

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

NATANNA SLAVIERO

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO DE
ENFERMAGEM EM UTI CARDIOLÓGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
CURITIBA - PARANÁ**

CURITIBA

2014

NATANNA SLAVIERO

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO DE
ENFERMAGEM EM UTI CARDIOLÓGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
CURITIBA - PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS), da Escola Politécnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcia Regina Cubas

CURITIBA

2014

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

S631d 2014	Slaviero, Natanna Diagnóstico situacional da qualidade no atendimento de enfermagem em UTI cardiológica de um hospital universitário de Curitiba – Paraná / Natanna Slaviero; orientadora, Marcia Regina Cubas. - 2014. 168 f. : il. ; 30 cm Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2014 Bibliografia: f. 129-140 1. Indicadores de saúde. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Enfermagem de tratamento intensivo. I. Cubas, Marcia Regina. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. III. Título. CDD 20. ed. – 610.28
---------------	---

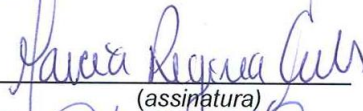
**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 181

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: TECNOLOGIA EM SAÚDE

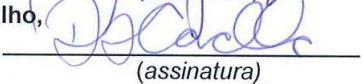
Aos 19 dias do mês de fevereiro de 2014, no auditório Irmão Albano, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação : “**Diagnóstico situacional da qualidade no atendimento de enfermagem em UTIs cardiológicas de um hospital universitário de Curitiba – Paraná**”, apresentada pela aluna **Natanna Slaviero**, sob orientação do Prof^a. Dr^a. **Marcia Regina Cubas**, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Tecnologia em Saúde**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Dr^a. **Marcia Regina Cubas**,
PUCPR (Orientador e presidente)


(assinatura)

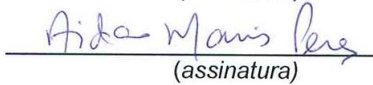
APROVADA
(Aprov/Reprov.)

Prof^a. Dr^a. **Deborah Ribeiro Carvalho**,
PUCPR (Examinador)


(assinatura)

APROVADA
(Aprov/Reprov.)

Prof^a. Dr^a. **Aida Maris Peres**,
UFPR (Examinador)


(assinatura)

APROVADA
(Aprov/Reprov.)

Início: 14:15

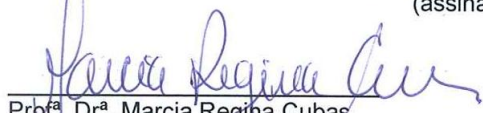
Término: 16:15

Conforme as normas regimentais do PPGTS e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado APROVADO (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

Observações: Foram realizadas no momento original as sugestões para adequações.

O aluno está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGTS/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

ALUNO: Natanna Slaviero 
(assinatura)


Prof^a. Dr^a. **Marcia Regina Cubas**,
Coordenadora do PPGTS PUCPR

RESUMO

O objetivo dessa dissertação é a elaboração de um diagnóstico situacional com foco na qualidade do atendimento de enfermagem para pacientes pós-cirúrgicos cardíacos imediatos atendidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) cardiológicas de um hospital universitário de Curitiba – Paraná. A metodologia utilizada é de cunho quantitativo, descritivo e exploratório, com método de investigação e estudo de caso. O estudo, por sua vez, é norteado pela avaliação do conjunto de habilidades dos profissionais enfermeiros, por séries históricas de indicadores e pela análise observacional do processo de trabalho dos Enfermeiros frente à ocorrência de eventos adversos. O diagnóstico situacional permitiu apresentar quais são as principais forças e ameaças com relação à qualidade do serviço prestado nas UTIs, evidenciando que, do total, 50% dos enfermeiros não tem especialização na área de UTI e 60% não recebeu treinamento ao ser admitido na unidade. Os enfermeiros são supervisionados e exercem atividades de supervisão, porém apresentam algumas defasagens em relação à supervisão prestada, sobretudo no planejamento e acompanhamento das ações de cuidado. A equipe não avalia a grande maioria dos indicadores objetivos, como mostra a inexistência de protocolos baseados em evidências clínicas, de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) específicos para a área de UTI cardiológica ou relacionados a medicações atualizadas. A grande maioria dos pacientes atendidos era pertencente ao sexo masculino e com idade acima de 60 anos, advindos de pós-cirúrgicos referentes à Revascularização do Miocárdio. Quanto aos eventos adversos, foi significativa a incidência de úlceras por pressão (10,5%) e a ocorrência de não fixação de cateteres vesicais (81,23%), embora os demais indicadores tenham sido bem inferiores se comparados aos achados na literatura, como: extubação acidental (0,78%); perda de sonda gastroentérica (3,08%); queda de pacientes (0%); flebite relacionada à acesso venoso periférico (3,93%); e medidas preventivas para controle de infecção do trato urinário, relacionadas ao cateter vesical de demora (100%). Medidas preventivas devem ser intensificadas com foco na prevenção e monitoramento dos eventos adversos, bem como no aprimoramento da supervisão de enfermagem e do programa de educação continuada, de modo a assegurar a qualidade do cuidado de enfermagem aos pacientes.

Palavras-chave: Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Qualidade da assistência à saúde. Avaliação em enfermagem. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation consisted in the development of a situational diagnosis focusing on the quality of the nursing care delivered for immediate post-surgical patients of Cardiac Intensive Care Units (UCI) in a University Hospital in Curitiba-Parana. A descriptive and exploratory case study, of qualitative approach, was used as research method. The evaluation of both the nurses' skills set and historical series of indicators, as well as the observational analysis of the nurses' work process regarding adverse effects from the care process guided this research. The situational diagnosis enabled to identify the main threats to quality and were related to the nurses' profile, since 50% of them don't have formal education in the field of intensive care, and 60% didn't receive specific training when were admitted to work in these units. Nurses receive supervision and perform supervision duties, although planning and care delivery follow up activities are not fully performed. Most objective indicators are not evaluated, and the lack of protocols based on clinical evidences, standard operational procedures specific for the Cardiac UCI and medications highlighted. Patients that received nursing care were mostly male, above 60 years old and submitted to Myocardial Revascularization. Adverse events were classified in pressure ulcer incidence (10,5%), and non fixation of urinary catheters (81,23%), although other indicators presented lower taxes when compared to the specific literature: accidental extubation (0,78%); loss of enteral tube (3,08%); patient fall (0%); phlebitis related to peripheral vein access (3,93%), and preventive measures to urinary tract infection related to long term bladder catheters (100%). Preventive measures should be reinforced with focus on prevention and follow up of adverse events. Also, nursing supervision and continuing education programs must be improved, in order to assure a quality nursing care for patients.

Key Words: Quality indicator in healthcare. Healthcare quality. Nursing evaluation. Nursing care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma Santa Casa de Misericórdia de Curitiba/PR.	52
Figura 2 - Caso, unidades de análise e fonte de dados.....	53
Figura 3 - Modelo de <i>Check List</i> – Avaliação de Indicadores da UTI Cardiológica	124

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 -	Classificação do Grau de Flebite	35
Quadro 2 -	Classificação do Risco de Desenvolver Úlceras de Pressão. Escala de Braden – Adaptada.....	38
Quadro 3 -	Classificação dos Estágios das Úlceras por Pressão conforme <i>National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP)</i>	39
Quadro 4 -	Grupos, Funções e Sujeitos da Pesquisa.	54
Quadro 5 -	Características das etapas de coleta de dados da pesquisa conforme os objetivos	58
Quadro 6 -	Distribuição da Equipe de Enfermeiros Conforme Turno de Trabalho.	61
Quadro 7 -	Diagnóstico Situacional – Habilidades do Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica.....	119
Quadro 8 -	Diagnóstico Situacional – Séries Históricas de Indicadores Relacionados ao Aparato Tecnológico e Protocolos de Enfermagem das UTIs Cardiológicas.....	120
Quadro 9 -	Diagnóstico Situacional – Análise dos Indicadores de Qualidade Frente aos Eventos Adversos	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Necessidades de aprendizagem no Programa de Treinamento das UTIs Cardiológicas. N: 10 sujeitos, Curitiba, 2013.	64
Gráfico 2 -	Atividades realizadas pelos enfermeiros durante sua supervisão em UTI Cardiológica. N: 9 sujeitos, Curitiba, 2013.	65
Gráfico 3 -	Indicadores de qualidade na assistência. N: 10 sujeitos, Curitiba, 2013.	67
Gráfico 4 -	Perfil dos Pacientes – Gênero e idade. N: 57 pacientes observados, Curitiba, 2013.	71
Gráfico 5 -	Procedência dos Pacientes – UTIs Cardiológicas. N: 57 pacientes, Curitiba, 2013.	72
Gráfico 6 -	Tempo de permanência dos pacientes nas UTIs. N: 57 pacientes, Curitiba, 2013.	73
Gráfico 7 -	Diagnóstico médico dos pacientes hospitalizados nas UTIs cardiológicas. N: 57 pacientes, Curitiba, 2013.	73
Gráfico 8 -	Distribuição do tipo de terapia ventilatória utilizada no período de observação. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.	76
Gráfico 9 -	Distribuição diária do uso das terapias ventilatórias. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.	76
Gráfico 10 -	Fatores de risco para extubação acidental. Amostra de 50 observações, Curitiba, 2013.	77
Gráfico 11 -	Prescrições e checagem de enfermagem a pacientes intubados. Amostra de 50 observações, Curitiba, 2013.	78
Gráfico 12 -	Fatores de risco para perda de sonda nasoenteral. Amostra de 31 observações. Curitiba, 2013.	80
Gráfico 13 -	Prescrições e checagem de cuidado de enfermagem para Aporte Nutricional. Amostra de 31 observações. Curitiba, 2013.	81
Gráfico 14 -	Fatores de risco para queda do leito. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.	83
Gráfico 15 -	Prescrições e checagem de cuidados de enfermagem para prevenção do risco de queda. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.	84

Gráfico 16 - Fatores de risco para flebite em acesso venoso periférico. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.	86
Gráfico 17 - Prescrições e checagem de cuidados de enfermagem para prevenção de flebite em acesso venoso periférico. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.....	87
Gráfico 18 - Distribuição diária das medidas preventivas realizadas para prevenção de úlcera por pressão. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.....	89
Gráfico 19 - Prescrições e checagem de cuidados de enfermagem para pacientes em uso de CVD. Amostra de 94 observações, Curitiba, 2013.	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência Absoluta e Relativa das Respostas às Questões Segundo o Perfil dos Profissionais Enfermeiros. Curitiba, 2013.	60
Tabela 2 -	Frequência Absoluta das Respostas às Questões Segundo a Experiência Profissional dos Enfermeiros. Curitiba, 2013.....	62
Tabela 3 -	Frequência Absoluta das Respostas às Questões sobre Treinamentos/Educação em Serviço. Curitiba, 2013.	63
Tabela 4 -	Avaliação do Indicador – Extubação Acidental. Curitiba, 2013.	74
Tabela 5 -	Avaliação do Indicador – Perda de Sonda Gastroenteral. Curitiba, 2013.	79
Tabela 6 -	Avaliação do Indicador – Queda do Leito. Curitiba, 2013.	82
Tabela 7 -	Avaliação do Indicador – Flebite em Acesso Venoso Periférico. Curitiba, 2013.....	85
Tabela 8 -	Avaliação do Indicador – Incidência de Úlcera por Pressão. Curitiba, 2013.....	88
Tabela 9 -	Avaliação do Indicador – Medidas Preventivas para Controle de Infecção do Trato Urinário Relacionado ao Cateter Vesical de Demora. Curitiba, 2013.	90
Tabela 10 -	Resultados Comparativos	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	–	Alto
AA	–	Ar Ambiente
ACCUR	–	Academia de Cultura de Curitiba
AMIB	–	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANA	–	<i>American Nurses Association</i>
ANVISA	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
RS	–	Região Sacra
B	–	Baixo
RC	–	Região Calcânea
CC	–	Centro Cirúrgico
CCIH	–	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	–	Classificação Internacional de Doenças
CLT	–	Consolidação das Leis Trabalhistas
CN	–	Cateter Nasal
CO	–	Coxin
RO	–	Região Occiptal
COFEN	–	Conselho Federal de Enfermagem
CQH	–	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CT	–	Curativo
CVD	–	Cateterismo Vesical de Demora
CVP	–	Cateter Venoso Periférico
DAC	–	Doença Arterial Coronariana
FRE	–	Fator de Risco para Extubação
FRF	–	Fator de Risco para Flebite
FRPS	–	Fator de risco para Perda de Sonda
FRQ	–	Fator de Risco para Queda
IEA	–	Indicador de Extubação Acidental
IPASAME	–	Instituto Paranaense de Saúde Mental
IQ	–	Indicador de Queda
ITU	–	Infecções do trato urinário

IUP	–	Indicador de Ulcera por Pressão
Ms	–	Máscara
M	–	Moderado
MA	–	Massagem corporal com solução hidratante
MA	–	Região Maleolar
MD	–	Mudança de Decúbito
ML	–	Mililitro
NAGEH	–	Manual de Indicadores de Enfermagem
NPUAP	–	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
NU	–	Névoa Úmida
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
ONA	–	Organização Nacional de Acreditação
OS	–	Pronto Socorro
POP	–	Procedimento Operacional Padrão
PR	–	Paraná
PUCPR	–	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
R	–	Outra região
RM	–	Revascularização do Miocárdio
SAE	–	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SNE	–	Sonda Nasoenteral
SNG	–	Sonda Nasogástrica
SOE	–	Sonda Oroentérica
SOG	–	Sonda Orogástrica
SP	–	São Paulo
SR	–	Sem Registro
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TN	–	Tubo nasotraqueal
TO	–	Tubo orotraqueal
TR	–	Região Trocantérica
TT	–	Traqueostomia
UI	–	Unidade de Internação
UP	–	Úlceras por pressão
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva
VM	–	Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1 GESTÃO DA QUALIDADE.....	23
3.2 AVALIAÇÃO DE INDICADORES DA QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS UTIS CARDIOLÓGICAS	28
3.2.1 Indicador: extubação acidental.....	30
3.2.2 Indicador: perda de sonda gastroenteral	31
3.2.3 Indicador: queda de paciente.....	33
3.2.4 Indicador: flebite relacionada ao acesso venoso periférico.....	34
3.2.5 Indicador: úlcera por pressão	36
3.2.6 Indicador: medidas preventivas para controle de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora.....	39
3.3 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO.....	41
3.4 HABILIDADES DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ...	45
4 MÉTODO.....	49
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	49
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	50
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	54
4.4 DEFINIÇÃO DE INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	55
4.4.1 Dados para o perfil e o conjunto de habilidades dos profissionais enfermeiros, de acordo com seu treinamento, qualificação e supervisão.....	55
4.4.2 Dados de Séries Históricas de Indicadores Relacionados ao Aparato Tecnológico, Serviços e Protocolos Organizacionais.....	56
4.4.3 Dados para a Avaliação da Qualidade do Cuidado de Enfermagem e seus Eventos Adversos	56
4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	58

5 RESULTADOS.....	60
5.1 HABILIDADES DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	60
5.1.1 O perfil dos enfermeiros	60
5.1.2 Educação continuada	62
5.1.3 Supervisão	64
5.2 SÉRIES HISTÓRICAS DE INDICADORES RELACIONADOS AO APARATO TECNOLÓGICO, AO SERVIÇO E AOS PROTOCOLOS ORGANIZACIONAIS	66
5.2.1 Avaliação das séries históricas relacionadas a indicadores	66
5.2.2 Protocolos existentes nas UTIs cardiológicas	68
5.2.3 Estrutura física e recursos técnicos das UTIs	68
5.3 INDICADORES DE QUALIDADE DAS UTIs CARDIOLÓGICAS E RISCOS DOS PACIENTES AOS EVENTOS ADVERSOS	69
5.3.1 O processo de trabalho nas UTIs cardiológicas	69
5.3.2 Perfil dos pacientes internados	71
5.3.3 Indicador – Extubação Acidental	74
5.3.4 Indicador – Perda de Sonda Gastroenteral	79
5.3.5 Indicador – Queda do Leito	81
5.3.6 Indicador – Flebite em Acesso Venoso Periférico	84
5.3.7 Indicador– Incidência de Úlcera por Pressão	87
5.3.8 Indicador– Medidas Preventivas para Controle de Infecção do Trato Urinário Relacionada ao Cateter Vesical de Demora.....	90
6 DISCUSSÃO	94
6.1 HABILIDADES DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	94
6.1.1 Perfil dos enfermeiros das UTIs cardiológicas.....	94
6.1.2 Educação continuada	96
6.1.3 Supervisão	98
6.2 SÉRIES HISTÓRICAS DE INDICADORES RELACIONADOS AO APARATO TECNOLÓGICO, SERVIÇO E PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS UTIS CARDIOLÓGICAS	99
6.2.1 Séries históricas de indicadores	99
6.2.2 Protocolos institucionais.....	101
6.2.3 Estrutura física e recursos técnicos das UTIs	104

6.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO – PACIENTES PÓS- CIRÚRGICOS CARDIOLÓGICOS	106
6.3.1 Perfil dos pacientes internados	106
6.3.2 Indicadores de qualidade das UTIs cardiológicas e riscos dos pacientes aos eventos adversos	107
6.3.2.1 Extubação acidental	107
6.3.2.2 Perda de sonda gastroenteral	109
6.3.2.3 Queda do leito	110
6.3.2.4 Flebite em acesso venoso periférico	111
6.3.2.5 Incidência de úlcera por pressão.....	113
6.3.2.6 Medidas preventivas para controle de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora	114
6.4 RESULTADOS COMPARATIVOS	116
7 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E DESFECHO DOS RESULTADOS	118
8 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO COM FOCO NO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	124
8.1 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO PARA AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE	124
8.2 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO PARA O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA COM FOCO NAS UTIS CARDIOLÓGICAS	125
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS.....	130
APÊNDICES	142
ANEXOS	153

1 INTRODUÇÃO

Embora o conceito de qualidade seja subjetivo e abstrato, no contexto da saúde, a busca pelo atendimento de excelência tem sido uma constante. Do mesmo modo, as ferramentas de avaliação da qualidade têm evoluído no sentido de tornar mais objetivos os processos e ações gerenciais (KURCGANT; TRONCHINL; MELLEIROS, 2008).

Conforme assinala Donabedian (1993), a qualidade em saúde pode ser norteada a partir de sete atributos ou pilares: eficácia; efetividade; eficiência; otimização; legitimidade; equidade e aceitabilidade. Considera-se que a inter-relação dos aspectos técnicos e relacionais deve ser incluída em toda gestão de qualidade. Nos estudos feitos por Donabedian (1993), há três abordagens para estimar a qualidade dos serviços: estrutura, processo e resultado.

Nesse sentido, esses conceitos subsidiaram a elaboração de instrumentos que visam a avaliar a qualidade dos serviços prestados, e são aplicáveis, também, à gestão da qualidade na área da enfermagem. Com relação a isso, cabe ressaltar que os indicadores de qualidade são imprescindíveis na avaliação de processos de trabalho, tanto no que concerne ao planejamento como à organização, coordenação e direção, bem como na avaliação das atividades desenvolvidas (BRITTAR, 2001).

Mezomo (2001, p.108-109) elucida os conceitos apresentados, ao afirmar que:

A 'não-qualidade' exige retrabalho; aumenta os dias de permanência; gera reuniões improdutivas; provoca excesso de estoques; convive com o desperdício; cria processos inadequados; utiliza mal os leitos, os equipamentos e as pessoas; adota fluxos inadequados; realiza testes e exames desnecessários; sobrecarrega a manutenção (excesso de avarias pelo mau uso); aumenta o absenteísmo e o *turn over*; prejudica a imagem da organização e afasta as pessoas.

Assim, pode-se concluir que a qualidade do cuidado em enfermagem está diretamente relacionada ao bem-estar do paciente, e não necessariamente à quantidade de atendimento prestado, em uma relação na qual habilidade, competência técnica, conhecimento científico e raciocínio crítico e reflexivo são quesitos fundamentais e indispensáveis para um profissional que presta atendimento com qualidade (MEZOMO, 2005).

Na esteira dessas reflexões, parafraseia-se Donabedian (1992), para o qual pensar ou refletir sobre a qualidade do cuidado prestado por um profissional da saúde ao paciente é buscar um cuidado de excelência, o qual exige, além de conhecimentos próprios da área por parte do profissional, a percepção de que maximizando o bem-estar do paciente haverá a diminuição de perdas e, conseqüentemente, o aumento de ganhos durante a etapa do cuidar.

Assim, um sistema de gerenciamento e planejamento de cuidado deve, primeiramente, considerar que os enfermeiros são a base fundamental para a manutenção da qualidade do cuidado, sendo que os resultados desse cuidado devem ser avaliados e mensurados a partir de indicadores que permitam refletir os pontos fortes e fracos dos processos relacionados ao cuidado em enfermagem, fornecendo, com isso, parâmetros para a contínua melhoria. Nesse sentido, o conceito de “cuidado” representa atitudes de ocupação, de preocupação, de responsabilidade com o paciente, percebendo-o na sua totalidade, desde as suas necessidades básicas às mais complexas (KURCGANT, 2006).

Dessa maneira, o cuidado com qualidade:

[...] resulta do desempenho profissional com conhecimento, capacidade, competência e habilidades em cuidar das pessoas que sofreram alterações no seu modo de vida, e [...] visa à recuperação e à promoção de padrões da qualidade de vida (YAMAMOTO, 2007, p. 39).

Além disso, esse cuidado implica que instituições, como as hospitalares, ofereçam condições adequadas de trabalho aos profissionais de enfermagem e que, adicionalmente, haja a contínua avaliação dos processos de cuidar, uma vez que a qualidade de seus serviços é o diferencial para que tais instituições se mantenham no mercado da assistência hospitalar à saúde, seja ela pública ou privada (MAZUR, 2007).

A qualidade do cuidado está diretamente ligada ao fornecimento de estrutura física e de materiais adequados, às atualizações tecnológicas que assegurem eficiência nos processos do cuidado e, sobretudo, ao respeito à qualificação, ao treinamento e à suficiência de profissionais em relação ao número de pacientes. Os fatores-chave para este provimento são: “[...] o cuidado direto em uma enfermaria ou unidade; o cuidado indireto; o apropriado *mix* de habilidades para alcançar as

necessidades dos clientes e o orçamento disponível para o quadro de pessoal de enfermagem” (SCOTT, 2003, p. 15).

O conjunto de habilidades é definido pelo profissional treinado, qualificado e responsável, o qual implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, de modo a agregar valor econômico à organização e valor social ao indivíduo (MARTINS; KOBAYASHI; AYOUB, 2006).

Nesse sentido, é importante ressaltar que, no ambiente hospitalar, a coordenação de enfermagem tem um papel fundamental na multiplicação do conhecimento, bem como no planejamento e administração dos recursos humanos disponíveis. Dessa forma, é fundamental que esse profissional tenha competências gerenciais que permitam a otimização dos recursos físicos, materiais e humanos, a fim de assegurar o padrão de qualidade almejado.

Portanto, o trabalho do enfermeiro se subdivide em vários processos de trabalho, tais como: cuidar e assistir; administrar e gerenciar; pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro (PERES; CIAMPONE, 2006).

Para avaliar a qualidade do atendimento de enfermagem, é necessário o conhecimento do perfil dos profissionais que atuam no domínio do cuidado, principalmente ao se tratar de profissionais de UTIs - unidades específicas cujos pacientes necessitam de atendimento especializado. Tratando-se de doenças cardiovasculares, é indispensável saber, por exemplo, que estas patologias permanecem sendo a principal causa de morte, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento.

Entre as causas de mortalidade no Brasil, as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar: cerca de 300 mil pessoas morrem devido a esse agravo (GOLVEIA; GONALVEZ, 2011). Segundo dados do Ministério da Saúde, no primeiro trimestre de 2010, foram confirmadas mais de quatro mil internações em unidades hospitalares em função dessas doenças (GOLVEIA; GONALVEZ, 2011). As projeções consideram que, até 2020, os óbitos por doença arterial coronariana (DAC) aumentarão em 100% entre homens e 80% entre mulheres, apesar dos avanços terapêuticos, clínicos e cirúrgicos (SHEIFERT, 2006).

Dentre os tratamentos, é importante ressaltar as cirurgias cardíacas que são intervenções complexas e requerem um tratamento adequado em todas as fases

operatórias, sendo mais comuns as recontrutoras, as quais incluem revascularizações do miocárdio e plastias de válvula (GOLVEIA; GONALVEZ, 2011).

As necessidades de cuidado poderão variar ou ter prioridades distintas de acordo com o período do pós-operatório; ou seja, se imediato, mediato ou tardio¹.

O pós-operatório cardiológico imediato, período de interesse da presente pesquisa, inicia-se logo após o término do procedimento cirúrgico e finaliza-se em 24 horas. Os pacientes em pós-operatório imediato necessitam de atendimento contínuo até a estabilização efetiva de seu quadro clínico. É um momento crítico no qual se observa e se assiste a recuperação do paciente em pós-anestésico, devido à instabilidade do quadro clínico, sendo repleto de particularidades, principalmente por se tratar de um período de cuidado decisivo (SHAHIAN et al., 2007).

Assim, vale salientar que, entre as complicações do pós-operatório de cirurgia cardíaca mais comuns, destacam-se as alterações nos níveis pressóricos, arritmias e isquemias, entre outros, os quais requerem do enfermeiro, atuante nessas unidades, os conhecimentos específicos para cuidados de alta complexidade, bem como maior dedicação, por meio da observação individualizada do paciente. Esse é um fator fundamental para que seja possível assegurar a qualidade da assistência de enfermagem com vistas à recuperação e desospitalização precoce (GUIMARÃES et al., 2010).

Para uma prática assistencial com qualidade, se faz necessário ter um método científico que viabilize a identificação e o atendimento das necessidades do paciente da melhor maneira possível. Tal método se dá por meio do histórico, dos diagnósticos de enfermagem, do planejamento, da implementação e da avaliação correta, sendo que as necessidades do paciente poderão variar ou ter prioridades distintas de acordo com o período do pós-operatório. Segundo Silva (2003), a qualidade no cuidado de enfermagem consiste na realização dos procedimentos com o mínimo de erro, seguindo-se princípios éticos, visando ao equilíbrio e garantindo a satisfação do cliente e da família.

Conforme Bittar (2001), a qualidade do cuidado recebe um amplo destaque na Inglaterra, no Canadá, na Alemanha e nos Estados Unidos da América, devido à

¹**Pós operatório:** Período da admissão do paciente na sala anestésica até sua alta. **Pós-Operatório Imediato:** Começa ao final da cirurgia e dura 24 horas. **Pós-Operatório Mediato:** Período em que o paciente se encontra internado, das 24 horas iniciais até 7 dias depois (geralmente, quando se obtém a alta). **Pós- Operatório Tardio:** Após os 7 dias e o reconhecimento da alta (GUIMARÃES et al., 2010).

evolução e à atenção frente às tecnologias inovadoras e ao planejamento das ações, bem como à verificação constante da remodelação das estruturas das variáveis, unidas à qualidade em saúde. Porém no contexto latino-americano há determinadas defasagens em sua configuração teórica e prática.

Conforme Martins, Konayashi e Ayoub (2006), o conceito de tecnologia não deve ser relacionado somente a equipamentos ou aparelhos tecnológicos - uma vez que esses são, na verdade, expressões de uma determinada tecnologia -, mas a saberes e habilidades que são materializados ou convertidos nesses equipamentos.

A tecnologia permeia o processo de trabalho em saúde, contribuindo para a construção do saber (e para sua própria expressão), pois se apresenta desde o momento da ideia inicial, da elaboração e da implementação do conhecimento, e também é resultado dessa mesma construção. Assim, o processo tecnológico envolve a elaboração e a aplicação de um modelo de cuidado de qualidade, pois a sistematização da assistência é prestada de maneira contínua, efetiva e individualizada.

Os modelos de cuidado que a enfermagem segue mostram-se como tecnologias que podem produzir outras novas, sejam estas leves, leve-duras ou duras², as quais englobam um conjunto de conhecimentos para qualificar e aprimorar a práxis da enfermagem. Nesse contexto, o modelo de cuidado proposto nesta dissertação compreende um processo tecnológico que pode ser classificado como tecnologia leve-dura, visto que enfatiza a atividade da enfermagem como um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos que interagem com todo o ambiente hospitalar, inclusive integrando o cuidado do paciente à tecnologia disponível.

Considerando a necessidade que o enfermeiro enfrenta para compreender o processo de gestão da qualidade do cuidado, o presente trabalho pretende discorrer sobre indicadores utilizados no gerenciamento do cuidado em enfermagem, tendo como referência de estudo os dados obtidos junto ao paciente pós-operatório cardíaco imediato da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba - PR. Com isso, pretende-se desenvolver um diagnóstico situacional como instrumento de apoio à gestão da qualidade do cuidado em enfermagem, com os principais indicadores de

² Tecnologia **dura** abrange os equipamentos tecnológicos; as **leve-duras**, os saberes estruturados; e as **leves**, as relações, o vínculo e a gestão (MERHY, 1997, p.71).

qualidade para aplicação e monitoramento do cuidado ao paciente no pós-operatório cardíaco imediato.

Assim, o problema de pesquisa deste estudo é: *qual é a situação da qualidade do atendimento de enfermagem em pacientes pós-cirúrgicos cardíacos imediatos em UTIs cardiológicas do hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba-Paraná?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um diagnóstico situacional com foco na qualidade do atendimento de enfermagem a pacientes pós-cirúrgicos cardíacos imediatos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) cardiológicas de um Hospital Universitário de Curitiba - Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o conjunto de habilidades dos enfermeiros atuantes nas UTIs cardiológicas do Hospital Universitário;
- Levantar a existência de séries históricas de indicadores de estrutura física preconizados pela ONA e NAGEH;
- Descrever os indicadores de qualidade aplicados ao cuidado do paciente pós-operatório cardíaco do Hospital Universitário.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor entendimento da temática proposta, este capítulo contempla um conjunto de conceitos e ideias oriundas de diferentes fontes, as quais, reunidas, proporcionam uma atualização das questões essenciais para que seja possível compreender: 1) a gestão da qualidade; 2) os indicadores de qualidade; 3) as habilidades práticas do profissional enfermeiro; e 4) o cuidado em enfermagem prestado ao paciente no pós-operatório cardíaco imediato.

3.1 GESTÃO DA QUALIDADE

De caráter multidisciplinar e objeto de diversos estudos, a gestão da qualidade hospitalar tem evoluído e contribuído substancialmente para aumentar a qualidade do atendimento e dos procedimentos hospitalares..Assim, este trabalho apresenta um aprofundamento teórico acerca dos principais conceitos intrínsecos à qualidade do cuidado de enfermagem, fundamentados pelo Manual Brasileiro de Acreditação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006).

Em um mundo globalizado em que a ciência, a tecnologia e a informação estão ao alcance de muitos, as profissões têm sofrido uma pressão natural para a adequação e o alcance de altos níveis de qualidade. Do mesmo modo, o profissional da área de enfermagem depara-se com a necessidade constante de aprimorar seu processo de trabalho, com vistas à garantia de um cuidado de qualidade (RÊGO; PORTO, 2005).

A pressão pela qualificação profissional tem na competitividade do mercado de cuidado à saúde sua principal força motriz, impulsionando as instituições hospitalares a aumentarem a atenção quanto aos seus parâmetros de qualidade, sobretudo no que concerne aos seus profissionais. Do mesmo modo, o avanço tecnológico tem permitido a essas instituições a otimização de suas práticas no que diz respeito ao cuidado de enfermagem, criando uma forte demanda por profissionais mais qualificados. Assim, conforme Silva (2003), as instituições passaram a observar seu quadro de profissionais como um fator essencial para assegurar seus níveis de qualidade.

A qualidade em saúde tornou-se um imperativo; para que seja alcançada, no entanto, é preciso que ocorra a sistematização de todas as suas práticas e

processos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde conceitua “qualidade” como o grau de atendimento a padrões estabelecidos, frente a normas e protocolos que organizam as ações práticas, assim como a conhecimentos teóricos e científicos atuais (BRASIL, 2006).

No Brasil, somente a partir da década de 1990, o processo de gerenciamento em saúde iniciou a inclusão da proposta de gestão da qualidade. Um fator que contribuiu para a implantação de processos que assegurem o direito à qualidade dos serviços aos usuários, por meio de controle de qualidade e segurança nos produtos e serviços, foi a promulgação da Lei 8078/90, conhecida como Código de Proteção e Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990). A partir de então, os usuários passam a ser vistos como importante fator para a obtenção dos resultados com qualidade (KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2008).

No ambiente hospitalar, o conceito de “gestão da qualidade” foi utilizado pela primeira vez em 1996 e tinha como princípios básicos a gestão participativa, a satisfação do paciente e o desenvolvimento de estratégias que beneficiassem a todos e à sociedade (RÊGO; PORTO, 2005).

Conforme Silva e Pinheiro (2001), no campo da saúde, o termo “qualidade” é frequentemente associado à redução de custos e à satisfação dos clientes interno (profissionais envolvidos no processo) e externo (aquele que recebe o serviço). Vale salientar que para conceituar qualidade no âmbito da saúde, é necessário considerar vários componentes, denominados por Donabedian (1992) de os “7 pilares da qualidade”:

- 1) eficácia: diz respeito ao oferecimento do melhor em saúde, sob as condições mais favoráveis;
- 2) efetividade: refere-se ao resultado de melhora alcançada;
- 3) eficiência: é a capacidade de se obter o máximo de melhora, levando em consideração o menor custo;
- 4) otimização: diz respeito ao custo-benefício;
- 5) aceitabilidade: refere-se à adaptação do paciente ao cuidado e está relacionada com as variáveis: acessibilidade, relação médico-paciente, comodidade do tratamento, preferências do paciente em relação à efetividade do tratamento e custo do cuidado;

- 6) legitimidade: é relativa ao nível social, que interfere na percepção individual sobre o cuidado;
- 7) equidade: é o fator que determina a distribuição de cuidados de acordo com as necessidades dos pacientes.

Existem diversos conceitos de qualidade, conforme o contexto social de cada população e a cultura organizacional de cada instituição. Contudo, dentre todos os conceitos, evidencia-se que há um consenso quando se considera a qualidade como efetivação de processos que tenham como objetivo a melhoria contínua das “[...] condições objetivas e subjetivas dos serviços, visando ao atendimento das necessidades, desejos e expectativas das pessoas” (RÊGO; PORTO, 2005, p. 435).

Também é importante salientar que a imagem das instituições hospitalares está profundamente atrelada à equipe de enfermagem, uma vez que em uma internação o paciente é assistido durante as 24 horas do dia por essa equipe, a qual organiza o cuidado e, muitas vezes, representa o principal elo de comunicação entre outros membros da equipe multiprofissional. Dessa forma, deve-se observar que, por se tratar da categoria com maior número de profissionais envolvidos diretamente com os pacientes, a equipe de enfermagem deve receber atenção especial dos gestores, uma vez que, segundo Vargas (2007), atua como um vetor multidirecional de influência.

Embora as instituições estejam voltadas para uma maior qualidade no serviço de saúde, Silva e Pinheiro (2001), apresentam um estudo que elenca as principais dificuldades dos enfermeiros para desenvolverem e/ou otimizarem os processos de sistematização e avaliação do cuidado de enfermagem.

Neste estudo foram identificados problemas relacionados: à formação acadêmica inadequada; ao número insuficiente de enfermeiros e de pessoal de enfermagem; à falta de comprometimento, de envolvimento e de responsabilidade de enfermeiros; ao perfil e à postura inadequada de enfermeiros; ao desinteresse e à desmotivação de enfermeiros; e aos recursos financeiros insuficientes para o aprimoramento profissional.

Identificaram-se, ainda, problemas de relacionamento interpessoal; falta de integração e resistência de enfermeiros em envolver-se com propostas de melhoria da assistência; falta de liderança e de organização; e pouca disponibilidade de enfermeiros. Citam-se, também, queixas sobre excesso de trabalho, bem como sua

desvalorização; falhas no desempenho de enfermeiros e falta de confiança destes nas atividades que desenvolvem; desconsideração dos enfermeiros sobre a importância da sistematização da assistência de enfermagem; e, por fim, falhas na estrutura administrativa da instituição.

A sistemática do trabalho de cuidado em enfermagem deve ser observada como um processo dinâmico que está sujeito a diversos fatores que influenciam sua qualidade. Por esse motivo, Kurcgant, Tronchin e Melleiro (2008) consideram que a capacitação dos recursos humanos em saúde deve ser voltada à valorização pessoal, à autonomia decisória e à descentralização do poder, à socialização do saber e à reorganização do processo de trabalho.

A demanda e a complexidade dos serviços de saúde têm aumentado, indicando a necessidade da realização de estudos sobre a satisfação no trabalho da enfermagem, a qual se configura em outro fator que leva à otimização dos serviços e à qualidade profissional (MATSUDA; ÉVORA, 2003).

A busca pela melhoria da qualidade do cuidado faz parte da rotina diária dos profissionais da saúde e é uma obrigação legal em muitos países. Portanto, faz-se necessário o controle de qualidade do cuidado, alicerçado em indicadores que, segundo a literatura, podem ser utilizados como ferramentas de avaliação em saúde (DONABEDIAN, 1993).

Por meio da avaliação e do monitoramento de indicadores de qualidade é possível identificar os riscos e falhas da sistemática de trabalho do cuidado de enfermagem, e a análise contínua desses indicadores permite estabelecer um planejamento estratégico com vistas à otimização de recursos físicos, materiais e humanos, bem como à prestação da assistência em enfermagem livre de riscos e danos adicionais ao paciente. Com isso, é possível assegurar satisfação de todos os envolvidos, ou seja, pacientes, familiares, equipe de enfermagem e instituição alocada (SILVA; PINHEIRO, 2001).

Braspenning, Hutchinson e Marschall (2003) afirmam que os indicadores de qualidade, quando incorporados como dispositivos gerenciais e utilizados rotineiramente como instrumento de medição, permitem ao enfermeiro atuar no autogoverno dos trabalhadores, o que representa autoridade e organização na sua prática administrativa.

Nesse contexto, conforme Silva e Pinheiro (2001), cabe ao líder de enfermagem sistematizar a prática do cuidado de enfermagem de modo que a

análise contínua dos indicadores sirva de base para as falhas encontradas, e estas, por sua vez, de subsídios para o estabelecimento de um planejamento de correção com vistas à redução, à minimização ou à eliminação da falha, de modo que toda a equipe seja envolvida no processo decisório, bem como no compromisso com a melhoria contínua do cuidado.

Particularmente, na UTI cardiológica, uma unidade complexa voltada à assistência de pacientes críticos que exigem cuidados contínuos e intensivos e que, conseqüentemente, exigem dos seus profissionais a tomada de decisões rápidas, precisas e o trabalho em equipe, espera-se uma organização que viabilize o cuidado de qualidade, garantindo segurança ao paciente assistido. Uma das formas de garantir que o cuidado de enfermagem seja de qualidade é planejá-lo individualmente para cada paciente, na busca de atender a todas as suas necessidades, o que inclui informá-lo sobre seus direitos e adotar critérios mínimos de qualidade (SILVEIRA; FÁVERO; ALVES-PEREIRA, 2003; SILVA; PINHEIRO, 2001).

Silva e Pinheiro (2001) explicam que a qualidade na assistência está relacionada à acessibilidade a materiais e equipamentos de ponta, ao cuidado integral, à disponibilidade do número de profissionais suficientes e qualificados, entre outros fatores.

Todavia, Vargas et al. (2007, p. 340) acrescentam que:

Pensar em qualidade do cuidado implica ultrapassar a lógica dos processos, das estruturas e dos resultados, quando articulamos à questão da responsabilidade social dos profissionais e serviços de saúde. Responsabilidade social do hospital com a comunidade, no sentido de retomar-lhe o investimento em forma de benefícios em saúde, como retorno do investimento realizado com recursos públicos.

Com base no exposto é possível perceber que o conceito de qualidade do cuidado em enfermagem é complexo e amplo, uma vez que nele estão inseridos fatores que vão além dos recursos humanos, materiais, organizacionais e processuais. Importante lembrar como as habilidades relacionadas à criticidade, ao comprometimento e à responsabilidade profissional são fatores essenciais para que o aprimoramento contínuo se estabeleça e a qualidade como um todo seja constante no ambiente de enfermagem.

3.2 AVALIAÇÃO DE INDICADORES DA QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS UTIS CARDIOLÓGICAS

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é conhecida como uma área que atende pacientes críticos e tem como principal característica a necessidade de vigilância constante do estado de saúde do paciente por parte da equipe multidisciplinar. Logo essa é uma área do hospital na qual os riscos de mortalidade e morbidade são maiores, em virtude do estado geral dos pacientes, tratamentos e cuidados prestados. Dessa forma, a utilização de indicadores como uma ferramenta de trabalho atende ao objetivo de diminuir as iatrogenias e eventos adversos (OLIVEIRA, 2011, p. 57).

Cabe salientar que a qualidade em saúde e os cuidados aos pacientes críticos caminham juntos, sendo imprescindível a qualificação da equipe de enfermagem que exercerá os cuidados a esses pacientes. Assim, quanto mais especializada a equipe de enfermagem for, mais seguro será o atendimento prestado a esse grupo (KENDALL-GALANGHER; BLEGEN, 2009).

Os indicadores de qualidade podem ser definidos como medidas quantitativas que visam a medir a qualidade dos cuidados prestados, monitorar e quantificar os resultados obtidos (NAKREM et al., 2009). Dessa forma, os indicadores de qualidade mensuram quantitativamente, a partir dos aspectos estrutural, processual e resultados (VITURI; MATSUDA, 2009).

A qualidade da assistência em enfermagem prestada em UTI, pode ser avaliada a partir de dois tipos de indicadores (SOUZA et al., 2006):

- Indicadores objetivos: dependem de parâmetros concretos e têm por finalidade demonstrar numericamente o desempenho técnico e dos processos de tratamento desenvolvidos na UTI;
- Indicadores subjetivos: obtidos por meio de pesquisa de satisfação do cliente como um importante referencial da qualidade percebida.

Além de uma ferramenta de apoio à qualidade do atendimento prestado, a utilização dos indicadores é uma necessidade estipulada pela Instituição Normativa nº 4, publicada em 24 de fevereiro de 2010 no Diário Oficial da União, a qual dispõe, em seu artigo primeiro, sobre a necessidade dos indicadores de qualidade para a avaliação do desempenho e do padrão do funcionamento global das unidades de

terapia intensiva (BRASIL, 2010). Determina, ainda, que devem ser monitorados mensalmente, no mínimo, os seguintes indicadores (BRASIL, 2010):

- I - Taxa de mortalidade absoluta e estimada;
- II - Tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva;
- III - Taxa de reinternação em 24 horas;
- IV - Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);
- V - Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM);
- VI - Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central;
- VII - Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC);
- VIII- Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.

Além dos indicadores determinados pela legislação, a busca pela qualidade do atendimento prestado deve ter como fonte primária a literatura sobre o assunto, lembrando que, embora cada caso apresente suas particularidades, existem medidas que são específicas a todas as UTIs. Dessa maneira, a legislação guia os profissionais de enfermagem à luz dos dados básicos a serem mensurados, sendo fundamental que o planejamento da qualidade no cuidado contenha outros indicadores que avaliem e amparem a condição de trabalho do enfermeiro (NAKREM et al., 2009; VITURI; MATSUDA, 2009).

Há várias instituições que fornecem indicadores de qualidade de enfermagem; entre elas, destaca-se a *American Nurses Association* (ANA, 2008), que leva em consideração a estrutura, o processo e o resultado, e cujos indicadores são: queda de paciente; queda de pacientes com consequências; grau de consequências da queda; índice de ulcera por pressão na admissão; índice de ulcera por pressão adquiridas durante a hospitalização; satisfação da equipe de enfermagem com o trabalho; horas por paciente/dia; satisfação do paciente com o gerenciamento da dor; horas de treinamento; e flebite relacionada ao acesso periférico.

Assim, com base na avaliação dos indicadores listados pela *American Nurses Association* (ANA, 2008), no Manual de Indicadores de Enfermagem (NAGEH, 2012) e no Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH, 2006), a presente pesquisa analisou os seguintes indicadores objetivos: extubação acidental; perda de sonda gastroenteral; queda de pacientes; flebite relacionada a acesso venoso periférico; úlcera por pressão; medidas preventivas para controle de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora; e os registros de enfermagem nos

instrumentos da sistematização da assistência de enfermagem. Também foram analisados a estrutura física das UTIs e o conjunto de competências dos profissionais atuantes nestas unidades.

3.2.1 Indicador: extubação acidental

A ventilação mecânica é um método de suporte de vida necessário para a maioria dos pacientes alocados na Unidade de Terapia Intensiva. Grande parte desses pacientes fazem uso dos dispositivos (tubo endotraqueal e respiradores microprocessados) e precisam de assistência e cuidados específicos da equipe de enfermagem (YAKO, 2000).

Silva (2005) salienta que uma das finalidades do cuidado em enfermagem referente à ventilação mecânica é prevenir as complicações decorrentes do uso da tecnologia, sendo que uma das preocupações mais importantes é a prevenção da extubação acidental, ou seja, a retirada não planejada ou acidental do dispositivo ventilatório, que pode ocorrer devido ao manejo inadequado da equipe da saúde (transporte, mudança de decúbito, banho no leito, entre outros), ou, ainda, pela autoextubação (sedação inadequada, alteração neurológica, desconforto respiratório, entre outros) (CASTELLÕES; SILVA, 2006).

A ocorrência da extubação acidental, segundo Castellões e Silva (2007), pode acarretar ao paciente complicações mecânicas (traumas em lábios e boca, alterações do aparelho digestivo e cardiovascular, e aumento da pressão intracraniana) e infecciosas (pneumonias relacionadas à ventilação mecânica). Tal ocorrência durante os procedimentos de enfermagem acarreta prejuízos à saúde do paciente, bem como prorrogação de sua alta, gerando, com isso, retrabalho à toda equipe de saúde (SILVA, 2003).

Considerando que a equipe de enfermagem da UTI é responsável pela tarefa de rastrear a qualidade da assistência prestada aos pacientes, alguns cuidados devem ser seguidos de modo a reduzir o índice de extubação, conforme recomenda Zanei (2010):

- Manter a fixação adequada do tubo orotraqueal;
- Atentar para os problemas relacionados ao *cuff*;

- Identificar precocemente os pacientes com risco potencial para autoextubação;
- Se o paciente estiver consciente, esclarecer a necessidade do dispositivo invasivo e as potenciais complicações se retirado precocemente;
- Avaliar com critério a necessidade de restrição física no leito;
- Discutir com o médico a necessidade de contenção química (sedação);
- Se indicado o período de desmame, manter vigilância contínua;
- Caso o paciente esteja desorientado ou incapaz ou estiver sob efeito de risco para sua própria segurança, utilizar a contenção física apropriada;
- Se mantido com a contenção física, avaliar periodicamente a cada duas horas os locais de contato com as faixas, para evitar a formação de lesão, em especial nos membros;
- Retirar as faixas de contenção tão longo seja possível;
- Se sedado, monitorar o nível de sedação, utilizando-se de meios apropriados (escalas ou equipamentos de monitoração contínua do eletrocardiograma – índice bispectral – BIS)

A avaliação do indicador de incidência de extubação acidental é definida pela equação entre o número de pacientes extubados acidentalmente e o número de pacientes intubados/dia, multiplicado por 100, em um determinado período de tempo (CQH, 2006, p.13).

Essa equação foi utilizada para avaliação do indicador correspondente e, para parâmetros de comparação, foram utilizados estudos relacionados, como os de Dopico e Castellões (2006) e de Venturi (2009).

3.2.2 Indicador: perda de sonda gastroenteral

A sonda oro/nasogastroenteral para aporte nutricional é utilizada como um recurso para atender ao risco nutricional do paciente em UTI. Sua utilização é fundamental para que haja o estabelecimento de uma oferta nutricional adequada para o controle da desnutrição e suas consequências, devendo ser iniciada entre 24 e 48 horas após a admissão dos pacientes hemodinamicamente instáveis, ou seja precocemente (ARANJUES et al., 2008).

A nutrição do paciente crítico é fundamental e deve ser prescrita, segundo Fontoura et al. (2006, p. 304), para sanar as alterações nas funções muscular, respiratória e cardíaca, bem como o balanço da cascata de coagulação, o balanço eletrolítico hormonal, a função renal, e consequências fisiológicas próprias da desnutrição.

A terapia nutricional é denominada como a oferta de nutrientes pelas vias oral, enteral ou parenteral e visa ao fornecimento de proteínas, energia, minerais, vitaminas e água em quantidades adequadas ao paciente que, por algum motivo, não pode receber suas necessidades pela via oral convencional (TEIXEIRA et al., 2006).

A nutrição enteral apresenta vantagens como a manutenção da função e estrutura da mucosa intestinal, a redução de complicações infecciosas e a diminuição do tempo de permanência hospitalar e dos custos (TAYLOR et al., 2005; GRIFFITHS; BONGERS, 2005). No entanto, durante a terapia enteral podem ocorrer diversas condições que interferem na oferta planejada, as quais incluem desde o jejum para os procedimentos até as intolerâncias como vômitos, distensões abdominais, entre outras (REID, 2006; WHELAN et al., 2006). Assim sendo, a monitorização diária da oferta nutricional real é fundamental para assegurar a qualidade de vida do paciente.

Cabe salientar que o profissional responsável pela passagem da sonda para suporte alimentar é o enfermeiro e a responsabilidade pela manutenção dessa terapia é da equipe de enfermagem. Assim, o planejamento dos fatores de risco da perda acidental das sondas gastroenterais deve ser direcionado aos pacientes e aos profissionais.

Durante a passagem da sonda deve-se avaliar os fatores de risco envolvidos: os relacionados aos profissionais que prestam os cuidados durante a manipulação do paciente (troca de curativo, fixação inadequada da cânula, banho ou higiene íntima, administração de medicamentos, mudança de decúbito, transporte leito/maca e transporte maca/leito) e os relacionados ao próprio paciente (como agitação motora; uso de sedação; confusão mental; distúrbios neurológicos entre outros) (CQH, 2006).

A avaliação do indicador de incidência de perda ou retirada acidental de sonda é definida pela relação entre o número de perdas/retirada acidental de sondas

e o número de pacientes-dia com sonda, multiplicado por 100, em um determinado período de tempo (CHQ, 2006, p.14).

Essa equação foi utilizada para avaliação do indicador correspondente às UTIs cardiológicas do hospital, objeto deste estudo de caso. Já para parâmetro de comparação foram utilizados estudos relacionados, como o de Lunardon (2007), Travinski (2008), Cárion et al., (2000), Nascimento et al., (2008) e de Venturi (2009).

3.2.3 Indicador: queda de paciente

Na rotina do cuidado de enfermagem nas UTIs ocorrem várias movimentações como a higienização do paciente, transferência cama-maca ou cama-cadeira, as quais requerem do enfermeiro uma atenção especial no sentido de prevenir a queda do paciente. Contudo, os mesmos predispõem-se à queda em virtude de doenças relacionadas à demência, à osteoporose, à sedação, entre outros (DYKES et al., 2010).

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar, bem como os custos assistenciais, além de gerar ansiedade na equipe de saúde e produzir repercussões na credibilidade da instituição (CORREA et al., 2012). Nesse contexto, conhecer os fatores de risco relacionados à queda permite ao enfermeiro trabalhar com medidas preventivas e de segurança, preservando a saúde do paciente e a qualidade do cuidado prestado.

Conforme descrito no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2013) os fatores predisponentes específicos que aumentam o risco de queda são:

- Demográficos: crianças menores de cinco anos e idosos maiores de 65 anos;
- Psico-cognitivos: declínios cognitivos, depressão e ansiedade;
- Condições de saúde e presença de doenças crônicas, tais como: acidente vascular cerebral prévio, hipertensão postural, tonteira, baixo índice de massa corpórea, anemias, insônia, incontinência ou urgência miccional, artrite, osteoporose e alterações metabólicas;

- Funcionalidade: dificuldade de desenvolvimento das atividades de vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular, problemas articulares e deformidades dos membros inferiores;
- Comprometimento sensorial: comprometimento da visão, audição ou tato, e do equilíbrio corporal (marcha alterada);
- Uso de determinados medicamentos;
- Obesidade mórbida;
- História prévia de quedas.

A equipe de enfermagem compõe o grupo de profissionais que passa o maior tempo ao lado dos pacientes, cabendo a eles a responsabilidade de assegurar um cuidado livre de imprudência, imperícia e negligência, proporcionando, assim, um ambiente seguro e monitorado quanto aos fatores de risco (OLIVER; HEALEY; HAINES, 2010).

O indicador de queda de paciente é definido pela relação entre o número de quedas e o número de pacientes-dia, multiplicado por 1000, em um determinado período de tempo (CQH, 2006, p.12).

Essa equação foi utilizada para avaliação do indicador correspondente, sendo que para parâmetro de comparação foi utilizado o estudo relacionado de Venturi (2009).

3.2.4 Indicador: flebite relacionada ao acesso venoso periférico

A flebite é uma das complicações mais frequentes relacionadas ao uso inadequado de cateteres venosos periféricos (CVP). Caracterizando-se por uma inflamação aguda da veia, que causa edema, dor, desconforto, eritema ao redor da punção e um cordão palpável ao longo do trajeto da veia (PHILLIPS, 2001). Portanto, a utilização do cateter requer atenção redobrada da equipe de enfermagem, sobretudo em relação ao tempo de permanência no paciente, respeitando-se a troca no período entre 72 e 96 horas, conforme preconiza a grande maioria das instituições como o *Center for Diseases Control and Prevention* (2013).

Considerando-se que a permanência do cateter por tempo prolongado contribui para o desenvolvimento da flebite, para que se evitem complicações se faz extremamente necessário que os profissionais de enfermagem conheçam a

anatomia, a fisiologia, a microbiologia e a farmacologia atualizando-se constantemente por meio de atividades educativas, para que, dessa forma, obtenha-se a qualificação de toda a equipe (TORRES; ANDRADE; SANTOS, 2005). Além disso, deve-se realizar a troca do curativo do local diariamente, bem como a avaliação do local da punção e cautela na administração de medicamentos, tanto no preparo da medicação, quanto no preparo da pele antes da administração e, em especial, na lavagem das mãos. (CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION 2013).

Conforme Philips (2001), para se prevenir as complicações relacionadas ao acesso venoso periférico, deve-se ter atenção quanto à escolha de veias mais calibrosas ou à utilização de acesso central para a administração de soluções hipertônicas. Também são recomendadas pelo autor: a escolha de menor dispositivo indicado; a infusão com rodízio do local puncionado a cada 72 horas; a fixação do dispositivo para prevenir irritação mecânica; punções realizadas por profissionais habilitados; lavagem das mãos adequadamente; protocolo de orientação sobre medicações irritantes e soluções hipertônicas; e troca dos frascos de solução a cada 24 horas.

A *Intravenous Nurses Society* (INS, 2006) recomenda uma escala para classificação do grau de flebite, cuja utilização colabora para um melhor acompanhamento e padronização da avaliação. No quadro a seguir é apresentada a escala de classificação do grau de flebite.

Quadro 1 - Classificação do Grau de Flebite

Intensidade	Sinais e Sintomas
1+	Dor local, eritema ou edema sem endurecimento, cordão fibroso não palpável;
2+	Dor local, eritema ou edema, formação de endurecimento, cordão fibroso não palpável;
3+	Dor no local, eritema ou edema, formação de endurecimento, cordão fibroso palpável.

Fonte: *Intravenous Nurses Society* (2006).

Vale salientar que existem três agentes causadores da flebite a serem considerados (VENTURI, 2009):

- Flebite mecânica: ocasionada por uso de cateter de grande calibre em uma veia pequena, técnica de punção incorreta, fixação inadequada causando irritação na parede da veia, manipulação;

- Flebite química: causada por fluídos administrados, soluções irritantes, diluição ou mistura inapropriada de medicamentos, presença de infusão rápida;
- Flebite bacteriana ou séptica infecciosa: decorrente da contaminação do fluído infundido durante seu preparo, inadequado preparo da pele antes da punção venosa, falha na detecção de quebras na integridade do dispositivo, falhas na avaliação do local da punção e incorreta lavagem das mãos.

O indicador de flebite relacionada a acesso venoso periférico é definido pela relação entre o número de casos de flebite no período e o número de pacientes-dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100 (CQH, 2006, p.17). Essa equação foi utilizada para a avaliação do indicador correspondente; já como parâmetro de comparação, utilizou-se o estudo de Venturi (2009), além de recomendações da *Infusion Nurses Society* (2006).

3.2.5 Indicador: úlcera por pressão

A longa permanência do paciente no hospital tem como consequência mais comum as alterações de pele, caracterizadas pela combinação de fatores de risco, dentre eles a idade avançada e a restrição ao leito. Nesse caso, a manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito deve ser supervisionada pelo profissional enfermeiro e entrar no rol de prioridades do cuidado (VIRANI, 2005).

Cabe salientar que esse tipo de alteração de pele tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, devido ao impacto que esse indicador gera tanto para os pacientes e seus familiares quanto para o próprio sistema de saúde e instituição, uma vez que a consequência é o prolongamento da internação, o risco de infecção e agravos inevitáveis (BRASIL, 2013).

A úlcera por pressão (UP) é definida como “áreas de localização de necrose tissular que se desenvolvem quando o tecido de acolchoamento é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um período prolongado” (NATIONAL PRESSURE ULCERA DVISORY PANEL, 1989). Portanto, se desenvolve pela compressão do tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície externa, causando assim a má irrigação sanguínea no local

comprometendo a oxigenação e nutrição dos tecidos, causando isquemia local, hipóxia, edema, inflamação e a morte celular (HESS, 2002).

Os locais mais comuns para o aparecimento das UP são as regiões em que normalmente o corpo se apoia entre as proeminências ósseas, quando sentado ou deitado, ou seja: região occipital, orelha, cotovelo, região sacral, região trocantérica, joelho, calcâneo e maléolo (BRASIL, 2013).

O Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão (2013) salienta que o seu desenvolvimento pode ser evitado por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para esses pacientes.

A esse respeito, Cuddiga, Ayello e Sussman (2001) propõem 6 estratégias para a prevenção da UP:

- 1) Avaliação de UP na admissão de todos os pacientes;
- 2) Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UP de todos os pacientes internados;
- 3) Inspeção diária da pele;
- 4) Manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada;
- 5) Otimização da nutrição e da hidratação;
- 6) Minimizar a pressão.

Além das estratégias de prevenção, as escalas de risco servem para pontuar o risco de uma população e têm grande importância ao constituírem estratégias (priorização do paciente e investigações preventivas eficazes) para diminuir a incidência de formação de UP (BRASIL, 2013).

O instrumento mais utilizado para avaliação de UP no Brasil é a escala de Braden, que foi traduzida e validada para a língua portuguesa em 1999 (OLIVEIRA; SANTOS, 2008).

Os fatores de risco avaliados na Escala de Braden são: percepção sensorial (mede a capacidade de sentir e avaliar o desconforto), umidade (avalia a umidade da pele, verificando a que fatores essa está exposta), atividade física (avalia a frequência e a mobilidade fora do leito), mobilidade (avalia a capacidade do cliente de mudar e controlar a posição do corpo), a nutrição (investiga o padrão usual de consumo alimentar, considerando-se as reservas existentes), fricção e cisalhamento

(considera a habilidade do cliente de se movimentar ou ser auxiliado nas movimentações).

No quadro 2 é apresentada a estrutura básica da Escala de Braden:

Quadro 2 - Classificação do Risco de Desenvolver Úlceras de Pressão. Escala de Braden – Adaptada.

Fatores de Risco (Subclasses)	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Complemento limitado.	Muito Limitado.	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação
UMIDADE:	Constantemente úmida	Muito úmido	Ocasionalmente úmida	Raramente úmida
ATIVIDADE FÍSICA	Acamado	Restrito à cadeira.	Caminhada ocasionalmente	Caminha frequentemente
MOBILIDADE	Completamente imóvel	Muito Limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente inadequado	Adequado	Excelente
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Potencial para o problema:	Potencial para o problema	Nenhum problema aparente.
GRAU DE RISCO EM DESENVOLVER UP CONFORME CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN				
B	BAIXO RISCO (PONTUAÇÃO >- 17)			
M	MODERADO RISCO (PONTUAÇÃO 12 A 16)			
A	ALTO RISCO (PONTUAÇÃO <- 11)			

Fonte: Adaptado de Paranhos (1999)

Conforme pode ser observado, a Escala de Braden (Anexo C) é composta de 6 subclasses, as quais refletem o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento. Todas as subclasses são graduadas de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja variação é de 1 a 3. O grau de risco varia de 6 a 23, e pacientes adultos hospitalizados com escores de 16 ou abaixo são considerados de risco para a aquisição de UP (BRASIL, 2012).

Além da avaliação do grau de risco de o paciente desenvolver a UP, também é fundamental avaliar o estágio dessa lesão. Nesse caso, o instrumento mais utilizado é o proposto pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), que as classifica em quatro estágios, de acordo com a profundidade de comprometimento tecidual, conforme segue o quadro abaixo:

Quadro 3 - Classificação dos Estágios das Úlceras por Pressão conforme *National Pressure Ulcer Advisory* (NPUAP).

ESTÁGIOS	DEFINIÇÃO	APRESENTAÇÃO
GRAU I	Alterações/eritema em pele íntegra como: temperatura quente ou fria; consistência do tecido: endurecida ou amolecida; sensação: dor ou prurido; aspecto: hiperemia Persistente ou leve pigmentação.	O rubor permanece 15 minutos ou mais após apresentar alívio da pressão. Pode ser dolorida.
GRAU II	Perda parcial/fina camada da pele, envolvendo epiderme e/ou derme. Úlcera superficial, bolhas ou abrasão.	Pele hiperemiada com presença de bolhas que podem ou não estar rompidas. É dolorida.
GRAU III	Perda total/significativa da pele com lesão/necrose de tecido subcutâneo, mas com fáscia preservada. Úlcera profunda, com ou sem túneis em tecido adjacente.	Úlcera superficial com margens bem definidas, geralmente com exsudato, podendo estar presente tecido necrótico. Geralmente não é dolorida.
GRAU IV	Perda total da pele com extensa destruição e necrose do tecido subcutâneo e/ou lesão de outros tecidos como músculos, ossos, tendões, cápsulas articulares.	Úlcera profunda, frequentemente com tecido necrótico, exsudato e infecção. Geralmente não é dolorida.

Fonte: Adaptado de NPUAP (1989).

Cabe salientar que a avaliação dos fatores de risco e dos estágios devem ser realizados o mais precocemente possível no paciente, exigindo do profissional enfermeiro uma atenção peculiar para, a partir de então, desenvolver estratégias preventivas para a melhora ou prevenção da UP.

A mensuração do indicador de casos novos de úlcera por pressão se dá pela razão entre o número de casos novos de pacientes que apresentam úlceras por pressão (UP) em um determinado período, e o número de pessoas expostas ao risco de adquiri-las, multiplicado por 100 (CQH, 2006, p.15).

Essa equação foi utilizada para avaliação do indicador correspondente, além de, como parâmetro de comparação, estudos relacionados ao assunto, como o de Petrolino (2002), Costa (2003), Rogenski e Santos (2005), Fernandes (2006) e Venturi (2009).

3.2.6 Indicador: medidas preventivas para controle de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora

O cateter vesical de demora (CVD) consiste em um dispositivo estéril que é introduzido através da uretra até a bexiga e tem o objetivo de drenar a urina da bexiga até a cavidade vesical. É frequentemente utilizado em pacientes pós-cirúrgicos e com sedação para avaliação do controle de diurese, mensuração da urina residual, obtenção de amostra urinária para exames laboratoriais, esvaziamento da bexiga para procedimentos cirúrgicos, mensuração acurada do

débito urinário, entre outros. Deve-se, entretanto, utilizar técnica asséptica/estéril no procedimento a fim de evitar uma infecção urinária, uma vez que 40% de todas as infecções hospitalares estão relacionadas à infecção do trato urinário e, dessas, 80% estão relacionadas à utilização e tempo de permanência do cateter vesical (EMORI et al., 1991).

Dentre os fatores de risco associados à infecção do trato urinário (ITU), estão: sexo feminino, idade avançada, disfunções anatômicas e fisiológicas do trato urinário, e doenças subjacentes severas, como diabetes (RODRIGUES, 1997).

Nogueira e Marvulo (2001) salientam que os cateteres uretrais trouxeram grandes benefícios aos pacientes, no entanto, o inadequado manuseio desse tipo de cateterização ampliou os riscos de problemas relacionados ao trato urinário. Em razão da alta incidência e significância, medidas preventivas passaram a ser adotadas pelas instituições hospitalares com o objetivo de reduzir complicações e custos subsequentes provenientes das ITU. Nesse contexto, as atuais políticas administrativas visam à obtenção da melhor qualidade na assistência, com a maior redução dos gastos na prestação dos serviços (SOUZA et al., 2007), estratégias que consistem, entre outras ações, em maior capacitação dos profissionais.

No entanto, conforme considera Tipple et al. (2003), mesmo diante dos avanços e medidas estabelecidas para prevenção e controle das infecções nas instituições hospitalares, ainda prevalece uma baixa adesão às recomendações, devido ao desconhecimento ou dificuldade em mudar hábitos sedimentados ao longo da vida profissional.

Dentre os cuidados relacionados à manutenção do cateter vesical, Fernandes, Lacerda e Hallage (2006) apresentam os seguintes procedimentos:

- Fixação adequada do cateter evitando, assim, tração e lesão da mucosa do trato urinário;
- Utilização de técnica criteriosamente asséptica ao manusear o sistema de drenagem;
- Atenção quanto ao posicionamento correto da bolsa coletora, que deverá estar sempre fixada abaixo do nível da bexiga e afastada do chão;
- O tubo coletor deve ser clampeado quando for necessária a elevação do sistema coletor para movimentação e manuseio do paciente evitando-se, assim, o fluxo retrógrado;

- Manutenção do fluxo urinário desobstruído, descartando-se a urina assim que atingir 2/3 da capacidade da bolsa coletora.
- Higienização criteriosa das mãos antes e após o procedimento, bem como uso de luvas de procedimento para descarte da urina em recipientes limpos e individualizados;
- Limpeza do meato urinário evitando assim o acúmulo de bactérias no local, após as evacuações.

Embora os indicadores relacionados ao cuidado com o CVD sejam independentes, todos dependem do número de profissionais envolvidos na prestação desses cuidados, bem como do conjunto de competências desses profissionais, uma vez que a qualidade do cuidado está diretamente relacionada à equipe de enfermagem.

A avaliação destes indicadores na presente pesquisa foi embasada no estudo de Fernandes, Lacerda e Hallage (2006, p. 180-182), por meio do uso de equações específicas, com o objetivo de avaliar:

- Anotação do tempo de permanência do cateter;
- Fixação adequada do cateter uretral/vesical;
- Sistema de drenagem fechado e posicionamento adequado da bolsa coletora de urina;
- Fluxo urinário desobstruído.

Cada critério poderá ser avaliado isoladamente, sendo que o indicador será expresso pela relação entre o número total de um critério avaliado e o número total de cateterismos vesicais avaliados, multiplicados por 100, em um determinado período de tempo.

Essas equações foram utilizadas para avaliação do indicador correspondente às UTIs cardiológicas do hospital, objetos deste estudo de caso. Já o parâmetro de comparação baseou-se no estudo de Venturi (2009).

3.3 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

A velocidade das inovações tecnológicas reflete-se na sociedade, sobretudo no mercado de trabalho, o qual, para acompanhar esse processo dinâmico de evolução, passou a demandar novas competências e habilidades, criando, com isso,

novas profissões ou exigindo adaptações em certas atividades (AGUIAR et al., 2005).

Conforme Peres e Ciampone (2006), essas transformações refletem-se de maneira significativa, também, no campo da saúde, tanto no objeto quanto no instrumento teórico-prático. Nesse contexto, a formação do enfermeiro também passou a ser observada a partir de novas perspectivas e, enquanto parte do trabalho em saúde, essa formação precisou ser reconstruída, buscando-se, para isso, embasamento teórico na filosofia, na ciência e na tecnologia, bem como na ética (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Um dos marcos dessa transformação, segundo Peres e Ciampone (2006), foi a instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que, por meio da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional. Essa iniciativa motivou a mobilização de diversas instituições relacionadas ao ensino de enfermagem a traçarem diretrizes para a educação em enfermagem no Brasil, o que resultou, em 2001, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Enfermagem (PERES; CIAMPONE, 2006).

Essas diretrizes, segundo Peres e Ciampone (2006), foram desenvolvidas com base no âmbito do ensino e dos serviços, de modo a estabelecer um perfil profissional com competências, habilidades e conhecimentos para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, prevê 6 competências e habilidades gerais que devem ser desenvolvidas na formação do profissional de enfermagem:

- 1) Atenção à saúde;
- 2) Tomada de decisões;
- 3) Comunicação;
- 4) Liderança;
- 5) Administração e gerenciamento;
- 6) Educação permanente.

Assim, as competências do enfermeiro podem ser divididas em: a) cuidados de enfermagem e b) administração e gerenciamento do cuidado. Vale salientar que, em enfermagem, conforme asseveram Aguiar et al. (2005), competência corresponde à capacidade de conhecer e atuar sobre determinadas situações. Para tanto, são requeridas habilidades para desenvolver ações de planejamento,

implementação e avaliação. Dessa forma, a competência está intimamente ligada ao conjunto de conhecimentos do profissional e a habilidade se relaciona à prática e ao saber fazer (AGUIAR et al., 2005).

Peduzzi e Anselmi (2002) salientam que o gerenciamento do cuidado é o trabalho nuclear do enfermeiro e que o cuidado de enfermagem possui duplo conteúdo, ou seja, ao cuidado incluem-se procedimentos técnicos e de comunicação. Nesse contexto, “gerenciar é efetivar políticas que podem favorecer a manutenção ou a transformação de um determinado contexto”.

Para gerenciar com liderança, o enfermeiro precisa adquirir conhecimentos que subsidiarão sua atividade prática. Esses conhecimentos, segundo Peres e Ciampone (2006), são: planejamento; estratégias gerenciais; estrutura organizacional; gerência de pessoas; processos decisórios; administração do tempo; gerenciamento de conflitos; negociação; poder; e comunicação. Portanto, o curso de graduação deve privilegiar as condutas técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas, permitindo ao futuro enfermeiro maior aprofundamento em relação às competências relativas à liderança da equipe de trabalho (AGUIAR et al., 2005).

Aguiar et al. (2005) salientam que a liderança da equipe de enfermagem é uma atividade essencial no processo de trabalho do enfermeiro, uma vez que, ao liderar um grupo, o profissional estará refletindo a filosofia, a política de pessoal e a proposta de trabalho da organização. Dessa forma, o modo como enfrenta os problemas, negocia, dialoga, argumenta, propõe, e alcança mudanças causa impacto diretamente na qualidade do cuidado.

Nesse sentido, Peres e Ciampone (2006) sugerem que algumas etapas sejam observadas: 1) conhecer a instituição e sua missão, 2) avaliar as reais necessidades dos usuários e 3) realizar o trabalho pautado em um planejamento.

Sobre conhecer a instituição e sua missão, trata-se de uma estratégia da administração institucional que alinha e direciona as práticas gerenciais em seu níveis organizacional e operacional, conforme suas metas e objetivos. Desse modo, esse alinhamento deve partir do enfermeiro e da própria estrutura de administração da instituição e, em alguns casos, pode ter início no treinamento introdutório, quando o profissional se integra à instituição.

A esse respeito, Aguiar et al. (2005) enfatizam que o treinamento introdutório na área de saúde não deve ser apreendido como uma prática de modelagem de comportamento e aquisição de habilidades motoras, mas como uma oportunidade

de o profissional se tornar apto para realizar tarefas específicas em consonância com o planejamento estratégico da instituição.

Avaliar as necessidades do usuário compreende o ato de cuidar e cabe enfatizar que administrar também é cuidar (AGUIAR et al., 2005). Assim, no campo da enfermagem, cuidar significa assistir o ser humano em suas necessidades básicas em uma relação onde avaliar o cuidado (ou seja, a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde) deve ser o objetivo central e o que impulsiona o gerenciamento.

Além disso, a assistência de enfermagem requer e expressa autonomia dos agentes (conforme a categoria profissional) para que seja possível conservar parâmetros que possibilitem a eficiência e a eficácia dos serviços prestados. Assim, para que seja possível a assistência individualizada, é fundamental a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) como uma ferramenta estratégica de qualidade, sobretudo porque na práxis da enfermagem o cuidado se divide em: cuidado direto (pessoal de nível médio e de nível básico profissionalizante) e cuidado indireto (planejamento, organização, supervisão e avaliação do cuidado) (PEDUZZI; ANSELMi, 2002).

Para configurar a realidade da prática de planejamento no ambiente hospitalar, cabe apresentar o estudo de Peduzzi e Anselmi (2002), os quais realizaram uma pesquisa qualitativa do modelo de assistência integral ao paciente de um hospital de ensino com 308 leitos na cidade de São Paulo, cuja amostra foi composta por cinco enfermeiros, um técnico de enfermagem e 21 auxiliares de enfermagem. Os resultados evidenciaram que instrumentos que representam momentos centrais do planejamento do cuidado como evolução, prescrição, checagem e anotações de enfermagem são interpretados pela equipe de enfermagem como burocráticos, sem que seja identificada a percepção de que trata-se de um processo inerente ao planejamento do cuidado e que esses resultados são fundamentais para a tomada de decisão do enfermeiro.

A tomada de decisão, segundo Peres e Ciampone (2006), deve ser pautada em um planejamento que contemple todas as informações necessárias para a análise e a comparação da evolução dos processos, bem como para a identificação de fontes de conflito, falhas, retrabalhos, entre outros. Para tanto, os autores sugerem a criação de cronogramas de trabalho, bem como o envolvimento dos diversos níveis hierárquicos nesse processo.

Para que seja possível compreender profundamente a área de enfermagem é necessário observar os múltiplos agentes e as articulações existentes entre eles (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002), pois, sendo uma área extremamente dinâmica, Peres e Ciamponi (2006) apontam que a enfermagem apresenta alta demanda de troca de informações entre serviços, instituições e população. Nesse sentido, a comunicação em enfermagem deve ser observada a partir de dois aspectos: 1) informações que sustentam o trabalho em saúde; e 2) comunicação interpessoal.

Assim, enquanto o primeiro aspecto da comunicação refere-se à alimentação das informações observadas durante a prática do cuidado, portanto, uma prática do planejamento e da gestão, a segunda refere-se ao desenvolvimento da competência interpessoal.

Aguiar et al. (2005) explicam que além das competências técnicas especializadas é necessário que as pessoas envolvidas no cuidado sejam comprometidas com o processo de gestão, além de criativas, inovadoras e emocionalmente inteligentes, e tenham intuição assertiva, capacidade de se relacionar e se manter atualizadas. Nesse contexto, o ensino por competências pode ser uma estratégia de dissociação teórica prática, sobretudo quando o enfermeiro egresso ao mundo do trabalho.

Por fim, a competência de educação permanente, associada ao papel da universidade e das políticas institucionais, é de responsabilidade do profissional de saúde. Conforme aconselham Peres e Ciamponi (2006), o programa de educação permanente deve proporcionar o desenvolvimento das seguintes competências: planejamento; políticas de desenvolvimento de recursos humanos; organizações de aprendizagem pautadas em métodos ativos; conhecimento do processo de trabalho; cultura organizacional; negociação; trabalho em equipe; comunicação; qualidade de vida no trabalho; saúde do trabalhador; leis trabalhistas; gerenciamento de pessoas; e educação continuada.

3.4 HABILIDADES DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Conceitua-se habilidade como um saber que liga-se a atributos relacionados não apenas ao saber conhecer, mas ao saber fazer, ao saber conviver e ao saber ser, ou seja, uma ação de fazer com qualidade. Nessa perspectiva, o termo foi inicialmente incorporado pelo mundo do trabalho e, em seguida, utilizado nas

propostas de formação e utilização dos profissionais (VALE; GUEDES, 2004). A habilidade profissional refere-se ao saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, de modo à agregar valor econômico à organização e valor social ao indivíduo (MARTINS; KOBAYASHI; AYOUB, 2006).

Na área de saúde, a busca pela qualidade na assistência e na segurança do paciente impulsionou vários estudos de avaliação de habilidades profissionais, em especial, na terapia intensiva, em que a tecnologia e a constante atualização fazem parte da rotina do enfermeiro (VIANA, 2011). Assim, o trabalho do enfermeiro se subdivide em vários processos de trabalho, como cuidar e assistir, administrar e gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no seu trabalho (PERES; CIAMPONE, 2006). O exercício profissional de enfermagem é amparado pela Lei n.º 7.498/86, que descreve tais atribuições.

Mendes (1996, p. 19) sintetiza essas atribuições, da seguinte forma:

planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consultoria, auditoria e emissão sobre matéria de enfermagem, prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves e com risco de vidas e de cuidado de maior complexidade que exigem conhecimento científicos e tomada de decisão.

Viana (2011) explica que, no caso do enfermeiro intensivista, cobra-se contato permanente no setor, pois este lida com situações e acontecimentos diversificados e imprevistos em sua prática profissional, ao ponto de a equipe multidisciplinar o ter como uma referência para diversas intercorrências relacionadas aos pacientes, profissionais ou equipamentos que integram a UTI.

Conforme Epstein e Hundert (2002 apud VIANA, 2011, p.115), as habilidades e competências dos enfermeiros podem ser desenvolvidas a partir de 7 dimensões, a saber:

- 1) Cognitiva: compreende a capacidade do enfermeiro de solucionar problemas com base em seus conhecimentos, buscando constantemente o aprimoramento de suas habilidades, a partir da identificação das lacunas no próprio conhecimento;
- 2) Técnica: compreendem as habilidades profissionais para a execução dos procedimentos próprios de sua área de lotação;

- 3) Integrativa: é a habilidade que o profissional desenvolve de associar seu conhecimento às situações de incerteza, inter-relacionando o conhecimento básico ao profissional;
- 4) Contextual: refere-se à capacidade de administração do tempo, bem como à sua fácil adaptação a diferentes cenários de trabalho;
- 5) Relacional: compreende a habilidade interpessoal e administração de conflitos;
- 6) Afetivo-moral: consiste na capacidade cuidadora, na tolerância, no respeito às responsabilidades individual e social do profissional.
- 7) Hábitos mentais: capacidade de autoavaliação para a identificação e o reconhecimento de suas falhas e erros profissionais, com vistas à autossuperação.

Para atuar na Unidade de Terapia Intensiva, o enfermeiro deve apresentar uma formação diferenciada e qualificada, incluindo-se aquela adquirida ao longo da carreira, agregando, além disso, a experiência pessoal e profissional, (LEMOS, 2008).

Balsanelli e Cunha (2006) explicam que vários motivos colaboram para que um profissional de enfermagem passe a atuar na UTI. Entre eles, destacam-se o desejo pessoal e as questões administrativas. É necessário mencionar que, em alguns ambientes hospitalares, a complexidade do trabalho no setor transforma a UTI em um ambiente que, muitas vezes, é considerado punitivo para os funcionários que não se adaptam a outros locais do complexo hospitalar.

Assim, a atuação em UTI requer do enfermeiro mais que qualificação técnico-científica, uma vez que na execução de suas funções, algumas competências profissionais específicas como humanização e individualização do cuidado ou habilidades intelectuais, psicomotoras e afetivas são essenciais para o desenvolvimento eficaz de suas atribuições e, conseqüentemente, para melhor qualidade na assistência prestada.

A finalidade da execução do processo de trabalho da enfermagem na UTI é contribuir para a concretização da missão da unidade, ou seja, a recuperação dos pacientes críticos que necessitam de cuidados especiais e intensivos (TREVISAN, 2005). Por isso, os enfermeiros intensivistas devem possuir um perfil que esteja alinhado às expectativas e necessidades próprias da unidade de terapia, de modo que o desenvolvimento desses profissionais priorizem o conceito de continuidade,

tendo como base as situações peculiares do serviço na perspectiva da interdisciplinaridade. Tal perfil desdobra-se em uma série de dimensões da competência, destacando-se os aspectos cognitivos (contextuais, relacionais, éticos, morais e de hábitos mentais de autoavaliação do desempenho cotidiano) das habilidades, sumariados no saber, ou no saber fazer, saber ser e saber conviver (LEMOS, 2008; VIANA, 2011).

Em tese, a importância dos processos escolares de capacitação, destacando-se os cursos de especialização, bem como o conhecimento advindo da própria prática no convívio com outros enfermeiros devem ser sempre valorizados, sobretudo no que se relaciona à capacidade de refletir e ser resolutivo frente a situações não previsíveis do cotidiano de trabalho (MARTINS; KOBAYASHI; AYOUB, 2006).

Assim, para a capacitação do profissional que irá atuar na UTI, o programa de formação deve partir de objetivos educacionais que são, por sua vez, desdobramentos do perfil esperado desse profissional. Contudo, todo o processo será comprometido, caso não seja implementada uma avaliação formal e continuada das competências, articulando-as à prática, por meio de objetivos, estratégias e critérios definidos, tanto no ingresso quanto ao longo da atuação do profissional enfermeiro na unidade.

4 MÉTODO

Neste capítulo serão apresentados o tipo da pesquisa e os processos utilizados para a sua realização, bem como o cenário pesquisado e os participantes do estudo. Abordam-se, também, as etapas metodológicas, desde a elaboração dos instrumentos, contemplando as modalidades de coleta de dados, com suas técnicas, periodicidade e aspectos éticos, e, por fim, o tratamento e a análise de dados.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Uma pesquisa pode ser caracterizada sob diferentes perspectivas. Assim, de acordo com os objetivos, esta pesquisa caracteriza-se como descritivo-exploratória.

Com relação à **pesquisa descritiva**, Gil (2007) vai além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pois pretende determinar a natureza dessa relação. Há, porém, pesquisas que, embora definidas como descritivas, com base em seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias.

Dessa forma, buscou-se a ampliação do olhar nas unidades, com foco nos problemas identificados, entre os quais, o conjunto de habilidades dos profissionais enfermeiros, a qualidade do cuidado prestada por este profissional e a avaliação de séries históricas relacionadas à estrutura física e aos protocolos existentes no local de estudo, tendo como referencial a avaliação da qualidade do cuidado. Sendo assim, a pesquisa se caracteriza como **pesquisa exploratória**.

Segundo Cervo e Bervian (1996), a pesquisa descritiva pode assumir diversas formas; entre elas, o estudo de caso. Assim, optou-se por esse método nesta pesquisa, o qual é usado em muitas situações e contribui para nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados (YIN, 2010).

Como método de procedimento, a pesquisa caracteriza-se como um **estudo de caso**, de acordo com Gil (2007), em que se aplica a investigação de fenômenos da atualidade, inseridos em uma realidade na qual as fronteiras entre fenômenos e contexto não estão totalmente explicitadas, exigindo-se, portanto, a utilização de várias fontes de evidências (YIN, 2005). Três dessas fontes de evidências foram utilizadas para este estudo de caso: análise documental, entrevistas e observação.

Quanto à documentação, foram analisados os protocolos institucionais, os prontuários de pacientes, as anotações de enfermagem, bem como as médicas, as atas gerenciais e o *website* do hospital.

Em relação à entrevista, aplicaram-se dois questionários semiestruturados a 10 enfermeiros que atuam direta e indiretamente nos cuidados dos pacientes pós-cirúrgicos cardíacos imediatos.

Já quanto à análise observacional, foi realizado um acompanhamento dos pacientes que necessitavam de cuidados de enfermagem e observou-se, assim, indicadores que mensuravam a qualidade do atendimento prestado.

A partir do estudo de caso, foi possível explicar, descrever, avaliar e explorar o problema de pesquisa. A escolha desse método justifica-se, uma vez que o objetivo desse procedimento não é realizar julgamentos a partir de resultados obtidos, mas gerar características e conexões de relevância teórica (BRYMAN, 1989).

Na perspectiva da classificação como **método de investigação**, a pesquisa é quantitativa, pois envolveu etapas de coleta sistemática de dados, por meio das quais pode-se ter condições de controle.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) cardiológicas de um Hospital Universitário de natureza filantrópica, ou seja, sem fins lucrativos. O hospital tem por missão, visão e valores:

Cuidar da saúde da população, de forma cristã e qualificada, promovendo o ensino e a pesquisa, com uma visão de ser um hospital abrangente, sustentável e de excelência conquistando a Acreditação Hospitalar Nível I até 2013. Trabalhando com valores de Sustentabilidade, Humanização, Ética, Comprometimento, Espiritualidade, Gestão Participativa, e Responsabilidade Social e Ambiental (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, 2008).

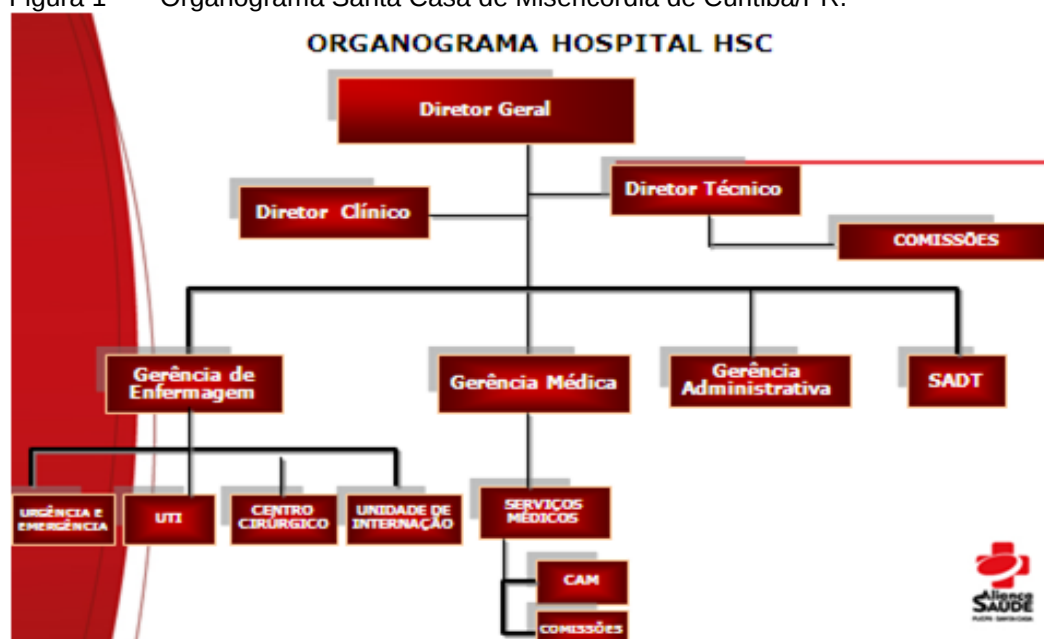
O Hospital de Caridade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba é uma iniciativa de um grupo de idealistas da “Fraternidade Curitiba” e, embora tenha como data de origem o ano de 1843, iniciou suas primeiras atividades em 1852, atendendo a doentes afetados pela epidemia de Cólera Morbo.

Inaugurada pelo imperador Dom Pedro II, no dia 22 de maio de 1880, o Hospital de Caridade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia tinha 160 leitos e durante muitos anos foi o único hospital de Curitiba. Somente em 1985, foi criada a Fundação Santa Casa de Misericórdia de Curitiba-PR, com a incorporação do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz. Em 1991, agregaram-se o Instituto Paranaense de Saúde Mental (IPASAME) e a Academia de Cultura de Curitiba (ACCUR) (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, 2011).

A Santa Casa de Curitiba também foi pioneira no ensino médico, pois, em 1912, já funcionava no hospital o centro de aperfeiçoamento para os médicos do Paraná e de Santa Catarina. Entre 1915 e 1961, foram iniciadas as aulas práticas de clínica pela Universidade Federal do Paraná, e, em 1957, inicia-se a atuação conjunta entre Santa Casa, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica e Escola de Enfermagem Madre Léonie, acolhendo estudantes da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, 2011).

Com 132 anos, o Hospital de Caridade disponibiliza 77% de seus atendimentos ao Sistema Único de Saúde e tem como missão prestar serviços assistenciais à comunidade e promover a melhoria da qualidade do ensino médico-hospitalar no estado, ampliando sua atuação como hospital-escola. Para tanto, conserva quatro pilares fundamentais: instituição universitária, católica, Marista e comunitária. Sua estrutura organizacional consiste no seguinte organograma:

Figura 1 - Organograma Santa Casa de Misericórdia de Curitiba/PR.



Fonte: Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (2013)

O hospital presta atendimento à 19 setores, sendo que, desses, quatro são exclusivos para o atendimento de Unidade de Terapia Intensiva, distribuídos da seguinte forma:

- UTI Geral;
- UTI Coronariana;
- UTI Cardiológica I;
- UTI Cardiológica II.

Atualmente, o hospital dispõe de 263 leitos, assim divididos: 10 de UTI geral (três isolamentos); 10 de UTI coronariana (três isolamentos); nove na UTI cardíaca I (três isolamentos); nove na UTI cardíaca II (dois isolamentos); 225 leitos de internação geral. Todas as UTIs têm em sua estrutura física, dentre os 10 leitos, um leito para isolamento. O hospital em estudo é referência em atendimentos a pacientes cardíacos e o corpo funcional conta com 989 funcionários, dos quais 450 são médicos e 448 fazem parte da equipe de enfermagem, sendo estes: 64 enfermeiros, 166 técnicos e 218 auxiliares de enfermagem (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, 2013).

As UTIs cardiológicas foram inauguradas em 1998 e nomeadas como “Professor Doutor Felix do Rego Almeida”. Sua missão é a “recuperação de

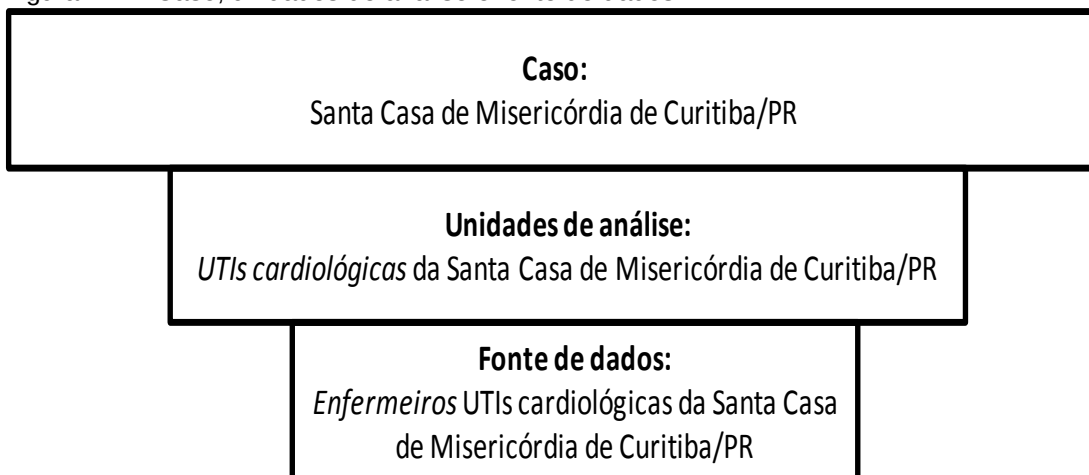
pacientes críticos cardiológicos que necessitam de cuidados especiais e intensivos sendo desenvolvidas atividades de enfermagem, de medicina, de fisioterapia, de nutrição e de outras profissões” (TREVISAN, 2005). Essas unidades destinam-se ao atendimento de pacientes adultos, cardíacos e cirúrgicos apenas de especialidade cardiológica do Sistema Único de Saúde (SUS) e convênios.

A maioria dos pacientes das UTIs são encaminhados do pronto socorro e do centro cirúrgico, mas existe uma pequena parcela que vem encaminhada pela clínica médica. A média de permanência no local varia de 3 a 4 dias (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, 2011). As UTIs cardiológicas são divididas em I e II e cada uma delas possui nove leitos ativados e um de isolamento. Atendem pacientes em pós-operatório de diversas cirurgias cardíacas, como troca de válvulas e revascularização do miocárdio.

Nas UTIs trabalham sete médicos intensivistas e um coordenador médico intensivista cardiologista. Além desses, há médicos de outras especialidades para suporte, se necessário: quatro fisioterapeutas; dois funcionários administrativos; dois auxiliares de serviços gerais; dez enfermeiros assistenciais; um enfermeiro coordenador; e um enfermeiro gerencial responsável pelo serviço geral de enfermagem do hospital. O quadro de profissionais de nível técnico nas UTIs cardiológicas I e II totalizam 51 profissionais; desses, 47 são técnicos de enfermagem e quatro, auxiliares de enfermagem.

Na figura 2 é apresentada a estrutura do estudo de caso de modo a sistematizar o presente estudo.

Figura 2 - Caso, unidades de análise e fonte de dados.



Fonte: A autora (2013).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra constitui-se de enfermeiro gerencial, enfermeiro administrativo e enfermeiros assistenciais. Todos os participantes foram selecionados intencionalmente, segundo os seguintes critérios:

- Critérios de inclusão: profissionais enfermeiros atuantes nas UTIs cardiológicas de qualquer idade e sexo;
- Critério de exclusão: enfermeiros plantonistas, que não fizessem parte das equipes das UTIs cardiológicas I e II.

Sob esses critérios, participaram da pesquisa: um gerente de enfermagem; um enfermeiro coordenador - os quais são classificados como “grupo I”; e oito enfermeiros assistenciais - classificados como “grupo II” (Quadro 4). Ao aceitar participar da pesquisa, todos os enfermeiros responderam a dois questionários: um sobre o conjunto de competências profissionais e outro sobre dados de séries históricas. Foram observados, ainda, os enfermeiros assistenciais durante a prestação dos cuidados aos pacientes internados.

Quadro 4 - Grupos, Funções e Sujeitos da Pesquisa.

Grupos	Cargos	Função	Número de Sujeitos
Grupo I: Administração de Enfermagem	Gerência de Enfermagem	Atua na gerência geral do serviço de enfermagem de todo hospital.	1
	Coordenador de Enfermagem	Atuam como supervisores e administradores das unidades específicas.	1
Grupo II: Enfermeiros	Enfermeiros Assistenciais	Atuam diretamente no cuidado com o paciente.	8
Total da Amostra			10

Fonte: A autora (2013).

4.4 DEFINIÇÃO DE INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Dados para o perfil e o conjunto de habilidades dos profissionais enfermeiros, de acordo com seu treinamento, qualificação e supervisão

O instrumento, adaptado de Venturi (2009) (ANEXO A), foi aplicado a todos os sujeitos dos grupos I e II, tendo como objetivo avaliar o perfil e o conjunto de habilidades dos profissionais, conforme seu treinamento, qualificação e supervisão.

Tal instrumento contém:

- Dados de identificação do funcionário: iniciais do nome e sobrenome, bem como idade e sexo;
- Dados de qualificação: títulos que possui e ano de conclusão; participação em cursos, especializações ou pós-graduação, se concluída ou em andamento; expectativa de qualificação profissional;
- Tempo de experiência na assistência; tempo de experiência em UTI cardiológica; turno de trabalho atual; outra atividade laborativa;
- Dados de treinamento/educação em serviço relacionados à periodicidade, efetividade, necessidades de aprendizado;
- Dados da supervisão que recebe: quem o supervisiona; sente-se supervisionado; que ações o supervisor realiza; qualificação da supervisão.

A aplicação do instrumento ocorreu individualmente nos turnos de trabalho de cada profissional, sendo que seu preenchimento foi feito pelos próprios entrevistados em uma sala reservada, dentro do seu setor de atuação, juntamente com a entrevistadora. Tal procedimento foi adotado para proporcionar estímulo e segurança aos entrevistados, além de sanar dúvidas em relação ao seu preenchimento.

A coleta foi feita no período compreendido entre 10 e 21 de dezembro de 2012. Vale salientar que o período de trabalho noturno corresponde à carga horária de 12/36 horas de trabalho; portanto, a equipe noturna é constituída por duas equipes denominadas “Noite A e B”.

4.4.2 Dados de Séries Históricas de Indicadores Relacionados ao Aparato Tecnológico, Serviços e Protocolos Organizacionais

O segundo questionário trata de séries históricas relacionadas a indicadores de estrutura física, protocolos institucionais existentes e acompanhamento de indicadores da qualidade concernentes ao cuidado prestado pelos profissionais enfermeiros. Esse instrumento de coleta foi semelhante para o grupo I e II, variando apenas as questões de enfoque de cargo e função (APÊNDICES B e C).

Assim, o instrumento é composto por:

- Séries históricas de indicadores relacionados aos seus serviços e processos organizacionais como: taxa de erro de medicação, índice de úlcera por pressão, densidade de infecção hospitalar, percentual de queda do leito, incidência de extubação, entre outros;
- Existência de manuais, normas e rotinas do setor, protocolo baseado em evidências clínicas, atualizados para a área de UTI cardiológica;
- Existência de recursos técnicos como: eletrocardiógrafo, respirador mecânico a pressão (um para três leitos), oxímetro de pulso (um para cada leito), bomba de infusão (um para cada leito), carrinho de emergência completo, entre outros.

As perguntas foram estruturadas com base no roteiro de visita desenvolvido pela organização do Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH, 2009), Manual de Indicadores de Enfermagem desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (NAGEH, 2006) e Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2009).

O questionário foi aplicado no setor de atuação de cada profissional, juntamente com a aplicação do questionário que avalia o conjunto de competências profissionais.

4.4.3 Dados para a Avaliação da Qualidade do Cuidado de Enfermagem e seus Eventos Adversos

O questionário “Avaliação da Qualidade do Cuidado de Enfermagem e seus Eventos Adversos” (ANEXO B e C) - adaptado de Venturi (2009), foi elaborado

tendo como modelo os instrumentos testados e aplicados em UTIs de Curitiba (LUNARDON, 2007; TRAVINSKI, 2008).

O questionário foi constituído por:

- Dados de identificação do paciente: número do registro hospitalar, iniciais, número do box/leito e sexo;
- Questões específicas dos tipos de eventos adversos e relacionadas aos indicadores de qualidade elencados: extubação acidental; perda de sonda gastroenteral; queda de pacientes; flebite relacionada a acesso venoso periférico; úlcera por pressão; medidas preventivas para controle de infecção do trato urinário relacionado ao cateter vesical de demora;
- Legendas para preenchimento do instrumento.

Os itens são compostos de subitens, diferenciados de acordo com o tempo gradativo despendido nas atividades descritas, sendo mutuamente excludentes.

Foi realizada uma análise observacional para aplicação desse instrumento com o objetivo de identificar a qualidade do cuidado prestado pelo enfermeiro ao paciente internado. Essa observação transcorreu diariamente e de forma ininterrupta em turnos aleatórios (matutino, vespertino e noturno), no período de vinte dias, entre 1 e 22 de janeiro de 2013.

Embora a coleta dos dados tenha sido realizada em um período atípico, cabe salientar que o número de cirurgias realizadas, bem como a frequência de pacientes recebidos nas UTIs não foi influenciada, uma vez que o quadro de funcionários permaneceu o mesmo, dadas as substituições necessárias.

Vale salientar que as UTIs cardiológicas do hospital em estudo recebem pacientes operados nos três turnos; dessa forma, foi adotado um período de permanência de três horas no local, em períodos aleatórios. Nesses períodos, foram observados os pacientes que estavam em até seu terceiro dia em internamento de pós-operatório cardíaco imediato, frente aos cuidados recebidos pelos enfermeiros

Durante todos os dias da coleta era esperado que os enfermeiros assumissem seus plantões para iniciar a análise observacional. Nesse período, também eram consultados os prontuários, os documentos institucionais existentes, bem como os relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de todos os pacientes que compunham a amostra. Tais documentos se constituíram em fontes primárias de informação (MARCONI; LAKATOS, 2005).

O Quadro 5 apresenta as etapas de coleta de dados da pesquisa.

Quadro 5 - Características das etapas de coleta de dados da pesquisa conforme os objetivos

Objetivos	Instrumento	Período de Coleta	Técnica de Coleta	Variáveis analisadas
Avaliar o conjunto de habilidade dos enfermeiros atuantes nas UTIs cardiológicas do Hospital Universitário.	Questionário sobre o perfil e o conjunto de competência dos profissionais.	10/12/2012 a 21/12/2012	Preenchimento de questionário pelos sujeitos, junto à pesquisadora.	Competências dos profissionais enfermeiros de acordo com seu treinamento, qualificação e supervisão.
Levantar a existência de séries históricas de indicadores de estrutura física.	Questionário sobre séries históricas de indicadores relacionados aos aparato tecnológico, serviços e protocolos organizacionais.	10/12/2012 a 21/12/2012	Preenchimento de questionário pelos sujeitos, junto à pesquisadora.	Estrutura física das UTIs cardiológicas e equipamentos utilizados para atendimento aos pacientes, manuais de normas e rotinas existentes.
Descrever os indicadores de qualidade aplicados no cuidado ao paciente pós-operatório cardíaco do Hospital Universitário.	Formulário para avaliação da qualidade do cuidado e eventos adversos.	01/01/2013 a 20/01/2013	Observação sistemática e de documentos.	Qualidade do cuidado prestado direta e indiretamente, perfil dos pacientes da UTI cardiológica; monitorar a ocorrência de eventos adversos do cuidado de enfermagem e os riscos relacionados a esses, a que os pacientes estão expostos.

Fonte: A autora (2013)

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis avaliadas no estudo são de natureza quantitativa e os resultados obtidos foram descritos por frequências e percentuais, apresentados em tabelas e gráficos. Os dados foram analisados no programa computacional IBM SPSS v.20.0.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), em atendimento à

Resolução n.º 466/12, que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) e aprovado sob o registro n.º 90.33 e CAAE 03763912.6.1001.0100 (ANEXO E).

Para o cumprimento dessa resolução, foi solicitada autorização para a realização da pesquisa ao diretor do hospital e ao gerente de enfermagem, bem como para a disponibilização de documentos oficiais para a coleta de dados da pesquisa conforme ofício de n.º 066-2012 (ANEXO D).

Foi solicitado aos profissionais enfermeiros que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), ao aceitarem participar da pesquisa.

5 RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados obtidos nas diferentes etapas metodológicas da pesquisa, a saber: o conjunto de competências dos profissionais enfermeiros; a estrutura física; os aparatos tecnológicos; os indicadores; os manuais e protocolos baseados em evidências clínicas existentes nas UTIs cardiológicas; o perfil dos pacientes; os fatores de risco; e os eventos adversos, associados aos indicadores de qualidade, a que estão expostos.

5.1 HABILIDADES DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

5.1.1 O perfil dos enfermeiros

As variáveis relativas ao perfil profissional dos entrevistados estão dispostas na Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência Absoluta e Relativa das Respostas às Questões Segundo o Perfil dos Profissionais Enfermeiros. Curitiba, 2013.

Variável	Frequência	%
Função		
Gerente	1	10
Coordenador	1	10
Enfermeiro Assistencial	8	80
Turno de trabalho		
Manhã e tarde	2	20
Manhã	2	20
Tarde	2	20
Noite	4	40
Idade (anos)		
Até 30	3	30
31a 40	6	60
Mais de 40	1	10
Sexo		
Masculino	4	40
Feminino	6	60
Tempo de formado (anos)		
Até 5	3	30
6 a 10	6	60
Mais de 10	1	10
Possui pós-graduação		
Sim	8	80
Não	2	20

Variável	Frequência	%
Qualificação específica		
Diversas*	1	12,5
UTI	4	50
Saúde da Família	1	12,5
Enf. Trabalho	1	12,5
Estomatoterapia	1	12,5

Fonte: A autora, 2013

Nota: (*) Administração Hospitalar, Gestão Empresarial, Projetos Assistenciais, Metodologia do Ensino e Mestrado em Tecnologia da Saúde.

Quanto ao perfil dos entrevistados, foram predominantes a faixa etária entre 31 a 40 anos (60%), o sexo feminino (60%), o tempo de formação entre 6 e 10 anos (60%), e os profissionais pós-graduados (80%), sendo que 50% das especializações são em UTI. A variável relacionada à pergunta sobre expectativa de qualificação profissional foi respondida positivamente por 100% dos entrevistados.

A equipe de enfermeiros se distribui da seguinte forma: dois enfermeiros administrativos que atuam em período integral e oito enfermeiros assistenciais, subdivididos nos dois setores, conforme melhor descrito no Quadro 6.

Quadro 6 - Distribuição da Equipe de Enfermeiros Conforme Turno de Trabalho.

UTIs Cardiológicas	Manhã	Tarde	Noite
UTI CARDIO I	1 Enfermeiro (7:00 às 13:00)	1 Enfermeiro (13:00 às 19:00)	2 Enfermeiros (19:00 às 7:00)
UTI CARDIO II	1 Enfermeiro (7:00 às 13:00)	1 Enfermeiro (13:00 às 19:00)	2 Enfermeiros (19:00 às 7:00)
UTI I e UTI II	Enfermeiro Administrativo (01 Coordenador e 01 Gerente)		

Fonte: A autora (2013)

Ressalta-se que o turno noturno é composto por duas equipes, cujos profissionais perfazem uma carga horária de 12/36 horas.

Já no que diz respeito à experiência profissional dos participantes, as principais características são descritas na Tabela 2.

Tabela 2 - Frequência Absoluta das Respostas às Questões Segundo a Experiência Profissional dos Enfermeiros. Curitiba, 2013.

Variável	Frequência
Tempo de trabalho na assistência	
0-12 meses	1
13-24 meses	1
25-59 meses	1
5-10 anos	6
>10 anos	1
Tempo de experiência em UTI cardiológica	
0-12 meses	1
13-24 meses	1
25-59 meses	3
5-10 anos	5
>10 anos	0
Atuou anteriormente em outra categoria da equipe de enfermagem	
Sim	3
Não	7

Fonte: A autora (2013)

Quanto à experiência profissional predominaram o tempo de trabalho em UTI cardiológica de 5 a 10 anos (50%) e o mesmo tempo de atuação na assistência (60%), sendo que 30% dos profissionais já atuaram em outra categoria da enfermagem, e o mesmo percentual exerce outra atividade laborativa.

Todos os enfermeiros têm vínculo empregatício no hospital, conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

5.1.2 Educação continuada

A Tabela 3 apresenta os dados referentes à categorização das unidades em relação às ações de treinamento e educação em serviço.

Tabela 3 - Frequência Absoluta das Respostas às Questões sobre Treinamentos/Educação em Serviço. Curitiba, 2013.

Variável	Frequência
Recebeu treinamento ao ser admitido na UTI cardiológica	
Sim	4
Não	6
Participa de treinamentos/ educação na instituição	
Sim	10
Não	0
Todos os funcionários têm o mesmo acesso aos programa de treinamento/educação	
Sim	8
Não	2
Conteúdo atende as necessidades da equipe	
Sim	8
Não	2

Fonte: A autora (2013)

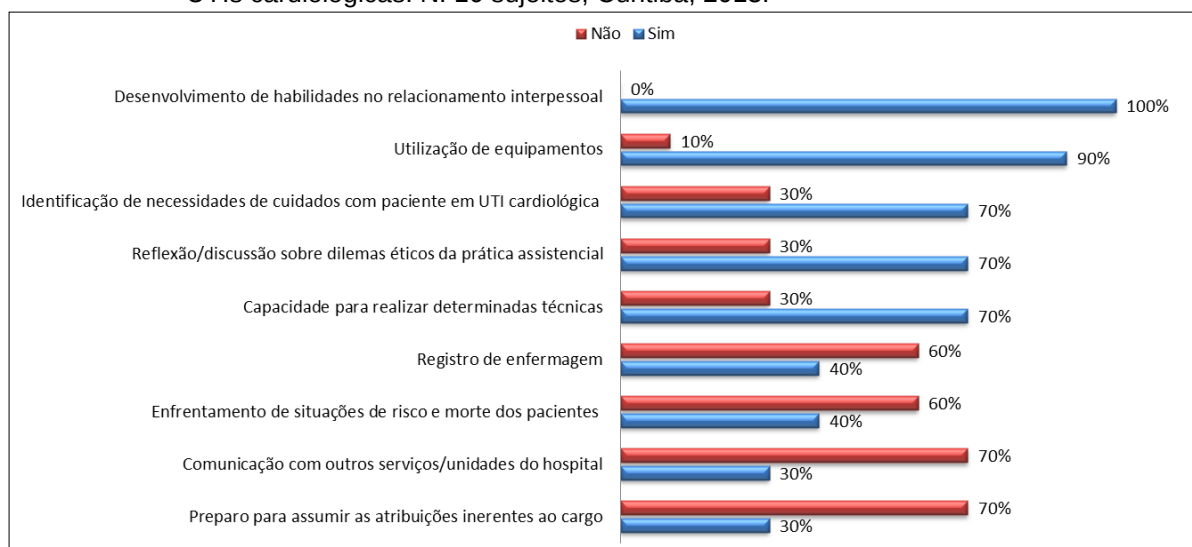
Observa-se que 40% dos entrevistados receberam treinamento de conteúdos técnicos específicos ao serem admitidos, sendo que dois deles (20%) receberam, ainda, treinamento de conteúdo técnico geral e administrativo.

Todos os entrevistados afirmam haver treinamentos educativos continuamente oferecidos pela instituição, mas 20% desses encontram dificuldades no acesso a esses treinamentos e relatam que os conteúdos não correspondem às necessidades específicas da UTI.

Quanto à periodicidade desses treinamentos, 90% declararam ser mensais, e 10% afirmam que não há periodicidade definida, uma vez que as atividades de treinamento ocorrem à medida que sejam possíveis, ou seja, durante os turnos de trabalho da UTI e segundo a disponibilidade dos funcionários. Em consequência disso, 30% dos enfermeiros afirmam que os programas de treinamento educativo não atendem às necessidades da equipe de enfermagem, relatando que os horários são inapropriados.

No Gráfico 1 apresentam-se as necessidades de aprendizagem nos programas de treinamento/educação.

Gráfico 1 - Necessidades de aprendizagem dos enfermeiros no Programa de Treinamento das UTIs cardiológicas. N: 10 sujeitos, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013)

As principais necessidades para assuntos abordados nos programas de aprendizagem foram: desenvolvimento de habilidades no relacionamento interpessoal (100%) e utilização de equipamentos (90%).

5.1.3 Supervisão

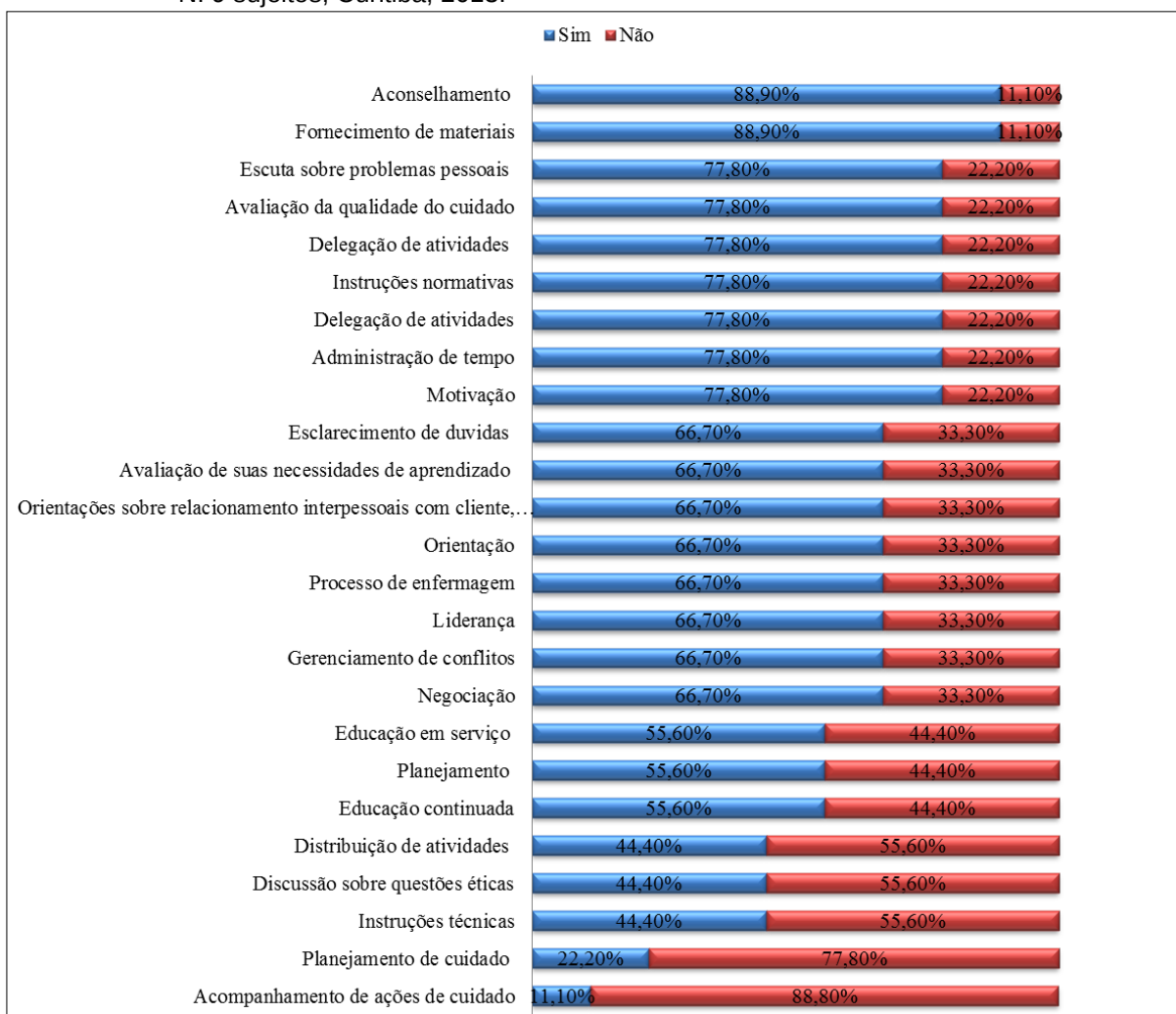
Todos os enfermeiros assistenciais indicam que são supervisionados pelo coordenador da unidade; já o enfermeiro coordenador, pelo seu supervisor, o gerente. Cabe ressaltar que o enfermeiro gerente não respondeu a esse subitem do questionário referente à supervisão, justificando não ser supervisionado.

Diante disso, 50% dos enfermeiros entrevistados qualificam a supervisão recebida como satisfatória, pois as ações são desenvolvidas com efetividade.

Dos participantes, 90% declaram exercer atividade de supervisão a profissionais de outra categoria de enfermagem, conjuntamente com a função de cuidado direto ao paciente, exceto o enfermeiro coordenador, o qual relata exercer somente atividade de supervisão.

O Gráfico 2 apresenta as atividades realizadas pelos enfermeiros durante sua supervisão.

Gráfico 2 - Atividades realizadas pelos enfermeiros durante sua supervisão em UTI cardiológica. N: 9 sujeitos, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013)

Entre as atividades que os enfermeiros exercem durante a supervisão as alternativas destacadas, com maior frequência, foram: aconselhamento e fornecimento de materiais; escuta sobre problemas pessoais; avaliação da qualidade do cuidado; delegação de atividades; administração de tempo; e motivação. Já as com menor incidência foram: planejamento do cuidado e acompanhamento de ações de cuidado.

5.2 SÉRIES HISTÓRICAS DE INDICADORES RELACIONADOS AO APARATO TECNOLÓGICO, AO SERVIÇO E AOS PROTOCOLOS ORGANIZACIONAIS

5.2.1 Avaliação das séries históricas relacionadas a indicadores

No Gráfico 3 apresenta-se o resultado referente à consulta sobre a existência de séries históricas relacionadas a indicadores da qualidade da assistência nas UTIs. Cabe salientar que foram consultados dois grupos de indicadores, a saber: 1) indicadores relacionados à assistência nas UTIs; e 2) indicadores relacionados ao perfil do pessoal lotado na unidade.

No primeiro caso, trata-se de indicadores cuja análise compete exclusivamente ao enfermeiro responsável pela unidade, por se tratar de indicadores específicos da assistência. No segundo caso, os dados são referentes à administração de recursos humanos do hospital.

Assim, a consulta quanto à existência de indicadores relacionados ao perfil do pessoal lotado na unidade teve o objetivo de identificar a percepção dos enfermeiros em relação à mensuração de indicadores dessa natureza.

Gráfico 3 - Indicadores de qualidade na assistência avaliados nas UTIs. N: 10 sujeitos, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013)

Dos entrevistados, 100% afirmam não existir avaliação das séries históricas relacionadas à taxa de incidência de: úlceras por pressão; quedas da cama/ maca; incidência de extubação acidental; perda de sonda nasogastrointestinal para aporte nutricional; incidência de flebite; horas de enfermeiro/cuidado intensivo; taxa de absenteísmo de enfermagem; e índice de treinamento de profissionais de enfermagem.

Dentre eles, 40% relatam ter avaliação de indicadores referentes a: reinternação do paciente pelo mesmo CID; densidade de infecção hospitalar; taxa de complicação na internação; mortalidade institucional; incidência de não conformidade relacionada à administração de medicamentos pela enfermagem; acidente de trabalho na enfermagem; e rotatividade do profissional de enfermagem.

5.2.2 Protocolos existentes nas UTIs cardiológicas

Com relação aos protocolos e registros existentes nas unidades, 100% dos entrevistados responderam positivamente quanto à existência de atas de reuniões e comissões, tais como as de ética médica e de enfermagem e os comitês técnicos.

Entre os entrevistados, 90% afirmaram ter a existência de manuais contendo normas, procedimentos e rotinas atualizados específicos para área de UTI cardiológica. Porém, na realidade vivenciada no local, não foram localizado tais protocolos específicos para as UTIs cardiológicas, apenas protocolos gerais da instituição.

Tratando-se da relação de medicamentos atualizados para as UTIs cardiológicas, 100% dos entrevistados relatou a inexistência destes.

5.2.3 Estrutura física e recursos técnicos das UTIs

Com relação à estrutura física das UTIs cardiológicas, 100% dos participantes afirmaram que é uma área de circulação restrita e que a distribuição dos leitos permite a visualização constante do posto de enfermagem, além de relatarem a existência de canais de comunicação para o recebimento de denúncias que funcionam com efetividade.

Conforme preconiza a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), (2009), para se manter a qualidade e a segurança do atendimento ao paciente é necessária a disponibilidade dos seguintes aparatos tecnológicos em Unidades de Terapia Intensiva:

- Marca passo externo-transitório, sendo um p para cada leito;
- Materiais para entubação orotraqueal, um para cada unidade;
- Eletrocardiógrafo, um para cada unidade;
- Respirador mecânico, um para cada leito;
- Oxímetro de pulso, um para cada leito;
- Aspirador para drenagens, um para cada leito;
- Bomba de infusão, um para cada leito;
- Carrinho completo de emergência, um para cada unidade;

- Monitor cardíaco, um para cada leito;
- Pontos de O2, ar comprimido e vácuo, um para cada leito.

Durante o período de observação das UTIs foi constatado que 100% dos aparatos tecnológicos solicitados pela legislação estavam disponíveis em quantidade recomendada.

5.3 INDICADORES DE QUALIDADE DAS UTIs CARDIOLÓGICAS E RISCOS DOS PACIENTES AOS EVENTOS ADVERSOS

Nesta sessão serão apresentados os resultados referentes aos riscos a que os pacientes estavam expostos e o monitoramento da ocorrência de eventos adversos do cuidado de enfermagem, identificados no período de coleta de dados, bem como serão descritos o processo de trabalho dos profissionais enfermeiros e o perfil dos pacientes observados.

Foram realizadas 113 observações no total de 57 pacientes no período de 22 dias. Tais observações são divididas em seis indicadores analisados: extubação acidental; perda de sonda gastroenteral; queda de pacientes; flebite relacionada a acesso venoso periférico; úlcera por pressão; medidas preventivas para controle de infecção do trato urinário relacionado ao cateter vesical de demora.

5.3.1 O processo de trabalho nas UTIs cardiológicas

O cuidado de enfermagem prestado nas UTIs em estudo é voltado a pacientes cardiológicos necessitando de cuidados no pós-operatório de cirurgias cardíacas, tais como: troca de válvulas, transplantes cardíacos e revascularização do miocárdio E os cuidados são prestados, majoritariamente, a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Todos os profissionais enfermeiros das UTIs cardiológicas trabalham direta ou indiretamente na assistência prestada ao paciente, exercendo ações independentes, bem como ações colaborativas com outros profissionais médicos intensivistas, cardiologistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos e residentes de diversas áreas.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), não está implantada no local, porém são aplicadas algumas etapas do processo de enfermagem, como

histórico de enfermagem, prescrições de enfermagem e a evolução de enfermagem. Verifica-se um processo de trabalho organizado, pois existe um planejamento de cuidado por parte dos enfermeiros junto aos técnicos de enfermagem; porém esse processo não é documentado.

Conforme observado, as etapas do processo de enfermagem, quando realizadas, são elaboradas pelo enfermeiro assistencial; sendo assim, as ações prescritas são realizadas pelos técnicos de enfermagem. Não existe um documento específico para sistematizar as ações da enfermagem e os profissionais registram os cuidados prestados aos pacientes no corpo do prontuário.

O paciente, ao ser admitido no setor, recebe um prontuário que é elaborado eletronicamente. Após finalizado, tal prontuário é impresso e disponibilizado na bancada de enfermagem para acesso contínuo dos funcionários do setor. Esse documento é composto pela prescrição médica, pela prescrição e anotação de enfermagem e é válido para as 24 horas de cuidado. Sua estrutura é composta, ainda, por um campo personalizado com um corpo humano especificando a data e o local em que foi colocado o dispositivo para suporte ao paciente.

A elaboração das prescrições e evoluções de enfermagem é dividida por leitos assim separados: o enfermeiro assistencial da manhã realiza as prescrições e evoluções dos leitos 03, 06 e 09; o enfermeiro da tarde, as prescrições e evoluções referentes aos leitos 01, 02, 04 e 05; e o enfermeiro da noite se responsabiliza pelos leitos 07, 08 e 10. Quando ocorre a admissão de novos pacientes no setor, estes ficam sob a responsabilidade do enfermeiro do turno em que ocorreu a admissão, assim como a realização do histórico de enfermagem e do exame físico.

O enfermeiro coordenador permanece em seu horário de trabalho dentro das UTIs, sendo responsável pela realização da escala mensal e pela delegação de folgas de todos os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem.

É de responsabilidade de cada enfermeiro assistencial realizar a escala diária de trabalho para seus profissionais técnicos de enfermagem, junto aos pacientes hospitalizados. Nessa escala estão divididas as atividades que deverão ser prestadas a cada paciente por leito, pretendendo-se, assim, evitar a sobrecarga de trabalho à equipe e garantir a prestação de um cuidado integral, porém essa rotina não é documentada.

Todos os pacientes internados são avaliados diariamente pelo enfermeiro assistencial, que é responsável pela supervisão do cuidado de enfermagem e pela execução de procedimentos de alta complexidade.

O método de organização do trabalho de enfermagem é integral. Os técnicos de enfermagem prestam cuidado aos pacientes, guiados pela prescrição de enfermagem e sob a supervisão e orientação dos enfermeiros assistenciais.

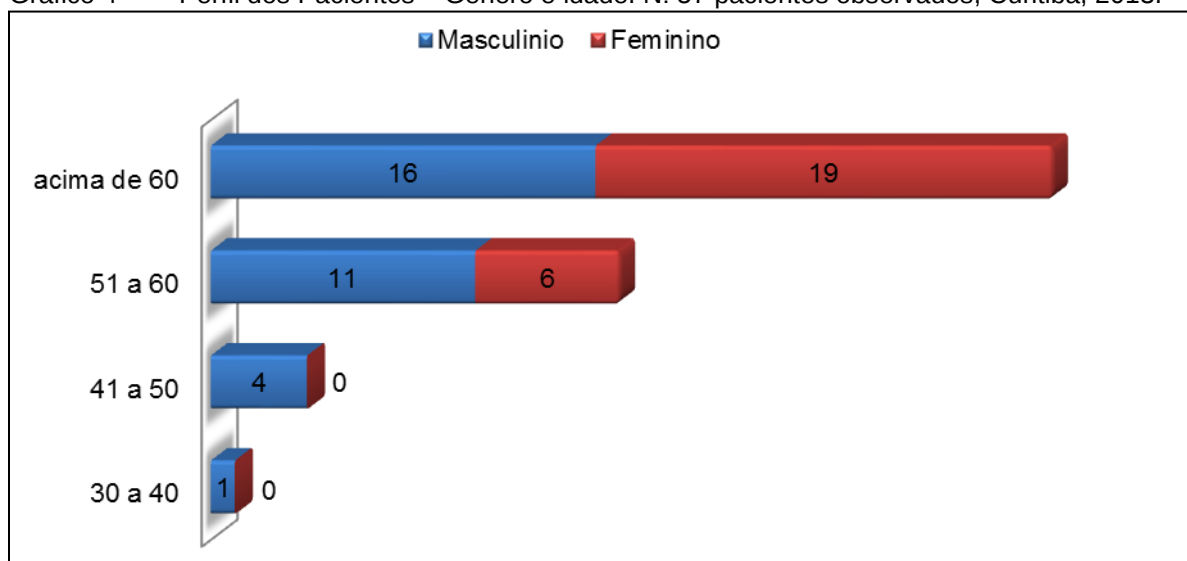
Não há nas UTIs cardiológicas registros de entrada e saída de funcionários, o que pode dificultar o controle da lotação e de ausências previstas e não previstas dos funcionários pela própria unidade.

5.3.2 Perfil dos pacientes internados

Foram realizadas 113 observações a 57 pacientes e, nesse período, foi observada a procedência das principais morbidades que ocasionaram as internações, bem como os cuidados e procedimentos de enfermagem realizados. Vale salientar que inicialmente a pesquisa tinha como objetivo transcorrer no período de 30 dias; no entanto, devido a um acontecimento atípico na UTI cardiológica I, surto de bactéria *Pneumoniae*, produtora de Carbapenemase (KPC), a pesquisa teve que ser interrompida no 22º dia.

A análise do perfil quanto ao sexo e idade dos pacientes que foram assistidos é distribuída conforme demonstra o Gráfico 4:

Gráfico 4 - Perfil dos Pacientes – Gênero e idade. N: 57 pacientes observados, Curitiba, 2013.

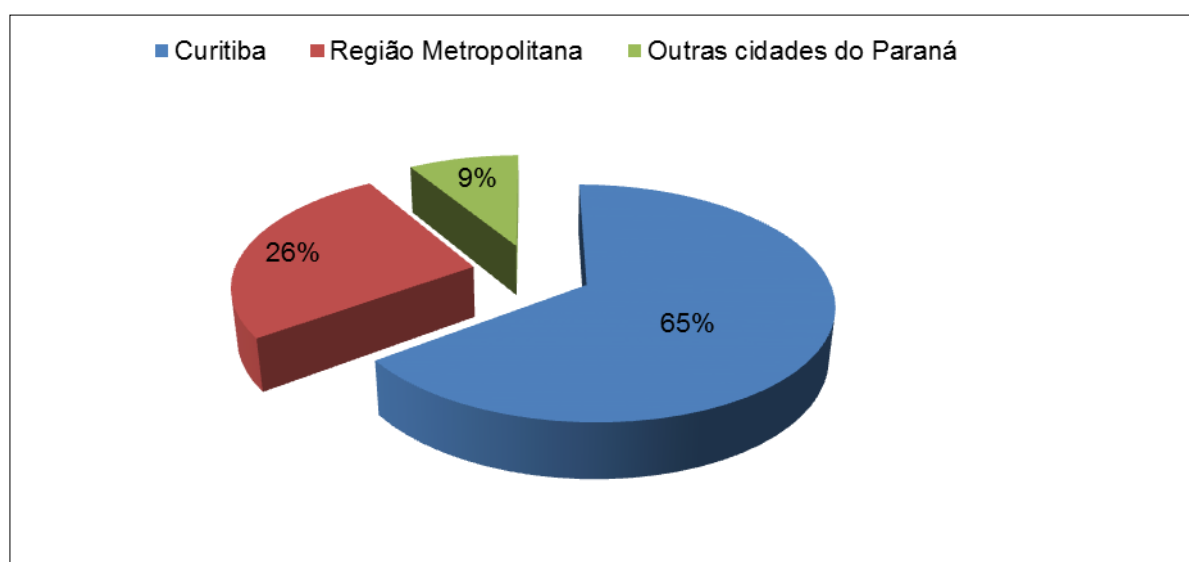


Fonte: A autora (2013)

Existe uma maior concentração de pacientes com idade acima de 60 anos (61,4%). E, em relação ao gênero, 32 (52,1%) eram do sexo masculino e 25 (29,5%) do sexo feminino.

Quanto à admissão na instituição, a grande maioria dos pacientes internados tiveram procedência do internamento, sendo que existe uma ala exclusiva para internamento de pacientes cardiológicos. Em relação à cidade de origem, a distribuição do atendimento é apresentada no Gráfico 5:

Gráfico 5 - Procedência dos pacientes – UTIs cardiológicas. N: 57 pacientes, Curitiba, 2013

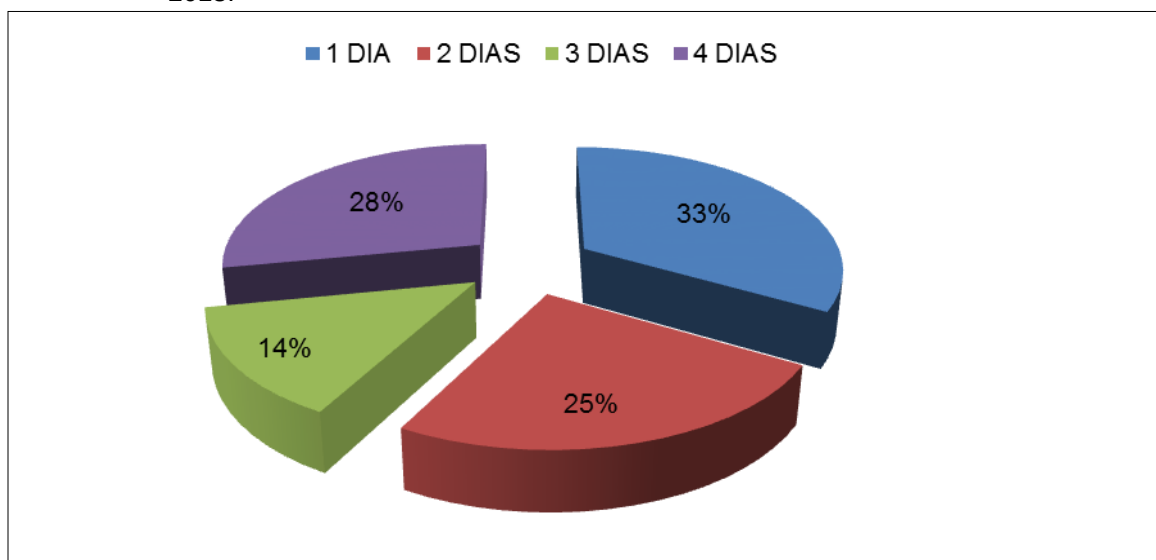


Fonte: A autora (2013).

Observa-se no Gráfico 5 a predominância de atendimentos a pacientes do município de Curitiba (65%). Já 26% são atendimentos prestados a pacientes da região metropolitana e 9% a pacientes de outras cidades paranaenses.

Constatou-se que o tempo de permanência nas UTIs transcorreu da seguinte forma:

Gráfico 6 - Tempo de internação dos pacientes nas UTIs cardiológicas. N: 57 pacientes, Curitiba, 2013.

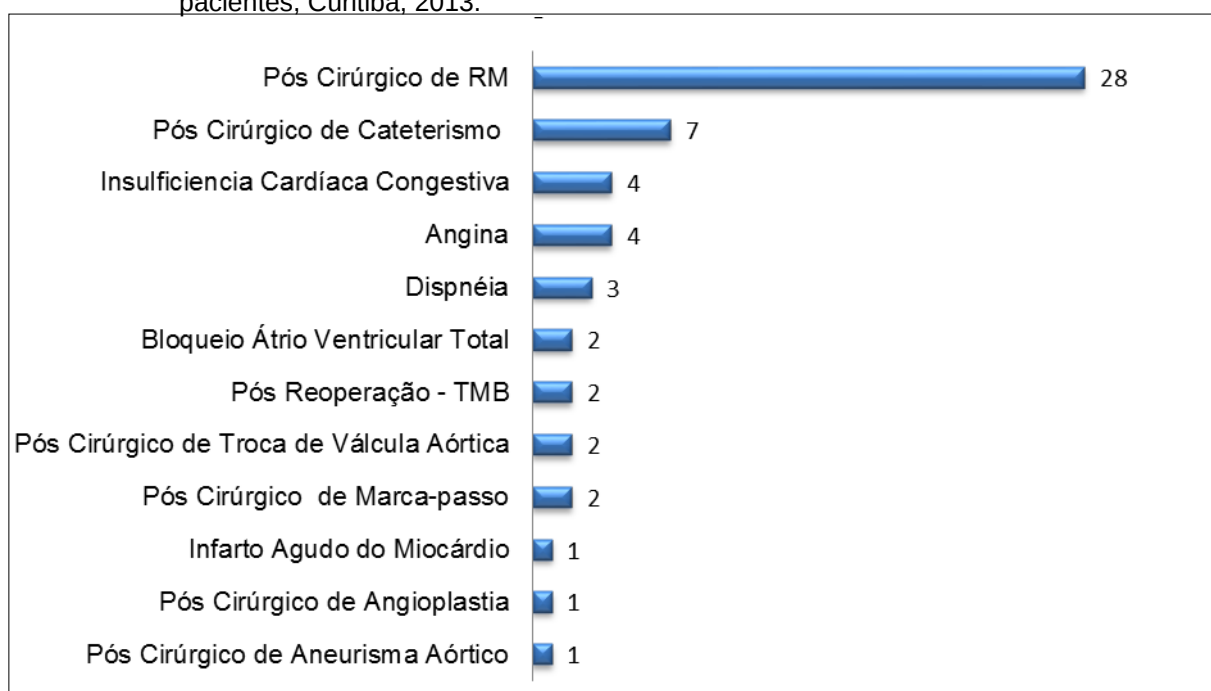


Fonte: A autora (2013)

Conforme pode ser observado no Gráfico 6, a permanência nas UTIs avaliadas varia entre 1 e 4 dias com maior concentração de pacientes internados com apenas 1 dia.

Quanto aos diagnósticos médicos encontrados nos pacientes com maior frequência, estes podem ser avaliados no Gráfico 7:

Gráfico 7 - Diagnóstico médico dos pacientes hospitalizados nas UTIs cardiológicas. N: 57 pacientes, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013).

O recebimento de pacientes pós-cirúrgicos de Revascularização do Miocárdio (RM) predominou dentre os diagnósticos médicos realizados. Cabe ressaltar que no período em estudo faleceram três pacientes, em consequência de pós-cirúrgico de RM e Troca Valvular.

Após apresentar estabilização do quadro clínico, a grande maioria dos pacientes era transferida para uma unidade de internação específica para pacientes cardiológicos, localizada dentro da instituição hospitalar. Já uma pequena minoria obtinha alta hospitalar.

5.3.3 Indicador – Extubação Acidental

Na Tabela 4 são apresentadas as variáveis do Indicador de Extubação Acidental, com relação à frequência e ao percentual de ocorrências durante as 113 observações.

Tabela 4 - Avaliação do Indicador – Extubação Acidental. Curitiba, 2013.

Variável	Dia 1		Dia 2		Dia 3		Dia 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Paciente intubado								
Sim	27	47,4	9	29	10	62,5	4	44,4
Não	30	52,6	22	71	6	37,5	5	55,6
Terapia ventilatória*								
TO	20	35,1	5	16,1	7	43,8	2	22,2
TN	7	12,3	4	12,9	3	18,8	1	11,1
NU	27	47,4	18	58,1	5	31,3	3	33,3
AA	3	5,3	3	9,7	1	6,3	1	11,1
Ms			1	3,2			1	11,1
TT							1	11,1
Fatores de risco para extubação acidental (1 - 11) (à beira do leito**								
FRE 1	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
FRE 5	11	40,7	5	56,0	8	80,0	3	75,0
FRE 9	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
FRE 1 e FRE 5	10	37,0	2	22,0	2	20,0	1	25,0
FRE 1 e FRE 2	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
FRE 11	1	3,7	2	22,0	0	0,0	0	0,0
Necessita de contenção?								

Variável	Dia 1		Dia 2		Dia 3		Dia 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Sim	17	62,9	7	77,8	7	70,0	2	50,0
Não	10	37,0	2	22,2	3	30,0	2	50,0
Está contido?								
Sim	17	100	7	100	7	100	2	100
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Havia prescrição de cuidados?								
Sim	13	48,1	4	44,4	6	60,0	3	75,0
Não	14	51,9	5	55,6	4	40,0	1	25,0
Está checada? (S / N)								
Sim	9	33,3	4	44,4	2	20,0	2	50,0
Não	18	66,7	5	55,6	8	80,0	2	50,0

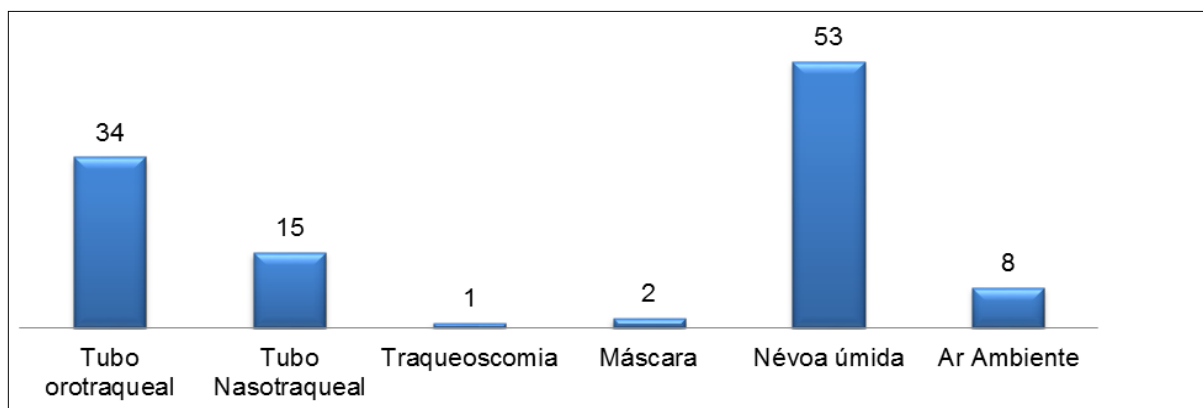
Fonte: A autora (2013)

*TO (Tubo Oro-Traqueal); TN (Tubo Naso-Traqueal); NU (Névoa Úmida); AA (Ar Ambiente); Ms (Máscara); TT (Traqueostomia).

**FRE1 (agitação motora); FRE2 (confusão mental); FRE3 (déficit sensitivo); FRE4 (distúrbio neurológico); FRE5 (uso de sedativo ou pós sedação); FRE6 (fixação incorreta da cânula endotraqueal); FRE7 (pressão inadequada do cuff da cânula); FRE8 (uso incorreto do suporte para extensões e circuitos ventilatórios); FRE9 (transferência maca/maca, maca/cadeira...); FRE10 (sem registro para o motivo); e FRE 11 (não identificado para fator de risco).

Nas 113 observações à beira do leito, 50 (44,4%) foram a pacientes intubados, sendo que, nesses, os dispositivos utilizados com maior frequência foram o tubo orotraqueal (68%) e o tubo nasotraqueal (30%). Dentre todas as observações, 8 pacientes (7,0%) não estavam sob qualquer tipo de terapia ventilatória, pois respiravam espontaneamente. Além disso, em combinação com outras terapias, em 2 observações (1,7%) os pacientes estavam utilizando máscara e 53 (47%) utilizavam névoa úmida. Dessa forma, estavam sob utilização de ventilação mecânica 52 pacientes (46%), conforme pode ser observado no Gráfico 8.

Gráfico 8 - Distribuição do tipo de terapia ventilatória utilizada com maior frequência no período de observação. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.

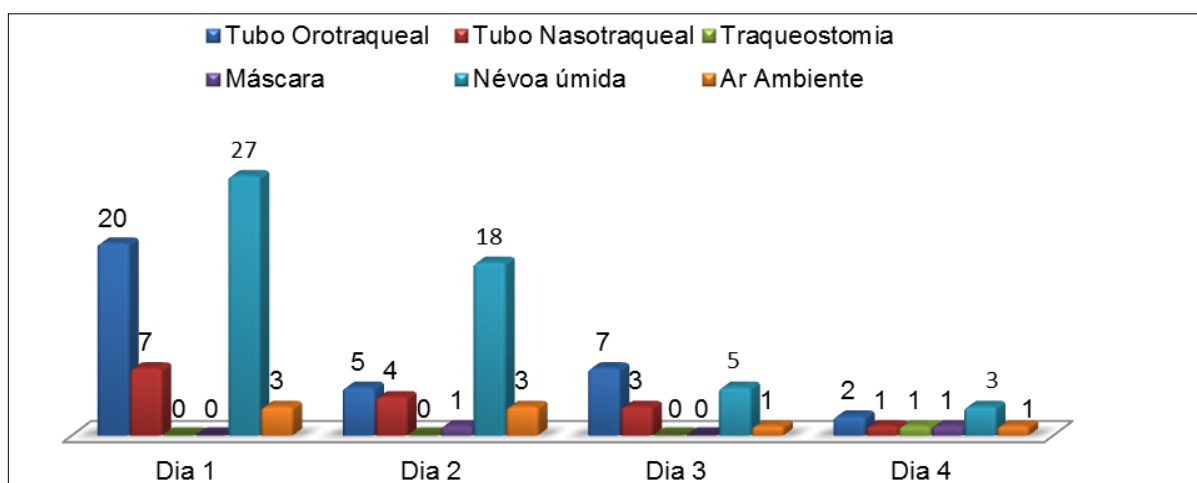


Fonte: A autora (2013)

Ficou evidenciado nesta pesquisa que a maioria dos pacientes permaneceram, em média, um dia intubados. Sendo que o número de pacientes que evoluiu para uma piora do quadro clínico e necessitaram, assim, de traqueostomia foi de apenas um caso.

No Gráfico 9 é apresentada a distribuição diária do uso de dispositivos ventilatórios.

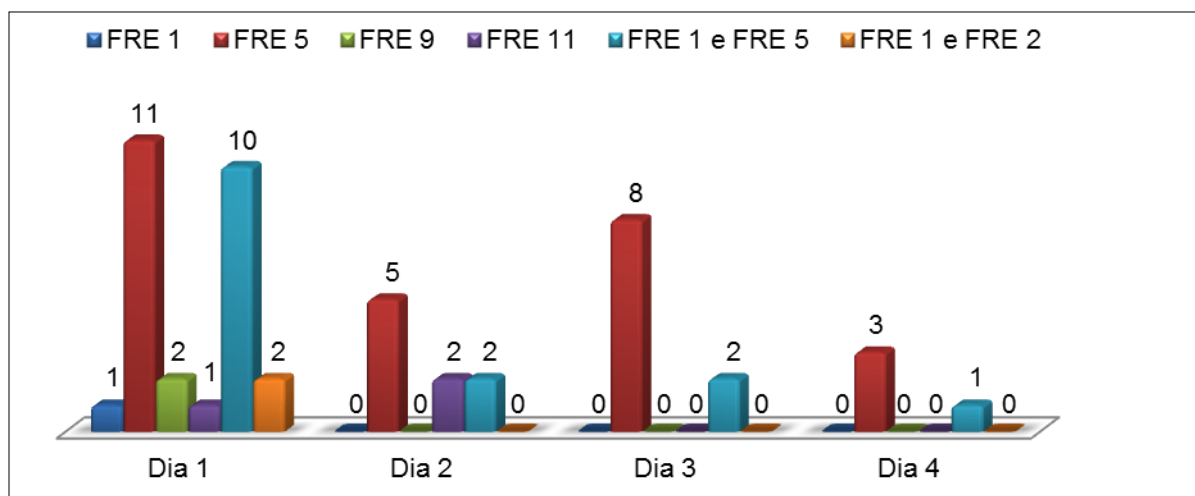
Gráfico 9 - Distribuição diária do uso das terapias ventilatórias. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013).

No Gráfico 10 é apresentada a distribuição da ocorrência dos principais fatores de riscos para extubação acidental conforme os dias de internação. Vale salientar que o paciente pode apresentar mais de um fator de risco associado.

Gráfico 10 - Fatores de risco para extubação acidental pontuados com maior frequência. Amostra de 50 observações, Curitiba, 2013.



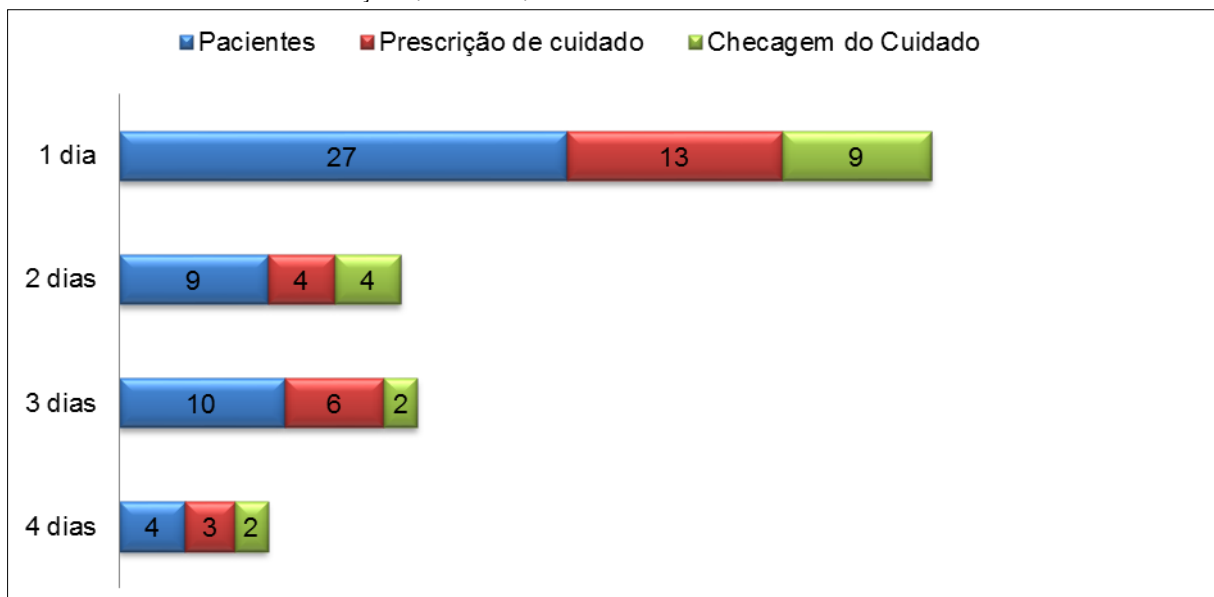
Fonte: A autora (2013)

Das 50 observações dos pacientes intubados, todos apresentavam um ou mais fatores de risco para extubação (FRE). Verifica-se, no Gráfico 10, a predominância do FRE5 – (uso de sedativo, ou pós-sedação) -, 27 observações (54%); e da combinação do FRE5 e FRE1 – (agitação motora) -, 15 observações (30%). Vale salientar que, embora o primeiro e o segundo dias dos pacientes intubados sejam críticos, houve uma predominância do FRE11 (não identificado para fator de risco).

Quanto à necessidade de contenção, das 50 observações realizadas aos pacientes intubados, apenas em 36 (66,0%) houve a necessidade de contenção e, desses, 100% estavam contidos.

Referente ao planejamento de cuidado ficou evidenciado que em nenhum dos quatro dias houve a prescrição de enfermagem realizada em 100% dos pacientes. Das prescrições realizadas apenas no segundo dia obteve-se a checagem de todos os cuidados. No Gráfico 11 pode ser visualizada a evolução das prescrições e a checagem de cuidados realizadas nas UTIs analisadas.

Gráfico 11 - Prescrições e checagens de enfermagem realizadas a pacientes Intubados. Amostra de 50 observações, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013)

A avaliação do indicador de extubação acidental (IEA) é definida pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH, 2006, p.13), a partir da seguinte equação:

Incidência de Extubação não Planejada de Cânula Endotraqueal

$$= \frac{\text{nº extubação não planejada}}{\text{nº paciente intubado/dia}} \times 100$$

$$\text{Cálculo do indicador} = \frac{0}{50} = 0\%$$

Considerando-se que, durante o período de observação, não houve nenhuma extubação acidental, o IEA encontrado foi de 0%.

5.3.4 Indicador – Perda de Sonda Gastroenteral

Na Tabela 5 são apresentadas as variáveis do Indicador de Perda de Sonda Gastroenteral, com relação à frequência e ao percentual de ocorrências durante as 113 observações.

Tabela 5 - Avaliação do Indicador – Perda de Sonda Gastroenteral. Curitiba, 2013.

Variável	Dia 1		Dia 2		Dia 3		Dia 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Paciente com sonda (S / N)								
Sim	9	15,8	5	16,1	10	62,5	7	77,8
Não	48	84,2	26	83,9	6	37,5	2	22,2
Tipo de Sonda (SOG, SNG, SOE, SNE)								
SNE	6	66,7	5	100,0	10	100,0	7	100,0
SNG	3	33,3						
Fatores de risco 1 para perda de sonda (1 - 12) (à beira do leito)*								
FRPS 1	2	22,2						
FRPS 3	5	55,6	5	100	5	50,0	5	71,4
FRPS 7					1	10,0	2	28,6
FRPS 1 e FRPS 4	1	11,1						
FRPS 4 e FRPS 6	1	11,1			4	40,0		
Esta fixada corretamente (S/N)								
Sim	9	100,0	5	100,0	9	90,0	5	71,4
Não					1	10,0	2	28,6
Havia prescrição de cuidados?								
Sim	2	22,2	4	80,0	5	50,0	3	42,9
Não	7	77,8	1	20,0	5	50,0	4	57,1
Está checada? (S / N)								
Sim	2	22,2	3	60,0	1	10,0	3	42,9
Não	7	77,8	2	40,0	9	90,0	4	57,1

Fonte: A autora (2013)

*SOG (Sonda Orogástrica); SNG (Sonda Nasogástrica); SOE (Sonda Oroenteral); SNE (Sonda Nasoenteral).

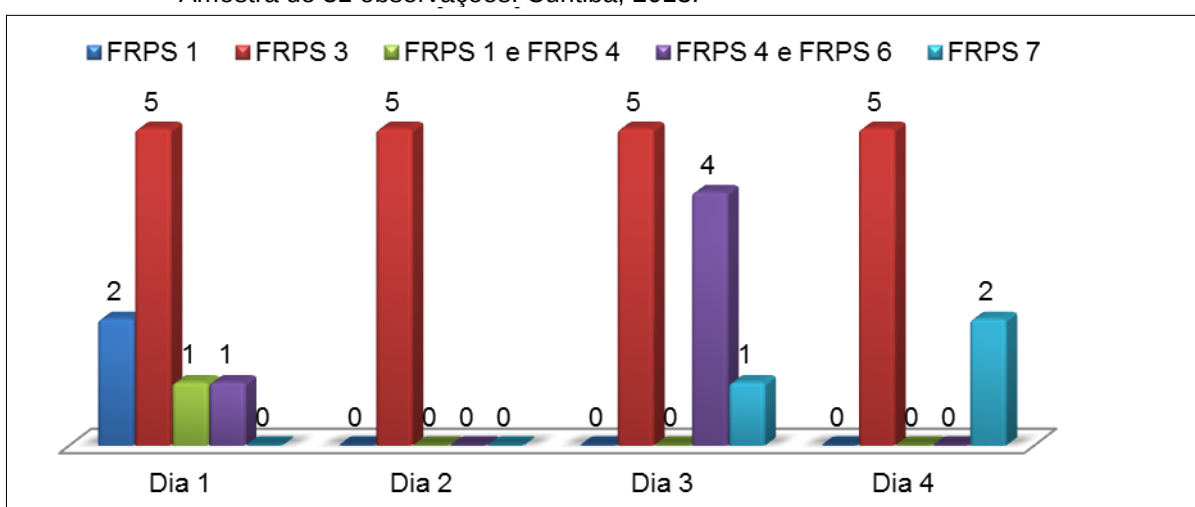
**FRPS1 (agitação motora), FRPS2 (confusão mental), FRPS3 (troca do curativo), FRPS4 (banho), FRPS5 (administração do medicamento), FRPS6 (durante mudança de decúbito), FRPS7 (transferência maca/maca, maca/cadeira), FRPS8 (obstrução da sonda), FRPS9 (deterioração da sonda), FRPS10 (outra condição), FRPS11 (sem registro para o motivo), FRPS12 (não identificado para fatores de risco).

Das 113 observações, em 31 delas (27,4%) os pacientes utilizaram sonda para aporte nutricional, em 28 (90%) sonda nasoenteral, e em 3 (10%) sonda nasogástrica, não tendo nenhum paciente em utilização de sonda oroenteral e orogástrica.

A grande maioria estava com a fixação correta da sonda (90%), porém, no terceiro (um caso) e quarto (dois casos) dias identificou-se que alguns pacientes não estavam com esse aporte nutricional fixado corretamente.

Dentre os pacientes que utilizaram a sonda, todos apresentaram um ou mais fatores de risco. O fator pontuado com maior frequência foi o FRPS3, com 20 casos (64,5%), o FRPS4 e FRPS6 com 5 casos (16,1%), e o FRPS7 com 3 casos (22,5%), conforme pode ser melhor visualizado no Gráfico 12.

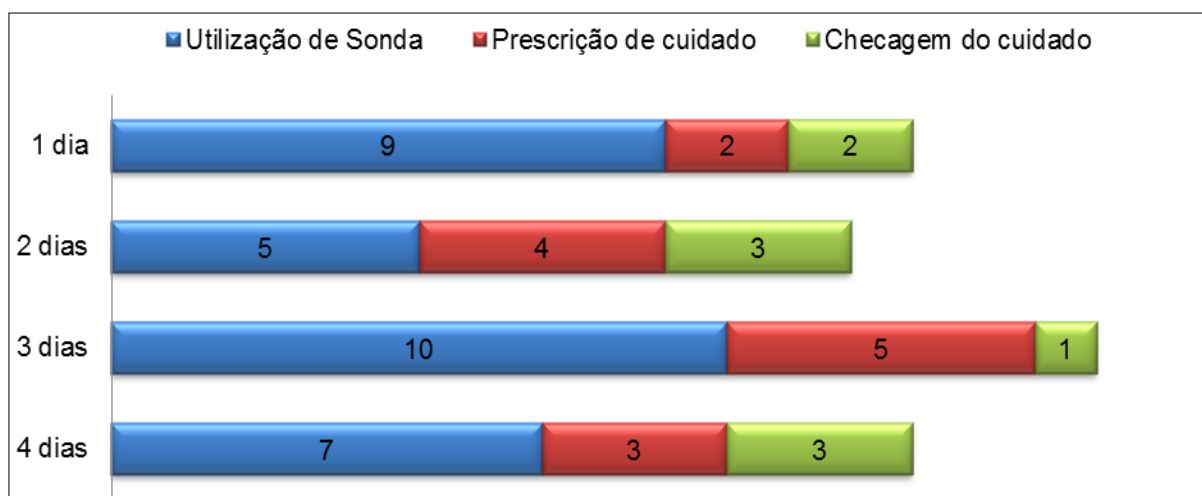
Gráfico 12 - Fatores de risco pontuados com maior frequência para perda de sonda gastroenteral. Amostra de 31 observações. Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013)

Em relação às prescrições de cuidados para o indicador de perda de sonda nutricional, foi observado que em nenhum dos dias houve 100% das prescrições de enfermagem realizadas. Além disso, apenas no primeiro e quarto dias houve a checagem de todos os cuidados que foram prescritos. No Gráfico 13 são apresentadas as prescrições realizadas e checadas com relação ao número de pacientes com uso de aporte nutricional.

Gráfico 13 - Prescrições e checagens de enfermagem realizadas para pacientes em uso de aporte nutricional. Amostra de 31 observações. Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013)

A avaliação do indicador de incidência de perda ou retirada acidental de sonda gastroenteral é definida pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH, 2006, p.14), a partir da seguinte equação:

$$\text{Incidência de Saída não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral} = \frac{\text{nº de saída não planejada de sonda Oro/Nasogastroenteral}}{\text{nº paciente Oro/Nasogastroenteral/dia}} \times 100$$

$$\text{Cálculo do indicador} = \frac{0}{31} = 0\%$$

Considerando-se que, durante o período de observação, não houve nenhuma perda ou retirada de sonda gastroenteral acidental, o IPS é de 0%.

5.3.5 Indicador – Queda do Leito

Na Tabela 6 são apresentadas as variáveis do Indicador Queda do Leito, com relação à frequência e ao percentual de ocorrências durante as 113 observações.

Tabela 6 - Avaliação do Indicador – Queda do Leito. Curitiba, 2013.

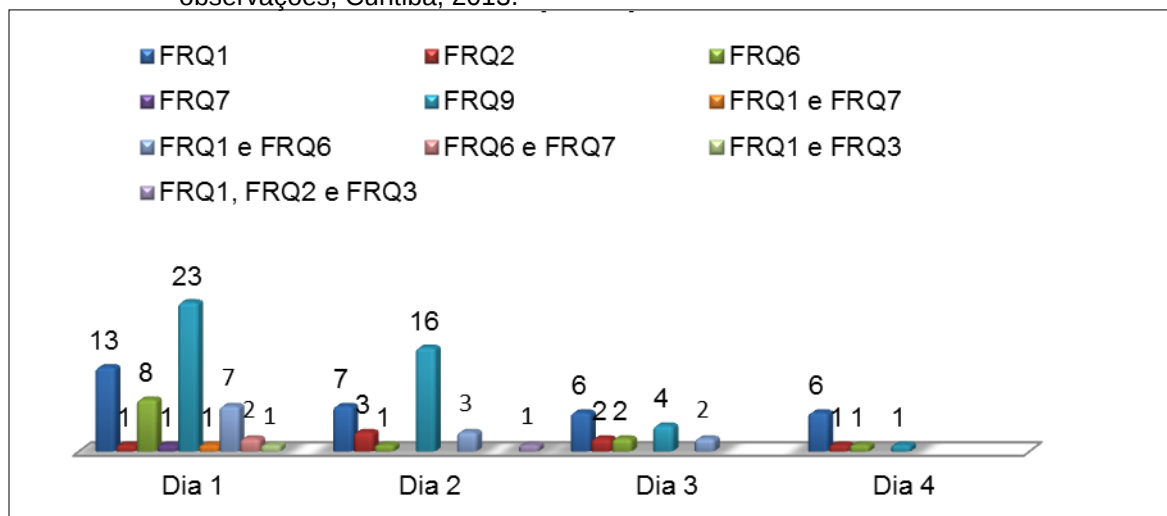
Variável	Dia 1		Dia 2		Dia 3		Dia 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Queda do leito (S / N)								
Sim								
Não	57	100,0	31	100,0	16	100,0	9	100,0
Fatores de risco 1 para queda do leito (1 - 9) (á beira do leito)*								
FRQ 9	23	40,4	16	51,6	4	25,0	1	11,1
FRQ 1	13	22,8	7	22,6	6	37,5	6	66,7
FRQ 2	1	1,8	3	9,7	2	12,5	1	11,1
FRQ 6	8	14,0	1	3,2	2	12,5	1	11,1
FRQ 7	1	1,8						
FRQ 1 e FRQ 7	1	1,8						
FRQ 1 e FRQ 6	7	12,3	3	9,7	2	12,5		
FRQ 6 e FRQ 7	2	3,5						
FRQ 1 e FRQ 3	1	1,8						
FRQ 1, FRQ 2 e FRQ 3			1	3,2				
Havia prescrição de cuidados?								
Sim	4	7,0	6	19,4	4	25,0		
Não	53	93,0	25	80,6	12	75,0	9	100,0
Está checada? (S / N)								
Sim	2	3,5	6	19,4	4	25,0		
Não	55	96,5	25	80,6	12	75,0	9	100,0
As grades estão elevadas? (S / N)								
Sim	52	91,2	28	90,3	13	81,3	9	100,0
Não	5	8,8	3	9,7	3	18,8		

Fonte: A autora (2013)

*FRQ1 (idade maior de 65 anos), FRQ2 (agitação motora), FRQ3 (confusão mental), FRQ4 (déficit sensitivo), FRQ5 (distúrbio neurológico), FRQ6 (uso de sedativo ou pós-sedação), FRQ7 (transferência maca, maca/maca, cadeira...), FRQ8 (dificuldade de marcha), FRQ9 (não identificado para fator de risco).

Das 113 observações, 44 (38,9%) não apresentaram fator de risco para queda. Para as demais observações, os fatores de risco pontuados com maior frequência foram o FRQ1 (idade maior de 65 anos), o FRQ6 (uso de sedativos ou pós-sedação), e o FRQ7 (transferência das macas e cadeiras). Cabe salientar que, durante a observação, pôde-se avaliar que alguns pacientes tiveram mais de um fator de risco associados, conforme pode ser observado no Gráfico 14.

Gráfico 14 - Fatores de risco para queda do leito pontuados com maior frequência. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.



Fonte a Autora (2013).

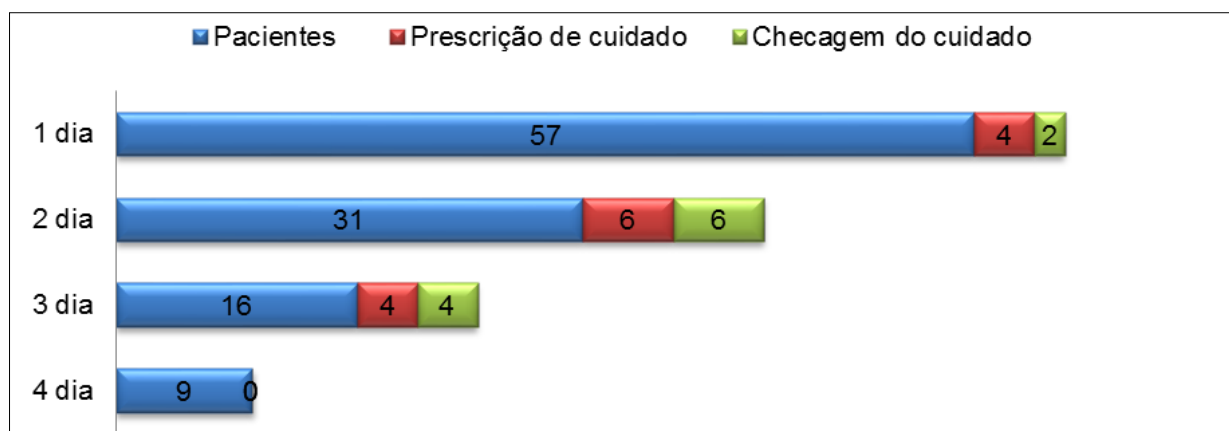
Quanto à observação da elevação das grades, foi possível evidenciar que, das 113 observações, 102 (99,1%) estavam com as grades elevadas. No entanto, apenas no quarto dia de observação foi evidenciado 100% desse cuidado correto.

Nas observações referentes às prescrições de cuidado, 14 (12,4%) tinham prescrições realizadas, sendo que eram referentes ao primeiro, segundo e terceiro dias. No quarto dia não foi realizada nenhuma prescrição ao paciente em nenhuma das UTIs.

Quanto às checagens dessas prescrições, somente no terceiro e quarto dias houve 100% delas, as quais foram realizadas pelos técnicos de enfermagem.

No Gráfico 15 é apresentada a evolução das observações realizadas frente às prescrições e checagem de enfermagem.

Gráfico 15 - Prescrições e checagens de cuidados de enfermagem realizados para prevenção de risco de queda do leito. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013).

A avaliação do indicador de incidência de quedas é definida pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH, 2006, p.12), a partir da seguinte equação:

$$\text{Incidência de Queda de paciente} = \frac{n^{\circ} \text{ de queda}}{n^{\circ} \text{ paciente/dia}} \times 1000$$

$$\text{Cálculo do indicador} = \frac{0}{113} = 0\%$$

Considerando-se que, durante o período de observação, não houve nenhuma queda de paciente, logo o IQP é de 0%.

5.3.6 Indicador – Flebite em Acesso Venoso Periférico

Na Tabela 7 são apresentadas as variáveis avaliadas do Indicador Flebite em Acesso Venoso Periférico, frente à frequência e ao percentual realizados durante as 113 observações.

Tabela 7 - Avaliação do Indicador – Flebite em Acesso Venoso Periférico. Curitiba, 2013.

Variável	Dia 1		Dia 2		Dia 3		Dia 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Flebite em AVP (S / N)								
Sim								
Não	57	100,0	31	100,0	16	100,0	9	100,0
Data do AVP – Identificado na fixação? (S / N)								
Sim	39	68,4	21	67,7	12	75,0	8	88,9
Não	18	31,6	10	32,3	4	25,0	1	11,1
Local da punção venosa (CC, UI, UTI, PS, SR)*								
SR	18	31,6	10	32,3	4	25,0	1	11,1
CC	26	45,6	13	41,9				
UTI	13	22,8	8	25,8	12	75,0	8	88,9
Realizada troca de fixação? (S / N)								
Sim	12	21,1	11	35,5	8	50,0	7	77,8
Não	45	78,9	20	64,5	8	50,0	2	22,2
Fatores de risco 1 para flebite (1 - 8) (á beira do leito) **								
FRF8	30	52,6	11	35,5	6	37,5	4	44,4
FRF1	14	24,6	9	29,0	5	31,3	4	44,4
FRF3	1	1,8	1	3,2	3	18,8	1	11,1
FRF7	3	5,3	3	9,7				
FRF1 e FRF7	7	12,3	4	12,9	1	6,3		
FRF1 e FRF3	1	1,8	1	3,2				
FRF1 e FRF2	1	1,8	2	6,5	1	6,3		
Havia prescrição de cuidados?								
Sim	17	29,8	17	54,8	12	75,0	7	77,8
Não	40	70,2	14	45,2	4	25,0	2	22,2
Está checada? (S / N)								
Sim	15	26,3	13	41,9	10	62,5	5	55,6
Não	42	73,7	18	59,1	6	37,5	4	44,4

Fonte: A autora (2013)

*CC (Centro Cirúrgico); UI (Unidade de Internação); UTI (Unidade de Terapia Intensiva); OS (Pronto Socorro); SR (Sem Registro).

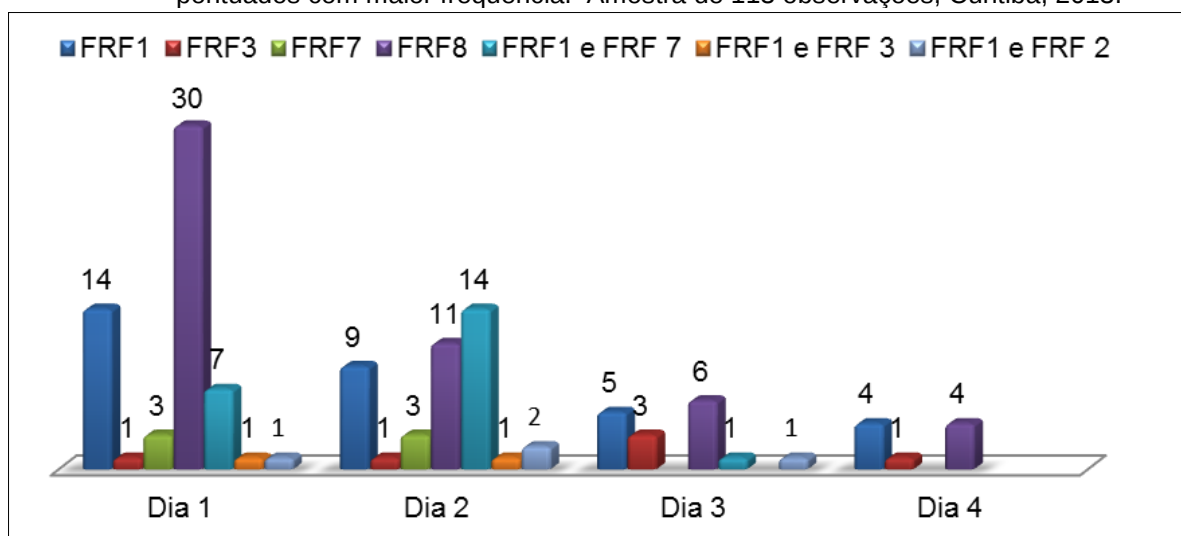
**FRF1 (infusão de solução hipertônica), FRF2 (dispositivo intravenoso de grande calibre), FRF3 (local da punção inadequada), FRF4 (mesmo local em nova punção), FRF5 (acesso superior a 96 horas), FRF6 (fixação incorreta do AVP), FRF7 (curativo do AVP sujo) e FRF8 (não identificado para fator de risco).

Durante as observações, não foi identificada nenhuma ocorrência de flebite.

Quanto à identificação na fixação dos acessos, das 113 observações, 80 (70,7%) estavam identificadas, sendo que 41 (32,8%) foram realizadas nas UTIs cardiológicas, e 39 (31,2%) no centro cirúrgico.

Ao avaliar os fatores de risco para flebite foi possível verificar que 51 observações (45,1%) não foram identificadas para fator de risco FRF8. As demais evidenciaram que em todos os dias houve uma incidência significativa do FRF1, inclusive associado ao FRF2, FRF3 e FRF7. Cabe ressaltar que, durante as observações, pôde-se avaliar que alguns pacientes tiveram mais de um fator de risco associado, conforme pode ser observado no Gráfico 16.

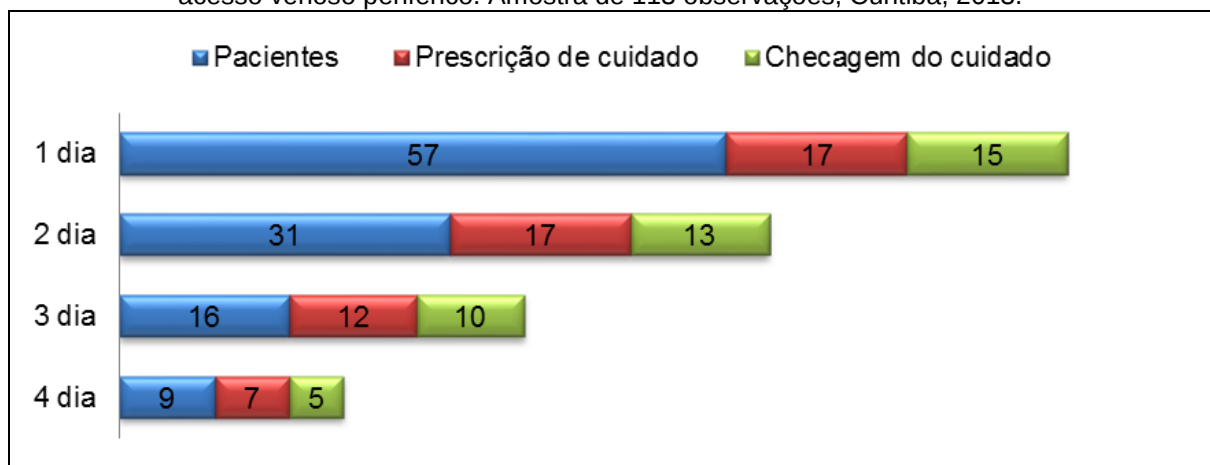
Gráfico 16 - Fatores de risco para desenvolvimento de flebite em acesso venoso periférico pontuados com maior frequência. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013)

Novamente, observa-se que um grande percentual das observações, 60 delas (53,0%), não tinha prescrição de cuidado e checagem realizada conforme preconizado, sendo que esse procedimento de cuidado teve maior incidência no primeiro e segundo dias da observação. Tal fato pode estar associado ao fator humano, ou seja, o enfermeiro responsável atende ao planejamento de cuidado com maior atenção. No Gráfico 17 pode-se observar o fluxo desse planejamento.

Gráfico 17 - Prescrições e checagens de enfermagem realizados para prevenção de flebite em acesso venoso periférico. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013)

A avaliação do indicador de incidência de flebite em acesso venoso periférico é calculada pela equação fornecida pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH, 2006, p.17):

$$\text{Incidência de Flebite} = \frac{\text{nº de casos de flebite}}{\text{nº pacientes/dia com acesso venoso periférico}} \times 100$$

$$\text{Cálculo do indicador} = \frac{0}{113} = 0\%$$

Durante a observação não foi identificado nenhum caso de flebite, dessa forma, o Indicador de Flebite em AVP nas UTIs é de 0%.

5.3.7 Indicador– Incidência de Úlcera por Pressão

Na Tabela 8 são apresentadas as variáveis do indicador avaliado, com relação à frequência e ao percentual realizados durante as 113 observações.

Tabela 8 - Avaliação do Indicador – Incidência de Úlcera por Pressão. Curitiba, 2013.

Variável	Dia 1		Dia 2		Dia 3		Dia 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
UP`S (S / N)								
Sim	1	1,8	2	6,5	3	18,8	0	0,0
Não	56	98,2	29	93,5	13	81,3	9	100,0
Local da UP (RO / RS / RT / RM / RC / OR) *								
OR	1	100,0	1	50,0	1	33,3		
RC			1	50,0	1	33,3		
RS					1	33,3		
Grau de risco para UP de Braden (nº B / M / A) **								
B	57	100	31	100	16	100	9	100,0
M								
A								
Estágio da UP da NPUAP (I - IV) **								
B	1	100	2	100	3	100	0	100
M								
A					1	4,5		
Havia prescrição de medidas preventivas? (S / N)								
Sim	25	43,9	28	90,3	13	81,3	7	77,8
Não	32	56,1	3	9,7	3	18,8	2	22,2
Quais condutas? (MD / CO / MA / CT) ***								
Nenhuma	32	56,1	3	9,7	3	18,8	2	22,2
CO	4	7,0	6	19,4	2	12,5	2	22,2
MD	2	3,5	3	9,7	1	6,3		
MA	13	22,8	5	16,1	2	12,5	1	11,1
CO e MD	3	5,3	4	12,9	2	12,5	3	33,3
CO e MA	2	3,5	7	22,6	4	25,0		
CO, MA e MD	1	1,8	3	9,7	1	6,3	1	11,1
MD e MA					1	6,3		

Fonte: A autora (2013)

*RO (Região Occipital); RS (Região Sacra); RT (Região Trocantérica); RM (Região Maleolar); RC (Região Calcânea); OR (Outra Região).

**B (Baixo Risco); M (Moderado Risco); A (Alto Risco).

***MD (Mudança de Decúbito); CO (Coxin); MA (Massagem Corporal com Solução Hidratante; CT (Curativo).

Entre as 113 observações, seis apresentaram úlcera por pressão (5,3%), subdivididas em: um caso (16,6%) em região sacra (RS) no primeiro dia; dois casos (33,4%) em região do calcâneo (RC) no segundo dia; e três casos (50,0%) na região da orelha (OR).

Através da classificação da Escala de Braden (ANEXO C) pode-se avaliar o grau de risco dos pacientes para desenvolver úlceras por pressão. Em 100% dos casos observados o grau de risco foi baixo.

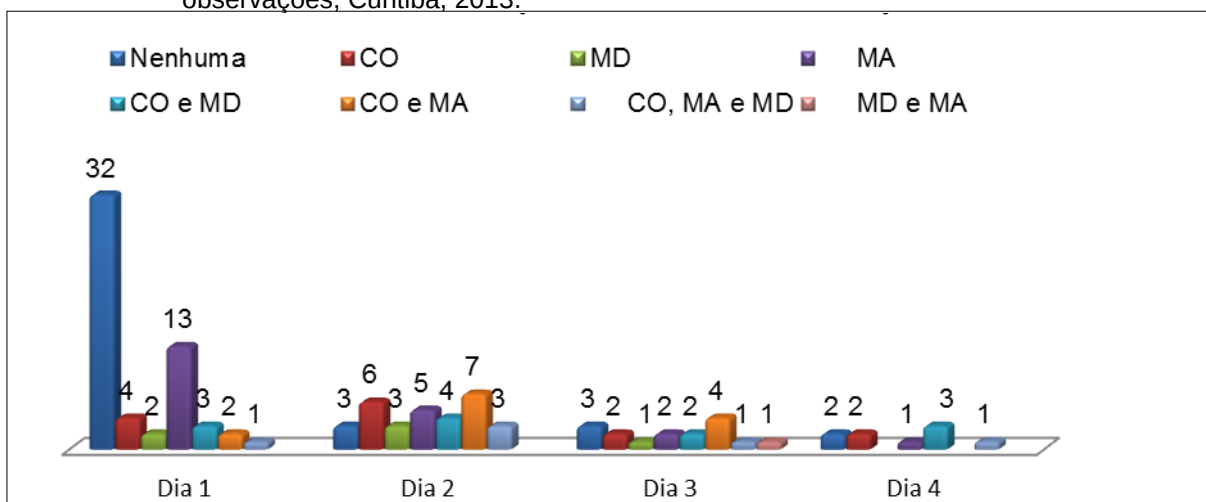
Conforme os parâmetros do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP,1989), o estágio das UP identificadas foi de Grau I em 100% dos casos.

Referente à prescrição de medidas preventivas para a prevenção de UP ficou evidenciado que em 73 observações (64,6%) havia prescrições de cuidados realizados. Dentre essas prescrições, as principais medidas utilizadas para prevenção foram: massagem corporal com solução hidratante (MA) em 21 observações (18,5%) e uso de coxin (CO) em 14 delas (12,3%).

Cabe salientar que em um número significativo de observações - 40 (35,3%) - não havia medidas preventivas prescritas. Dessas, a maior incidência foi no primeiro dia, pois em 32 observações (28,3%) não havia sido prescrita nenhuma medida.

O Gráfico 18 apresenta a distribuição dos cuidados prescritos e realizados pelos profissionais da equipe de enfermagem aos pacientes observados.

Gráfico 18 - Medidas preventivas prescritas para prevenção de úlcera por pressão. Amostra de 113 observações, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013)

Para avaliar o indicador de incidência de casos novos de UP foi utilizada a equação proposta pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH, 2006, p.15), específica para a UTI adulto:

Incidência de UP UTI Adulto

$$= \frac{\text{nº de casos novos de pacientes com UP em um determinado período}}{\text{nº de pessoas expostas ao risco de adquirir UP no período}} \times 100$$

$$\text{Cálculo do indicador} = \frac{6}{57} = 10,5\%$$

O IUP identificado no estudo foi de 10,5%, pois foram detectados 6 casos de UP.

5.3.8 Indicador– Medidas Preventivas para Controle de Infecção do Trato Urinário Relacionada ao Cateter Vesical de Demora

Na Tabela 9 são apresentadas as variáveis do indicador avaliado, com relação à frequência e ao percentual realizados durante as 113 observações.

Tabela 9 - Avaliação do Indicador – Medidas Preventivas para Controle de Infecção do Trato Urinário Relacionado ao Cateter Vesical de Demora. Curitiba, 2013.

Variável	Dia 1		Dia 2		Dia 3		Dia 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
ITU diagnosticada? (S/N)								
Sim								
Não	57	100,0	31	100,0	16	100,0	9	100,0
Total	57	100,0	31	100,0	16	100,0	9	100,0
Paciente com CVD? (S/N)								
Sim	43	75,4	28	90,3	15	93,8	8	88,9
Não	14	24,6	3	9,7	1	6,3	1	11,1
Foi identificada? (S/N)								
Sim	29	67,4	22	78,6	9	60,0	6	75,0
Não	14	32,6	6	21,4	6	40,0	2	25,0
Local em que a CVD foi passada (PS / CC / UI / UTI / SR)*								
CC	23	53,5	18	64,3	7	46,7	3	37,5
UTI	6	14,0	4	14,3	2	13,3	3	37,5
SR	14	32,6	6	21,4	6	40,0	2	25,0
Esta Fixada? (S/N)								
Sim	21	48,8	16	57,1	9	60,0	5	62,5
Não	22	51,2	12	42,9	6	40,0	3	37,5

Variável	Dia 1		Dia 2		Dia 3		Dia 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Está fixada adequadamente? (S/N)								
Sim	16	37,2	15	53,6	8	53,3	5	62,5
Não	27	62,8	13	46,4	7	46,7	3	37,5
Sistema de drenagem corretamente fechado? (S/N)								
Sim	43	100,0	28	100,0	15	100,0	8	100,0
Não								
Posicionamento adequado da bolsa coletora? (S/N)								
Sim	43	100	28	100,0	15	100,0	8	100,0
Não								
Fluxo urinário desobstruído? (S/N)								
Sim	43	100,0	27	96,4	13	86,7	7	87,5
Não			1	3,6	2	13,3	1	12,5
Havia prescrição de cuidados? (S/N)								
Sim	17	39,5	22	78,6	12	80,0	7	87,5
Não	26	60,5	6	21,4	3	20,0	1	12,5
Está checada? (S/N)								
Sim	16	37,2	22	78,6	11	73,3	6	75,0
Não	27	62,8	6	21,4	4	26,7	2	25,0

Fonte: A autora (2013)

*PS (Pronto Socorro); CC (Centro Cirúrgico); UI (Unidade de Internação); UTI (Unidade de Terapia Intensiva); SR (Sem Registro).

Das 113 observações realizadas durante os 22 dias, não foi identificado nenhum caso de ITU, embora a grande maioria dos pacientes estivessem em uso de cateterismo vesical de demora (CVD), mais precisamente, 94 das observações (83,1%).

Das observações realizadas aos pacientes em uso de CVD, em 51 delas (54,2%) as sondas estavam fixadas, mas somente 44 delas (46,8%) estavam fixadas corretamente. Cabe salientar que havia um número significativo dos pacientes sem fixação adequada - 50 (53,1%).

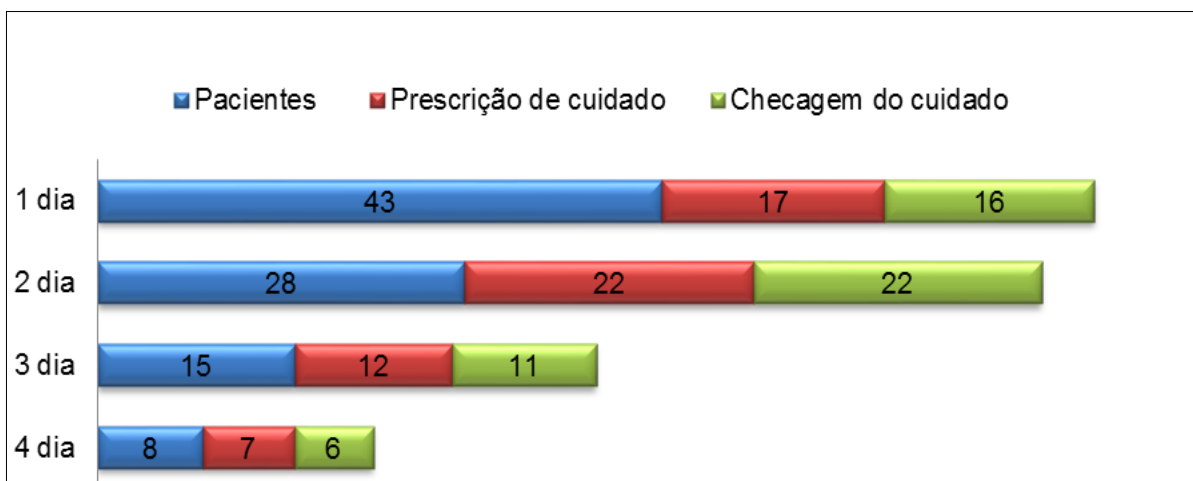
Quanto ao local em que as sondas foram passadas, em 51 deles (54,2%) havia identificação do Centro Cirúrgico (CC), em 15 (15,9%), da UTI, e em 28 (29,7) não havia identificação do local, um dado preocupante, já que a identificação do local em que a sonda foi passada deve ser obrigatória.

Sobre o fechamento adequado do sistema de drenagem e posicionamento da bolsa coletora, 100% dos casos observados apresentavam o procedimento correto.

No entanto, quanto à desobstrução do fluxo urinário ficou evidenciado que em 4 observações (4,3%) a sonda estava obstruída, o que corresponde a 95,7% de sondas não obstruídas. Comparando-se esse resultado aos achados de Venturi (2009), que foi de 97,32% compreende-se que o percentual encontrado nesta pesquisa é sensivelmente menor.

Por fim, observou-se que referente às prescrições de cuidado de pacientes em uso de CVD, em 58 (51,3%) havia prescrições realizadas; dessas, 55 (48,6%) foram checadas pelos técnicos de enfermagem. Esses dados podem ser melhor observados no Gráfico 19.

Gráfico 19 - Prescrições e checagens de enfermagem realizadas para pacientes em uso de CVD. Amostra de 94 observações, Curitiba, 2013.



Fonte: A autora (2013)

Para calcular o indicador relativo à fixação adequada do cateter uretral/vesical, foi utilizada a seguinte equação (FERNANDES, LACERDA, HALLAGE, 2006, p. 180-182):

$$\frac{\text{Total de CVD com fixação adequada}}{\text{Total de CVD avaliado}} \times 100$$

$$\text{Calculo do Indicador IFA} = \frac{44}{94} = 46,8\%$$

O número de fixações adequadas identificadas nas UTIs, no período de 22 dias, foi de 44 fixações corretas em 94 pacientes observados em uso de CVD. O índice de fixações adequadas (IFA) encontrado, conforme avaliado, foi de 46,8%.

Na avaliação do indicador relativo ao sistema de drenagem fechado, o valor encontrado foi de 100%, conforme obtido pela equação seguinte equação (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006, p. 180-182):

$$\frac{\text{Total de CVD com sistema de drenagem fechada}}{\text{Total de CVD avaliados}} \times 100$$

$$\text{Cálculo do Indicador} = \frac{94}{94} = 100\%$$

Do mesmo modo, o índice de posicionamento adequado da bolsa coletora de urina assumiu o percentual de 100% correto.

$$\frac{\text{Total de CVD com posicionamento adequado da bolsa coletora de urina}}{\text{Total de CVD avaliados}} \times 100$$

$$\text{Cálculo do indicador} = \frac{94}{94} = 100\%$$

Em relação à desobstrução do fluxo urinário ficou evidenciado que, das 94 observações em pacientes com CVD, 90 delas estavam com sistema desobstruído; com isso, o índice corresponde a 95,7%.

$$\frac{\text{Total de CVD com fluxo urinário desobstruído}}{\text{Total de CVD avaliados}} \times 100$$

$$\text{Cálculo do indicador} = \frac{90}{94} = 95,7\%$$

Foi identificada a ocorrência de 4 casos (4,3%) de obstruções urinárias.

6 DISCUSSÃO

6.1 HABILIDADES DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

6.1.1 Perfil dos enfermeiros das UTIs cardiológicas

Identificou-se no estudo que o quantitativo de enfermeiros assistenciais atuantes nas UTIs, por número de leitos, não é o suficiente, considerando-se que as unidades observadas possuem nove leitos para a UTI Cardiológica I (mais três leitos de isolamento) e nove leitos na UTI Cardiológica II (mais dois leitos de isolamento). Tal constatação corresponde à não conformidade em relação ao artigo quinto da Resolução n.º 293/2004 COFEN, que trata da distribuição do percentual total dos profissionais enfermeiros para a assistência intensiva, o qual deve ser de 52% a 56%, ou seja, uma proporção de 2/10. Assim, percebe-se que o número de enfermeiros lotados nas UTIs não é satisfatório para a realização de um atendimento seguro e com qualidade.

O número reduzido de enfermeiros no atendimento em UTI faz com que muitas atividades exclusivas desse profissional passem a ser executadas por pessoal de nível técnico, sem a qualificação necessária, o que compromete a qualidade da assistência de enfermagem oferecida, podendo causar danos à saúde do paciente (PORTO; FIGUEIREDO, 2009, p. 203). Além disso, a adequação do número de profissionais é fundamental para reduzir a morbidade e a mortalidade de pacientes (PEREIRA, 2009).

Cabe ao enfermeiro manter um posicionamento consistente frente à instituição, assumindo sua função de gerente do cuidado. Mazur, Labronici e Wolff (2007, p.374) sugerem que a argumentação do enfermeiro seja embasada no princípio ético universal da beneficência dos profissionais de enfermagem e na legislação profissional vigente, pois, dessa forma, será possível melhorar as condições de trabalho da categoria.

Esse princípio, segundo Mazur, Labronici e Wolff (2007, p. 374):

refere-se às ações que devem ser implementadas na tentativa de se promover o bem aos pacientes. Porém, ainda que o profissional deseje trabalhar embasado em seus preceitos éticos, nem sempre consegue, devido à impossibilidade de realizar os cuidados necessários, uma vez que

requerem a sua presença junto ao paciente para se efetivarem. Esta não pode ser viabilizada devido ao fato dele estar responsável por uma quantidade excessiva de pacientes ao mesmo tempo, ou não ter condições de trabalho (recursos materiais, físicos e tecnológicos) para tal.

A Unidade de Terapia Intensiva requer um atendimento especializado, pois trata-se de um local onde são prestados atendimentos a pacientes críticos e de alta complexidade, o que exige do profissional de enfermagem capacitação específica nos mais diversos procedimentos da assistência.

Desse modo, possuir especialização na enfermagem tem se mostrado cada vez mais necessário devido ao avanço das tecnologias e à modificação rápida e constante nos conhecimentos acerca da qualidade do atendimento na área da saúde. Com isso, tornam-se imperativas a atualização e a especialização, no que tange ao cuidado com o paciente crítico (PORTO; FIGUEIREDO, 2009).

Por conseguinte, a qualidade do atendimento na UTI está diretamente ligada à qualificação profissional desses enfermeiros (PORTO; FIGUEIREDO, 2009), pois a unidade requer desse profissional maior destreza e conhecimento das práticas desenvolvidas e, sobretudo, discernimento ao tomar decisões importantes para manutenção da vida do paciente (MARUDEIRA; VEIGA; SANTANA, 2000).

A realidade estudada pela presente pesquisa demonstra que, embora 80% dos enfermeiros sejam especialistas na área da enfermagem, apenas 50% possuem especialização na área de UTI, número que pode comprometer a qualidade do atendimento, se entendermos que uma equipe especializada poderá ter maior domínio e destreza de técnicas específicas, bem como tomadas de decisão rápidas, sempre que necessário.

Os resultados da pesquisa também evidenciaram que todos os entrevistados possuem interesse em se qualificar dentro da área da UTI cardiológica, o que demonstra satisfação e preocupação dos enfermeiros com o trabalho no setor. Entre os indicadores de qualidade em atendimento a unidades críticas, a qualificação profissional é um item fundamental e, dessa forma, a não observação a esse elemento sugere uma falta significativa no sistema de gestão da equipe de enfermagem.

É importante salientar que não somente a titulação de especialista é suficiente para classificar um profissional como capacitado, mas, também, sua trajetória profissional na área, de modo a valorizar suas experiências e vivências. Competem,

assim, ao coordenador a identificação e a melhor distribuição dentro da equipe de trabalho.

O tempo de experiência dos enfermeiros na assistência (60% possuem entre 5 e 10 anos) e a experiência exclusiva na área de UTI cardiológica (50%) são resultados que podem ser considerados oportunos para o alcance da excelência no atendimento, sendo fundamental identificar o nível de experiência do enfermeiro, por meio de uma gestão que contribua para o reconhecimento de quais ações de capacitação devem ser mobilizadas para a equipe.

Além de trabalharem na UTI cardiológica, 30% dos enfermeiros assistenciais exercem outra atividade laborativa: dois atuam como enfermeiros em outras instituições hospitalares no período noturno, em uma jornada de trabalho 12/36, e um como empresário fora da área da saúde. Este resultado corrobora o perfil predominante da enfermagem, caracterizado por altos índices de dupla jornada, a qual, na maioria das vezes, é justificada pelos salários insuficientes para o sustento da família (PAFARO; MARTINO, 2003). A própria característica do serviço hospitalar, com um sistema de plantões, permite duplos cargos e jornadas de trabalho (PITTA, 2003).

Esse índice de profissionais que fazem dupla jornada e atuam na UTI é importante, sobretudo em relação ao clima organizacional, já que estudos comprovam que a dupla jornada de trabalho acarreta consequências à saúde do trabalhador, refletindo-se no aumento do nível de estresse e na insatisfação pessoal pela sobrecarga de trabalho, entre outros (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

A esse respeito, Stacciarini e Tróccoli (2001) ressaltam que monitorar o índice de estresse e suas causas pode auxiliar na solução de algumas dificuldades encontradas na profissão, como desmotivação, improdutividade, absenteísmo, acidentes de trabalho e algumas doenças de ocupação.

6.1.2 Educação continuada

O treinamento introdutório consiste em um momento onde o funcionário recém contratado passa a conhecer seu novo ambiente de trabalho, ou seja, as lideranças diretas, seus direitos e deveres, rotinas e normas institucionais, bem como as responsabilidades e atribuições inerentes ao cargo, entre outros. No caso do atendimento em UTIs, esses conhecimentos são de fundamental importância,

pois, trata-se de um setor que presta atendimento ao paciente crítico e com especialidades.

O resultado da pesquisa evidenciou que 60% dos participantes não receberam treinamento introdutório ao serem admitidos na instituição, fato que demonstra falhas no sistema de gestão de pessoas e no processo de admissão. No entanto, os 40% que receberam treinamento introdutório declararam que tratava-se de conteúdos técnico-geral e técnico-específico de UTI, o que é um ponto positivo para o hospital, já que o profissional recém-contratado terá a oportunidade de compreender e organizar as novas condutas no cotidiano.

O treinamento para a introdução do profissional ao ambiente de UTI referente aos conteúdos técnico-geral e técnico-específico são fundamentais, pois é através desses que pode-se evitar os vícios e condutas inadequadas, bem como situar o profissional à rotina da unidade, adquirindo maior integração e conhecimento da instituição e de seu futuro setor de trabalho.

Ter experiência no ambiente da enfermagem permite considerar que a educação continuada é fundamental para a atualização do profissional. As novas tecnologias e avanços na área da saúde tem impulsionado as instituições a uma maior adequação quanto à atualização de seus profissionais, em um contexto onde a educação continuada passou a ser um direito individual e ao mesmo tempo, responsabilidade da instituição (KOIZUMI et al., 1998).

Quanto à participação ativa em treinamentos educativos promovidos pela instituição, 100% dos entrevistados afirmam que participam, o que demonstra que a instituição tem investido esforços para a manutenção da competência da equipe de enfermagem. No entanto, 20% deles indicam que são prejudicados devido à falta de tempo e aos horários inadequados da realização desses treinamentos, o que demonstra a necessidade de melhor adequação desse programa às condições de tempo para cumprimento dessas atividades. Essa afirmação é compatível com o descrito em Leite e Pereira (2001), pois a participação dos funcionários em programas de educação continuada está vinculada a uma prática onde se deve priorizar uma abordagem clara e facilitadora e oferecer aos profissionais condições adequadas para a sua participação.

Dentre os resultados apresentados (Gráfico 1), referentes às necessidades de aprendizagem nos programas de treinamento/educação, destacam-se as necessidades dos enfermeiros para aprimoramento, nos quesitos: desenvolvimento

de habilidades no relacionamento interpessoal; utilização de equipamentos; identificação da necessidade de cuidados ao paciente em UTI cardiológica; reflexão/discussão sobre dilemas éticos da prática assistencial, e capacidade para realizar determinadas técnicas.

Nesse sentido, percebe-se que as queixas dos profissionais de enfermagem evidenciam a necessidade de realizar um planejamento referente às principais atividades prestadas na UTI, uma vez que essas necessidades correspondem a condutas corriqueiras vivenciadas por eles, sendo fundamental que o planejamento e a elaboração da estrutura do programa de educação continuada atendam às necessidades pontuadas.

6.1.3 Supervisão

Uma análise na estrutura organizacional da equipe de enfermagem das UTIs cardiológicas permite concluir que este trata-se de um ambiente que preserva uma gestão horizontalizada. A importância da horizontalização no ambiente de enfermagem é explicada por Gelbckel e Leopardi (2004, p.2):

Os trabalhadores de enfermagem sentem também a necessidade de serem cuidados, valorizados e apontam a necessidade de relações mais horizontalizadas na equipe de enfermagem e com as instâncias hierárquicas. Trabalhar as relações interpessoais pressupõe entender o ser humano como sujeito, com emoções, desejos, pulsões. É um ser em relação, é humano e, neste sentido, parece soar estranho aos nossos ouvidos que este ser humano clame por humanização.

Percebe-se que nas UTIs cardiológicas a divisão do trabalho no sistema hierárquico é dinâmico e harmônico, sempre preservando as relações internas que valorizam o sujeito. Isso pode ser confirmado nos itens da pesquisa quanto à atividade que os supervisores prestam à equipe de enfermagem. Entre as respostas que receberam maior atenção, configuram-se o “aconselhamento” e a “escuta sobre problemas” como atributos importantes para as relações interpessoais que são vivenciadas no ambiente da enfermagem.

As atividades pontuadas com menor frequência, com relação às desempenhadas durante suas supervisões, são: planejamento do cuidado e acompanhamento de ações de cuidado. Tal constatação demonstrou ser preocupante, pois, nesse contexto, os enfermeiros que desempenham atividades de

supervisão tem como principal função acompanhar e planejar o trabalho da equipe no que tange ao cuidado, buscando, assim, a qualidade do serviço prestado, o que parece não estar acontecendo. Além disso, a supervisão da equipe de enfermagem é definida como competência privativa do enfermeiro, o qual deve seguir normativas do conselho profissional de modo a prestar o cuidado direto ao paciente crítico com efetividade.

Segundo Santos et al. (2009), o desenvolvimento de atividades de supervisão por enfermeiros requer domínio de habilidades técnicas (observação, orientação e avaliação das técnicas de assistência) e administrativas (planejamento, organização, coordenação, direção e controle), pois, sem essas habilidades será difícil cumprir os objetivos da supervisão. A não observação dessas atividades influencia de forma negativa a assistência prestada, pois o paciente é a própria fonte de prestação de cuidados e, também, o principal objetivo de se fazer enfermagem.

Vale salientar que a efetividade de uma supervisão é resultado do somatório de habilidades técnicas e pessoais. Consequentemente, o uso dos instrumentos e funções gerenciais possibilita ao enfermeiro gerenciar sua equipe adequadamente e conduzir a prestação de cuidados com a qualidade almejada (MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007). Dessa forma, ter conhecimento e domínio das competências deve ser considerado necessidade para o profissional enfermeiro, como corrobora Bork (2003), ao apontar que as competências definidas para o enfermeiro envolvem uma série de habilidades, destacando-se, entre elas, a interação entre conhecimento e prática, o pensamento crítico, a liderança e a capacidade de orientar a equipe, além da humanização ao paciente.

6.2 SÉRIES HISTÓRICAS DE INDICADORES RELACIONADOS AO APARATO TECNOLÓGICO, SERVIÇO E PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS UTIS CARDIOLÓGICAS

6.2.1 Séries históricas de indicadores

Conforme ficou evidenciado nos resultados da avaliação de indicadores de qualidade mensurados nas UTIs (Gráfico 3), pode-se perceber que os setores não trabalham com um programa implantado para mensurar e avaliar indicadores. A discrepância dos resultados obtidos foi significativa, o que justifica o

desconhecimento por parte de alguns profissionais dos indicadores, pois, ao serem questionados quanto à coleta de dados e mensuração para avaliação desses indicadores citados, os enfermeiros relataram que eram avaliados e mensurados por outros setores e profissionais da instituição, e que desconheciam os resultados obtidos periodicamente.

Nesse sentido, é preocupante constatar o posicionamento de alguns profissionais acerca desse instrumento, pois o desconhecimento de sua importância e utilização reflete-se diretamente na prestação do cuidado, sendo que os indicadores de qualidade em saúde são ferramentas que mensuram as condições de qualidade da assistência e a proporção de riscos a que a população de pacientes críticos está suscetível. A monitorização destes identifica a oportunidade de melhoria dos serviços a um custo razoável (VITURI; MATSUDA, 2009).

Cabe salientar que desenvolvimento e utilização dos indicadores de qualidade em saúde se constituem, no Brasil, como uma norma a ser seguida e que está regulamentada conforme o Artigo 48 da RDC n.º 7, e a Instrução Normativa de 24 de fevereiro de 2010, publicados no Diário Oficial da União, em 25 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010). Dessa maneira, a legislação guia os profissionais de enfermagem à luz dos dados básicos a serem mensurados. Porém, há outras etapas que também devem ser seguidas, entre elas, a revisão de literatura, a seleção de resultados e indicadores, a designação e avaliação/validade das especificidades dos dados e medidas e a realização de teste piloto (VIANA, 2011).

Enfim, mensurar e avaliar indicadores institucionais trata-se de um assunto sério e cauteloso, uma vez que o enfoque não é apenas a mensuração de dados, mas a avaliação da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, o que pode ser considerado sinônimo da vida que será propiciada a esses pacientes.

O hospital objeto desse estudo de caso não é creditado por nenhuma instituição relacionada à qualidade hospitalar, tampouco tem um sistema de gestão voltado para avaliação de indicadores. Dessa forma, o que pode ser percebido é que os enfermeiros não possuem a percepção da importância que eles têm na alimentação desses indicadores. Entendem esses indicadores como algo alheio a sua prática assistencial. Na vivência da coleta indagou-se a esses profissionais o local em que estes dados estavam, já que afirmou-se existir a mensuração de alguns indicadores; Porém, relatou-se que ficavam sob controle do setor da qualidade da instituição.

A esse respeito, Viana (2008) aponta que o enfermeiro deve ter uma visão global sobre o que está acontecendo em seu ambiente de trabalho, de modo a compreender que seu trabalho é uma parcela que influencia o resultado final dos indicadores de qualidade. Assim, a falta de reflexão sobre indicadores de qualidade faz com que o profissional não exerça uma prática consciente e focada nas falhas e necessidades identificadas no setor.

Garcia e Fugulin (2012) ressaltam que para que os indicadores sejam validados, é necessário que se siga sempre a mesma norma ou forma de medida, permitindo, deste modo, a comparabilidade. Além disso, os indicadores devem ser produzidos com regularidade, permitindo visualizar as tendências do tempo e nos dados, sem esquecer que os dados devem ser publicados para que qualquer pessoa tenha acesso facilmente.

Diante isso, é possível concluir que as unidades estudadas apresentam falhas relacionadas à avaliação de indicadores, pois os enfermeiros desconhecem a importância e a mensuração, como, também, os resultados dessa ferramenta frente à qualidade do cuidado.

6.2.2 Protocolos institucionais

A pesquisa evidenciou que não existem protocolos baseados em evidências clínicas, demonstrando um alerta para a prestação do atendimento de enfermagem, uma vez que os protocolos consistem em um instrumento pronto e fundamentado em leis e procedimentos e servem para auxílio e pesquisa dos profissionais no que tange às rotinas e técnicas utilizadas em seu dia-a-dia de trabalho.

Em um protocolo consta a descritiva de procedimentos que foram cientificamente comprovados como a melhor alternativa para a execução de uma determinada técnica ou conduta profissional. Assim, pode-se considerar que, ao utilizar o protocolo, o profissional tem um maior amparo legal e confiabilidade diante de uma situação adversa (GULLUM, 2010).

Quanto à importância dos protocolos, Gullum (2010) apresenta ainda um estudo que demonstra que existem muitas limitações para que os enfermeiros acessem e incorporem as evidências científicas em suas decisões na prática diária. Tal constatação justifica a resistência de alguns profissionais em utilizar e elaborar

esses documentos em suas rotinas de trabalho seja em nível individual ou organizacional.

Em uma pesquisa realizada com 1.500 enfermeiros em Alberta, no Canadá, denominada *Estabrooks* (PRAVIKOFF; TANNER; PIERCE, 2005), ficou identificado que as fontes de informação mais utilizadas por esses profissionais foram, por ordem de frequência: experiência (informações do paciente e experiência profissional pessoal); aprendizado obtido na escola de enfermagem; informações obtidas em programas de educação continuada ou manuais de políticas e procedimentos disponíveis no próprio local de trabalho; informações compartilhadas por colegas; informações obtidas com os médicos e pela intuição (sobre o que é adequado para o paciente). Os resultados não foram muito diferentes em outra pesquisa realizada sobre o tema (PRAVIKOFF; TANNER; PIERCE, 2005).

Com base nisso, é possível concluir que, como o hospital não dispõe de protocolos baseados em evidências clínicas, o enfermeiro tende a adotar procedimentos baseados em suas experiências pessoais, conhecimento técnico ou acadêmico ou então pela observação de outros profissionais, fazendo com que o hospital não tenha uma padronização da linguagem dificultando dessa forma a avaliação dos indicadores de risco.

Outra questão é levantada por Di Censo et al., (2010), que explica que as barreiras mais comumente apontadas, além da falta de tempo, para que os enfermeiros elaborem e incorporem a utilização de protocolos específicos em sua prática, incluem: dificuldade na interpretação e na compreensão dos resultados das pesquisas; ausência de suporte organizacional; ausência de habilidades; valorização; motivação; e crenças de que a enfermagem baseada em evidências impede a individualização da assistência.

Em síntese, percebe-se que os enfermeiros, embora identifiquem a necessidade de obter informações específicas para fonte de pesquisa, não encontram o apoio de que necessitam para aprender a buscar, avaliar e aplicar os resultados das pesquisas em seu ambiente de prática.

Ficou evidenciado, também, que não há existência de protocolo atualizado referente a medicamentos, instrumento fundamental para a segurança do paciente. Vários são os agravos que podem acontecer ao paciente durante a hospitalização, sendo que os relacionados ao sistema de medicação ocupam posição de destaque. A consequência desse tipo de evento para o paciente pode variar de ausência de

dano, até invalidez ou morte (REID-SEARL et al, 2003). A chance de um indivíduo hospitalizado morrer devido a erro de medicação é três vezes maior do que por acidente automobilístico (BERLIN et al., 1998).

Embora o enfermeiro não prescreva medicamentos, ele é o responsável por administrá-los com segurança. Assim, a realização da terapia medicamentosa, ou seja, o planejamento, o preparo e a administração do fármaco, executada pela enfermagem, não pode ser considerada como corriqueira, comum, simples, técnica básica ou outro adjetivo semelhante. Trata-se de uma prática complexa, que requer do profissional conhecimento de anatomia, fisiologia, farmacologia, bioquímica, dentre outras ciências.

A terapia medicamentosa é de responsabilidade multidisciplinar. O erro pode ocorrer em todos os momentos do processo, bem como ser interceptado por qualquer profissional envolvido. Assim, o protocolo de padronização de medicamentos atualizados é um instrumento fundamental para agilizar os processos internos, bem como assegurar a correta administração do medicamento ao paciente (PETERLINI; PEDREIRA; KUSAHARA, 2011).

As instituições devem elaborar protocolos para consulta dos profissionais contendo informações imprescindíveis sobre os medicamentos mais utilizados nas unidades. Esses instrumentos devem conter o nome do fármaco, a apresentação farmacêutica, a posologia, a via de administração, os tipos de soluções indicadas para reconstituição e diluição do fármaco, a concentração mínima após a diluição, o PH do medicamento, estabilidade após reconstituição e diluição, os tipos de acessórios indicados para a infusão do fármaco, dentre outras informações necessárias para a realização da prática com maior segurança (PETERLINI; PEDREIRA; KUSAHARA, 2011).

Os profissionais da enfermagem não estão cientes da constante inclusão de novos fármacos no mercado, os quais, muitas vezes, não estão acompanhados das informações imprescindíveis para a correta administração. Assim, há a necessidade da busca de informações sempre que um novo fármaco é inserido no protocolo de tratamento, para promover adequada assistência de enfermagem na administração da terapia intravenosa (PETERLINI; PEDREIRA; KUSAHARA, 2011).

Em resposta ao Procedimento Operacional Padrão (POP) para higiene das mãos, isolamento e precauções padrão, prevenção de infecção relacionada ao acesso vascular, trato urinário e respiratório, e intervenções de surto de infecção

hospitalar, dos 10 enfermeiros entrevistados, 90% responderam positivamente quanto à existência desse protocolo, o que é um ponto positivo para o hospital avaliado, já que esse é um protocolo de desfecho principal para controle da infecção hospitalar.

A realidade evidenciada nos setores não corresponde ao preconizado pela RDC n.º 07/2010 - ANVISA, pois os POPs existentes no local não foram elaborados com um olhar exclusivo às UTIs cardiológicas, mas para uso geral das unidades dentro da instituição.

Como confirma a RDC 07/2010 - art. 8º: cada unidade hospitalar deve dispor de registro de normas institucionais e rotinas de procedimentos assistenciais e administrativos, as quais devem ser acessíveis e disponibilizados para todos os profissionais da unidade (BRASIL, 2010).

O objetivo do POP é garantir a uniformidade na execução dos diversos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem em seus setores específicos de atuação, facilitando o monitoramento e as ações corretivas, bem como contribuir para melhorar as condições dos serviços dos estabelecimentos, devendo estar sob fácil acesso, visibilidade e conhecimento de cada um dos funcionários.

Considerando-se uma rede de serviços interligados voltados à assistência em situações agudas e críticas com risco de morte, o atendimento com qualidade torna-se pré-requisito para o êxito nos serviços de terapia intensiva, desafio a ser enfrentado por profissionais e gestores de saúde. Nesse sentido, a adequação da infraestrutura e a articulação entre os serviços, assim como a provisão de materiais, equipamentos e recursos humanos especializados, compõem a complexa rede que envolve o sistema de atendimento e de cuja engrenagem depende a segurança do paciente (VITURI, 2009).

6.2.3 Estrutura física e recursos técnicos das UTIs

Tratando-se de aparatos tecnológicos de suporte ao paciente das UTIs, mostra-se que existe um suporte adequado para prestação dos atendimentos. Assim, estão presentes 100% dos aparatos exigidos pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2009).

Juntamente com a necessidade de aprimorar a estrutura física e de recursos humanos em ambientes de UTIs, a busca pela qualidade do cuidado nessas

unidades apresenta um desafio aos enfermeiros: o manuseio da alta tecnologia, bem como o acompanhamento da evolução tecnológica desses equipamentos. Dessa forma, Lucena e Crosseti (2004) salientam que cabe ao enfermeiro manusear com conhecimento os equipamentos necessários ao desempenho de suas funções, sendo obrigação da instituição o adequado treinamento desses profissionais.

A estrutura físico-funcional das UTIs deve favorecer a manipulação segura dos equipamentos utilizados para dar suporte à vida dos pacientes, considerando-se as normas de operação destes, tanto em relação aos próprios pacientes, quanto aos profissionais de saúde, que os adotam como ferramentas indispensáveis para o desenvolvimento de suas atividades assistenciais. Assim, é de responsabilidade dos gestores prever e promover recursos humanos e materiais adequados à realidade desse processo de cuidar (MADUREIRA; VEIGA; SANTANA, 2000).

Atualmente, nota-se que o uso racional dos recursos tecnológicos possibilita a assistência mais precisa, com diagnósticos mais rápidos e de qualidade. Dessa forma, a UTI deve obedecer, na sua planta física, aos requisitos da Unidade de Terapia Intensiva determinados nas: RDC/ANVISA n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, e RDC/ANVISA n.º 307, de 14 de novembro de 2002, as quais dispõem sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde; e RDC/Anvisa n.º 189, de 18 de julho de 2003, que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no sistema nacional de vigilância sanitária, a qual altera o regulamento técnico aprovado pela RDC n.º 50 e dá outras providências.

Por fim, o atendimento ao paciente crítico requer ações dinâmicas e que vislumbrem a superação das dificuldades próprias do cuidado em enfermagem, que historicamente estão relacionadas aos processos sem planejamento e resistências pessoais e institucionais marcadas pela falta de planejamento estratégico e reduzida estrutura financeira que limitam substancialmente a qualidade da assistência.

6.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO – PACIENTES PÓS-CIRÚRGICOS CARDIOLÓGICOS

6.3.1 Perfil dos pacientes internados

O tempo de permanência dos pacientes nas UTIs avaliadas varia entre 1 e 4 dias, com maior concentração de pacientes internados com apenas 1 dia. Sabe-se que o pós-operatório imediato representa um período crítico e fundamental para preservar a saúde do paciente, demandando cuidado intensivo, o que exige da equipe de saúde observação contínua, tomada de decisão rápida e cuidados de alta complexidade (DUARTE et al., 2012). Nesse contexto, os cuidados devem ser voltados para assegurar e amenizar as complicações do pós-cirúrgico, como alterações dos níveis pressóricos, arritmias e isquemias, equilíbrio dos sistemas orgânicos e alívio da dor ou desconforto (DUARTE et al., 2012).

Todo trabalho de enfermagem prestado ao paciente pós-cirúrgico imediato, deve ter como objetivo a melhora rápida do paciente para que esse permaneça o menor tempo possível no setor, uma vez que o índice de infecção em UTIs é um fator preocupante para a saúde do paciente, bem como os custos relacionados ao internamento, já analisados em diversos estudos (HADDAD, 2006; DUARTE et al., 2012).

O diagnóstico médico encontrado com maior incidência, corresponde aos achados em diversos estudos com foco no pós-cirúrgico de cirurgia cardíaca. A cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RM) consiste em enxerto arterial coronário usando a veia safena autógena com o objetivo de isolar o vaso obstruído e, assim, restabelecer a perfusão da artéria coronariana (GALDEANO et al., 2003; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006; DUARTE et al., 2012).

Sua indicação é voltada a pacientes sintomáticos e que tenham intolerância ao tratamento medicamentoso. Também é recomendado nos casos de lesões importantes - e impossíveis de serem corrigidas com angioplastia - e infarto agudo do miocárdio. Como prevenção ou correção, ou por choque cardiogênico, bem como no tratamento das complicações do infarto agudo do miocárdio, na angina instável e piora do quadro clínico (SEIFERT, 1997 apud MEEKER; ROTHROCK, 1997).

6.3.2 Indicadores de qualidade das UTIs cardiológicas e riscos dos pacientes aos eventos adversos

6.3.2.1 Extubação accidental

As UTIs cardiológicas tem como característica prestar atendimento a pacientes pós-cirúrgicos cardiológicos, cujo diagnóstico encontrado com maior frequência no período de observação foi o pós-cirúrgico de revascularização do miocárdio.

O procedimento cirúrgico padrão da cirurgia de revascularização do miocárdio consiste em uma incisão vertical no peito (externotomia) (BRAUNWALD, 1986). Uma vez que as lesões causadas pela externotomia estão ausentes, percebe-se que a reabilitação cardíaca e hemodinâmica do paciente é mais rápida, o que reduz o período de permanência na UTI (PRYOR; WEBBER, 2002). Essa situação foi comprovada nos achados dessa pesquisa e os dados relatados na seção “Caracterização do paciente”, sendo que a média de permanência dos pacientes pós-cirúrgicos de revascularização do miocárdio foi de dois dias.

A revascularização do Miocárdio (RM) é um procedimento cirúrgico de grande porte e os pacientes estão sujeitos a vários tipos de complicações nos períodos trans e pós-operatórios, sendo suscetíveis, algumas vezes, à intubação, um método de suporte de vida bastante utilizado em pacientes no período de pós-cirúrgico imediato, exigindo da equipe de enfermagem cuidados especializados com o tubo endotraqueal e manuseio de respiradores micro-processados, evitando, assim, a extubação accidental.

Das 113 observações 50 (44,2%) relaciona-se a pacientes em uso de terapia ventilatória, cujas complicações pós-operatórias estão diretamente relacionadas aos fatores de risco para extubação citados com maior frequência: agitação motora, confusão mental, uso de sedativo ou pós-sedação. Esses fatores estão associados à condição do paciente, sendo que a grande maioria deles é proveniente do centro cirúrgico, advindos de cirurgias e encontrando-se sob efeito de sedação.

Cabe salientar que, entre os fatores de risco para extubação que não foram pontuados, destacam-se: fixação da cânula, uso incorreto de suporte para extensões e circuitos ventilatórios e a transferência maca/maca, maca/cadeira, o que demonstra que a equipe de enfermagem mantém, na maioria das vezes, atenção

quanto ao cuidado relacionado aos dispositivos de ventilação mecânica e manuseio do paciente.

Nesse contexto, pode-se dizer que um dos principais cuidados de enfermagem, para minimizar os fatores de risco para extubação acidental, é quanto à atenção da necessidade de contenção do paciente no leito, o que foi considerado ponto positivo para a equipe de enfermagem, pois 100% dos pacientes que obtinham prescrição médica para contenção no leito estavam contidos.

Quanto às prescrições, das 50 observações aos pacientes entubados 26 (52%) delas continham prescrições de cuidados elaborados pelo enfermeiro. Além disso, existe um percentual de profissionais que não checam essas prescrições, pois somente no segundo dia foi identificada a checagem de 100% das prescrições realizadas. Esse baixo índice de planejamento de cuidado se justifica pela não implementação da SAE nas UTIs, colocando assim os pacientes em risco.

A esse respeito, Horta (1979) explica que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) eleva a qualidade da assistência de enfermagem, beneficiando tanto o paciente, através de um atendimento individualizado com maior segurança e planejamento, como o enfermeiro, que terá um melhor desempenho em suas atividades diárias, com procedimentos amparados em protocolos validados.

Considerando-se que durante o período de observação não houve nenhuma extubação acidental, o IEA encontrado foi de 0%. Comparando esse resultado aos estudos de Dopico e Castelhães (2006) e de Venturi (2009), podendo ser melhor visualizados na Tabela 11, esse achado é relativamente positivo, pois está abaixo dos encontrados em UTIs gerais cujos resultados variaram entre 0,78% e 27%. Vale salientar que esses parâmetros de avaliação possuem tempos e número de observações diferentes e foram utilizados como referência quanto à incidência de extubação acidental.

Esse achado evidencia que a equipe de enfermagem mostra responsabilidade pelo cuidado prestado ao paciente em uso de dispositivos ventilatórios, mas não a exime, assim, da atenção quanto à necessidade de se elaborar um plano de cuidado para os pacientes em utilização desse dispositivo, o qual também pode prevenir a ocorrência dos eventos adversos.

6.3.2.2 Perda de sonda gastroenteral

Nas observações realizadas nas UTIs ficou evidenciada uma predominância do uso de sonda nasoenteral. Ortega et al. (2006) salienta a importância de iniciar esse suporte nutricional entre 24 e 48 horas após a admissão de pacientes hemodinamicamente instáveis, ou seja, precocemente. Esse procedimento deve ser utilizado para complementar a alimentação parenteral ou como único suporte nutricional, principalmente quando não há o funcionamento adequado do trato digestório (HEYLAND et al., 2003; LEYBA et al., 2005).

Segundo a Resolução RCD n.º 63/2000 (ANVISA, 2000), “o enfermeiro é responsável pela realização desse procedimento e pelas prescrições dos cuidados de enfermagem em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar” (parágrafo 5.6.1). Na pesquisa foi identificado que entre os fatores de risco para perda de sonda nutricional, pontuados com maior prevalência, estavam os fatores associados aos cuidados de enfermagem relacionados à troca do curativo, banho, mudança de decúbito e transferência maca/maca e maca/cadeira. Evidencia-se, com isso, a necessidade da observação cautelosa dos profissionais durante a prestação do cuidado, a fim de prevenir a perda desse dispositivo. Durante o período de observação não foi identificada nenhuma perda acidental de sonda para aporte nutricional, bem como nenhuma obstrução ou deterioração da sonda foi detectada.

Quanto à fixação da sonda, foram identificadas falhas na prestação desse cuidado em 10% dos pacientes observados, fato que denuncia que a equipe de enfermagem apresenta déficits quanto a esse cuidado prestado. Cabe salientar a importância da atenção frente a esse cuidado, pois a retirada acidental desse dispositivo acarreta malefícios à instituição (custos), à equipe de enfermagem (retrabalho), e ao paciente (complicações clínicas e retardo da alta hospitalar) (PETROS; ENGELMANN, 2006).

As prescrições de enfermagem e checagem de cuidados encontrados revelam a sua semelhança aos achados encontrados em outras pesquisas sobre perda de sonda nutricional, como em Travinski (2008) e Cárrion et al. (2000). Tal constatação, nos permite concluir que essa equipe de enfermagem executa os cuidados exigidos, porém não realiza um planejamento dos cuidados, o que influencia na qualidade do serviço prestado.

Considerando-se que no período de análise não houve nenhuma perda acidental de sonda nutricional, o IPS é de 0%. Comparando-se esse achado (Tabela 11), aos estudos de Lunardon (2007), Travinski (2008), Cárrion et al. (2000), Nascimento et. al., (2008) e de Venturi (2009), esses resultados são relativamente positivos, pois estão abaixo dos encontrados em UTIs gerais cujos resultados variaram entre 0,88% e 57,6%. Vale salientar que esses parâmetros de avaliação possuem tempos e número de observações diferentes e foram utilizados como referência para avaliar a incidência de perda de sonda para aporte nutricional.

A comparação do IPS obtido nas UTIs com os demais estudos, permite considerar que, embora o índice seja inferior, não exime-se a equipe de enfermagem de ficar atenta aos fatores de risco que causam a perda acidental de sonda nasoenteral acidental, visto que os principais fatores de risco, pontuados na avaliação desse indicador, estão relacionados aos cuidados de enfermagem.

6.3.2.3 Queda do leito

Através dos dados obtidos, pode-se avaliar que alguns pacientes tiveram mais de um fator de risco associados para queda do leito, tais como: idade maior de 65 anos, uso de sedativos ou pós-sedação e transferência de maca e cadeira. Essa incidência alerta quanto à necessidade de atenção pela equipe de enfermagem a esses fatores de risco e à prevenção de quedas de pacientes, sendo que o perfil dos pacientes da UTI está diretamente ligado a esses fatores pontuados com maior frequência.

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes hospitalizados e o dano dela decorrente, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco, garante o cuidado mais seguro. Essas medidas devem resguardar a dignidade do paciente (BRASIL, 2013).

Oliver, Healey e Haines (2010) salientam que o risco de queda de pacientes está presente em todos os âmbitos hospitalares, mas não se distribui uniformemente nos setores hospitalares, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos e na reabilitação pós-cirúrgica.

De modo de geral a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhe são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que os predis põem à queda (demência e osteoporose) e

muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos podem aumentar esse risco (DYKES et al., 2010).

É importante salientar que a queda de pacientes contribui para aumentar o tempo de permanência e os custos assistenciais, e para gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição de ordem legal (CORREA et al., 2012).

Dos pacientes observados, 9,7% não estavam com as grades elevada, um percentual de falha preocupante em relação ao planejamento preventivo de enfermagem à queda na UTI. Possivelmente, a ocorrência da não elevação das grades está relacionada à falta de prescrição de enfermagem e de supervisão do enfermeiro, sendo que os profissionais técnicos que executam esse cuidado são guiados diretamente pela prescrição do enfermeiro. Assim, percebe-se novamente a importância da implementação da SAE nessas unidades, ou seja, um melhor planejamento da rotina de cuidados prestados.

Considerando-se que o indicador de incidência de queda do leito encontrado foi de 0%, não se deve abonar a atenção dos enfermeiros no que tange cuidados como esses, uma vez que foram identificadas falhas em relação a cuidados prestados como: falta de elevação das grades, não realização da prescrição e não checagem de cuidados de enfermagem, os quais ampliam o risco de queda nas UTIs.

Esse resultado (Tabela 11), comparado aos estudos de Venturi (2009), obteve um achado igual. Nesse contexto, sugere-se a implantação de protocolos de quedas para se ter planejamento e amparo legal na rotina dos cuidados prestados.

6.3.2.4 Flebite em acesso venoso periférico

Os fatores de risco para flebite pontuados com maior frequência foram os associados à infusão de solução hipertônica, ao local da punção inadequado e ao curativo de acesso sujo, fatores que estão diretamente ligados ao cuidado de enfermagem. Os profissionais seguem o manual de normas e rotinas presente na UTI conforme o Protocolo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição, preconizando a troca da punção venosa a cada 96 horas.

No atendimento em UTIs é comum a utilização de substâncias hipertônicas, as quais, segundo Dias (2013), são irritantes ou possuem Ph significativamente

diferente do plasma, o que pode causar irritação venosa e inflamação. A esse respeito, Martinho e Rodrigues (2008) salientam que as drogas hipertônicas não devem ser administradas em AVP, pois pode ocorrer um maior risco de irritação e inflamação da veia, contribuindo para a formação de flebite.

Outro fator de risco pontuado refere-se ao local da punção inadequado. Nesse contexto, Phillips (2001) pontua que a melhor prevenção para as complicações relacionadas ao acesso venoso está diretamente ligada à escolha de veias mais calibrosas em locais adequados, exigindo-se assim, do profissional enfermeiro, um conhecimento sobre a anatomia e fisiologia para a execução do procedimento, deixando como sugestão a escolha de veias na região do antebraço, pois, nesse local, são encontradas veias mais calibrosas, o que pode contribuir para a redução dos índices de flebite.

Outro índice apontado como fator de risco foi o curativo do acesso venoso periférico sujo, sendo que, nesse sentido, Silveira (2005) salienta que a troca do curativo deve ser realizado a cada 24 horas, observando-se o estado da veia e do local que está recebendo drogas para suporte, reduzindo-se, assim, o risco de infecção.

A troca de curativo traz ao paciente conforto, e segurança para a equipe de enfermagem, proporcionando melhor visualização periférica e reduzindo o índice de infecção no local. Quando esse cuidado não é prestado corretamente, ou seja, com uma técnica inadequada de assepsia, pode evoluir para um quadro de flebite e adiando, assim, a alta hospitalar (PHILLIPS, 2001).

No que concerne a esses achados, há de se ressaltar que os principais fatores de risco citados foram os ligados diretamente aos cuidados de enfermagem prestados, sendo esses procedimentos fundamentais para a não evolução de flebite e cabendo ao enfermeiro supervisionar e planejar tais cuidados junto a sua equipe de enfermagem.

Novamente, identificou-se que 53% dos prontuários dos pacientes não continham prescrição de cuidados realizados e, em nenhum dia havia 100% de checagem, o que justifica os achados acima, já que a equipe técnica de enfermagem é guiada pelas prescrições de cuidados que o enfermeiro realiza. Vale lembrar que é de responsabilidade do enfermeiro planejar esses cuidados, pois a sua não ocorrência pode gerar prejuízos e agravos para os pacientes em relação ao desenvolvimento das flebites.

Durante a observação não foi identificado nenhum caso de flebite, dessa forma o Indicador de flebite nas UTIs é de 0%.

Nos estudos de Venturi (2009) foram identificados o IF para o valor de 3,93% e, conforme a recomendação da *Infusion Nurses Society* (2006), a presença de flebite deve ser menor do que 5% em UTIs. Vale salientar que esses parâmetros de avaliação possuem tempos e número de observações diferentes e foram utilizados como referência para avaliar a incidência de perda de sonda para aporte nutricional.

Com isso, conclui-se que as UTIs cardiológicas estão dentro dos parâmetros de satisfação recomendados pela *Infusion Nurses Society* (2006). No entanto, não se deve deixar de considerar a atenção cautelosa por parte dos profissionais da enfermagem, uma vez que foram identificadas falhas voltadas às suas práticas de trabalho, como falta de identificação em acessos, não realização da troca do curativo e curativos sujos o que podem colaborar para o desenvolvimento de flebite.

6.3.2.5 Incidência de úlcera por pressão

Os resultados obtidos pela escala de Braden evidenciaram que em 100% das observações, os pacientes apresentavam baixo grau de risco para desenvolver UP. Sugere-se, com isso, que esse dado esteja relacionado ao perfil das UTIs cardiológicas, cujos pacientes permanecem em média 2 dias. No entanto, isso não exonera o enfermeiro de realizar a avaliação diária, e planejar os cuidados relacionados aos fatores de risco a que os pacientes estão expostos.

Em relação à realização de procedimentos preventivos de UP, foi evidenciado que nas primeiras 24 horas de internação, a grande maioria dos pacientes não recebeu nenhum tipo de medida preventiva, sendo esse um achado preocupante, pois sabe-se que uma lesão pode se iniciar nas primeiras 24 horas e, uma vez que o primeiro dia em uma UTI, que recebe pacientes pós-cirúrgicos, é primordial para a prestação desses cuidados, pois, geralmente, esses pacientes estão sob efeito de sedação e permanecem restritos ao leito, o que favorece as condições para o desenvolvimento de lesões, devido ao excesso de pressão nas regiões com proeminências ósseas. Logo, tornam-se totalmente dependentes dos cuidados da equipe de enfermagem.

A esse respeito, Venturi (2009) salienta que a prevenção para UP está relacionada à identificação dos fatores de risco e com a prescrição de cuidados de

medidas preventivas devendo ser individualizadas e sistematizadas. Nesse sentido, a equipe de enfermagem é responsável por esse cuidado, considerando-se os fatores de risco para cada paciente (BRASIL, 2013B). É importante observar que a não realização de medidas preventivas para UP, causam danos consideráveis aos pacientes, dificultando seu processo de recuperação funcional e frequentemente causando dor, desenvolvimento de infecções graves, internações prolongadas, sepse e mortalidade.

O IUP identificado no estudo foi de 10,5%. Comparando os achados nesse estudo, com os de Petrolino (2002), Costa (2003), Rogenski e Santos (2005) e Fernandes (2006) (Tabela 11), cujos resultados foram entre 10,6% e 62,5%, e Venturi (2009), que foi de 70,8%, nota-se que a incidência de UP na UTI avaliada está abaixo da encontrada em outros estudos, porém não se deve deixar de lembrar que a média de permanência desses pacientes difere de pacientes hospitalizados em UTIs gerais, nas quais os estudos comparados foram realizados e os parâmetros de avaliação possuem tempos e número de observações diferentes.

O baixo índice de IUP não exime a equipe de enfermagem de avaliar cautelosamente os fatores de risco para o desenvolvimento da UP e reforçar suas práticas de cuidados oferecidas, pois evidenciaram-se falhas. Além disso, a falta de prescrições, bem como de checagem dos cuidados prescritos podem colaborar para a evolução das UP identificadas ou justificar novos casos, prorrogando, assim, a alta do paciente.

6.3.2.6 Medidas preventivas para controle de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora

O índice de fixação correta do cateter encontrado, conforme avaliado segundo a equação proposta por Fernandes, Lacerda e Hallage (2006), foi de 46,8%. Comparando-se esse índice ao achado de Venturi (2009), 18,77%, percebe-se que, nas UTIs estudadas, o índice é significativamente menor, o que não exime, porém, a equipe de enfermagem de manter atenção aos cuidados preventivos e realização da técnica correta, uma vez que um número significativo de pacientes com fixação inadequada foi identificado.

O índice de sistema de drenagem fechado corretamente encontrado foi de 100%. Comparado aos achados de Venturi (2009), cujo índice foi de 98,85%, pode-

se concluir que a equipe de enfermagem está consciente da importância desse cuidado, já que a importância do fechamento do sistema de drenagem pode prevenir a infecção do trato urinário em cerca de 70% a 85% dos casos, devido às suas características de anti-refluxo, que impedem o retorno da urina da bolsa coletora para dentro do trato urinário. Além de retardarem o início dessa infecção em cateterismos prolongados (VENTURI, 2009).

Do mesmo modo, o índice de posicionamento adequado da bolsa coletora de urina assumiu o percentual de 100%, dados iguais aos achados de Venturi (2009).

Em relação à desobstrução do fluxo urinário, o índice correspondente foi de 95,7%. Esse resultado, embora seja baixo, deve ter a atenção da equipe de enfermagem e supervisão cautelosa por parte do enfermeiro no sentido de adotar as medidas preventivas, objetivando reduzir complicações e custos subsequentes, uma vez que as atuais políticas administrativas visam à obtenção da melhor qualidade na assistência com a maior redução dos gastos e na prevenção dos serviços (SOUZA, et al., 2007).

Percebe-se a importância da utilização da SAE nas UTIs cardiológicas, pois, através de sua implementação e utilização, os profissionais obteriam maior embasamento para conduzir suas práticas assistenciais, por meio de medidas preventivas e condutas corretas na prestação dos cuidados no que tange aos pacientes com CVD.

A conclusão dos resultados apresentados evidencia que a equipe de enfermagem está atenta aos cuidados com o CVD. No entanto, as falhas identificadas quanto à fixação do dispositivo e fluxo urinário desobstruído, indica que há falhas na supervisão do enfermeiro junto a sua equipe, pois cabe a ele supervisionar o fluxo dos cuidados prestados com relação a esse indicador. Nesse sentido, é fundamental assegurar que os enfermeiros tenham conhecimento adequado em relação ao manuseio e à realização da instrumentação do trato urinário, uma vez que, segundo Souza et al. (2007), verificar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem permite aprimorar e instituir programas operacionais relacionados ao controle e prevenção de infecções.

6.4 RESULTADOS COMPARATIVOS

Na Tabela 10 é apresentada uma síntese dos resultados comparativos em relação a cada indicador analisado, considerando-se o resultado obtido nessa dissertação e os referenciados pelos diversos autores que compõem a revisão bibliográfica.

Tabela 10 - Resultados Comparativos

Dados da Pesquisa		Resultados Comparativos			
Indicador Avaliado	Resultado dessa Pesquisa	Referencia/Ano	Título	Metodologia	Resultado Comparativo
Extubação Acidental	0%	Dopico e Castelhões (2006)	Extubação acidental na unidade terapia intensiva: Uma revisão bibliográfica	Revisão bibliográfica de 1993 a 2005	27%
		Venturi (2009)	Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos	Estudo de Caso	0,78%
Perda de Sonda Gastroenteral	0%	Cárrion <i>et al</i> (2000)	<i>Accidental removal of endotracheal and nasogastric tubes and intravascular catheters</i>	Análise observacional	41%
		Lunardon (2007)	Avaliação de indicadores da qualidade do cuidado de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário	Estudo de Caso	0,88%
		Nascimento <i>et. al</i> (2008)	Indicadores de qualidade da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar	Estudo retrospectivo e transversal	57,6%
		Travinski (2008)	Avaliação do cuidado de enfermagem mediante indicadores de qualidade em uma unidade de terapia intensiva	Estudo de Caso	3,48%
		Venturi (2009)	Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento De pessoal de enfermagem e eventos adversos	Estudo de Caso	3,08%
Queda do Leito	0%	Venturi (2009)	Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento De pessoal de enfermagem e eventos adversos	Estudo de Caso	0%

Dados da Pesquisa		Resultados Comparativos			
Indicador Avaliado	Resultado dessa Pesquisa	Referencia/Ano	Título	Metodologia	Resultado Comparativo
Flebite em AVP	0%	Venturi (2009)	Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos	Estudo de Caso	3,93%
		<i>Infusion Nurses Society</i> (2006)	> 5%		
Úlcera por Pressão	10,5%	Petrolino (2002)	Úlcera por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva: incidência, avaliação de risco e medidas de prevenção.	Estudo de Caso	10,6%
		Costa (2003)	Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um Centro de Terapia Intensiva	Estudo de Caso	37%
		Rogenski e Santos (2005)	Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário	Estudo de Caso	39,8%.
		Fernandes (2006)	Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em centro de terapia intensiva	Estudo de Caso	62,5%
		Venturi (2009)	Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos	Estudo de Caso	70,8%
Infecção do Trato Urinário relacionado ao CVD – Fixação Correta	46,8%	Venturi (2009)	Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos		18,77%
Sistema de drenagem fechado corretamente	100%				98,85%
Posicionamento correto da bolsa coletora	100%				100%
Obstrução do fluxo urinário	95,7%				97,32%

Fonte: A autora (2013)

7 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E DESFECHO DOS RESULTADOS

O estudo realizado junto às UTIs cardiológicas possibilitou refletir e avaliar três elementos da qualidade do cuidado em enfermagem: a) competências do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva; b) séries históricas de indicadores relacionados ao aparato tecnológico, serviços e protocolos de enfermagem nas UTIs cardiológicas; e c) avaliação da qualidade do cuidado em pacientes pós-cirúrgicos cardiológicos.

Após a análise dos resultados obtidos com a aplicação dos questionários e análise observacional pode-se levantar o diagnóstico situacional das UTIs com foco nas ameaças encontradas, bem como propor sugestões para a melhoria da qualidade do cuidado.

No Quadro 7 são apresentados os achados referentes às habilidades e competências do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva.

Quadro 7 - Diagnóstico Situacional – Habilidades do Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica

Elemento da qualidade	Variáveis	Ameaças	Sugestões para melhoria da qualidade do cuidado
Habilidades do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva	Perfil dos Enfermeiros	Quantidade de enfermeiros inferior ao preconizado pela legislação.	- Adequação do quadro de enfermeiros conforme o preconizado pela Resolução COFEN 293/2004, ou seja, 2 enfermeiros para 10 leitos. Considerando uma força de trabalho de 52 à 56% no atendimento em enfermagem.
		Percentual representativo de enfermeiros que exercem outra atividade laborativa (30%)	- Manter um programa de motivação e incentivo à cargos e salários com vistas ao aproveitamento do profissional na instituição (abertura para horas extras ou coberturas de plantões respeitando o permitido pela legislação vigente).
		Não possuem especialização na área específica de UTI (50%)	- Incentivo por parte do Coordenador e Gestor para busca de conhecimento específico na área por meio de flexibilidade da carga horária para os profissionais que estiverem se especializando; - Investimento na qualificação profissional (Descontos na instituição de ensino ligada ao hospital para alunos que são funcionários).
		Enfermeiros que não tem experiência profissional na UTI Cardiológica (55,6%).	- Priorizar a contratar de profissionais com experiência e formação específica da área.
	Educação Continuada	Enfermeiros que não receberam treinamento introdutório na admissão (60%).	- Elaborar um planejamento para recepção e capacitação dos novos profissionais por parte da gerência e coordenação.
		Treinamentos em horário inadequado (20%).	- Elaborar os treinamentos frente a realidade do fluxo e rotinas de trabalho dos funcionários.
		Necessitam de treinamento para assumir atividades inerentes ao cargo.	- Realizar constantemente uma avaliação frente as necessidades de capacitação dos profissionais.
	Supervisão - (atividades menos realizadas durante a supervisão)	Déficit de acompanhamento do cuidado (11,10%), planejamento do cuidado (22,2%) e instruções técnicas (44,4%), discussões sobre questões éticas (44,4%) e distribuição de atividades (44,4%);	- Elaborar um planejamento para recepção e capacitação de novos profissionais; - caracterizando a função de supervisor em enfermagem na unidade; - Conscientizar o profissional sobre a importância e influência desses itens na prestação de cuidado com qualidade.

Fonte: A autora (2013)

Referente à avaliação das séries históricas quanto a aparatos tecnológicos e protocolos existentes nas unidades estudadas, as ameaças encontradas, após análise dos resultados, bem como as sugestões para a melhoria da qualidade do cuidado, são apresentadas no Quadro 8:

Quadro 8 - Diagnóstico Situacional – Séries Históricas de Indicadores Relacionados ao Aparato Tecnológico e Protocolos de Enfermagem das UTIs Cardiológicas

Elemento da qualidade	Variáveis	Ameaças	Sugestões para melhoria da qualidade do cuidado
Séries Históricas de Indicadores relacionados ao Aparato Tecnológico, Serviços e Protocolos de Enfermagem nas UTIs Cardiológicas	Indicadores de qualidade em saúde para mensurar a qualidade da assistência	(40%) Desconhecem a mensuração e avaliação de indicadores de cuidados em enfermagem.	- Conscientizar os enfermeiros frente a importância e influência dos indicadores na unidade; - Incentivar a implementação de avaliação de indicadores de qualidade.
		Inexistência da avaliação de indicadores nas UTIs	- Conscientização da importância e influência dos indicadores na unidade; - Incentivar a implementação de avaliação de indicadores de qualidade.
	Protocolos existentes	Inexistência de protocolos baseados em evidências clínicas atualizados e POPs específicos para a área de UTI cardiológica (100%).	- Criar uma comissão interna para estudos com foco no planejamento da SAE e elaboração de protocolos específicos para as UTIs.
		Inexistência de relação de medicamentos utilizados nas UTIs (100%)	- Informatizar um sistema para consulta à medicamentos disponibilizados na farmácia central do hospital; - Elaborar um boletim: Farmácia - UTIs para fornecimento de informações sobre as medicações atualizadas para área de UTI contendo: posologias, via de administração, tipos de soluções indicadas para reconstituição e dissolução do fármaco, concentração mínima após a diluição, estabilidade após reconstituição e diluição, reações adversas, tipos de acessórios indicados para infusão do fármaco dentre outros.
	Estrutura Física das UTIs	Não há um controle de entrada e saída nas unidades. (100%)	- Organizar o fluxo de entrada e saída de funcionários nas unidades evitando assim a ausência de profissionais.

Fonte: A autora (2013)

Para avaliar os indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem foi realizada uma análise observacional dos enfermeiros frente aos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes hospitalizados nas UTIs cardiológicas.

Durante as 113 observações foram avaliados seis indicadores. Com isso, após a mensuração e avaliação dos eventos adversos, pôde-se chegar ao diagnóstico situacional, pontuando as ameaças frente aos resultados, bem como as sugestões para a melhoria da qualidade do cuidado, conforme pode ser observado no quadro 9:

Quadro 9 - Diagnóstico Situacional – Análise dos Indicadores de Qualidade Frente aos Eventos Adversos

Elemento da qualidade	Variáveis	Ameaças	Sugestões para melhoria da qualidade do cuidado
Avaliação da qualidade do cuidado em pacientes pós cirúrgicos cardiológicos	Indicador - Extubação Acidental	Fatores de Risco para Extubação pontuados com maior frequência - (FRE 1 (Agitação Motora); FRE 2 (Confusão Mental); FRE 5 (Uso de sedativo ou pós sedação); FRE 9 (Transferência maca/maca e maca/cadeira).	- Intensificar treinamentos aos profissionais da enfermagem com vistas a esses fatores de risco; - Intensificar a supervisão realizada pelo enfermeiro frente sua equipe durante o cuidado;
		Déficit na realização da prescrição e checagem frente a extubação acidental	- Intensificar o planejamento de cuidado, com foco nas prescrições de enfermagem; - Intensificar a supervisão dos prontuários dos pacientes e anotações de enfermagem.
	Indicador - Perda de Sonda Nasoenteral	Fatores de Risco para perda de sonda nasoenteral pontuados com maior frequência- FRPS 3 (Troca do curativo); FRPS 4 (Banho); FRPS 6 (mudança de decúbito); FRPS 7 (Transferência maca/maca e maca/cadeira)	- Intensificar treinamentos aos profissionais da enfermagem com vistas a esses fatores de risco; - Intensificar a supervisão realizada pelo enfermeiro frente sua equipe durante o cuidado;
		Falhas na realização da correta fixação da sonda	- Capacitar os profissionais com vista a esse cuidado; - Manutenção dos padrões de qualidade nos procedimentos.

Elemento da qualidade	Variáveis	Ameaças	Sugestões para melhoria da qualidade do cuidado
	Indicador – Risco para queda no leito	Déficit na realização da prescrição e checagem frente aos cuidados inerentes à sonda nasoenteral.	- Intensificar o planejamento de cuidado, com foco nas prescrições de enfermagem; - Intensificar a supervisão dos prontuários dos pacientes e anotações de enfermagem.
		Fatores de Risco para queda do leito pontuados com maior frequência FRQ 1 (Idade maior de 65 anos); FRQ 6 (Uso de sedativos ou pós-sedação); FRQ 7 (transferência das macas e cadeiras).	- Intensificar treinamentos com vistas a esses fatores de risco; - Intensificar a supervisão realizada pelo enfermeiro frente sua equipe durante o cuidado;
		Falta de elevação das grades (9,7%).	- Intensificar os cuidados com vista a elevação das grades.
		Déficit na realização da prescrição e checagem frente aos cuidados inerentes à queda do leito.	- Intensificar o planejamento de cuidado, com foco nas prescrições de enfermagem. - Intensificar a supervisão dos prontuários dos pacientes e anotações de enfermagem.
	Indicador - Flebite em Acesso Venoso Periférico	Fatores de Risco para flebite em acesso venoso periférico pontuados com maior frequência FRF1 (Infusão de solução hipertônica); FRF 2 (Dispositivos intravenosos de grande calibre); FRF 3 (local da função inadequado); FRF 7 (Curativo do Acesso sujo).	- Intensificar treinamentos com vistas a esses fatores de risco. - Intensificar a supervisão realizada pelo enfermeiro frente sua equipe durante o cuidado.
		Déficit da troca da fixação diária do AVP (66,3%).	- Intensificar os cuidados com vista a troca da fixação diária do AVP. - Intensificar a supervisão de enfermagem frente a esse cuidado.
		Déficit na realização das prescrições e checagem frente aos cuidados inerentes ao AVP.	- Intensificar o planejamento de cuidado, com foco nas prescrições de enfermagem; - Intensificar a supervisão dos prontuários dos pacientes e anotações de enfermagem.

Elemento da qualidade	Variáveis	Ameaças	Sugestões para melhoria da qualidade do cuidado
	Indicador - Incidência de Úlcera por Pressão	Falta da utilização de medidas preventivas para UP.	- Intensificar o treinamento e supervisão com vistas a utilização de medidas preventivas para UP.
		Ocorrência da UP (10,5%)	- Intensificar os cuidados com vista a medidas preventivas de UP. - Intensificar a supervisão de enfermagem frente a esse cuidado.
	Indicador - Medidas preventivas para controle de infecção do trato urinário relacionado ao cateter vesical de demora	Déficit de fixação do CVD (46,8%)	- Intensificar os cuidados para não ocorrência da tração ou retirada acidental.
		Obstrução da sonda vesical de demora (4,3%)	- Intensificar os cuidados e supervisão para não ocorrência da obstrução da sonda.

Fonte: A autora (2013)

Cabe salientar que as UTIs não tem o PE implantado, bem como nenhum sistema de gestão voltado ao planejamento e sistematização dos cuidados prestados. Essa condição justifica os resultados obtidos relacionados às prescrições e à checagem dos cuidados e pode acarretar riscos, tanto para o paciente quanto para o profissional, bem como impedir a manutenção da qualidade nas unidades.

8 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO COM FOCO NO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

8.1 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO PARA AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

O período de permanência nas UTIs permitiu identificar que não há a implantação e avaliação de indicadores de qualidade, o que possibilita criar uma rotina operacional para acompanhamento e avaliação diária desses indicadores.

A seguir, propõe-se uma sugestão para avaliação dos indicadores, por meio de um *checklist* para mensuração dos mesmos.

A proposta consiste em uma avaliação mensal relacionada às ocorrências dos eventos adversos relacionados ao indicador, as quais deverão ser alimentadas diariamente pelos enfermeiros assistenciais responsáveis por cada setor, ao final de cada turno de trabalho, conforme mostra a Figura 3:

Figura 3 - Modelo de *Check List* – Avaliação de Indicadores da UTI Cardiológica

Turno
() Manhã () Tarde () Noite A () Noite B
UTI Cardiológica 1 () UTI Cardiológica 2 ()
Enfermeiro Responsável: _____
COREN: _____

Indicador - Extubação Acidental (IEA)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total
Número de Pacientes/Dia Intubado																																
Número de Extubação Acidental																																
Indicador - Perda de Sonda Nasoenteral (IPS)																																
Número de Perdas/Retirada Acidental de Sondas																																
Número de Pacientes/Dia com sonda																																
Indicador - Queda de Leito (IQP)																																
Número de Quedas																																
Número de Pacientes/Dia																																
Indicador - Flebite em acesso venoso periférico (IF)																																
Número Casos de Flebite no Período																																
Número de Pacientes/Dia com AVP																																
Indicador - Úlcera por Pressao (IUP)																																
Número de Casos Novos de pacientes com UP/Dia																																
Número de Pacientes/Dia																																
Indicador - Anotação do tempo de permanência do CVD (IPATP)																																
Total de pacientes submetidos a CVD com anotação do tempo de permanência																																
Total de pacientes submetidos a CVD Avaliados																																
Indicador - Anotação do cateterismo vesical de demora com fixação adequada (ITFA)																																
Total de CVD com fixação adequada																																
Total de CVD Avaliados																																
Indicador - Cateterismo vesical de demora com sistema de drenagem fechado (ITSDF)																																
Total de CVD com sistema de drenagem fechado																																
Total de CVD avaliados																																
Indicador - Cateterismo vesical de demora com posicionamento adequado da bolsa coletora de urina (ITPA)																																
Total de CVD com posicionamento adequado da bolsa coletora de urina																																
Total de CVD Avaliados																																
Indicador - Cateterismo vesical de demora com fluxo urinário desobstruído (IFUD)																																
Total de CVD com fluxo urinário desobstruído																																
Total de CVD Avaliados																																

Fonte: A autora (2013)

Ao final de cada mês, os dados registrados diariamente em cada turno deverão ser somados e, posteriormente, entregues a seu coordenador, o qual irá processar os dados através da somatória geral entre os três turnos e aplicar a equação correspondente a cada indicador conforme proposta (CQH, 2006) e Fernandes, Lacerda e Hallage (2006).

Os resultados obtidos irão informar o percentual mensal de ocorrência dos eventos adversos de cada setor relacionado a cada indicador e sinalizar o turno sobre as ocorrências. Os mesmos também servirão de instrumento para a formulação de estratégias com foco nas equipes com ameaças, para a prestação do cuidado com mais qualidade, bem como para mensurar os indicadores.

8.2 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO PARA O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA COM FOCO NAS UTIS CADIOLÓGICAS

Diante das dificuldades pontuadas pelos enfermeiros em relação à educação continuada, apresenta-se neste item uma proposta de estratégia, com foco nas ameaças detectadas.

1ª Estratégia:

- Realizar um trabalho com todos os enfermeiros de modo a promover a conscientização quanto a seu papel na UTI cardiológica, bem como suas funções e atribuições em relação à instituição, funcionários e pacientes;
- Estabelecer um programa de integração para novos profissionais.

–

2ª Estratégia:

- Estabelecer um programa de treinamento para a coordenação voltada à gestão de indicadores de qualidade;
- Estabelecer um programa de incentivo e motivação à especialização em UTI;
- Estabelecer um programa de capacitação com foco em:
 - Utilização de equipamentos;
 - Principais necessidades de cuidado aos pacientes;

- Reflexão sobre dilemas éticos da prática assistencial;
- Técnicas e procedimentos em UTI;
- Enfrentamento de situações de risco e morte dos pacientes;
- Registro de enfermagem (histórico, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução);
- Elaboração de protocolos específicos para UTI;
- Importância da avaliação e manutenção dos indicadores;
- Atividades inerentes ao enfermeiro supervisor (acompanhamento das ações do cuidado, planejamento do cuidado, instruções técnicas e éticas, distribuição de atividades, gerenciamento de conflito, processo de enfermagem, avaliação das necessidades de aprendizado, administração de tempo, avaliação da qualidade do cuidado).

3ª Estratégia:

- Organizar grupos de estudos com foco nas seguintes temáticas:
 - Evidências clínicas da área da UTI cardiológica;
 - Estratégias de ação para implementação da SAE;
 - Elaboração de protocolos específicos para a unidade.

4ª Estratégia:

- Desenvolver um canal de comunicação entre a farmácia e as unidades para troca de informações referentes às medicações atualizadas e utilizadas na UTI.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a pesquisa tenha demonstrado que os enfermeiros das UTIs cardiológicas possuem um conceito de qualidade formado com relação aos serviços prestados na unidade, compreender, aplicar e monitorar indicadores, como, também, realizar uma supervisão efetiva ainda representam desafios para os profissionais dessas unidades. Dessa forma, as contribuições mais perceptíveis dessa dissertação estão no campo científico (possibilidade para novos estudos, com foco nas ameaças) e social (conscientização dos profissionais atuantes sobre as forças e ameaças encontradas nas unidades, abrindo, com isso, portas para a realização de novas estratégias de gerenciamento e supervisão). Em virtude de seu desdobramento teórico e prático, é possível traçar estratégias fundamentadas em diversos autores, a partir do diagnóstico situacional encontrado.

A necessidade de estabelecer um programa de treinamento para os enfermeiros voltado à gestão de indicadores de qualidade ficou clara nos resultados obtidos e, sugestivamente, deve ser o ponto de partida para se iniciar um sistema de gestão de qualidade do cuidado de enfermagem no hospital. Com base nos resultados obtidos, pode-se perceber que a equipe de enfermagem é qualificada em termos operacionais, está satisfeita com a supervisão recebida e com a periodicidade dos treinamentos de educação continuada, bem como participa efetivamente dos treinamentos, sendo que os conteúdos trabalhados na grande maioria deles atendem às necessidades da equipe. Porém, poucos possuem experiência específica em UTI e, além disso, o número de profissionais não é condizente com o preconizado pela legislação 293/2004 do COFEN, o que pode justificar algumas lacunas em relação à rotina de trabalho.

O interesse dos profissionais em obter maior especialização na área de UTI, bem como sua satisfação em relação ao setor de trabalho, se mostrou significativo nos resultados, o que colabora para a maior aceitação de um planejamento para a educação continuada. No entanto, algumas questões devem ser consideradas, como a ocorrência de dupla jornada para alguns funcionários, a inexistência de treinamentos introdutórios administrativos, a dificuldade ao acesso a treinamentos em virtude do período ou horário e o déficit do programa de aprendizagem que não aborda algumas temáticas prioritárias para área de UTI.

Quanto às séries históricas relacionadas à avaliação de indicadores e aparatos tecnológicos e protocolos implantados na instituição, ficou evidenciado que as unidades têm estrutura física e aparatos tecnológicos disponíveis conforme preconizado pela AMIB (2009), porém apresenta algumas defasagens quanto à capacitação dos profissionais que trabalham com esses equipamentos, inexistindo, além disso, protocolos baseados em evidências clínicas específico das UTIs, relação atualizada de medicamentos utilizados para UTIs e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), o que evidencia que a instituição não possui um sistema de gestão que permite mensurar os indicadores. Também não garante uma assistência específica baseado em protocolos instituídos, prejudicando, assim, a manutenção da qualidade do serviço prestado.

Com relação aos cuidados de enfermagem, pode-se perceber que existe um cuidado cauteloso desses profissionais, pois a grande maioria dos indicadores avaliados teve como escore um índice zero. Porém não se pode deixar de citar que foram identificadas algumas falhas quanto aos cuidados de enfermagem como: fixação inadequada da sonda nasointestinal, não elevação das grades do leito, não realização de trocas dos curativos de acesso venoso periférico e não identificação destes, obstrução da bolsa coletora de urina, fixação incorreta das bolsas coletoras, não observação de prescrições e checagem de cuidados.

Aliando as condições em que os enfermeiros atuam aos fatores de riscos relacionados à rotina de trabalho das UTIs cardiológicas, há de se considerar que o trabalho prestado está satisfatório, pois os achados encontrados comparados à avaliação dos indicadores foram relativamente baixos.

O diagnóstico situacional e desfecho dos resultados permitiram apresentar as principais ameaças e forças das UTIs cardiológicas, cujo percurso metodológico permitiu o alcance dos objetivos inicialmente propostos, bem como a continuidade para novos estudos, tanto no setor quanto em outras instituições. Assim, estudos futuros podem ser realizados quanto à implantação da SAE no local, à avaliação e à mensuração de indicadores propostos, bem como à inclusão de indicadores subjetivos evidenciando a relevância desse estudo.

Por fim, pode-se evidenciar que as principais ameaças identificadas nas UTIs, estão relacionadas a falta de coordenação, gerenciamento e supervisão do enfermeiro, com foco no planejamento do cuidado de enfermagem, devendo ser objetivada e priorizada a manutenção de indicadores de qualidade, bem como a

promoção de capacitação profissional e de estímulos para a implantação do processo de enfermagem nas unidades.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.B.A; COSTA, R.S.B; WEIRICH, C.F.; BEZERRA, A.L.Q. Gerencia dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Revista eletrônica de enferm.**, Goiânia, v. 7, n. 3, p. 318-326, 2005.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Nursing Quality Indicators**: definitions and implications. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/>>. Acesso em: 28 jan. 2013.

ARANJUES, A.L.; TEIXEIRA, A.C.; SORIANO, F.G. Monitoração da terapia nutricional enteral em UTI: indicador de qualidade?. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.32, n.1, p. 16-23, 2008

ARNONI, A.S.; CHACCUR, P.; ABDULMASSIH NETO, C. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. In: TIMERMAN, A., SOUZA, J.E.M.R.; PIEGAS, L.S. (Org.). **Urgências cardiovasculares**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1996. p.322-325.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Regulamento técnico para funcionamento de unidades de terapia intensiva**. 2012. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/fileadmin/RecomendacoesAMIB.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 117-122, 2006.

BERLIN, C.M.; MCCARVER, D.G.; NOTTERMAN, D.A. *et al.* Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. **Pediatrics**, v.102, n.2, p.428-430, 1998.

BORK, A. M. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 21 ago. 2006.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 21 fev. 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2050-2002.pdf>> Acesso em: 3 ago. 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 307 de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n.º 50 de 21 de fevereiro de 2002 que

dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 14 nov. 2002. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3f54b800474597439fb7df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+307-2002.pdf?MOD=AJPERES>> . Acesso em: 4 ago. 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 189 de 18 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 18 jul. 2003.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Normas regulamentadoras envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96 – CNS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.

_____. Instrução Normativa n. 4, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre indicadores para avaliação de unidades de terapia intensiva. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 24 fev. 2010.

_____. Ministério da Justiça. **Código de Proteção e Defesa do Consumidor**. Brasília(DF): Ministério da Justiça, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia em saúde**: Documento Técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3432. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 12 ago. 1998

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Prevenção de Quedas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013A.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013B.

_____. Resolução-RDC n.º 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília(DF), 2010. 37(seção 1). Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>> Acesso em: 3 nov. 2013.

BRASPENNING, J.S.M.; HUTCHINSON, A.; MARSCHALL, M.N. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Journal BMJ**, v.326, n.7393, p. 816-819, 2003.

BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. 2. ed. São Paulo: MSD, 1986.

BRYMAN, A. **Research methods and organization studies**. London: UnwinHyman, 1989.

BRITTAR OJNV. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde**. Rev. Adm Saúde. 2001;12(3):21-8.

CALEMAN, G; et al. **Auditoria: controle e programação de serviços de saúde**. v. 5, Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo; 2000.

CARRIÓN, M. I. et al. Accidental removal of endotracheal and nasogastric tubes and intravascular catheters. **Critical Care Medicine**, v. 28, n. 1, p. 63-66, jan. 2000.

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

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections**. 51 (RR-10). MMWR, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2013.

CERVO, A.L; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 293 de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece os parâmetros para dimensionar o quantitativo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 21 set.. 2004 Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Programa de Qualidade Hospitalar. **Manual de Indicadores de enfermagem NAGEH**. São Paulo: APM/CREMESP, 2006.

CORREA, A.D.; MARQUES, I.A.B.; MARTINEZ, M.C. *et al*. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. Esc. Enferm.**, v.46, n.1, p.67-74, 2012.

COSTA, I. G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um Centro de Terapia Intensiva**. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CUDDIGAN, J., AYELLO, E. A.; SUSSMAN, C. Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for the future. Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Evidence Level I, 2001. In.: **Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice**. Reston, VA: National Guideline Clearinghouse, 2009. Disponível em:

<http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer>Acesso em: 23 set 2013.

DI CENSO, A.; BOURGEAULT, I.; ABELSON, J. *et al.* Utilization of Nurse Practitioners to Increase Patient Access to Primary Healthcare in Canada – Thinking Outside the Box. **Canadian Journal of Nursing Leadership**, v.23 n.(Special Issue), p. 239–259, 2010.

DIAS, D. C. **Introdução a terapia intravenosa**. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/projetos/terapiaintravenosa/pdf/1.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2013.

_____. Evaluación de localidad de la atención médica. In: WHITE, K.L.; FRANK, J. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington: OPAS, 1992. p. 72-90.

DONABEDIAN, A. **Qualidade na assistência à saúde**. São Paulo: FGV/HCFMUSP, PROAHSA, 1993.

DOPICO, L.; CASTELLOES, T. M. Accidental extubation in intensive care unit: a review of literature. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/71/23>>. Acesso em: 28 jan. 2013.

DYKES, P.C.; CARROLL, D.L.; HURLEY, A. *et al.* Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. **Journal of the American Medical Association**, v.304,n.17, p.1912-1918, 2010.

EMORI, T.G.; BANERJEE, S.N.; CULVER, D.H. *et al.* Nosocomial infections in elderly patients in the United States, 1986-1990. National Nosocomial Infections Surveillance System. **Am. J. Med.**, v.91,n.3, p. 289S-293S, 1991.

FERNANDES, L. M. **Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em centro de terapia intensiva**. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FERNANDES, M. V. L.; LACERDA, R. A.; HALLAGE, N. M. Construção e validação de indicadores de avaliação das práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 174-189, abr./jun. 2006.

FIGUEIREDO, M. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FONTOURA, C. S. M.; CRUZ, D. O.; LONDERO, L. G. *et al.* Avaliação Nutricional de Paciente Crítico. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 3, jul./set. 2006.

GALDEANO, L.E. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.2, p. 199-206, 2003.

GARCIA, P.C.; FUGULIN, F.M.T. Tempo de assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.4, 2012.

GELBCKEI, Francine Lima; LEOPARDI, Maria Tereza. Perspectivas para um novo modelo de organização do trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672004000200012&script=sci_arttext> Acesso em: 11 nov. 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas; 2007.

GRIFFITHS, R.D.; BONGERS, T. Nutrition support for patients in the intensive care unit. **Postgrad Med Journal**, v.3, n.81, p.629-636, 2005.

GOLVEIA, Viviane de Araujo; GONÇALVES, Fernando Ramos. Arritmias cardíacas. In: VIANA, Renata Andrea; WHITAKER, Iveth Yamaguchi *et al.* **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GUIMARÃES, R.C.M.; RABELO, E.R.; MORAES, M.A. *et al.* Gravidade de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma análise evolutiva segundo o TISS-28. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.18, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

GULLUM, N. Guia do usuário para a literatura de enfermagem: uma introdução. In.: GULLUM, N.; GILISKA, D.; HAYNES, B. *et al.* **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.139-142

HADDAD, M.C.L. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>>. Acesso em: 10 jul.2013.

HESS, C. T. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2002.

HEYLAND, D.K.; DHALIWAL, R.; DROVER, J.W. *et al.* Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. **Journal Aspen**, v.27, n.5, p.355-373, 2003.

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

INFUSION NURSES SOCIETY. Infusion Nursing Standards of Practice. **Journal Infusion Nurses**, v. 29, n. 1, p. 1-92, jan./feb. 2006.

INTRAVENOUS NURSES SOCIETY. Infusion nursing standards of practice. **J. Intraven Nurs**, v.3, n.65, p.S1-S46, 2000.

KENDALL-GALANGHER, D.; BLEGEN, M. Competence and certification of registered nurses and safety patients in intensive care unit. **Am. J. GritCare**., v.18, n.2, p. 106-116, 2009.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIROS, M.M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.1, p.88-91, 2008.

LE MOS, E. R. **Profissão de Enfermeiro: Compreensão Sociológica da Identidade Profissional**. 2008. 209 f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Letras, Universidade do Porto, Porto, 2008. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3394/1/ulas060468_td_Luisa_d_espiney.pdf> Acesso em: 25 nov. 2013.

LEYBA, C.O.; MARTINEZ, J.L.; MALPICA, A.L.B. Nutrición artificial em la sepsis. **Nutr. Hosp.**, n.20, p. 51-53, 2005.

LUCENA, A.F.; CROSSETTI, M.G. O significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.25,n.2, p.243,256, 2004.

LUNARDON, A. **Avaliação de indicadores da qualidade do cuidado de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário**. 82 f. Monografia(Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

MADUREIRA, C.R.; VEIGA, K., SANTANA, A.F.M. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v.8, n.6, p.68-75, 2000.

MARCONI, A.M.; LAKATOS, M.E. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINHO, R. F. S.; RODRIGUES, A. B. Ocorrência de Flebite em pacientes sob utilização de amiodarona endovenosa. **Einstein**, v.6, n.4, p.459-62, 2008.

MARTINS, C.M.; KOBAYASHI, R.M., AYOUB A.C. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, p.472-478, 2006.

MATSUDA, L.M.; ÉVORA, Y.D.M. Gestão da equipe de enfermagem de uma UTI: a satisfação profissional em foco. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.2,n.1, p. 11-18, 2003.

MAZUR, C.S. **Aspectos quali-quantitativos do dimensionamento do pessoal de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital de ensino**. 2001. 108f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

MAZUR, C; LABRONICI, L; WOLFF, L.D. **Ética e Gerencia no Cuidado de Enfermagem**. Cogitare Enfermagem, Curitiba-PR, V.12, n.3, 2009.

MENDES, M.M.G. **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994: mudança de paradigma curricular?**. 1996. 229 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001.

_____. **Gestão da Qualidade na Saúde**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2005.

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L. A. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, jul./ago. 2008.

NAKREM, S; VINSNES, A.G.; HARKLESS, G.E. *et al.*. Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice. *Int J. Nurs Stud*, n.46, p.848-857, 2009. In: VIEIRA, A.P.P.; WHITAKER, I.Y. et al. **Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Pressure ulcer prevalence, cost and risk assessment: consensus development conference statement. **Decubitus**, v. 2, n. 2, p. 24-28, 1989.

NOGUEIRA, M.S.; MARVULO, M.M.L. Cateterismo Uretral: algumas complicações decorrentes desta prática. **Nursing**, n. 36, p.17-19, 2001.

NÚCLEO DE APOIO A GESTÃO HOSPITALAL (NAGEH). **Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH**. São Paulo: APM/CREMESP, 2012.

OLIVEIRA, J.A.B. O uso de Indicadores para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem na UTI. In: VIEIRA, A.P.P., WHITAKER, I.Y. et al. **Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

OLIVEIRA, R. A.; SANTOS, M. Indicadores relacionados à úlcera por pressão. In: LEÃO, E. R. et al. (org.). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

OLIVER, D.; HEALEY, F.; HAINES, T.P. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. **Clin. Geriatr. Med.**, v.26, n.4, p.645-692, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Creditação**. São Paulo: ONA, 2006.

ORTEGA, F.J.F.; GONZÁLEZ, F.J.O.; MALPICA, A.L.B. Soporte nutricional del paciente crítico: a quién, como y cuándo? **Nutr. Hosp.**, n. 20, p. 9-12, 2005.

PAFARO, R. C., MARTINO, M. M. F. (2004). **Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica da Campinas**. Revista da Escola de Enfermagem USP, 38 (2), 152-60

PARANHOS, W. Y. **Avaliação de risco para úlcera por pressão por meio de escala de Braden**. 1999. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M.L. O progresso de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Bras. Ebfenn.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

PEREIRA, M.L.G. Quality and safety in critical care. **Minerva Anesthesiol.**, n.75, p.737-739, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patient-safety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf> Acesso em: 14 out. 2013

PERES, A.M; CIAMPONE; M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis , v.15, n. 3, p. 492-9, 2006.

PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G.; KUSAHARA, D.M. Prevenção de erros na administração de fármacos. In: **Enfermagem e terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto alegre: Artmed, 2011.

PETROLINO, H. M. B. S. **Úlcera por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva**: incidência, avaliação de risco e medidas de prevenção. 185f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PETROS, S.; ENGELMANN, L. Enteral nutrition delivery and energy expenditure in medical intensive care patients. **Clin Nutr.**, n.25, p.51-59, 2006.

PITTA, A.. **Hospital dor e morte como ofício**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 197p.

PORTO IS, FIGUEIREDO NMA, et al. **Challenges in the in the assistance of nursing to the aged in the postoperative of cardiac surgery**. Rev de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (Recife). 2009;3(1):76-79.

PHILLIPS, L. D. Complicações da terapia intravenosa. In: PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p.236-46.

PRAVIKOFF, D.S.; TANNER, A.B.; PIERCE, S.T. Readiness of U.S. Nurses for evidence-based practise: Many Don't understand or value research and have had littler or on training to help them find evidence on which to base their practice. **Am J Nurs.**, v.105, n.9, p 40-51, 2005.

PROGRAMA DE COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). **Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH**. São Paulo: APM/CREMESP, 2006. 40 p.

PRYOR, J. A.; WEBBER, B. A. **Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RÊGO, M.M.S.; PORTO, I.S. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.4, p.434-438, 2005.

REID, C. Frequency of under-and overfeeding in mechanically ventilated ICU patients: causes and possible consequences. **J. Hum. Nutr. Dietet.**, n. 19, p.13-22, 2006.

REID-SEARL, K.; MOXHAM, L.; HAPPELL, B. Enhancing paciente safety: the importance of direct supervision for avoiding medication erros and near misses by undergraduate nursing student. **Intl J. Nurs. Pract.**, n.1, v. 16, p. 225-232, 2003.

RIBEIRO, A.L.P.; GAGLIARDI, S.P.L.; NOGUEIRA, J.L.S. *et al.* Mortality related to cardiac surgery in Brazil, 2000-2003. **Journal Thorac. Cardiovasc. Surg.**, n.131, p. 907-909, 2006.

ROCHA, S.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista da Latino-am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

ROCHA, L.A.; MAIA, T.F.; SILVA, L.F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.59,n.3, 2006.

RODRIGUES, E.A.C. Infecções do Trato Urinário. In: RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J.S.; AMARANTE, J.M.B. *et al.* **Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle**. São Paulo: Sarvier; 1997. p.135-148.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 474-480, jul./ago. 2005.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA. **Histórico [homepage]**. 2011. Disponível em: <http://www.pucpr.br/saude/alianca/sta_casa/historico.html>. Acesso em: 10 ago.2013.

SANTOS, N. M.; LIMA, E.; PINTO, R.N.M.*et al.* **Supervisão em enfermagem: instrumento administrativo para o trabalho da equipe de saúde**. 2009. Disponível em: <<http://189.75.118.68/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I40441.E10.T7280.D6AP.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2013.

SCOTT, C. **Setting safe nurse staffing levels: an exploration of the issues**. London: RCN Institute, 2003.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. **O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro**. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto - SP, v. 9, n. 2, p. 17-25, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.Scielo.br>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

SEIFERT, P. C. Cirurgia Cardíaca. In: MEEKER, H.M.; ROTHROCK, J.C. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1997. p.995-1049.

SHAHIAN, D.M.; GROVER, F.L. ANDERSON, R.P. *et al*. Quality measurements in adult cardiac surgery: introduction. **Ann. Thorac. Surg.**, v.1, n.83,p.S1-S2, 2007.

SILVA, L.D. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, n.11, p.111-116, 2003.

_____. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.111-116, 2003.

SILVA, L.D.; PEREIRA, S.R.M.; MESQUITA, A.M.F. **Procedimentos de enfermagem**: semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Med, 2005.

SILVA, M.J.P.; PINHEIRO, E.M. Qualidade na assistência de enfermagem – visão de alunas de especialização. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.14,n.1, p.82-88, 2001.

SILVEIRA, C.S.; FÁVERO, N.; ALVES-PEREIRA, M.C. A ótica do cliente hospitalizado sobre a qualidade da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.76-79, 2003.

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman**: A busca de evidências.2005.Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SOUZA, A.C.S, TRIPPLE, A.F.V.; BARBOSA, J.M. *et al*. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 724 – 735, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a12.htm>> Acesso em: 29 ago. 2013.

TAYLOR, B.; RENFRO, A.; MEHRINGER, L.The role of dietitian in the intensive care unit. **Curr Opin in Clin Nutr Metab Care**, n.8, p.211-216, 2005.

TEIXEIRA, J. D. R.; CAMARGO, F. A.; TRONCHIN, D. M. 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. 12, p. 271-278, 2006.

TIPPLE, A.F.V.; PEREIRA, M.S.; HAYASHIDA, M. *et al*. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.11, n.2, p.245-250, 2003.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TORRES, M. M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C. B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, v.13, n.3, p. 299-304, 2005.

TRAVINSKI, K. C. **Avaliação do cuidado de enfermagem mediante indicadores de qualidade em uma unidade de terapia intensiva.** 66 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

TREVISAN, F. **Rotinas da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital do Trabalhador.** Curitiba: UTI-Geral do HT, 2005.

VASCONCELLOS, M. M. **Indicadores em Terapia Intensiva.** In: DAVID, M. C. Bases científicas para as recomendações em Terapia Intensiva. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 32 p.

VALE, E.G.; GUEDES, M.V.C. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 475-478, 2004.

VARGAS, M.A.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMAN, A.L. *et al.* Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.3, p.339-343, 2007.

VENTURI, K.K. Qualidade do Cuidado em UTI: **Relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos.** 2009. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

VIANA, R.A.P.P. Competências do enfermeiro na terapia intensiva. In: **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências.** Porto alegre: Artmed, 2011

VIRANI, T. *et al.* **Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers.** Toronto: Rnao, 2005.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Validação do cuidado de enfermagem. **Revista Esc. Enferm USP**, São Paulo, v.43, n.2, p.429-437, 2009.

WHELAN, K.; HILL, L.; PREEDY, V.R. *et al.* Formula delivery in patients receiving enteral tube feeding on general hospital wards: the impact of nasogastric extubation and diarrhea. **Nutrition**, n.22, p. 1025-1031, 2006.

YAKO, Y. **Manual de procedimentos invasivo realizados no CTI atuação das enfermeiras.** Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

YAMAMOTO, R.M. **O dimensionamento de pessoal de Enfermagem para o cuidado de qualidade numa organização hospitalar**. 2007. 190 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4.ed. Porto Alegre: Bookmann, 2010.

ZANEI, S.S.V. Vias aéreas artificiais. In: PADILHA, K.G. et al. **Enfermagem em UTI**: cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole, 2010. p. 37-54.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
nacionalidade _____, estado civil _____,
profissão _____, cargo nessa instituição _____,
RG _____, e com endereço _____,
estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “Diagnóstico Situacional da Qualidade no Atendimento de Enfermagem em UTIs Cardiológicas de um Hospital Universitário de Curitiba-PR”, cujo objetivo geral é elaborar um Diagnóstico Situacional com foco na qualidade do atendimento de enfermagem para pacientes pós-cirúrgicos cardíacos imediatos em unidades de terapia intensivas (UTIs) cardiológicas de um hospital universitário de Curitiba – Paraná. O estudo justifica-se pela necessidade que o enfermeiro enfrenta em compreender o processo de gestão da qualidade, propondo, com isso, o desenvolvimento de um instrumento de apoio à gestão da qualidade em enfermagem com os principais indicadores de qualidade para aplicação e monitoramento do cuidado ao paciente no pós-operatório cardíaco.

A minha participação no referido estudo será no sentido de colaboração com a pesquisa (responder a alguns questionamentos do entrevistador de como administro e supervisiono os cuidados prestados a pacientes pós-operatórios cardíacos dessa instituição). O entrevistador tem a autorização para observar minhas condutas prestadas e conhecer protocolos que utilizo.

Fui alertado que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como contar com uma estrutura de enfermagem de atendimento pós-cirúrgico com mais qualidade e respeitando protocolos nacionais de excelência no atendimento.

Recebi, também, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.

Assim, as observações do entrevistador não causarão dor nem risco para minha saúde e para meu atendimento.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, não causando dano algum à minha função.

É assegurado e garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências; enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e após a minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que foi mencionado e compreendida a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo, devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um e-mail para nep@pucpr.br

Curitiba, _____ de _____ de 2012.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Natanna Slaviero

Enfermeira – Mestranda em Tecnologia da Saúde pela Pontifícia Universidade
Católica do Paraná – PUCPR.

Telefone para contato: (41) 9141-3237

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR/GERENTE**SÉRIES HISTÓRICAS DE INDICADORES RELACIONADOS AO APARATO TECNOLÓGICO, SERVIÇO E PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS UTIS CARDIOLÓGICAS****GRUPO I****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Identificação do Sujeito n.º _____

Cargo: _____

Data: _____ Hora Inicial: _____ Hora final: _____

Turno: Manhã () Tarde () Noite ()

- 1) Séries históricas de indicadores relacionados aos seus serviços e processos organizacionais, tais como: (s) ou (n)
 - a) Percentual de re-internações pelo mesmo diagnóstico ()
 - b) Taxa de re-operação pelo mesmo CID, durante a mesma internação ()
 - c) Taxa de erro de medicação ()
 - d) Índice de úlceras por pressão ()
 - e) Densidade de infecção hospitalar ()
 - f) Percentual de quedas da cama/maca/mesa ()
 - g) Taxa de ocupação hospitalar ()
 - h) Índice de rotatividade dos leitos ()
 - i) Média de permanência ()
 - j) Taxa de complicações/intercorrências na internação ()
 - l) Taxa de mortalidade institucional ()
 - m) Incidência de Extubação Acidental; ()
 - n) Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral p/ Aporte Nutricional; ()
 - o) Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem; ()
 - p) Incidência de Flebite; ()
 - r) Horas de Enfermeiro / Cuidado Intensivo; ()

09) A UTI é uma área de circulação restrita, separada de outros ambientes por porta que se mantém fechada e com sinalização de entrada proibida?

Sim ()

Não ()

10) Há pontos de O₂, ar comprimido e vácuo em todos os leitos da UTI?

Sim ()

Não ()

11) Todos os leitos da UTI são equipados com monitor cardíaco-respiratório e de oxigenação?

Sim ()

Não ()

12) A UTI conta com os seguintes recursos técnicos:

- a) Marcapasso externo transitório (UTI Adulto) ()
- b) Material para entubação orotraqueal ()
- c) Eletrocardiógrafo ()
- d) Respirador mecânico a pressão (1 para 3 leitos) ()
- e) Respirador mecânico volumétrico (pelo menos 1) ()
- f) Oxímetro de pulso (1 para cada leito) ()
- g) Aspirador para drenagens (1 para 4 leitos) ()
- h) Bomba de infusão (1 para cada leito) ()
- i) Carrinho de emergência completo ()
- j) Monitor cardíaco (1 por leito) ()
- k) Pontos de O₂, ar comprimido e vácuo (1 de cada por leito)? ()

13) A distribuição dos leitos no pós-cirurgia cardíaca permite visualização constante, desde o posto de enfermagem?

Sim ()

Não ()

14) Existem canais de comunicação que permitam o recebimento de denúncias?

Sim ()

Não ()

15) É feito o controle da utilização das normas e rotinas estabelecidas?

Sim ()

Não ()

16) O hospital, para avaliar e melhorar as suas práticas e respectivos padrões de trabalho utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 1 subitem):

- Reuniões específicas para aprendizado ()
- Correlações entre seus indicadores ()
- Ferramentas da Qualidade (Brainstorming etc.) ()
- Auditorias internas e/ou externas ()
- Autoavaliação? ()

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA – ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS**SÉRIES HISTÓRICAS DE INDICADORES RELACIONADOS AO APARATO TECNOLÓGICO, SERVIÇO E PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS UTIS CARDIOLÓGICAS****GRUPO II****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Identificação do Sujeito

n.º _____

Data: _____ Hora Inicial: _____ Hora final: _____

Turno: Manhã () Tarde () Noite ()

1) Séries históricas de indicadores relacionados aos seus serviços e processos organizacionais, tais como: (s) ou (n)

- a) Percentual de reinternações pelo mesmo diagnóstico ()
- b) Taxa de re-operação pelo mesmo CID, durante a mesma internação ()
- c) Taxa de erro de medicação ()
- d) Índice de úlceras por pressão ()
- e) Densidade de infecção hospitalar ()
- f) Percentual de quedas da cama/maca/mesa ()
- g) Taxa de ocupação hospitalar ()
- h) Índice de rotatividade dos leitos ()
- i) Média de permanência ()
- j) Taxa de complicações/intercorrências na internação ()
- k) Taxa de mortalidade institucional ()
- l) Incidência de Extubação Acidental; ()
- m) Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral p/ Aporte Nutricional;()
- n) Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem; ()

- o) Incidência de Flebite; ()
- p) Horas de Enfermeiro / Cuidado Intensivo; ()
- q) Taxa de Absenteísmo de Enfermagem; ()
- r) Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem; ()
- s) Taxa de Acidente de Trabalho de Profissionais de Enfermagem; ()
- t) Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (*Turn Over*) ()

02) Manuais, normas e rotinas. Será verificado se os mesmos abordam questões éticas.

Sim ()

Não ()

03) Atas de reuniões de times de trabalho, comissões, tais como de ética médica e de enfermagem, e comitês técnicos.

Sim ()

Não ()

04) Normas, procedimentos e rotinas operacionais atualizados das áreas: UTIs cardiológicas

Sim ()

Não ()

05) Protocolos baseados em evidências clínicas, atualizados para as áreas: UTIs cardiológicas.

Sim ()

Não ()

06) Relação atualizada de medicamentos padronizados.

Sim ()

Não ()

07) Protocolos para higiene das mãos, uso de germicidas, isolamento e precauções padrão, prevenção da infecção do sítio cirúrgico, prevenção da infecção relacionada ao acesso vascular e da corrente circulatória, prevenção da infecção do trato urinário, prevenção da infecção do trato respiratório e intervenções em surtos de infecção hospitalar.

Sim ()

Não ()

08) Normas e rotinas atualizadas no funcionamento da UTI cardiológica.

Sim ()

Não ()

09) A UTI é uma área de circulação restrita, separada de outros ambientes por porta que se mantém fechada e com sinalização de entrada proibida?

Sim ()

Não ()

10) Há pontos de O₂, ar comprimido e vácuo em todos os leitos da UTI?

Sim ()

Não ()

11) Todos os leitos da UTI são equipados com monitor cárdio-respiratório e de oxigenação?

Sim ()

Não ()

12) A UTI conta com os seguintes recursos técnicos:

a) Marcapasso externo transitório (UTI Adulto) ()

b) Material para entubação oro traqueal ()

c) Eletrocardiógrafo ()

d) Respirador mecânico a pressão (1 para 3 leitos) ()

e) Respirador mecânico volumétrico (pelo menos 1) ()

f) Oxímetro de pulso (1 para cada leito) ()

g) Aspirador para drenagens (1 para 4 leitos) ()

h) Bomba de infusão (1 para cada leito) ()

i) Carrinho de emergência completo ()

j) Monitor cardíaco (1 por leito) ()

k) Pontos de O₂, ar comprimido e vácuo (1 de cada por leito)? ()

13) A distribuição dos leitos no pós-cirurgia cardíaca permite visualização constante, desde o posto de enfermagem?

Sim ()

Não ()

14) Existem canais de comunicação que permitam o recebimento de denúncias?

Sim ()

Não ()

15) É feito o controle da utilização das normas e rotinas estabelecidas?

Sim ()

Não ()

16) O hospital, para avaliar e melhorar as suas práticas e respectivos padrões de trabalho utiliza-se dos seguintes mecanismos (no mínimo 1 subitem):

- Reuniões específicas para aprendizado ()
- Correlações entre seus indicadores ()
- Ferramentas da Qualidade (Brainstorming etc.) ()
- Auditorias internas e/ou externas ()
- Autoavaliação? ()

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

ANEXOS

**ANEXO A - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Iniciais do nome: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

1- QUALIFICAÇÃO:

1. A) () ENFERMEIRO. Ano de formação: _____

Possui pós-graduação? () Não () Sim () *Stricto Sensu* () *Lato Sensu*

Qual(is)? _____

() concluída () em andamento

1.B) Possui expectativa de qualificação profissional?

Não () Sim ()

2- TEMPO DE EXPERIÊNCIA DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA:

() 0-12 meses

() 13-24 meses

() 25-59 meses

() 5-10 anos

() mais de 10 anos

Atuou em mais de uma categoria da equipe de enfermagem?

() Não () Sim

Especificar as categorias:

**3- TEMPO DE EXPERIÊNCIA DE TRABALHO EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA CARDIOLÓGICA:**

() 0-12 meses

() 13-24 meses

() 25-59 meses

() 5-10 anos

() mais de 10 anos

4- TURNO DE TRABALHO:

() Manhã () Tarde () Noite () Manhã e Tarde

Possui outra atividade laborativa dentro ou fora da enfermagem?

() Não () Sim

Especificar a atividade:

5- TREINAMENTO/EDUCAÇÃO EM SERVIÇO:

5.A) Você recebeu treinamento ao ser admitido na UTI?

() Não () Sim

5.A.1) Em caso **afirmativo** o conteúdo deste treinamento introdutório foi:

() técnico, conteúdo geral. () técnico, conteúdo específico para UTI.

() administrativo (estrutura organizacional, normas da instituição, direitos e deveres do funcionário).

5.B) Você participa de programas de treinamento/educação em serviço na instituição em que trabalha?

() Sim () Não

5.B.1) Se **negativo**. Por quê?

Em caso **afirmativo**:

5.B.2) Todos os funcionários têm o mesmo acesso aos programas de treinamento/educação em serviço?

() Sim () Não () Em partes

Explique: _____

5.B.3) O conteúdo da maioria dos programas de treinamento/educação em serviço:

() Atende às necessidades de aprendizado de toda equipe de enfermagem.

() Atende às necessidades específicas da equipe da UTI.

5.B.4) Qual é a periodicidade dos programas de treinamento/educação em serviço na instituição?

() semanal () mensal () semestral () anual () É um processo contínuo no dia-a-dia

5.B.5) A periodicidade atende às necessidades de treinamento/educação em serviço da equipe de enfermagem?

() Sim () Não () Em partes

6- SUPERVISÃO

6.A) Você é supervisionado em seu serviço?

() Sim () Não

6.A.1) Quem supervisiona as suas ações de cuidado?

() Enfermeiro Gerente () Enfermeiro Coordenador () Enfermeiro Assistencial

() Técnico de enfermagem ()

Outrosquem: _____

6.A.2) Que ações são realizadas pelo seu supervisor que contribuem para a qualidade de suas ações de cuidado?

() Acompanhamento das ações de cuidado

() instruções técnicas

() instruções normativas

() orientações sobre relacionamentos interpessoais com clientes, familiares e equipe

() discussão sobre questões éticas

() delegação de atividades

() avaliação da qualidade do cuidado

() educação em serviço

() fornecimento de materiais

() planejamento do cuidado

() organização do ambiente para o cuidado

() distribuição de atividades

() avaliação de suas necessidades de aprendizado

() esclarecimento de dúvidas

() escuta sobre problemas pessoais

() aconselhamento

() outras, quais:

6.A.3) Como você qualifica a supervisão que recebe em serviço?

() satisfatória () insatisfatória

Porquê? _____

7- SUPERVISÃO (respondida somente por enfermeiros):

Exerce atividade de supervisão?

() Sim () Não

Exerce exclusivamente atividade de cuidado direto?

() Sim () Não

Exerce concomitantemente atividades de supervisão e cuidado direto?

() Sim () Não

Quais são as atividades realizadas por você na supervisão?

() negociação

() gerenciamento de conflitos

() liderança

() motivação

() educação continuada

() planejamento

() processo de enfermagem

() administração de tempo

() delegação de atividades

() orientação

Outras, _____

Obrigado pela sua participação!

ANEXO B – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO – PACIENTES PÓS-CIRÚRGICOS CARDIOLÓGICOS

DIA DE OBSERVAÇÃO: _____						
HORÁRIO DE INÍCIO E TÉRMINO: _____	1	2	3	4	5	6
NÚM. PCTE INTERNADOS DIA: _____						
1. PACIENTE ENTUBADO? (S/N)						
TERAPIA VENTILATÓRIA (VM / NU / AA / TO / TN / TT / M / CN)						
FATORES DE RISCO PARA EXTUBAÇÃO (1 - 11) (À BEIRA DO LEITO)						
MOTIVO DA EXTUBAÇÃO (1 - 11) (ANOTAÇÕES)						
TURNOS DA OCORRÊNCIA (M / T / N)						
NECESSITA DE CONTENÇÃO? (S / N) - ESTÁ CONTIDO? (S / N)						
HAVIA PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS? (S/N) - ESTÁ CHECADA? (S / N) - HAVIA ANOTAÇÃO RELACIONADA? (S / N)						
2. PACIENTE COM Sonda? (S/N) - DESDE:						
TIPO DE Sonda (SOG / SNG / SOE / SNE)						
FATORES DE RISCO PARA PERDA DA Sonda (1 - 12) (À BEIRA DO LEITO)						
MOTIVO DA PERDA DA Sonda (1 - 12) (ANOTAÇÕES)						
TURNOS DA OCORRÊNCIA (M / T / N)						
ESTÁ FIXADA CORRETAMENTE? (S / N)						
HAVIA PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS? (S / N) - ESTÁ CHECADO? (S / N)						
HAVIA ANOTAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE POSICIONAMENTO? (S / N)						
3. QUEDA DO LEITO? (S / N) - QUANDO:						
FATORES DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO (1 - 10) (À BEIRA DO LEITO)						
MOTIVO DA OCORRÊNCIA (1 - 7) (ANOTAÇÕES)						
TURNOS DA OCORRÊNCIA (M / T / N)						
HAVIA PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS? (S / N) - ESTÁ CHECADO? (S / N)						
AS GRADES ESTÃO ELEVADAS? (S / N)						
4. FLEBITE EM AVP? (S / N)						
FOI DOCUMENTADA A APRESENTAÇÃO DE FLEBITE? (S / N)						

DIA DE OBSERVAÇÃO: _____						
HORÁRIO DE INÍCIO E TÉRMINO: _____	1	2	3	4	5	6
NÚM. PCTE INTERNADOS DIA: _____						
DATA DO AVP - IDENTIFICADO NA FIXAÇÃO? (S / N) - REALIZADA ANOTAÇÃO? (S / N)						
LOCAL DA PUNÇÃO VENOSA (CC, UI, UTI, PS, SR)						
REALIZADA TROCA DE FIXAÇÃO? (S / N)						
FATORES DE RISCO PARA FLEBITE (1 - 8) (À BEIRA DO LEITO)						
GRAU DA FLEBITE (1 - 3)						
HAVIA PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS? (S / N) - ESTÁ CHECADO? (S / N)						
5. ÚLCERA POR PRESSÃO? (S / N)						
LOCAL DA UP (RO / RS / RT / RM / RC / OR)						
GRAU DE RISCO PARA UP DE BRADEN (Nº B / M / A)						
GRAU DE RISCO PARA UP DE KNOBEL (Nº B / M / A)						
ESTÁGIO DA UP DA NPUAP (I - IV)						
HAVIA PRESCRIÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS? (S / N) - QUAIS? (MD / CO / MA / CT / T)						
6. ITU DIAGNOSTICADA? (S / N) - DATA:						
PACIENTE COM CVD? (S / N) - DATA DO CATETERISMO (A CADA NOVO CATETERISMO ANOTAR DATA)						
LOCAL EM QUE A CVD FOI PASSADA (PS / CC / CO / UI / UTI / SR)						
ESTA FIXADO? (S / N) - FIXAÇÃO ADEQUADA? (S / N)						
SISTEMA DE DRENAGEM CORRETAMENTE FECHADO? (S / N)						
POSICIONAMENTO ADEQUADO DA BOLSA COLETORA? (S / N)						
FLUXO URINÁRIO DESOBSTRUÍDO? (S / N)						
HAVIA PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS? (S / N) - ESTÁ CHECADA? (S / N) - HAVIA ANOTAÇÃO RELACIONADA? (S / N)						

ANEXO C - LEGENDA PARA COLETA DE DADOS

PROVENIÊNCIA	
OS	PRONTO-SOCORRO
CC	CENTRO CIRÚRGICO
CO	CENTRO OBSTÉTRICO
UI	UNIDADE DE INTERNAÇÃO
SR	SEM REGISTRO

TURNO DA OCORRÊNCIA	
M	DAS 07H ÀS 13H
T	DAS 13H ÀS 19H
N	DAS 19H ÀS 07H

INTUBAÇÃO

TERAPIA VENTILATÓRIA	
VM	VENTILAÇÃO MECÂNICA
NU	NÉVOA ÚMIDA
AA	AR AMBIENTE
TO	TUBO ORO-TRAQUEAL (VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA)
TN	TUBO NASO-TRAQUEAL (VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA)
TT	TRAQUEOSTOMIA (VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA)
MS	MÁSCARA (VENTILAÇÃO MECÂNICA)
CN	CATETER NASAL

FATORES DE RISCO PARA EXTUBAÇÃO E OU MOTIVO PARA EXTUBAÇÃO	
1	AGITAÇÃO MOTORA
2	CONFUSÃO MENTAL
3	DÉFICIT SENSITIVO
4	DISTÚRBO NEUROLÓGICO
5	USO DE SEDATIVOS OU PÓS-SEDAÇÃO
6	FIXAÇÃO DA CÂNULA
7	PRESSÃO INADEQUADA DO CUFF DA CÂNULA
8	USO INCORRETO DO SUPORTE PARA EXTENSÕES E CIRCUITOS VENTILATÓRIOS
9	TRANSFERÊNCIA (MACA – MACA, MACA – CADEIRA...)
10	SEM REGISTRO (PARA O MOTIVO)
11	NÃO IDENTIFICADO (PARA FATORES DE RISCO)

SONDA GÁSTRICA E ENTERAL

TIPO DE Sonda	
SOG	SONDA OROGÁSTRICA
SNG	SONDA NASOGÁSTRICA
SOE	SONDA OROENTERAL
SNE	SONDA NASOENTERAL

FATORES DE RISCO PARA PERDA DE Sonda E OU MOTIVO PARA PERDA DE Sonda	
1	AGITAÇÃO MOTORA
2	CONFUSÃO MENTAL
3	TROCA DE CURATIVO
4	BANHO
5	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
6	DURANTE MUDANÇA DE DECÚBITO

FATORES DE RISCO PARA PERDA DE Sonda E OU MOTIVO PARA PERDA DE Sonda	
7	TRANSFERÊNCIA (MACA – MACA, MACA – CADEIRA...)
8	OBSTRUÇÃO DA Sonda
9	DETERIORAÇÃO DA Sonda
10	OUTRA CONDIÇÃO
11	SEM REGISTRO (PARA MOTIVO)
12	NÃO IDENTIFICADO (PARA FATORES DE RISCO)

QUEDA

FATORES DE RISCO PARA QUEDA	
1	IDADE MAIOR QUE 65 ANOS
2	AGITAÇÃO MOTORA
3	CONFUSÃO MENTAL
4	DÉFICIT SENSITIVO
5	DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS
6	USO DE SEDATIVOS OU PÓS-SEDAÇÃO
7	TRANSFERÊNCIA (MACA, MACA – MACA, CADEIRA ...)
8	DIFICULDADE DE MARCHA
9	NÃO IDENTIFICADO

MOTIVO PARA A QUEDA	
1	GRADES DO LEITO NÃO ELEVADAS
2	FALTA DE CONTENÇÃO
3	CONFUSÃO MENTAL
4	AGITAÇÃO MOTORA
5	TRANSFERÊNCIA (MACA, MACA – MACA, CADEIRA ...)
6	DIFICULDADE DE MARCHA
7	SEM REGISTRO

FLEBITE

GRAU DA FLEBITE	
1	GRAU 1: DOR NO LOCAL, ERITEMA OU EDEMA, SEM ENDURECIMENTO, CORDÃO FIBROSO NÃO PALPÁVEL.
2	GRAU 2: DOR LOCAL, ERITEMA OU EDEMA, FORMAÇÃO DE ENDURECIMENTO, CORDÃO FIBROSO NÃO PALPÁVEL.
3	GRAU 3: DOR LOCAL, ERITEMA OU EDEMA, FORMAÇÃO DE ENDURECIMENTO, CORDÃO FIBROSO PALPÁVEL.

FATORES DE RISCO PARA FLEBITE	
1	INFUSÃO DE SOLUÇÃO HIPERTÔNICA
2	DISPOSITIVO INTRAVENOSO DE GRANDE CALIBRE
3	LOCAL DA PUNÇÃO INADEQUADO
4	MESMO LOCAL EM NOVA PUNÇÃO
5	ACESSO SUPERIOR A 96 HORAS
6	FIXAÇÃO INCORRETA DO AVP
7	CURATIVO DO AVP SUJO
8	NÃO IDENTIFICADO

ÚLCERA POR PRESSÃO

LOCAL DA UP	
RO	REGIÃO OCCIPTAL
RS	REGIÃO SACRA
RT	REGIÃO TROCANTÉRICA
RM	REGIÃO MALEOLAR
RC	REGIÃO CALCÂNEA
OR	OUTRA REGIÃO

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVER ÚLCERAS DE PRESSÃO. ESCALA DE BRADEN – ADAPTADA				
	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos
PERCEPÇÃO SENSORIAL: habilidade de responder à pressão relacionada ao desconforto	Complemento limitado: não reage, não responde a estímulo doloroso. (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) devido em nível de consciência ou a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	Muito Limitado: responde somente a estímulos dolorosos. Não é capaz de comunicar desconforto, exceto por meio de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	Levemente Limitado: responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou expressar a necessidade de ser mudado de posição ou tem certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	Nenhuma Limitação: responde a comandos verbais, não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
UMIDADE: nível ao qual a pele é exposta à umidade	Constantemente úmida: pele mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina... Umidade é detectada às movimentações do paciente.	Muito úmido: pele frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa da cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	Ocasionalmente úmida: pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	Raramente úmida: pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
ATIVIDADE FÍSICA	Acamado: mantém sempre no leito, confinado a cama.	Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e ou precisa ser ajudado a se sentar.	Caminhada ocasionalmente: porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama.	Caminha frequentemente: anda fora do quarto 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas, durante as horas em que está acordado.
MOBILIDADE: capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	Completamente imóvel: não faz nenhum movimento com o corpo, nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidade sem ajuda.	Muito Limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidade, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	Nenhuma limitação: faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVER ÚLCERAS DE PRESSÃO. ESCALA DE BRADEN – ADAPTADA				
	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos
NUTRIÇÃO: padrão usual de consumo alimentar.	Muito pobre: não come toda a refeição. Toma pouco líquido. Raramente come mais de 1.3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína. dia. Não toma nenhum suplemento dietético.	Provavelmente inadequado: raramente faz refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções. Dia. De vez em quando toma suplemento alimentar.	Adequado: come mais da metade da maioria das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína .dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido.	Excelente: come a maior parte de cada refeição. Ingere 4 porções de proteína. dia. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema: necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se.	Potencial para o problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima.	Potencial para o problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima.	Nenhum problema aparente.
GRAU DE RISCO EM DESENVOLVER UP CONFORME CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN				
B		BAIXO RISCO (PONTUAÇÃO >- 17)		
M		MODERADO RISCO (PONTUAÇÃO 12 A 16)		
A		ALTO RISCO (PONTUAÇÃO <- 11)		

Fonte: Paranhos (1999)

CLASSIFICAÇÃO DOS ESTÁGIOS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO. <i>NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP)</i>		
ESTÁGIO	DEFINIÇÃO	APRESENTAÇÃO
GRAU I	Alterações/eritema em pele íntegra como: temperatura quente ou fria; consistência do tecido: endurecida ou amolecida; sensação: dor ou prurido; aspecto: hiperemia persistente ou leve pigmentação.	O rubor permanece 15 minutos ou mais após apresentar alívio da pressão. pode ser dolorida.
GRAU II	Perda parcial/fina camada da pele, envolvendo epiderme e/ou derme. úlcera superficial, bolhas ou abrasão.	Pele hiperemiada com presença de bolhas que podem ou não estar rompidas. é dolorida.
GRAU III	perda total/significativa da pele com lesão/necrose de tecido subcutâneo, mas com fáscia preservada. úlcera profunda, com ou sem túneis em tecido adjacente.	úlcera superficial com margens bem definidas, geralmente com exsudato, podendo estar presente tecido necrótico. geralmente não é dolorida.
GRAU IV	perda total da pele com extensa destruição e necrose do tecido subcutâneo e/ou lesão de outros tecidos como músculos, ossos, tendões, cápsulas articulares.	úlcera profunda, frequentemente com tecido necrótico, exsudato e infecção. Geralmente não é dolorida.

MEDIDAS PREVENTIVAS – CORRETIVAS PARA UP	
MD	MUDANÇA DE DECÚBITO
CO	COXIN
MA	MASSAGEM CORPORAL COM SOLUÇÃO HIDRATANTE
CT	CURATIVO

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

LOCAL EM QUE O CVD FOI PASSADO	
OS	PRONTO-SOCORRO
CC	CENTRO CIRÚRGICO
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
CO	CENTRO OBSTÉTRICO
UI	UNIDADE DE INTERNAÇÃO
SR	SEM REGISTRO

**ANEXO D - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL
SANTA CASA DE CURITIBA/PR**



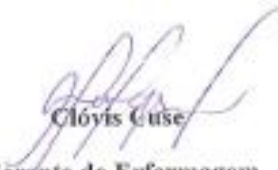
Curitiba, 26 de junho de 2012.

OFÍCIO: 066/2012

Declaramos para os devidos fins que a Direção do Hospital Santa Casa de Curitiba está ciente e de acordo com a proposta de trabalho intitulado como Gestão da Qualidade em Enfermagem: Gerenciamento do Cuidado em Pacientes Pós Operatório Cardíaco da aluna Natanna Slaviero Enfermeira Mestranda do curso em Ciências da Saúde pela PUCPR, sob orientação do Profº Dr. Paulo Roberto Slud Brofman.

Estamos a disposição para maiores esclarecimentos.


Maciel Costa
Diretor Geral
Santa Casa de Curitiba
Maciel Costa
Diretor Geral
SANTA CASA DE CURITIBA


Clóvis Guse
Gerente de Enfermagem
Santa Casa de Curitiba
Clóvis Guse
Enfermeira
Gerente de Enfermagem
SANTA CASA DE CURITIBA

ANEXO E –PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



PROJETO DE PESQUISA

Título: GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM: GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM PACIENTES PÓS OPERATÓRIO CARDÍACO.

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 03763912.6.1001.0100

Pesquisador: Natanna Slaviero

Instituição:

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 90.333

Data da Relatoria: 22/08/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto visa desenvolver um instrumento de apoio à gestão da qualidade para avaliar o atendimento de enfermagem no monitoramento do cuidado ao paciente pós operatório cardíaco. Para o desenvolvimento do projeto serão analisados os prontuários de pacientes pós operatórios cardíacos com observação do estado clínico dos sujeitos de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver um instrumento de apoio à gestão da qualidade para avaliar o atendimento de enfermagem no monitoramento do cuidado ao paciente pós operatório cardíaco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na análise do projeto considera-se que existem dois grupos distintos que serão analisados, um grupo dos gestores de enfermagem e outro com dos enfermeiros. Os riscos de constrangimentos principalmente quando se está avaliando os procedimentos de enfermeiros e gestores dentro da instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta dois TCLE, uma para os gestores e outros para os profissionais de enfermagem. Também é apresentado o roteiro das entrevistas.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho cumpre a legislação da 196/96 em suas questões éticas.



Endereço: Rua Imaculada Conceição - 1155 - 3º andar

Bairro: Prédio Ad. Prado Velho

CEP: 80.215-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)-3271-2292

Fax: (41)-3271-1387

E-mail: nep@pucpr.br