se que isso ocorra em razão de que as atividades realizadas neste âmbito não requerem habilidades específicas e expressivo conhecimento técnico, gerando uma falsa impressão de menor importância, quando comparadas com as demais práticas desempenhadas em terapia intensiva.

Destaca-se, no entanto, que a qualidade nos cuidados referentes à “Higiene e Conforto” do paciente é primordial em qualquer ambiente, seja ele de menor ou maior complexidade. Essa concepção era percebida na atuação de Florence Nightingale, que mesmo em um ambiente inóspito, como o da Guerra, obteve excelentes resultados na redução da mortalidade dos soldados com a implementação de práticas ligadas a melhoria das condições de higiene e de conforto (VARGAS et al., 2007).

O item II – **Atividade Física** se destacou na análise geral por apresentar o menor IP do estudo (28%). Ainda em relação aos meses, observa-se que obtiveram IP bastante baixos, os meses de maio, junho e julho respectivamente com 32%, 24% e 28%. Nesses três meses, nenhum dos itens correspondeu ao critério mínimo de qualidade determinado para o estudo ($IP \geq 70\%$).

Os cuidados relacionados à “Atividade Física” no decorrer da auditoria não apresentaram melhora, ao contrário, foram observadas quedas em relação ao IP do primeiro mês auditado. Esse fato, sem dúvida, é motivo de muita preocupação porque a falta de atividade física/mobilização do paciente pode resultar em consequências indelévels.

Em relação à prestação de cuidados que possam causar consequências indesejáveis aos pacientes, Pontali e Bittencourt (2008) destacam que nos dias

atuais, em que os usuários dos serviços de saúde se apresentam cada vez mais exigentes, falhas nos cuidados não são toleradas.

Na UTI-A/HUOP a qualidade dos cuidados que podem estar causando danos aos pacientes, como os relacionados à “Atividade Física”, aparentemente, não parece preocupar a equipe de enfermagem, visto que medidas buscando evitar a ocorrência destas inconformidades não são realizadas sistematicamente.

A adoção de medidas que promovem correção de falhas e conseqüentemente melhoria da qualidade, consiste em um dos fundamentos do modelo da Gestão da Qualidade (ROSCANI; LAMAS, 2008; MATSUDA, 2002; LONGO, 1996).

Este modelo de gerenciamento pode parecer complexo, em um primeiro momento, no entanto, os seus princípios compreendem medidas simples, práticas e que certamente, em alguma ocasião, já foram utilizadas, mesmo em instituições que adotam algum modelo de gestão tradicional.

A instituição foco desta pesquisa atua de acordo com a gerência tradicional, que dentre outros fatores não prioriza a busca contínua da qualidade. Apesar disso, acredita-se que algumas medidas fundamentadas na GQ podem ser implementadas, como a realização de grupos focais com os profissionais para discussão dos problemas observados; a instituição de programas de educação continuada; a focalização na qualidade e não na quantidade de atividade desempenhada; a estimulação do aperfeiçoamento profissional; o estabelecimento de avaliações periódicas da qualidade e a conscientização da equipe acerca da importância da qualidade (MALIK, 2006; BOHOMOL, 2006; DEMING, 1990).

Quanto ao item de número III – **Segurança Física**, este foi considerado de qualidade pelo fato de o IP ter se situado acima de 70% na análise global. Na Tabela 3, é possível observar que no segundo mês avaliado houve melhora no percentual obtido em relação ao mês anterior, contudo no mês seguinte o percentual se manteve no mesmo patamar.

Os cuidados avaliados no âmbito da “Segurança Física” dos pacientes foram considerados de qualidade, todavia este item foi classificado como “Limítrofe” o que demonstra que medidas de aperfeiçoamento ainda precisam ser instituídas.

Para Pontali e Bittercourt (2008), os critérios de qualidade instituídos devem ser revistos constantemente e novos valores devem ser propostos assim que os estabelecidos anteriormente sejam contemplados, de modo que se garanta a melhoria contínua das atividades desempenhadas.

Não se contentar em atingir o critério de qualidade proposto consiste em uma postura pautada na valorização da qualidade, na qual se busca constantemente a melhoria das atividades executadas. Na unidade estudada, no item “Segurança Física”, esta postura de valorização da qualidade, não parece, estar consolidada visto que houve estagnação no IP obtido, demonstrando que a concepção de melhoria contínua precisar ser mais bem trabalhada com a equipe de enfermagem a fim de que busquem sempre o melhor desempenho possível.

No que diz respeito ao item IV – **Nutrição e Hidratação**, observou-se que apresentou melhora no IP obtido no decorrer dos meses avaliados, de 66% em maio, para 64% em junho e 72% em julho, contudo, na análise final não alcançou o critério de qualidade proposto ($IP \geq 70\%$).

A elevação no IP do item anteriormente apresentado pode ser fruto da realização da avaliação dos cuidados executados neste estudo. Naturalmente que a melhoria da qualidade dos cuidados não decorre somente da realização de um processo avaliativo, mas a ocorrência deste pode gerar inquietação na equipe e chamar a atenção para a importância da qualidade nas atividades realizadas, passando a mensagem de que estão sendo avaliados e que uma nova postura focada na qualidade poderá ser instituída.

A UTI-A/HUOP foi pioneira na realização de estudo com foco na avaliação da qualidade do cuidado e como se esperava, promoveu inquietações na equipe de enfermagem no início da sua realização, possivelmente porque a avaliação possibilitou a identificação de falhas.

Com o passar dos meses de auditoria, mesmo que a equipe da unidade tenha se habituado ao processo avaliativo, pôde-se observar que ainda permanecia um comportamento de maior “preocupação” para com a realização de forma correta dos cuidados, principalmente aqueles relacionados à “Nutrição e Hidratação”, fato que parece ter refletido no IP deste item que se elevou.

Conforme relatam Lima et al. (2007), apesar de a equipe de enfermagem visualizar, muitas vezes, o processo avaliativo como uma prática que apenas aponta falhas, promove estresse e baixa auto-estima, percebem também que somente por meio da avaliação é possível realizar um diagnóstico acerca das condições do cuidado prestado que fundamenta a adoção de medidas em prol da qualidade.

Dentre algumas contribuições que o processo avaliativo pode trazer para a qualidade na prática da enfermagem, D’Innocenzo (2006) e Nogueira (1994) destacam a comparação dos setores, o redimensionamento dos recursos humanos,

a redefinição de processos do cuidado, a racionalização de rotinas, a gestão de fluxos, a divisão de atividades, a manutenção da higiene e limpeza, dentre outros.

No item de número V – **Oxigenação e Ventilação**, o IP verificado entre os meses apresentou comportamento distinto. No mês de junho foi observada uma queda e no mês seguinte uma melhora superior a 100% em relação ao mês anterior. Mesmo assim, este item ainda obteve o segundo menor IP (29%) dentre os itens avaliados neste estudo.

A melhoria no IP obtido no último mês auditado pode ser um indicativo de que a equipe de enfermagem da unidade percebeu que existe comprometimento da qualidade nos cuidados relacionados à “Oxigenação e Ventilação”, no entanto, no âmbito geral, este item foi classificado como “Sofrível”.

O fato de os cuidados referentes à oxigenoterapia apresentarem IP muito distantes do critério de qualidade proposto, é preocupante porque em terapia intensiva, normalmente, esta prática é bastante comum e falhas na sua execução podem provocar graves consequências aos pacientes.

O item VI – **Eliminações**, apesar de não ter alcançado o IP considerado de qualidade ($\geq 70\%$), demonstrou melhoria contínua no seu IP no decorrer dos meses auditados, de 61% em maio, para 67% em junho e 71% em julho.

Para que a melhoria observada nos cuidados referentes a “Eliminações”, se faça ainda mais presente na unidade, recomenda-se que o enfermeiro assuma uma postura de agente multiplicador de conhecimentos e promotor de correções de falhas e inconformidades.

Para Lima et al. (2007) o enfermeiro, no âmbito da qualidade, deve possuir uma atuação pró-ativa, no intuito de prevenir a ocorrência das falhas e inconformidades no cuidado prestado, entretanto, quando isso não é possível, a postura ideal do enfermeiro consiste no apontamento das falhas observadas no ato da sua ocorrência, pois se acredita que deste modo, ocorre maior assimilação à respeito da forma correta de realização do cuidado em inconformidade.

Na UTI-A/HUOP, a prática da correção das falhas, normalmente, é realizada em reuniões com a equipe de enfermagem, porém estas não possuem regularidade e nem mesmo são freqüentadas por todos os integrantes da equipe em razão do caráter não obrigatório que estas reuniões possuem. Ademais, como se sabe, não existe na unidade uma forma sistematizada de avaliação das falhas no cuidado prestado, as quais quando são “percebidas” pelo enfermeiro supervisor no decorrer

do plantão, frequentemente, são encaminhadas para a coordenação de enfermagem que na ocasião da realização da reunião as apresenta para a equipe.

As reuniões são uma ferramenta que integram o sistema da GQ e quando realizadas de forma adequada, segundo Bohomol (2006), tornam-se uma ótima oportunidade para compartilhar as problemáticas e buscar soluções efetivas. Porém, quando não existe um gerenciamento da reunião a contento, observa-se uma sensação de “perda de tempo”, gerando frustrações e desinteresse.

As reuniões não gerenciadas, realizadas somente para corrigir as inconformidades, não foram apontadas como ideais pela equipe técnica de enfermagem de um hospital universitário de São Paulo. Lima et al. (2007) afirmaram que o supervisor – enfermeiro – deveria apontar a falha no momento da sua ocorrência, ao invés de aguardar a realização da reunião, considerando que a demora na correção dificulta que a equipe de enfermagem incorpore a informação recebida, fato que pode gerar reincidência da falha.

No que se refere ao item VII - **Utilização de Equipamentos**, avaliado como de qualidade no âmbito geral, apresentou significativa queda no IP no mês de junho, mas em razão do ótimo IP do mês anterior, manteve-se como item considerado de qualidade.

A ocorrência de queda abrupta no IP no mês de junho é um fato que certamente merece ser mais bem investigado, pois houve uma queda superior a 50%, que remete diretamente a qualidade do cuidado prestado na unidade em relação à monitorização dos pacientes, visto que grande parte dos equipamentos presentes na terapia intensiva se destina a este fim.

A investigação dos fatores relacionados com a queda acentuada no IP observado para o item “Utilização de Equipamentos” pode ser realizada por meio da metodologia da análise de causa raiz, que foi incorporada no setor saúde recentemente pela *Joint Commission on the Accreditation of Hethcare Organizations* (JCAHC) e segundo Teixeira (2007, p. 31-32) compreende a “[...] identificação, definição do problema, e coleta de dados, posteriormente, as causas raízes são encontradas, as soluções são desenvolvidas, recomendadas e implementadas para evitar novos episódios de erros”.

Acredita-se que esta metodologia pode ser útil não somente para a identificação das causas que levaram a redução do IP no item de “Utilização de Equipamentos”, mas também nos demais itens que não obtiveram IP de acordo com o critério de qualidade estipulado para este estudo, pois compreende além da

identificação das causas, a resolução destas a fim de prevenir que possam comprometer a qualidade do cuidado prestado.

Por fim o item VIII – **Aspectos Organizacionais da UTI-A/HUOP** se destacou por não apresentar nenhum IP acima de 70% nos três meses estudados, assim como os itens de “Atividade Física” e “Oxigenação e Ventilação”, demonstrando que não obteve melhora neste período de tempo auditado.

O item que avaliou os cuidados considerados específicos em terapia intensiva não apresentou IP que indica o critério de qualidade proposto em nenhum dos três meses, demonstrando que o cuidado prestado não está sendo realizado a contento e isso é preocupante, porque de acordo com Padilha (2001) os cuidados inadequados são indesejáveis e prejudiciais principalmente em pacientes que se encontram estado grave, como é o caso dos que internam em UTIs, nos quais mínimas inadequações podem causar importantes consequências.

A obtenção da qualidade, em qualquer área, seja ela da saúde ou não, necessita de investimentos, tanto financeiros, como de tempo e dedicação. Na unidade estudada observa-se o desejo para que os cuidados sejam realizados com qualidade, fato que se considera importante, contudo, medidas em favor da obtenção da qualidade como a adoção de uma filosofia de melhoramento contínuo, o aperfeiçoamento dos processos de cuidado, a instituição de um programa de educação permanente, entre outros não são postas em práticas.

5.3.2 Auditoria retrospectiva

Dentre as 150 vezes em que a Auditoria Retrospectiva foi realizada, 48 (32%) foram feitas com base nos registros de enfermagem realizados no mês de maio e 51 (34%) foram para os meses de junho e julho respectivamente. Os Percentuais de Preenchimento (PP) Completo, Incompleto, Não Preenchido e Incorreto, obtido para cada um dos itens do Roteiro de Auditoria Retrospectiva que avaliaram as anotações de enfermagem, no período referido (maio, junho e julho) estão dispostos na Tabela 4.

Tabela 4 – Percentual de Preenchimento dos registros de enfermagem identificados na Auditoria Retrospectiva realizada em maio, junho e julho de 2009 na UTI-/HUOP. Cascavel-PR, 2009.

ITENS DO ROTEIRO DE AUDITORIA RETROSPECTIVA	PREENCHIMENTO (%)											
	Correto			Incompleto			Não Preenchido			Incorreto		
	Maio	Junho	Julho	Maio	Junho	Julho	Maio	Junho	Julho	Maio	Junho	Julho
I - Dados de Identificação	40	37	32	58	61	63	2	2	3	0	0	2
II - Prescrição de Enfermagem	58	71	78	36	13	21	6	16	1	0	0	0
III - Procedimentos de Enfermagem	60	63	58	18	25	14	20	10	26	2	2	2
IV - Registros de Enfermagem	33	46	50	45	37	35	20	17	15	0	0	0
V - Execução de Ordens Médicas	36	63	58	33	30	33	3	2	0	28	5	9
VI - Condições de Alta	0	9	9	88	77	86	12	14	5	0	0	0
VII - Unidade de Terapia Intensiva	49	46	45	35	41	36	15	13	19	1	0	0
MÉDIA ITENS/MÊS	39	48	47	45	41	41	11	10	10	4	1	2

Classificação: Completo: Acima de 80%

Não preenchido: Menor que 15%

Incompleto: Menor que 15%

Incorreto: 0%

Os registros realizados pela equipe de enfermagem foram avaliados por meio de sete itens do Roteiro de Auditoria Retrospectiva. Dentre os itens, considerando os três meses auditados, nenhum atendeu a todos os critérios de qualidade propostos para o estudo, ou seja, PP “Completo” $\geq 80\%$; PP “Incompleto” até 15%; percentual de “Não Preenchimento” menos de 5% e PP “Incorreto” de 0%.

No Item I – **Dados de Identificação**, no decorrer dos meses estudados houve queda do PP “Completo” e elevação no PP “Incompleto”, “Não Preenchido” e “Incorreto”. Este dado mostra que ao invés dos PP se aproximarem dos critérios de qualidade determinados para este estudo, apresentaram afastamento.

A elevação do PP “Incompleto”, “Não Preenchido” e “Incorreto” dos dados de identificação do paciente remete à questão da qualidade do registro e também a questão ética dos profissionais que os realizam. No que diz respeito à qualidade, informações incompletas, incorretas ou não registradas sobre o paciente, especialmente relacionadas aos dados de identificação, podem comprometer a sua segurança e prejudicar a qualidade do cuidado. Já com relação à questão ética, o registro de informações inerentes e indispensáveis para o processo de cuidado, como é o caso dos dados de identificação do paciente, consiste em responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Em face da importância da presença de registros de identificação do paciente de forma completa e correta, se faz necessário que seja investigado, junto aos profissionais da equipe de enfermagem da unidade estudada, quais os motivos que os levam a realização dos registros de forma incompleta, incorreta, ou mesmo a não realizá-los, para que se possam instituir medidas visando contemplar as dificuldades apontadas por estes profissionais e assim obter qualidade nos registros efetuados.

Em relação ao item II – **Prescrição de Enfermagem**, o PP “Completo” apresentou constante elevação, de 58% em maio para 71% em junho e 78% em julho, bastante próximos do PP “Completo” tido como de qualidade ($PP \geq 80\%$), contudo, o PP “Incompleto” apresentou variações no decorrer dos meses, bem como o percentual de “Não Preenchimento”. Deste modo somente o PP “Incorreto” atendeu ao critério considerado de qualidade (0%).

Destaca-se no item II, como ponto positivo, a elevação do PP “Completo” nos três meses auditados. Isso demonstra maior valorização das prescrições de

enfermagem por parte da equipe da unidade estudada, no entanto, em razão de o PP “Incompleto” e “Não Preenchido” ter apresentado constantes variações de valores ainda são necessárias melhorias.

A busca pela melhoria contínua consiste em um princípio do sistema da Gestão da Qualidade (GQ), que quando aplicado de forma acertada favorece a obtenção da qualidade (ANTUNES; TREVISAN, 2000). No âmbito da enfermagem tem-se que este princípio pode contribuir sobremaneira para a melhoria tanto dos cuidados, como dos registros realizados.

Quanto ao item de número III – **Procedimentos de Enfermagem** o PP “Completo”, “Incompleto” e “Não Preenchido” apresentou constantes elevações e quedas no decorrer dos meses auditados, demonstrando que os registros referentes a este item parecem gerar muitas dúvidas na equipe. Destaca-se ainda o PP “Incorreto” que se manteve com o mesmo valor no decorrer dos três meses estudados (PP=2%) e acima do percentual determinado como de qualidade (PP=0%)

A constante elevação e queda do PP “Completo”, “Incompleto” e “Não Preenchido” são preocupantes porque se tratam dos registros realizados pela equipe de enfermagem a respeito de procedimentos de responsabilidade destes profissionais, de modo que a inadequação nos registros pode comprometer a identificação da realização das atividades.

O registro inadequado da realização dos procedimentos de enfermagem pode colocar em dúvida a sua realização, visto que se não existe registro não há como se garantir que foi executado (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007). Além de motivar questionamentos sobre a realização do procedimento, o registro não realizado de forma adequada, promove falha na comunicação entre as equipes de enfermagem, comprometendo assim a continuidade do cuidado (VITURI; MATSUDA, 2008).

Em se tratando da importância do processo de comunicação adequado para a continuidade do cuidado prestado Oliveira et al. (2006) destacam que a comunicação consiste em um elemento indispensável para a qualidade dos cuidados visto que se apresenta como um elo entre os elementos da equipe e também com os pacientes.

Faz-se importante que os profissionais da equipe de enfermagem do serviço investigado sejam sensibilizados para a importância do registro de todos os

procedimentos executados no paciente a fim de que um processo de comunicação eficaz e eficiente possa ser mantido na unidade.

A falha no registro dos procedimentos realizados no paciente, ao comprometer a comunicação entre os profissionais que atendem ao paciente, prejudica a continuidade da assistência e por consequência a qualidade do cuidado prestado (NONINO, 2006).

No que diz respeito ao item IV – **Registros de Enfermagem** se verifica na Tabela 5, que houve constante elevação no PP “Completo” e constante queda nos PP “Incompleto” e “Não Preenchido”, demonstrando que este item está se aproximando do alcance dos critérios de qualidade determinados para o estudo. Com relação ao PP “Incorreto” se observou valor de acordo com o determinado como qualidade, ou seja, PP=0%.

O item referente aos “registros de enfermagem”, apesar de não alcançar o PP de acordo com todos os critérios de qualidade propostos, apresentou uma característica considerada ideal, a elevação do preenchimento Completo e redução do preenchimento Incompleto, Incorreto e Não Preenchimento.

Para que se possa obter PP adequado no item registros de enfermagem é necessária a realização de capacitações freqüentes da equipe de enfermagem, as quais segundo Koizumi et al. (1998) contribuem sobremaneira para a melhoria da competência destes profissionais e favorecem, com isso, a qualidade, não somente dos cuidados, mas também dos seus registros.

Na unidade estudada não existe programa de educação continuada estabelecido, deste modo as orientações à equipe de enfermagem, quando realizadas, ocorrem no decorrer do plantão, à beira do leito, de forma não sistematizada. Cabe destacar que as atividades de aperfeiçoamento técnico dos profissionais sob supervisão do enfermeiro, devem ser estimuladas, promovidas e criadas por este profissional conforme estabelece o Art. 69 do Código de Ética (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

No item V – **Execução de Ordens Médicas** apesar de se observar que o PP “Completo” apresentou constante elevação e o percentual de “Não Preenchimento” queda, chama a atenção o elevado PP “Incorreto”, principalmente no mês de maio (28%) em relação ao valor determinado para este estudo (0%).

O elevado preenchimento incorreto de atividades relacionadas à execução de

ordens médicas é extremamente preocupante visto que este item se refere majoritariamente a cuidados relacionados com a administração de medicações ou componentes da prescrição realizada pelo médico.

A presença de registro incorreto acerca da administração de medicamentos pode denotar que houve falha na sua execução. Nessa perspectiva, Toffoletto e Padilha (2006) afirmam que a falha na realização de medicações é considerada extremamente indesejável no processo de qualidade de um serviço ou unidade.

Em face da presença de elevado PP “Incorreto” nos registros referentes à administração de medicamentos e também a verificação, durante a auditoria operacional, que houve falha no preenchimento dos rótulos das medicações, acredita-se que seja necessário investigar, na unidade estudada, se as falhas observadas neste estudo se restringem aos registros ou também ocorrem na prática.

Sugere-se que na unidade estudada, para a avaliação dos registros de enfermagem referentes à Execução de Ordens Médicas, seja realizada a Auditoria Retrospectiva por ser uma ferramenta que possibilita ao enfermeiro acompanhar rotineiramente os progressos da equipe auditada, favorecendo a melhoria dos registros efetuados (SETZ; D’INNOCENZO, 2009).

No tocante ao item de número VI – **Condições de Alta** destaca-se o PP “Completo”, que obteve percentual de 0% no primeiro mês, apresentando pouca elevação no mês de junho (9%) e estabilização em julho. Quanto ao PP “Incompleto”, este obteve os maiores valores do estudo, sendo 88% em maio, 77% em junho e 86 em julho. Já o PP “Incorreto” foi o único que atingiu o valor determinado como de qualidade (0%).

O registro adequado das condições de alta dos pacientes, seja na terapia intensiva ou em qualquer unidade de internação, segundo Ganzella e Zago (2008), consiste em uma estratégia proposta pelo MS que busca melhorar a integralidade do cuidado prestado nos serviços de saúde.

Na UTI-A/HUOP percebe-se que a estratégia proposta pelo MS não está sendo contemplada. Este fato pode promover prejuízos não somente a integralidade do cuidado prestado, mas também à continuidade da assistência ao paciente. Com isso, sugere-se que os profissionais de enfermagem desse serviço revejam a questão das anotações de alta e instituem medidas em favor da melhoria dos registros neste âmbito.

Uma das medidas que pode ser implantada na unidade visando solucionar a problemática dos registros inadequados a respeito das condições da alta do paciente, consiste na elaboração de um Plano de Alta, composto pelas informações relativas ao tratamento clínico e os cuidados realizados no decorrer da internação deste modo, ao receber alta para outra unidade de internação, poderia se garantir, ainda que em parte, a continuidade dos cuidados prestados na UTI.

Por fim o item VII – **Unidade de Terapia Intensiva** apresentou PP não uniforme para todas as possibilidades de resposta (Completo, Incompleto, Não preenchido e Incorreto) nos três meses auditados, não podendo em nenhum momento identificar uma sequência de elevação ou queda.

A ausência de melhoria constante nos PP obtidos para os registros referentes é preocupante em razão de que os pacientes internados nesta unidade, normalmente, são foco de inúmeros procedimentos e cuidados específicos, os quais devem ser adequadamente registrados para que a equipe multiprofissional possa acompanhar o seu tratamento e a sua evolução.

Pode ocorrer que os profissionais da equipe técnica de enfermagem da unidade estudada estejam realizando as anotações referentes ao cuidado de UTI no fim do plantão, ao invés de realizá-las logo após as atividades serem desempenhadas. Isso pode ocasionar esquecimento de informações e realização inadequada dos registros (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Em razão de que os registros referentes aos cuidados prestados na UTI possuem diversas informações importantes se faz imprescindível que na unidade seja identificado qual o motivo que esta promovendo a falha nas anotações para que, também neste caso se instituem medidas de melhorias.

A reflexão da prática profissional no que se tange aos pontos considerados negativos identificados por meio do processo de auditoria, segundo Haddad (2004) e D’Innocenzo (2006) é primordial para que ações corretivas sejam implementadas e para que a qualidade possa ser obtida.

Na Figura 4, a seguir, será apresentado o PP médio de todas as possibilidades de respostas (Completo, Incompleto, Não preenchido e Incorreto) para os três meses auditados.

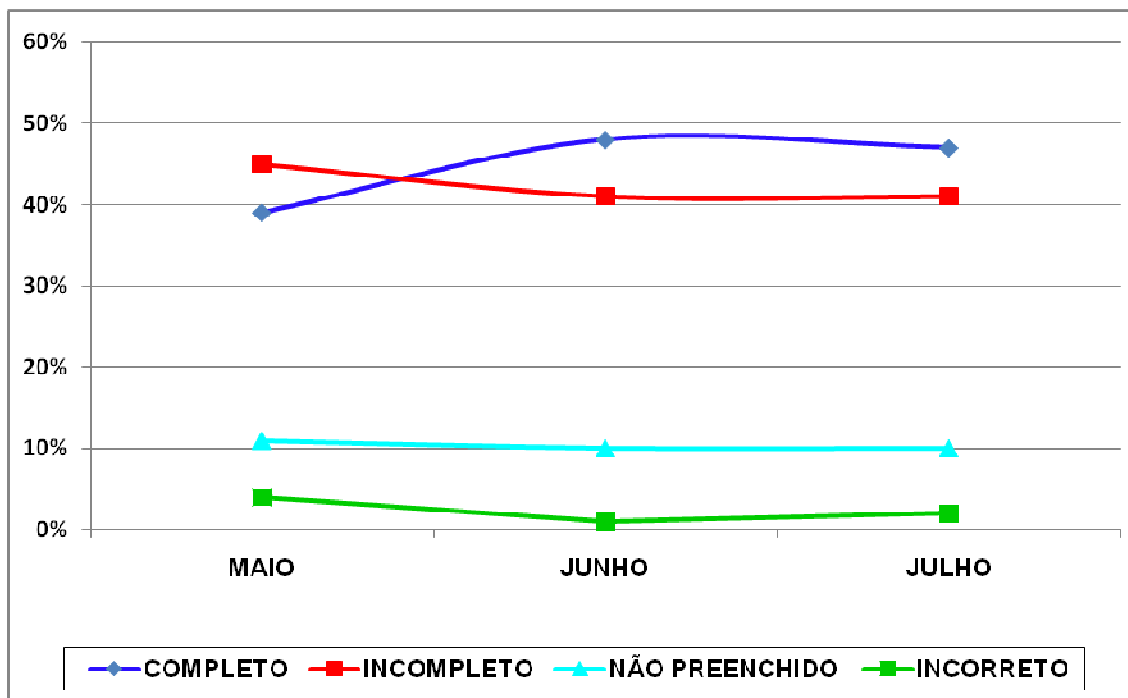


Figura 4 – Percentual de Preenchimento médio dos registros de enfermagem identificados na Auditoria Retrospectiva realizada em maio, junho e julho de 2009 na UTI-A/HUOP. Cascavel-PR, 2009.

Na Figura 4 se pode observar que o PP “Completo” apresentou melhora no decorrer dos meses auditados, enquanto o PP “Incompleto” obteve queda e estabilização. Em relação ao “Não Preenchimento”, o percentual obtido, praticamente não apresentou melhora nos meses de estudo e o PP “Incorreto” no segundo mês auditado apresentou queda no valor, porém no mês seguinte seu percentual se elevou.

Percebe-se, na análise dos resultados da Auditoria Retrospectiva que somente os Registros de Enfermagem apresentaram constante melhora no PP de todas as possibilidades de resposta, em razão disso, torna-se necessário que maiores esforços sejam impetrados no sentido de sensibilizar a equipe de enfermagem da UTI-A/HUOP quanto a importância dos seus registros para a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

6 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo indicam que:

- Na população estudada predominou o sexo masculino (72%), cuja faixa etária de maior concentração foi de 50 anos ou mais (54%) com diagnósticos que requereram tratamento neurológico.
- Dos cuidados de enfermagem avaliados os que alcançaram o IP \geq 70% foram os relacionados aos itens III - Segurança Física (71%) e VII - Utilização de Equipamentos (72%). Os demais não alcançaram o critério considerado de qualidade, destacando-se os itens II – Atividade Física (28%) e V – Ventilação e Oxigenação (29%), em razão de apresentarem os menores IP do estudo.
- Em relação aos registros realizados pela equipe de enfermagem, o percentual médio obtido para preenchimento Completo foi 46%, valor pouco superior à metade do considerado de qualidade; já para o preenchimento Incompleto, o percentual médio obtido foi de 43%, valor quase três vezes superior ao determinado. Em relação ao Não Preenchimento, o percentual médio foi de 10%, quase duas vezes mais do que o proposto e por fim, o valor do percentual médio do preenchimento Incorreto foi de 1%, valor bastante próximo do considerado de qualidade para este estudo.
- Na avaliação dos cuidados de enfermagem, relacionado a cada mês auditado, foi observado que os itens I – Higiene e Conforto e VIII – Aspectos Organizacionais da UTI-A/HUOP não atingiram o critério de qualidade em nenhum mês. Os demais itens avaliados obtiveram IP \geq 70% em pelo menos um dos meses.
- Quanto à avaliação dos registros de enfermagem, para cada mês estudado, verificou-se que somente o item IV – Registros de Enfermagem apresentou elevação nos PP de todas as possibilidades de respostas (correto, incorreto, não preenchido e incompleto). Os demais itens apresentam PP variável, não sendo possível visualizar melhoria no decorrer do estudo.

Conclui-se que a avaliação dos cuidados e dos registros de enfermagem realizados na UTI-A/HUOP, por meio da Auditoria da Qualidade Operacional e Retrospectiva, permitiu identificar quais são os tipos de cuidados e de registros realizados pela enfermagem que podem ou não serem considerados de qualidade.

O presente estudo apresenta algumas limitações que cabem ser citadas aqui, como:

- Curto período de tempo estudado, fato que pode reduzir a população participante da pesquisa e deste modo comprometer a avaliação da qualidade do cuidado e das anotações de enfermagem realizadas na UTI-A/HUOP;
- Modo observacional utilizado para coleta dos dados da Auditoria Operacional, que pode ocasionar viés em razão do caráter subjetivo que pode assumir;
- Pouca rotatividade dos pacientes na UTI-A/HUOP no período de coleta de dados, fato este que se acredita ocorrer devido a mudança do perfil dos pacientes que requerem internação em terapia intensiva, em razão da prevalência das doenças crônicas na epidemiologia da saúde do Brasil;
- Percentual de corte para classificação de qualidade dos itens e subitens do Roteiro de Auditoria Operacional, que pode ser considerado baixo em relação a algumas pesquisas realizadas no âmbito brasileiro.

Cabe salientar que se faz pertinente a realização de estudos futuros com intuito de identificar os fatores que podem estar relacionados com os cuidados e registros realizados pela equipe de enfermagem que não foram classificados como de qualidade conforme a determinação deste estudo.

Destaca-se ainda a importância de propostas de pesquisas referentes a novas metodologias de processo de trabalho tanto do enfermeiro, quanto dos demais membros da equipe de enfermagem no ambiente da terapia intensiva com foco na melhoria contínua da qualidade.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. especial (Parte I), p. 190-196, 2000.

AIRETTA, J.; TAYLOR, R. W.; KIRLLEY, R. **Tratado de terapia Intensiva**. São Paulo: Manole, 1992.

AQUINO, E. M. L. Avaliação em saúde: dos métodos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 229-231, 2006.

ANDRADE, C. R. et al. Avaliação da qualidade do registro do balanço hidroeletrolítico. **Revista de Enfermagem Hospitalar**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 3-4, 2009.

ANSEMI, M. L.; PEDUZZI, M.; FRANÇA JUNIOR, I. Incidência de úlcera de pressão e ações de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 22, p. 257-264, 2009.

ANTUNES, A. V. **O gerenciamento da qualidade na enfermagem**. 1997. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

ANTUNES, A. V.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 35-44, 2000.

ARANJUES, A. N. et al. Monitorização da terapia nutricional enteral em UTI: indicador de qualidade? **O Mundo Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 16-23, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **National Pressure Ulcer Advisory Panel**. 2007. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/noticias_ulceras.html>. Acesso em: 29 nov. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9001**. Disponível em: <http://www.abnt.org.br/m3.asp?cod_pagina=1038>. Acesso em: 15 set. 2009.

BALSANELLI, A. P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 397-402, 2005.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem do adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BITTAR, O. J. N. Indicador de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 12, p. 15-18, 2001. Disponível em: <http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/05.pdf>. Acesso em: 20 set. 2009.

BOHOMOL, E. Padrões para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações:** ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006. p. 73-85.

BONFIM, I. M. **Crenças e valores dos auxiliares e técnicos de enfermagem frente à implantação do sistema de gestão da qualidade: ISO 9001:2000** no hospital do câncer de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2006.

BONINI, A. M. et al. Exposição ocupacional dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva a material biológico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 11, n. 3, p. 658-64, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a25.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRANDI, A. F.; SIMÕES, L. O. A importância da auditoria contábil. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Contábeis**, São Paulo, v. 5, n. 10, 2007. Disponível em: <<http://www.revista.inf.br/contabeis10/pages/artigos/cc-edic10-anoV-art02.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Padrões mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 1978.

_____. Lei n° 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8078.htm>>. Acesso em: 20 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Textos de apoio à programação física dos equipamentos assistenciais de saúde:** instalações prediais ordinárias e especiais. Brasília, DF: Secretaria de Assistência a Saúde Série, 1995. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/prediais.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. NOB-SUS, 01/96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Dispõe sobre gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf>. Acesso em: 5 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2616, de 12 de maio de 1998. Normas para o Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=482>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1101, de 12 de junho de 2002. Parâmetros de cobertura assistencial. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2009.

_____. RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de EAS. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2002b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf>. Acesso em: 19 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**: documento técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/home/pdf/Roteiro%20de%20Capacita%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2009.

CAMELO, T. V.; SILVA JÚNIOR, O. C. Tratamento do tema auditoria de enfermagem em base eletrônica de dados. **Revista do Meio Ambiente e Saúde**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 7-12, 2006.

CAMPOS, J. F.; SOUZA, S. R. O. S.; SAURUZAITIS, A. D. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 2, p. 358-66, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a07.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2009.

CARRARA, D. Cateteres periféricos, centrais e de inserção periférica. In: PADILHA, K. G. et al. **Enfermagem em UTI**: cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole, 2010. p. 419-445.

D'INNOCENZO, M. Auditorias em serviços de saúde e enfermagem: uma introdução. In: _____ (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006. p. 121-127.

CASSIANI, S. H. B.; GIMENES, F. R. E.; MONZANI, A. A. S. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 11, n. 2, p. 413-7, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

CASTELLÕES, T. M. F. W.; SILVA, L. D. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 16, p. 106-109, 2007.

CERQUEIRA, L. T. **Auditoria em enfermagem**: contribuição para o desenvolvimento de um instrumento de mensuração da qualidade dos cuidados de enfermagem a paciente hospitalizado. 1977. 130 f. Tese (Livre-Docência)–Escola de Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.

CIANCIARULLO, T. I. **C & Q**: teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone, 1997.

CIANCIARULLO; FUGULIN, F. M. T.; ANDREONI, S. **C & Q**: teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone, 1998.

COLOGNESE, S. A. **Avaliar para planejar a melhoria da qualidade**: projeto de avaliação institucional da Unioeste. Cascavel: Edunioeste, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.º 7.498, 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em:
<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>>.
Acesso em: 20 set. 2009.

_____. Resolução COFEN nº 266, de 5 de outubro de 2001. Aprova as atividades do Enfermeiro Auditor. Disponível em:
<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7095§ionID=34>>.
Acesso em: 23 set. 2009.

_____. Resolução COFEN nº 293, de 21 de setembro de 2004. Disponível em:
<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121§ionID=34>>.
Acesso em: 30 set. 2009.

_____. Resolução COFEN nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Disponível em:
<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>.
Acesso em: 30 set. 2009.

_____. Resolução COFEN nº 358, de 23 de outubro de 2009. Disponível em:
<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/section.asp?SectionID=49&ParentID=0>>.
Acesso em: 12 dez. 2009.

CONSELHOR REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Cartilha de anotações de enfermagem**: aspectos éticos e legais. São Paulo: COREN-SP, 2008.

CONSELHO UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ. Resolução n.º 51/2003. Disponível em:
<http://www.unioeste.br/servicos/arqvirtual/arquivos/00195-COU-REGIMENTO_DO_COU.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2009.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Accreditação**. 2009. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br/front/acreditacao.php>>. Acesso em: 7 out. 2009.

CONTROLE DE QUALIDADE HOSPITALAR. **Programa de Qualidade Hospitalar: manual de indicadores de enfermagem NEGEH**. São Paulo: APM/CREMESP, 2006.

CREPALDI, A. S. **Auditoria contábil teórica e prática**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento: a arte de garantir a qualidade**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

CUNHA, A. L. S. M.; PENICHE, A. C. G. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 151-60, 2007.

DECESARO, M. N.; PADILHA, K. G. Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação em UTI: queda de pacientes. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 159-162, 2001.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DIAS, F. S. et al. Parte II: Monitorização básica e catéter de artéria pulmonar. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 63-77, 2006.

D'INNOCENZO, M. Auditorias em serviços de saúde e enfermagem: uma introdução. In: _____ (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. São Paulo: Martinari, 2006. p. 121-127.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 383-389, 2004.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality: explorations in quality assessment and monitoring**. Chicago: Health Administration Press, 1980. v. 1.

_____. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, no. 2, p.1743-48, Set. 1988.

DONABEDIAN, A. Defining and measuring the quality of health care. In: WENZEL, R. P. **Assessing quality of health care-perspective for clinicians**. Baltimore: Williams&Wilkins, 1992. p.41-64.

DUARTE, I. G.; FERREIRA, D. P. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 31, p. 63-70, 2006.

FARACO, M. M.; ALBUQUERQUE, G. L. Auditoria do método da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 421-424, 2004.

FELDMAN, L. B. Auditoria de risco profissional. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. São Paulo: Martinari, 2006. p. 145-150.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002005000200015&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 maio 2009.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da escala de Bradem e Glasgow para identificação do risco para úlcera de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 16, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_06.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2009.

FONSECA, C. A. et al. Gestão da qualidade: perspectivas de mudanças na enfermagem. In: ENFETC, 4., 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Centro de Estudos de Enfermagem, 1994. p. 151-155.

_____. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 161-169, 2005.

FREITAS, C. E. L de. Considerações sobre a gestão da qualidade, sua perspectiva histórica e o desafio da economia do cliente. **Fabavi em Revista**, Vila Velha, v. 2, n. 1, p. 1-14, 2003. Disponível em: <http://www.fabavi.br/revista/artigos/v.2_n.1_Artigo_1.doc>. Acesso em: 24 set. 2009.

GANZELLA, M.; ZAGO, M. M. F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 351-355, 2008.

GENTIL, R. C.; SANNA, M. C. Processos de acreditação para o enfermeiro: um recorte histórico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 125-131, 2009.

GUSMÃO FILHO, F. A. R. **Análise de implantação da política de qualificação da atenção à saúde do sistema único de saúde – política QualiSUS – em três hospitais do município de Recife**. 2008. 183 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem**: processo de avaliação de um hospital universitário público. 2004. 250f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

HELITO, R. A. B. Processos de qualificação e avaliação de serviços de saúde. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006. p. 59-70.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ. **Interação**: quem somos. Cascavel, 2009. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/huop/>>. Acesso em: 10 out. 2009.

INOUE, K. C. **Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2008.

ISHIKAWA, P. **Controle de qualidade total**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JANUÁRIO, L. H. **Equipos de infusão endovenosa**: critérios de seleção utilizados por enfermeiros em um hospital de ensino de Belo Horizonte. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. In: NURSING CARE JCAHC. **Accreditation Manual for Hospital New York**. New York: JCHO, 1992. p. 79-85.

JORGE, M. S. B. et al. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 1, p. 81-86, 2007.

JURAN, J. M. **Juran planejando para a qualidade**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

KLEINPELL, R. M.; FERRANS, C. E. Factor influencing intensive care unit survival for critically ill elderly patients. **Heart Lung**, [S.l.], v. 27, no. 5, p. 337-343, 1998.

KLÜCK, M. et al. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 16, p. 27-32, 2002. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS16.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2009.

KOIZUMI, M. S. et al. Educação continuada da equipe de enfermagem nas UTIs do município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 33-41, 1998.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU; 2006.

LABBADIA, L. L.; ADAMI, N. P. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospitala universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 55-59, 2004.

LIMA, L. R. et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em horta. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 8, n. 3, p. 349-57, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v8_3/v8n3a05.htm>. Acesso em: 30 nov. 2009.

LIMA, A. F. C. et al. Percepção da equipe de enfermagem de um hospital universitário acerca da avaliação de desempenho profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 393-400, 2007.

LIMA, S. B. S de; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 271-278, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002006000300003&script=sci_arttext_>. Acesso em: 15 set. 2009.

LONGO, R. M. J. **Gestão da qualidade**: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação. Brasília, DF: IPEA, 1996. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_397.pdf>. Acesso em: 19 out. 2009.

LUZ, A.; MARTINS, A. P.; DYNEWICZ, A. M. Características das anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 9, n. 2, p. 344-361, 2007.

MALIK, A. M. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006. p. 21-36.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 3).

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3 p. 51-59, 2001.

MARTINS, K. A. et al. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 485-492, 2003.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem na UTI-adulto**: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência. 2002. 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/Registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M.; BOAN, F. S. O método desdobramento da função qualidade – QFD – no planejamento do serviço de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 97-105, 2000.

MENDONÇA, M. Serviço de controle de infecções hospitalares na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 66, p. 55-56, 2009.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2001.

MORAES, A. S. et al. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 404-409, 2008.

MOREIRA, R. M.; PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas com pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-18, 2001.

MOURA, G. M. S. S. et al. Construção e implantação de indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 136-140, 2009.

MULLER, I. T.; DELZIOVO, E. G.; RUTTA, R. Análise de processo e implantação de controle de qualidade com os exames dos cliente. In: ENFETC, 4., 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Centro de Estudos de Enfermagem, 1994. p. 161-170.

NAPOLEÃO, A. A.; CALDATO, V. G.; PETRILLI FILHO, J. F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 11, n. 2, p. 286-294, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.

NICOLA, A. L. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do Oeste do Paraná**. 2004. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectiva de qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

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. 223 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OLIVEIRA, M. E. et al. Um ensaio sobre a comunicação no cuidado de enfermagem utilizando os sentidos. **Enfermería Global**, Murcia, n. 8, p. 1-7, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Avaliação dos Programas de Saúde**: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional de saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1981.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Histórico**. 2009^a. Disponível em: <http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=historico>. Acesso em: 7 out. 2009.

_____. **Serviços acreditados**. 2009b Disponível em: <http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=sa&id=9>. Acesso em: 7 out. 2009.

PADILHA, E. F. **Comparação da taxa global de infecção em Unidade de Terapia Intensiva com o número de horas de assistência de enfermagem sob a ótica do NEMS**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Controle de Infecção)–Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2007.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas em UTI. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 5, p. 91-95, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7804.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2009.

_____. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2006.

PEDUZZI, M. et al. **Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio**. São Paulo: Departamento de Orientação Profissional, Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2005. (mimeografado).

_____. Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 843-850, 2006.

PEIXOTO, M. P. O. Perspectivas do controle e avaliação no processo de construção dos SUS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão Municipal de Saúde**: tema 13. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 305-319.

PEREIRA, R. P. et al. Qualificação e quantificação a exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 69, n. 6, p. 766-771, 2003.

PEREIRA, L. L.; TAKAHASHI, R. T. Auditoria em Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 215-222.

PIVOTTO, F.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 32-42, 2004.

POLTRONIERI, M. J. A. Terapia nutricional enteral. In: PADILHA, K. G. et al. **Enfermagem em UTI**: cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole, 2010. p. 672-697.

PONTALTI, G.; BITTENCOURT, O. N. S. Gestão em Atividades aplicada em um centro de terapia intensiva de um hospital público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 230-237, 2008.

PROGRAMA BRASILEIRO DE QUALIDADE E PROFUTIVIDADE. **Critérios para a geração de indicadores de qualidade e produtividade no serviço público**. Brasília, DF: IPEA/Ministério de Economia, Fazenda e Planejamento, 1991.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

RIZZOTTO, M. L. F. Resgate histórico das primeiras semanas de enfermagem no Brasil e a conjuntura nacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. esp., p. 423-427, 2006.

ROCHA, A. B. L.; BARROS, S. M. O. Avaliação e risco de úlcera de pressão: propriedades de medida da versão em português a escala de Waterlow. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 20, p. 143-150, 2009.

RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. Carvalho. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Revista Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 4, p. 210-214, 2004.

ROSCANI, A. N. C. P.; LAMAS J. L. T. Formulário para comunicação diária de enfermagem em unidades hospitalares: validação de um instrumento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 529-236, 2008.

SÁ, A. L. **Curso de auditoria**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SAUPE, H.; HERR, L. Auditoria em enfermagem. **Revista de Ciências da Saúde**, Florianópolis, v.1, n. 1, p. 23, 1982.

SCARPARO, A. F. **Auditoria de enfermagem**: identificando sua concepção e métodos. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SCARPARO, A. F.; FERRAZ, C. A. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 302-305, 2008.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 935-944, 2007.

SCHIESARI, L. M. C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 18, p. 7-17, 2003.

SENTONE, A. D. D. **Análise dos indicadores de qualidade na elaboração da prescrição de enfermagem em uma unidade de internação de um hospital universitário público**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.

SILVA, L. D. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 111-116, 2003.

SILVA, L. D.; PEREIRA, S. E. M.; MESQUITA, A. M. F. **Procedimentos de enfermagem: semiótica para o cuidado**. Rio de Janeiro: Medsi, 2005.

SOUZA, J. S. M. **A prática da auditoria de enfermagem no Estado de Santa Catarina: a percepção dos auditores a partir da análise do discurso do sujeito coletivo**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2006.

SOUZA, D. A.; FONSECA, A. S. Auditoria em Enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 84, n. 8, p. 234-38, 2005.

SOUZA, V.; MOURA F. L.; FLORES, M. L. Fatores determinantes e conseqüências de falhas registradas na assistência de enfermagem – um processo educativo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 6, n. 1/2, p. 30-34, 2002.

STUMM, E. M. F. et al. Estressores vivenciados por pacientes de uma UTI. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 499-506, 2008.

TEIXEIRA, A. C. C.; CAROSO, L.; SORIANO, F. G. Terapia nutricional enteral em unidade de terapia intensiva: infusão versus necessidades. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 18, n. 4, p. 331-337, 2006.

TEIXEIRA, J. D. R. et al. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 271-278, 2006.

TEIXEIRA, T. C. A. **Análise da causa raiz dos erros de medicação em uma unidade de internação de um hospital universitário**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

TOFFOLETTO, M. C.; PADILHA, K. G. Consequências de medicação em unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 247-52, 2006.

TRUPELL, T. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009.

VARGAS, M. A. et al. Onde (e como) encontramos qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 3, p. 339-343, 2007.

VERSA, G. L. G. S. Dimensionamento da equipe de enfermagem ao paciente com TCE em unidade de terapia intensiva. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Neurointensiva)–Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2008.

VITURI, D. W. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1241>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

_____. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009.

ZANON, U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 8, p. 1522, 2001.

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 20-32, 1998.

ZORZE, C. M. F. S.; KARAGULIAN, P. P. Biossegurança em enfermagem. In: MURTA, G. F. **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2006. p. 101-118.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário Para Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Prestados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto - HUOP

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO PACIENTE

Paciente(iniciais):_____nº registro:_____Turno da auditoragem:_____Box de internação:_____Sexo:_____Idade:_____Data da internação:_____Data da auditoragem:_____Dia de semana da auditoragem:_____Diagnóstico:_____Auditado por:_____

PARTE 2 – ROTEIRO PARA AUDITORIA OPERACIONAL

I - HIGIENE E CONFORTO FÍSICO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. A boca está cuidada?				
2. Os cabelos estão em ordem?				
3. O paciente está barbeado?				
4. As unhas das mãos e dos pés estão cortadas?				
5. O cliente com drenos e sondas está livre de irritações de pele, obstruções nos tubos, etc?				
6. O paciente acamado está em posição correta?				
7. Os curativos estão limpos e secos?				
8. A cama do paciente está em ordem, limpa e seca?				

II - ATIVIDADES FÍSICAS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. O paciente dependente está com mudança de decúbito programada?				
2. Não houve formação de úlcera de pressão há mais de 24 horas?				
3. A tração ortopédica está colocada corretamente?				

(continua na próxima página)

(continuação)

4. Tábuas para os pés, sacos de areia, travesseiros ou suportes estão colocados corretamente?				
5. Gessos, talas estão cuidados corretamente?				

III - SEGURANÇA FÍSICA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. O paciente está no quarto e no leito registrados. Sua identificação está correta (nome e clínica)?				
2. O paciente em cadeira de rodas ou poltrona está acomodado com segurança?				
3. As grades da cama estão posicionadas adequadamente?				
4. Passou mais de 24 horas sem queda do leito?				
5. As restrições estão limpas e sem garrotar a circulação do membro?				
6. Existe campainha de chamada ao alcance do paciente?				
7. O mobiliário do quarto é apropriado e seguro?				
8. O quarto está em ordem, livre de objetos acumulados (jornais, papagaio, curativos e outros) próximo ao leito do paciente?				
9. Não há presença de materiais usados ou contaminados (comadre, papagaio, curativos e outros) próximo ao leito do paciente?				
10. O equipamento elétrico do quarto está em ordem e funcionamento bom (luminárias, arandelas, ventilador e campainha)?				
11. O ambiente está limpo? (incluir mobiliário, ventilador e cama)				
12. Todos os exames agendados foram realizados?				

IV - NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Os equipos de microgotas com reservatório estão instalados há menos de 72 horas?(verificar data, horário e assinatura)				
2. Os equipos de PVC estão datados e instalados com menos de 72 horas?				
3. Os equipos de bombas infusoras estão instalados com menos de 72 horas?				
4. Os equipos de soro estão sem sangue coagulados na parte interna?				
5. Os equipos de soro estão limpos e sem sangue coagulado externamente?				

(continua na próxima página)

(continuação)

6. Os equipos de soro estão identificados de forma correta? (data e horário)				
7. Os soros instalados estão com identificação correta e completa?				
8. Os scalps hidratados, scalps, cateter venoso periférico estão identificados com data, nome e horário?				
9. Os scalps hidratados, scalps e cateteres venosos periféricos estão instalados há menos de 72 horas?				
10. Os cateteres externos estão permeáveis e com soro conectados?				
11. Os membros superiores dos pacientes estão sem soroma?				
12. Os equipos de dieta foram instalados há menos de 24 horas?				
13. Os equipos de dieta estão limpos?				
14. Os equipos de dieta são coloridos e adequados a nutrição?				
15. A altura do frasco de dieta está há 40 cm da cabeça do paciente?				

V - OXIGENAÇÃO E VENTILAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Os inaladores estão mantidos secos e protegidos após utilização no intervalo de 6 horas?				
2. Os nebulizadores estão datados e instalados há menos de 24 horas?				
3. A traqueostomia está livre de secreções?				
4. O curativo da traqueostomia está limpo?				
5. O oxigênio está com qualidade e instalação correta?				

VI – ELIMINAÇÕES	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Dreno de penrose está com coletor ou curativo adequado? (boa adaptação, mantendo volume adequado de preenchimento e sem provocar lesões de pele)				
2. Ostomias e bolsas coletoras estão bem adaptadas e com capacidade de enchimento adequado? (2/3 da capacidade)				

(continua na próxima página)

(continuação)

3. Dreno de porto-vac está sendo mantido em posição adequada e com pressão negativa dentro do recipiente coletor?				
4. O dreno de tórax está com instalação adequada?				
5. o dreno de tórax está com identificação adequada?				
6. A sonda nasogástrica está em posição correta, fixada adequadamente e o saco coletor com volume adequado? (2/3 da capacidade)				
7. A sonda vesical de demora está fixada corretamente e com volume na bolsa coletora adequada? (2/3 da capacidade)				

UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS (MONITOR CARDÍACO, BOMBA INFUSORA, OXÍMETRO, RESPIRADORES, ETC.)	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. O equipamento usado está corretamente aplicado no doente?				

ASPECTOS ORGANIZACIONAIS DA UTI-A/HUOP	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Há prescrição de enfermagem para todos os pacientes?				
2. Há no mínimo, duas evoluções diárias, realizadas pelo enfermeiro?				
3. Há registro de exame físico, por período, realizado pelo enfermeiro?				
4. Há registro de controles de sinais vitais e balanço hídrico, no mínimo de 2 em 2 horas?				
5. Os leitos possuem cabeceiras removíveis e grades laterais?				
6. Há coleta de urina com circuito fechado?				
7. Há roupa suficiente para a demanda?				
8. São prestados cuidados preventivos de úlcera de pressão?				
9. Há condições ideais dos drenos, coletores, sondas e cateteres, sem obstrução e local de irritação e infecção?				
10. Há orientação aos pacientes e familiares sobre rotinas terapêuticas e cuidados prestados?				
11. Há controle do nível de ruídos no setor?				
12. Há anti-sepsia das mãos do pessoal, antes e após procedimentos no setor?				

PARTE 3 – ROTEIRO PARA AUDITORIA RETROSPECTIVA

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	1 – Não se aplica	2 – Completo	3 - Incompleto	4 – Não Preenchido	5 – Incorreto
-------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	---------------------------	----------------------

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS		
		1º	3º	ÚLTIMO
1. Os dados de identificação do paciente estão corretos?	Considerar nome, sexo, idade, dia de internação, grau de dependência, número de prontuário, diagnóstico, leito, clínica e número de atendimento			
2. Os dados de identificação do paciente estão completos?	Considerar nome, sexo, idade, dia de internação, grau de dependência, número de prontuário, diagnóstico, leito, data, clínica e número de atendimento.			
3. Prescrição tem data, horário, n.º COREN e assinatura?	Considerar a data, horário de elaboração, nome, número de Coren e assinatura da(o) enfermeira(o) que elaborou a prescrição de enfermagem.			

II – PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS		
		1º	3º	ÚLTIMO
1. A primeira prescrição é feita pela mesma (o) enfermeira (o) que o admitiu?	Checar em qual horário que o paciente foi admitido e se a (o) enfermeira (o) abriu a prescrição de enfermagem em seu horário de atendimento.			
2. A primeira prescrição revela a prioridade de atendimento?	A primeira prescrição está correlacionada às necessidades do cliente com a sua patologia. Considerar como prioridade de atendimento: banho, higiene oral, corporal e curativo			
3. A prescrição de admissão permite conhecer as condições gerais do paciente?	A prescrição de admissão revela que a(o) enfermeira(o) realizou o exame físico e tomou consciência do Quadro do cliente descrevendo as principais alterações físicas, queixas principais, alterações no exame físico, etc.			
4. Há pelo menos uma prescrição diária para o paciente?	Verificar a existência de uma prescrição de enfermagem, elaborada diariamente conforme as necessidades do cliente.			
5. A prescrição indica o grau de dependência do paciente?	Todos os itens dos cuidados de enfermagem estão precedidos de verbos que indiquem uma ação (Fazer, Auxiliar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar).			

(continua na próxima página)

(continuação)

6. A prescrição indica cuidado de enfermagem especial (individual) de acordo a patologia e necessidade?	A prescrição de enfermagem é elaborada de forma individualizada, consistente, atualizada, acompanhando as necessidades do doente, apresentando-se dinâmica de acordo com a evolução do paciente.			
7. A prescrição indica ações referentes aos sinais e sintomas pertinentes a patologia e evolução do paciente?	A prescrição de enfermagem indica ações que sejam pertinentes aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, de acordo com sua patologia, permitindo que o auxiliar de enfermagem direcione suas observações, prevenindo atendimento tardio e complicações.			
8. Os cuidados prescritos foram checados e rubricados?	Todos os cuidados prescritos foram checados e rubricados de acordo com as normas da instituição.			
9. Os horários dos procedimentos foram preenchidos, respeitando as características do paciente e as necessidades de sua patologia?	Os horários dos procedimentos foram estabelecidos de acordo com as normas definidas pela instituição e descritas no manual elaborado pela instituição.			

III – PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS		
		1º	3º	ÚLTIMO
1. Há registro de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia?	Há checagem, registro ou orientação de realização de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia			
2. Há registro de higiene corporal diária?	Há checagem, registro ou orientação de realização de higiene corporal pelo menos 1 vez ao dia			
3. Há registro de sinais vitais, pelo menos três vezes ao dia?	Deve existir controle de sinais vitais completo (pressão arterial, frequência cardíaca, pulso, temperatura e frequência respiratória) pelo menos 3 vezes ao dia, nos horários preconizados pela instituição.			
4. O peso é controlado e anotado, uma vez ao dia, quando necessário?	Pacientes com cardiopatias, hepatopatias e com insuficiência renal, devem ter registro de controle do seu peso diariamente.			
5. As micções foram controladas e anotadas?	As micções foram registradas quanto a frequência e/ou volume, conforme determinado na prescrição de enfermagem, no período de 24 horas.			

(continua na próxima página)

(continuação)

6. As evacuações foram controladas e anotadas?	As evacuações foram registradas quanto a frequência e aspecto, conforme prescrição de enfermagem.			
7. Há registro de episódios eméticos?	Há registro de episódios eméticos tanto na parte anterior (anotações de enfermagem) como no verso da prescrição de enfermagem.			
8. A ingestão de líquidos foi controlada e anotada?	Foi anotado no verso da prescrição de enfermagem a quantidade de líquidos que o cliente ingeriu nos três períodos: manhã, tarde e noite.			
9. Os procedimentos invasivos estão registrados e datados?	Há registro da data que os procedimentos invasivos foram realizados pelas equipes médica e de enfermagem.			
10. A ingestão de alimentos foi controlada e anotada?	Há registros no verso da prescrição de enfermagem e nos relatórios dos turnos. São descritos as quantidades da aceitação alimentar e o tipo de alimento ingerido de acordo com os horários determinados na prescrição de enfermagem. Caso haja anotação somente no verso da prescrição deve ser considerado.			
11. A prescrição de enfermagem indica cuidados para exames e pré-operatórios?	A prescrição de enfermagem possui informação sobre horário de exames que serão realizados, conforme prescrição médica e agendamento. Há prescrição dos cuidados necessários para a realização de exames e procedimentos pré-operatórios.			
12. A prescrição de enfermagem indica cuidados pós-exames e pós-operatórios?				
13. Os registros dos procedimentos controlados possuem rubrica?	Os procedimentos preenchidos no verso da prescrição de enfermagem referentes às anotações dos SSVV, diurese, evacuação, drenos, sondas (alimentação) possuem rubrica no campo destinado a este fim, pelo profissional que o executou em seu respectivo horário.			
IV- REGISTROS DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS		
		1º	3º	ÚLTIMO
1. Há pelo menos um registro descritivo em cada plantão?	Deve haver em cada turno, pelo menos um registro de enfermagem, referente as condições gerais do paciente. O registro de intercorrências deve permitir a identificação dos problemas apresentados pelo paciente, bem como quais condutas foram tomadas e os resultados desses procedimentos.			

(continua na próxima página)

(continuação)

2. Há horário e rubrica em cada registro?	Cada registro de enfermagem (por turno e intercorrência) contém o horário em que foi realizada assim como a rubrica do profissional que a executou.			
3. Os registros respondem aos itens da prescrição?	Os registros de enfermagem respondem aos itens da prescrição de enfermagem referentes as intercorrências na execução dos atendimentos, observações de sinais e sintomas, alterações do estado do paciente, aspecto de lesões e alterações de exames físicos, etc.			
4. Os registros evidenciam prestação de cuidados de enfermagem?	Os registros de enfermagem são claras, concisas, relatam a execução de atendimento ao cliente com alguma peculiaridade.			
5. Os registros evidenciam observação de sinais e sintomas.	Os registros de enfermagem além de responder ao item de identificação de sinais e sintomas, também relatam outras observações referentes ao paciente.			
6. Os registros indicam quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem e alunos de enfermagem).	Cada item da prescrição de enfermagem possui rubrica indicando a categoria profissional do individuo que realizou o cuidado. Há carimbo de identificação do profissional.			
7. Existe um registro descritivo de admissão, transferência alta ou óbito.	Há registro de enfermagem referente a admissão, transferência alta ou óbito do paciente, elaborada pela enfermeira (o) ou pelo auxiliar de enfermagem. Devem estar explicito as informações referentes as alterações detectadas no exame físico, tais como estado geral, nível de consciência, etc. e programação e/ou agendamento de exame, cirurgias ou outro procedimento.			
8. Há registros referentes aos cuidados pré-operatórios?	Há registros de enfermagem referentes aos cuidados pré-operatórios com antecedência de aproximadamente 18 horas ou conforme indicação cirúrgica.			
9. Há registros referentes aos cuidados pós-operatórios.	Há registros de enfermagem referentes aos cuidados pós-operatórios conforme necessidade do paciente.			
10. Há registro e evolução referentes à intercorrências.	Existem registros ressaltando a existência de intercorrências durante a internação e ou relato da ação tomada para sanar este problema.			

(continua na próxima página)

(continuação)

11. Aspecto e evolução de lesões cutâneas.	Os relatos de lesões cutâneas indicam a área e tamanho da lesão, tipo de tecidos encontrados na ferida, tipo e quantidade de exsudato observado, produto utilizado para limpeza, tratamento e tipo de cobertura utilizada. Considerar também as anotações referentes à evolução da ferida.			
12. Prescrição indica ações relacionadas ao atendimento de necessidades psicobiológicas.	Há na prescrição de enfermagem relato de convocação da família a pedido do paciente, ou outras solicitações do paciente.			
13. Os registros indicam as condições emocionais do paciente	Os registros de enfermagem evidenciam o aspecto emocional do paciente referido se este se encontrar comunicativo, apático, choroso, queixoso, saudosos, triste, alegre, etc.			

V – EXECUÇÃO DE ORDENS MÉDICAS	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS		
		1º	3º	ÚLTIMO
1. As medicações foram checadas?	Verificar na prescrição médica se todos os horários correspondentes a medicações foram checados. Se foram suspensos ou circulados devem estar justificados.			
2. As medicações foram rubricadas?	Verificar na prescrição médica se todos os horários de medicação checados possuem rubrica			
3. Foram transcritas as solicitações médicas para a prescrição de enfermagem?	Verificar se todos os cuidados especiais prescritos pelos médicos, foram considerados na prescrição de enfermagem.			
4. A prescrição médica indica as ações de enfermagem?	As prescrições médicas não devem conter solicitações de condutas pertinentes a enfermagem como, por exemplo: mudança de decúbito, manter acesso venoso, sentar o paciente fora do leito, verificar frequência respiratória, anotar e controlar o volume de drenos, etc.			

VI – CONDIÇÕES DE ALTA	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS		
		1º	3º	ÚLTIMO
1. Os registros de alta indicam as condições físicas do paciente?	Nos registros de alta é possível identificar o estado geral do paciente, nível de consciência, se estava com acompanhante, se deambula, etc.			

(continua na próxima página)

(continuação)

2. Os registros indicam orientações para continuidade do cuidado e tratamento no domicílio?	Os registros de alta descrevem as orientações fornecidas aos pacientes, referentes aos cuidados, medicações, nutrição, encaminhamentos, etc.			
---	--	--	--	--

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS		
		1º	3º	ÚLTIMO
1. Há registro da realização do exame físico, pelo menos uma vez por período?	Há registro do exame físico, realizado pelo menos uma vez no período, respeitando as necessidades do paciente, sinais e sintomas e a patologia.			
2. Há registro de pressão arterial média, pelo menos uma vez por período?	Há o registro da pressão arterial média, pelo menos uma vez por período.			
3. Há registro de pressão venosa central, pelo menos uma vez por período?	Há o registro da pressão venosa central, pelo menos uma vez por período.			
4. Há registro da verificação e oximetria de 4/4 horas?	Há registro da verificação da oximetria a cada 4 horas ou conforme prescrição médica.			
5. Há registro de verificação do Pco ₂ , através do oxicapnógrafo, pelo menos uma vez por período.	Há registro da verificação do Pco ₂ , através do oxicapnógrafo, pelo menos uma vez por período.			
6. Há registro de aspirações orais e nasotraqueais.	Há registro do número de aspirações orais e ou nasotraqueais, que o paciente necessitou no período e qual era o aspecto da secreção aspirada.			
7. Há registro de mudança de decúbito programada.	As prescrições referentes a esse item foram checadas e colocadas a rubrica do funcionário que executou o cuidado.			
8. Há registro da oxigenação prescrita.	Há registro do volume ou da concentração, bem como o início e término do tratamento com oxigênio. Estão prescritos os cuidados de enfermagem necessários com o uso de oxigênio, indiferente de qual método está recebendo.			

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: “AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Laura Misue Matsuda
Executora da Pesquisa: Enf^a Elaine Fátima Padilha

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: “AUDITORIA COMO FERRAMENTA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA” O estudo tem por objetivo avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário público a fim de contribuir para a reflexão da prática profissional da enfermagem em terapia intensiva e proporcionar reorganização no processo de trabalho promovendo satisfação dos usuários e dos trabalhadores em saúde.

Os participantes serão sujeitos, maiores de dezoito anos, de ambos os sexos e que tenham permanência mínima de três dias na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP.

INFORMAÇÕES FORNECIDAS AOS PACIENTES E/OU FAMILIARES.

1- Haverá liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem penalização alguma.

2 A segurança de que não serão identificadas e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade.

3- Os resultados da pesquisa destinar-se-ão à elaboração de trabalho de caráter científico e possível publicação, sendo garantido o anonimato dos participantes.

4- Solicitamos a permissão para realização de exame físico no paciente e coleta de dados em prontuário.

5- Estamos disponíveis para fornecer-lhe informações quando julgar necessário, nos comprometendo a proporcionar respostas adicionais sobre qualquer dúvida que, porventura, venha a ter. E informações atualizadas durante o desenvolvimento do estudo, mesmo que isto possa afetar sua vontade de continuar participando. Como não será feito qualquer procedimento invasivo não existe nenhum risco ou possibilidade de agravo a saúde.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecidas todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** em participar do mesmo, ou que meu familiar participe. Estou ciente que meu nome, ou de meu familiar, permanecerá em sigilo, durante e após a pesquisa e a privacidade será respeitada. Tenho ciência também de que possuo liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem prejuízos.

Data: ____/____/____

Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao usuário entrevistado.

Pesquisadores (Incluindo pesquisador responsável):

1-Nome completo: Prof. Dra. Laura Misue Matsuda

Telefone: (44) 3261-4494 Departamento de Enfermagem.

Av. Colombo, n. 5.790. Jd Universitário, Maringá-PR, CEP: 87020-900

2-Nome completo: Elaine Fátima Padilha

Telefone: (45) 99144843

Endereço: Rua Nilo Peçanha, n. 507, Parque São Paulo. CEP: 85807-620, Cascavel – Pr.

Quaisquer dúvidas ou maiores esclarecimentos, procurar um dos membros da equipe do projeto no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Bloco 035 – Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444.

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C – Definições Operacionais para Preenchimento do Roteiro de Auditoria Operacional e Retrospectiva na UTI-A/HUOP

PARTE I - ROTEIRO DE AUDITORIA OPERACIONAL

ITENS DO ROTEIRO	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
I – Higiene e Conforto	
1. A boca está cuidada?	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar paciente com a boca livre de saburra, sangue, restos de alimentos ou sujidades aparentes.
6. O paciente acamado está em posição correta?	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar como posição correta o alinhamento corporal nos diferentes decúbitos, com auxílio de coxins para facilitar o posicionamento.
8. A cama do paciente está em ordem, limpa e seca?	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar a cama sem excesso de lençóis e coxins desnecessários, com lençóis esticados, limpos e secos.
II - Atividades Físicas	
1. O paciente dependente está com mudança de decúbito programada?	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar a existência, no prontuário, de prescrição de enfermagem de mudança de decúbito de horário.
3. A tração ortopédica está colocada corretamente?	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar o alinhamento e a adequação entre o peso solicitado e o presente da tração.
4. Tábuas para os pés, sacos de areia, travesseiros ou suportes estão colocados corretamente?	<ul style="list-style-type: none"> • Desconsiderar neste item as tábuas para pés e os saco de areia que não são utilizados na instituição. • Considerar como posição correta dos travesseiros ou suporte, a colocação em locais que permitam o alívio da pressão em regiões de proeminências ósseas.
5. Gessos, talas estão cuidados corretamente?	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar o alinhamento do membro com tala e a limpeza.
III – Segurança Física	
2. O paciente em cadeira de rodas ou poltrona está acomodado com segurança?	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar a presença de contenção em tórax e membros em casos de pacientes que não tenham condições de se firmarem na poltrona/cadeira.

(continua na próxima página)

(continuação)

3. As grades da cama estão posicionadas adequadamente?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar grades elevadas permanentemente, exceto em razão de procedimentos.
4. Passou mais de 24 horas sem queda do leito?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar as informações do prontuário para preencher este item.
7. O mobiliário do quarto é apropriado e seguro?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar mobiliário livre de problemas de pintura, ferrugem, ou qualquer tipo de dano aparente.
III – Nutrição e Hidratação	
7. Os soros instalados estão com identificação correta e completa?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar o nome completo do paciente, leito, data, hora, tempo de infusão, ou ml/hora, no caso de bomba infusora, data de início e de término do soro ou medicação e nome de quem preparou.• Considerar este item para todos os líquidos que estiverem sendo infundidos continuamente.
11. Os membros superiores dos pacientes estão sem soroma?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar soroma como infiltrações do conteúdo administrado por via parenteral na pele próxima ao local da punção venosa.
13. Os equipos de dieta estão limpos?	<ul style="list-style-type: none">• Desconsiderar este item quando o paciente estiver recebendo dieta contínua em bomba infusora.
IV – Oxigenação e Ventilação	
5. O oxigênio está com qualidade e instalação correta?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar presença de Os umidificado em caso de respiração espontânea com suporte de O2 suplementar.• Considerar a posição e permeabilidade do Tubo Oro Traqueal (TOT) ou da cânula de Traqueostomia (TQT) em caso de paciente em ventilação mecânica.• Considerar a ausência de dobras, vazamentos e condensação de água ou secreções no circuito ventilador mecânico.
VI – Eliminações	
4. O dreno de tórax está com instalação adequada?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar a presença de selo d'água, ausência de vazamentos, posição abaixo do paciente, frasco de drenagem acomodado em suporte próprio, não diretamente no chão.
5. O dreno de tórax está com identificação adequada?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar presença de data e hora da troca do selo d'água, bem como o volume de líquido utilizado e o nome de quem realizou a troca.

(continua na próxima página)

(continuação)

6. A sonda nasogástrica está em posição correta, fixada adequadamente e o saco coletor com volume adequado? (2/3 da capacidade)	<ul style="list-style-type: none">• Considerar o adequado posicionamento também para a sonda nasoenteral.• Considerar como adequado a fixação na pele.
7. A sonda vesical de demora está fixada corretamente e com volume na bolsa coletora adequada? (2/3 da capacidade)	<ul style="list-style-type: none">• Considerar como adequado a fixação na perna.
Unidade de Terapia Intensiva	
4. Há registro de controles de sinais vitais e balanço hídrico, no mínimo de 2 em 2 horas?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar o mínimo como 1/1 hora.
5. Os leitos possuem cabeceiras removíveis e grades laterais?	<ul style="list-style-type: none">• Desconsiderar a cabeceira removível, pois as camas da unidade não possuem cabeceiras.
8. São prestados cuidados preventivos de úlcera de pressão?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar neste item a presença de prescrição de enfermagem de mudança de decúbito programada.
10. Há orientação aos pacientes e familiares sobre rotinas terapêuticas e cuidados prestados?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar este item a informação médica realizada duas vezes ao dia.
12. Há anti-sepsia das mãos do pessoal, antes e após procedimentos no setor?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar a observação realizada no momento da realização da coleta dos dados.

PARTE 2 – ROTEIRO DE AUDITORIA RETROSPECTIVA

ITENS DO ROTEIRO	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
I - Dados de Identificação	
1. Os dados de identificação do paciente estão corretos?	<ul style="list-style-type: none">• Desconsiderar o grau de dependência e a clínica a qual o paciente está internado, pois não é rotina na instituição.• Utilizar a folha de sinais vitais admissionais para o preenchimento deste item no momento da admissão do paciente na unidade.• Utilizar o cabeçário da prescrição do paciente para o preenchimento deste item no terceiro e último dia de permanência.

(continua na próxima página)

2. Os dados de identificação do paciente estão completos?	<ul style="list-style-type: none">• Desconsiderar o grau de dependência e a clínica a qual o paciente está internado, pois não é rotina na instituição.• Utilizar a folha de sinais vitais admissionais para o preenchimento deste item no momento da admissão do paciente na unidade.• Utilizar o cabeçário da prescrição do paciente para o preenchimento deste item no terceiro e último dia de permanência.
II – Prescrição de Enfermagem	
9. Os horários dos procedimentos foram preenchidos, respeitando as características do paciente e as necessidades de sua patologia?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar o aprazamento dos horários da prescrição de enfermagem, seguindo a seguinte rotina: pacientes dos box 01/04/07 período da manhã, pacientes dos box 02/05/08 período da tarde e pacientes dos box 03/06/09 no período da noite, salvo necessidade específica do paciente ou setor, quando houver.
III – Procedimentos de Enfermagem	
3. Há registro de sinais vitais, pelo menos três vezes ao dia?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar sinais vitais de 1/1 hora, exceto no momento da admissão, onde os sinais vitais devem ser verificados de 15/15 minutos por um período de 2 horas.• Considerar como sinais vitais: Pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR),
	<ul style="list-style-type: none">• Temperatura (T°C), saturação de oxigênio (SpO₂), modo de oxigenação (quando em respiração espontânea), parâmetros da ventilação (quando em ventilação mecânica), o esta do de consciência (glasgow ou ramsay – em caso de sedação induzida) e o diâmetro e fotorreação das pupilas.
4. O peso é controlado e anotado, uma vez ao dia, quando necessário?	<ul style="list-style-type: none">• Desconsiderar este item, pois não é rotina da instituição.
7. Há registro de episódios eméticos?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar, quando houver SNG, a anotação do débito e característica do líquido drenado.
9. Os procedimentos invasivos estão registrados e datados?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar este item apenas para o dia de admissão, pois nos demais dias não há local para registro de procedimentos invasivos.• Utilizar a folha de sinais vitais admissionais para preencher este item.

(continuação)

10. A ingestão de alimentos foi controlada e anotada?	<ul style="list-style-type: none">• Desconsiderar este item quanto estiver com SNG.
IV- Anotações de Enfermagem	
1. Há pelo menos uma anotação descritiva em cada plantão?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar anotação do enfermeiro ou do técnico de enfermagem.
2. Há horário e rubrica em cada anotação?	<ul style="list-style-type: none">• Desconsiderar horário, pois o espaço a que se destina a anotação já possui horário.• Considerar a possibilidade de identificar o nome e a categoria do profissional que realizou a anotação.
4. Os registros evidenciam prestação de cuidados de enfermagem?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar os sinais vitais como registros de enfermagem.• Considerar anotações sem abreviaturas, siglas, rasuras, erros, sem uso de corretivo, palavras indecifráveis/incompreensíveis.
13. Os registros indicam as condições emocionais do paciente	<ul style="list-style-type: none">• Desconsiderar este item quando o paciente estiver em coma induzido por sedação e em ventilação mecânica.
V – Execução de Ordens Médicas	
1. As medicações forma checadas?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar insulina e dieta como medicações que devem ser checadas.
2. As medicações foram rubricadas?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar a rubrica em todos os itens aprazados na prescrição.
VI – Condições de Alta	
2. Os registros indicam orientações para continuidade do cuidado e tratamento no domicílio?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar neste item orientações para continuidade do tratamento na unidade a que se destina o paciente, visto que nenhum paciente nesta unidade recebe alta direto para o domicílio.
Unidade de Terapia Intensiva	
2. Há registro de pressão arterial média, pelo menos uma vez por período?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar a verificação de pressão arterial média de 1/1 hora quando houver canalização de artéria.
3. Há registro de pressão venosa central, pelo menos uma vez por período?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar a verificação de pressão venosa central de 2/2 horas se houver cateter venoso central.
4. Há registro da verificação e oximetria de 4/4 horas?	<ul style="list-style-type: none">• Considerar a verificação de oximetria de 1/1 hora.

(continua na próxima página)

(continuação)

5. Há registro de verificação do Pco ₂ , através do oxicapnógrafo, pelo menos uma vez por período.	<ul style="list-style-type: none">• Considerar a verificação de Pco₂ de 2/2 horas.
6. Há registro de aspirações orais e nasotraqueais.	<ul style="list-style-type: none">• Desconsiderar este item quando o paciente não estiver em ventilação mecânica.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa – COPEP



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE Nº.0040.0.093.000-09

PARECER Nº. 132/2009

Pesquisador (a) Responsável: Laura Misue Matsuda
Centro/Departamento: Dpto de Enfermagem
Título do projeto: Auditoria como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva
<p>Considerações:</p> <p>O projeto em sua introdução discute a temática qualidade como objeto de questionamentos e intervenções, sejam elas de recursos humanos, materiais e exames tecnológicos com a satisfação do usuário. Discute ser a auditoria um método extensamente difundido para avaliação do processo de cuidado da enfermagem. Nesse sentido, o racional apresenta revisão das formas de auditoria interna e externa, apontando a primeira como uma avaliação mais acurada, e que se reverte em benefícios no âmbito da saúde.</p> <p>Dessa forma, o objetivo da pesquisa - é permitir uma maior contribuição para o processo de trabalho em terapia intensiva em um hospital público.</p> <p>Para tanto, pretende-se a utilização de abordagem metodológica do tipo analítico, transversal e de cunho quantitativo.</p> <p>O local do estudo será a UTI do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, em Cascavel.</p> <p>A unidade do estudo compõe-se de 9 leitos, que atendem pacientes adultos de diversas clínicas.</p> <p>A equipe de enfermagem é composta de auxiliares e técnicos de nível médio.</p> <p>Amostra/Amostragem</p> <p>A amostra será composta por todos os pacientes que internarem na UTI – A no período de 01/04 a 30/06. A permanência mínima do paciente para compor o estudo será de 3 dias.</p> <p>Instrumento de Auditoria Operacional se baseia na Técnica proposta por Haddad (2004) – descrito no projeto.</p> <p>Constam no projeto os procedimentos de observação – Auditoria Operacional - Auditoria das anotações de enfermagem – Auditoria Retrospectiva.</p> <p>Há no projeto a descrição de como serão tratados os dados de cada auditoria.</p> <p>A Análise estatística se dará por meio de estatística descritiva, com utilização do programa Statistic 8.0.</p> <p>Consta do projeto cronograma de execução compatível (ano 2009), bem como proposta orçamentária de R\$ 717,50, que será arcada pela mestranda.</p> <p>No Anexo A – consta roteiro de observação do paciente internado, bem elaborado.</p> <p>No Anexo B – consta formulário para auditoria das anotações de enfermagem.</p> <p>No Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade às disposições da Resolução 196/96 – CNS.</p> <p>Consta na terceira página autorização do Diretor Geral do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Cascavel.</p> <p>Face ao exposto, e tendo em vista a adequação do projeto às normativas éticas vigentes, somos de parecer favorável à aprovação do protocolo.</p>

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.


Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR

Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br

**Universidade Estadual de Maringá****Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 17/4/2009	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: dezembro de 2009.	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 171ª reunião do COPEP em 17/4/2009.	 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP