



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FABIANE GORNI BORSATO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIA
COMPLEXIDADE**

Londrina
2012

FABIANE GORNI BORSATO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIA
COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito final à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marli Terezinha
Oliveira Vannuchi

Londrina
2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca
Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B738a Borsato, Fabiane Gorni.

Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em hospital público de média complexidade / Fabiane Gorni Borsato. – Londrina, 2012.
159 f. : il.

Orientador: Marli Terezinha Oliveira Vannuchi.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de enfermagem – Avaliação – Teses. 2. Serviços de saúde – Controle de qualidade – Teses. 3. Serviços de enfermagem – Auditoria – Teses. 4. Hospitais públicos – Avaliação – Teses. I. Vannuchi, Marli Terezinha Oliveira. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

FABIANE GORNI BORSATO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIA
COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* _ Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito final à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Marli Terezinha Oliveira Vannuchi
UEL – Londrina – PR

Prof^a Dr^a Maria do Carmo Lourenço Haddad
UEL – Londrina – PR

Prof^a Dr^a Laura Misue Matsuda
UEM –Maringá– PR

Londrina, 05 de dezembro de 2012

Dedicatória

À Deus,
pela sua sempre forte presença, nos momentos de alegrias,
desafios e tristezas e por me guiar nos caminhos da vida,
dando-me forças para suportar obstáculos.

A meu pai Antonio, minha mãe Silvia e meu irmão Fábio:
a vocês dedico este trabalho e todas as conquistas de minha vida.
Sem o amor, carinho e apoio de vocês, nada seria possível.
O amor que sinto por vocês
é imenso e inesgotável.

Agradecimentos Especiais

Ao meu pai Antonio,
pelo exemplo de homem, de moral, amor e garra.
Agradeço por não medir esforços para investir
em minha formação pessoal e profissional.
Seu amor é imprescindível e indispensável.
Te amo!

À minha mãe Silvia,
pelo amor, dedicação e companheirismo em todas
as etapas de minha vida. Obrigada por me fortalecer
na busca pelo alcance de meus objetivos.
Seu amor é valioso e essencial!!! Amo-te!

Ao meu irmão Fábio,
único, porém suficiente, pelo companheirismo
de irmão e exemplo de perseverança.
Pelos ensinamentos dedicados a mim com
sua inteligência invejável.
Mesmo longe, sempre tão perto, nos momentos
de alegrias e tristezas, de dúvidas e realizações.
Te amo e tenho orgulho de ser sua irmã.

À minha orientadora Marli Terezinha Oliveira Vannuchi,
mais que orientadora, amiga, pelo seu empenho
em buscar os melhores caminhos para me guiar
no desenvolvimento de minhas tarefas.
Com competência, profissionalismo, respeito e carisma
permite que a relação aluno-orientador seja deliciosa.
Obrigada por sua dedicação e amizade.

Aos Colegas da segunda turma do mestrado em enfermagem
da Universidade Estadual de Londrina,
pela parceria durante estes dois anos e pelas contribuições
para que este trabalho fosse elaborado a contento.
Muito obrigada!

Aos professores do mestrado em enfermagem da
Universidade Estadual de Londrina
por não medirem esforços para tornar
cada disciplina repleta de prazer.

À professora Maria do Carmo F. Lourenço Haddad,
pelo incentivo, apoio e orientações na execução deste trabalho.
Obrigada por me fazer acreditar que seria possível.

A direção do Hospital Dr. Anísio Figueiredo,
por permitir que este sonho se realizasse, apoiando e
autorizando a execução deste trabalho na instituição.
Agradeço de coração.

A coordenadora de enfermagem
do Hospital Dr. Anísio Figueiredo,
Denise da Silva Scaneiro Sardinha, por compreender os momentos de
ausência das atividades laborais e por contribuir com a execução deste
trabalho acreditando que o mesmo seria possível.
Obrigada!

Ao Jefferson Márcio Rodrigues,
amigo de graduação e hoje, colega de trabalho,
pelo apoio incondicional no desenvolvimento deste trabalho,
pela parceria e pelos momentos de escuta e conselhos.
Obrigada meu amigo.

À Maria Cláudia Carmo, administradora do Hospital Dr. Anísio Figueiredo e grande apreciadora deste tema, por colaborar com apoio e diversas referências das quais fiz grande proveito no desenvolvimento deste trabalho. Obrigada amiga!!!

As amigas de trabalho Gabriela Ezaías e Gabriela Vieira, mestres em enfermagem e grandes conhecedoras do trabalhoso caminho a se percorrer para aquisição deste título, agradeço o apoio!!!

As estagiárias do Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem, Lívia Bogo e Ana Paula Fonseca por abraçarem as atividades do Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem, com garra e sede de aprendizado, o que muito contribuiu para a fidedignidade dos dados apresentados neste trabalho

À amiga Juliane D'Almas, pela sua amizade, por compreender os momentos de ausência e por colaborar com a tradução dos resumos deste trabalho. Obrigada Amiga.

Aos amigos Bruno, Maria Júlia e Amanda Maia, pela amizade e por entenderem minhas freqüentes ausências dos momentos sempre deliciosos junto a eles. Obrigada meus amigos!

À grande amiga Bruna Luiza, agradeço pela amizade, companheirismo, escuta e apoio!!!

À Banca de qualificação, Marli Terezinha de Oliveira Vannuchi, Maria do Carmo Lourenço Haddad e Laura Matsuda, por aceitarem comporem a banca de qualificação, avaliar este trabalho e desta forma, ajudar grandemente no aperfeiçoamento deste trabalho.

BORSATO, Fabiane Gorni. **Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em um hospital público de média complexidade**. 2012. 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo geral analisar o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem implantado em um hospital público de média complexidade e, como específicos, descrever as etapas percorridas no processo de implantação da referida avaliação, assim como comparar os resultados das duas primeiras avaliações realizadas por meio de entrevista com o paciente internado, observação do ambiente de internação do paciente e auditoria dos registros de enfermagem. Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo, no período de janeiro a dezembro de 2011, com coleta de dados secundários disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem da instituição em estudo. Esse serviço realiza a avaliação da assistência de enfermagem, utilizando três instrumentos adaptados, sendo eles o “Roteiro de Entrevista do Paciente Internado”, o “Roteiro de Observação do Ambiente” e o “Roteiro de Auditoria dos Registros de Enfermagem”. Os dados secundários foram coletados dos registros sobre o processo de implantação da referida avaliação e de relatórios gerenciais das duas primeiras avaliações realizadas pela instituição, na unidade de internação adulto da instituição em estudo. Os dados foram tabulados em planilha específica no *Microsoft Excel* e, para a sua análise, empregou-se os índices utilizados pela instituição, sugeridos por Carter (*apud* SAUPE; HERR, 1982) e Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998). A implantação do processo avaliativo teve início em janeiro de 2011 e aconteceu em cinco etapas, sendo elas a adaptação de instrumentos, o teste de aplicabilidade, a sensibilização dos profissionais, a seleção e capacitação de estagiários e o planejamento da avaliação. Os resultados das entrevistas apresentaram o aumento da percepção positiva do paciente sobre os serviços de enfermagem com elevação da qualidade em relação a higiene, mobilização, deambulação, iluminação, segurança e necessidades espirituais; e diminuição em relação a liberdade de questionamento do paciente, nutrição e orientações de jejum. Houve queda na taxa geral relativa à observação do ambiente com redução dos valores de prevenção de úlcera por pressão, nutrição e hidratação, oxigênio e ventilação e eliminações, identificação de dispositivos, no entanto houve o aumento na taxa de higiene e conforto, segurança física e utilização de equipamentos. Melhorias identificadas na qualidade dos registros referiram-se a identificação do paciente, anotações e controles de enfermagem e condições de alta, porém mantiveram-se aquém dos valores recomendados. Houve queda no valor relativo à elaboração da prescrição de enfermagem determinado pela inaplicabilidade de conhecimentos técnicos e científicos. Este estudo apresentou uma forma sistemática de avaliação em enfermagem, adequada às necessidades de monitoramento da instituição, e os resultados das duas primeiras avaliações realizadas mostraram que, mesmo com a evolução na qualidade de alguns cuidados, o serviço de enfermagem da instituição necessita de estratégias para o aperfeiçoamento científico e técnico e incorporação da cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde. Enfermagem. Avaliação em enfermagem. Satisfação do paciente. Auditoria de enfermagem.

BORSATO, Fabiane Gorni. **Nursing care quality evaluation in a public hospital of medium complexity**. 2012. 159 p. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

This work aimed to analyze the process of nursing care quality evaluation deployed in a public hospital of medium complexity and, its specific goals were to describe the steps taken during the deployed process in the referred evaluation, as well as comparing the results of the two previous evaluations through interviews with the inpatient, environmental monitoring of patient hospitalization and audit of nursing records. It was conducted a retrospective, descriptive and quantitative study, in the period from January to December in 2011, with collection of secondary data provided by the Office of Nursing Quality Control of the institution under study. This service conducts the nursing care evaluation using three adapted instruments, which are the "Interview Script Admitted Patient," the "Roadmap Observation Network" and "Roadmap Audit of Nursing Records". The secondary data were collected from records about the deployed process of the evaluation mentioned and the management reports of the first two evaluations conducted by the institution, in the adult inpatient unit of study institution. Data were tabulated in a specific *Microsoft Excel* spread sheet and, for their analysis, we used the indexes used by the institution, suggested by Carter (*apud* SAUPE; HERR, 1982) and Cianciarullo, Fugulin and Andreoni (1998). The evaluation deployed process had its beginning on January, 2011 and it happened in five steps, which were the instruments adaptation, the applicability test, awareness among professionals, the selection and training of interns and assessment planning. The interviews results exhibit the raise of the patient's positive perception about the nursing services with the quality increase related to hygiene, mobilization, ambulation, lighting, security and spiritual needs, and decrease in relation to freedom of questioning patients, nutrition and fasting guidelines. There was decrease in the general taxes related to environment observation with reduction values for prevention of pressure ulcers, nutrition and hydration, oxygen and ventilation and eliminations, identification devices; however there was an increase in the rate of hygiene and comfort, physical safety and use of equipments. Identified improvements in the quality of the records referred to patient identification, notes and control of nursing and discharge conditions, but the recommended values remained below. There was a fall in value relative to the preparation of nursing prescription determined by the inapplicability of technical and scientific knowledge. This study presented a systematic way of nursing assessment, appropriated to the monitoring needs of the institution, and the results of the first two evaluations showed that, even with some improvement in the quality of care, the nursing service of the institution requires strategies for improvement and incorporation of scientific and technical culture of patient safety.

Keywords: Health care quality. Nursing. Nursing evaluation. Patient satisfaction. Nursing audit.

BORSATO, Fabiane Gorni. **La evaluación de la calidad de la atención de enfermería en un hospital público de mediana complejidad.** 2012. 159 p. Tesis (Maestría) - Universidad Estatal de Londrina, Londrina.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar el proceso de evaluación de la calidad de La atención de enfermería en un hospital público de mediana complejidad y como específico, describir los pasos seguidos en el proceso de implementación de La evaluación, así como para comparar los resultados de los dos primeros evaluaciones a través de entrevistas con los pacientes hospitalizados, la observación del ambiente hospitalario del paciente y auditoría de los registros de enfermería. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo, en el período de enero a diciembre de 2011, con la recolección de datos secundarios proporcionados por la Oficina de Control de Calidad de Enfermería de la institución en estudio. Este servicio realiza La evaluación de la atención de enfermería, adaptada utilizando tres instrumentos, a saber, la "Hoja de Ruta Entrevista con el Paciente", la "Hoja de Ruta de Observación de la Red" y la "Hoja de Ruta de Auditoría de registros de enfermería". Los datos secundarios se obtuvieron de los registros del proceso de implementación de los informes de evaluación de riesgos y la gestión de las dos primeras evaluaciones realizadas por la institución, en la unidad de hospitalización de adultos de la institución de estudio. Los datos fueron tabulados en la hoja de trabajo específica en Microsoft Excel, y para su análisis, se utilizaron los índices utilizados por la institución, sugerida por Carter (apud Saupe; Horr, 1982) y Cianciarullo, Fugulin y Andreoni (1998). La puesta en práctica del proceso de evaluación se inició en enero de 2011 y se llevó a cabo en cinco etapas, que son la adaptación de los instrumentos, la prueba de La aplicabilidad, la concienciación entre los profesionales, la selección y capacitación de pasantes y la planificación de la evaluación. Los resultados de las entrevistas mostraron una mayor percepción positiva del paciente en los servicios de enfermería de alta calidad en relación con la higiene, la movilización, la deambulacion, La iluminación, la seguridad y las necesidades espirituales, y una disminución en relación con la libertad de los pacientes que cuestionan, nutrición y ayuno directrices. Hubo una disminución en la tasa global en la observación del medio ambiente con niveles disminuidos de úlcera por presión prevención, la nutrición e hidratación, oxígeno y ventilación y eliminaciones, dispositivos de identificación, sin embargo, había un aumento en la tasa de, higiene y confort físico seguridad y el uso de dispositivos. Identificada la mejora de la calidad de los registros a que se refiere la identificación del paciente anotación y control de enfermería y las condiciones de descarga, pero se mantuvo por debajo de los valores recomendados. Hubo una caída en valor em relación con la preparación de la prescripción de enfermería determina La inaplicabilidad de los conocimientos técnicos y científicos. Este estudio presenta una forma sistemática de valoración de enfermería, el seguimiento adecuado a las necesidades de la institución, y los resultados de las dos primeras evaluaciones muestran que, a pesar de algunas mejoras en la calidad de la atención, el servicio de enfermería de la institución requiere de estrategias para mejora e incorporación de La cultura científica y técnica de la seguridad del paciente.

Palabras-Clave: Calidad de la atención sanitaria. Enfermería. Evaluación em enfermería. La satisfacción del paciente. Auditoría de La enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
APM	Associação Paulista de Medicina
CAC	Colégio Americano dos Cirurgiões
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCA	Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
CEP	Controle Estatístico do Processo
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CQH	Controle de Qualidade Hospitalar
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DOH	Divisão de Organização Hospitalar
EUA	Estados Unidos da América
GQT	Gestão de Qualidade Total
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
NUIAS	Núcleo de Informação e Análise da Situação
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PE	Prescrição de Enfermagem
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCQE	Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1** Índices de classificação de Carter (*apud* SAUPE; HERR, 1982), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem da instituição em estudo, Londrina - PR, 201149
- QUADRO 2** Índices de classificação de Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem da instituição em estudo, Londrina - PR, 201150
- ARTIGO 1**
- QUADRO 1** Itens que compõem os três instrumentos de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, adaptados de Haddad (2004), para utilização em um hospital público de média complexidade, Londrina-PR, 2011.....60
- QUADRO 2** Índices de classificação de Carter (*apud* SAUPE; HERR, 1982) e Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem de um hospital público de média complexidade, Londrina-PR, 2011.....66
- ARTIGO 2**
- QUADRO 1** Índices de classificação de Carter (*apud* SAUPE; HERR,1982), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem da instituição em estudo, Londrina-PR, 201175
- ARTIGO 3**
- QUADRO 1** Índices de classificação de Carter (*apud* SAUPE; HERR, 1982), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem da instituição em estudo, Londrina-PR, 201190
- ARTIGO 4**
- QUADRO 1** Índices de classificação de Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem da instituição em estudo, Londrina-PR, 2011103

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2

TABELA 1 Percentuais de dois relatórios disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem de um hospital público de média complexidade, referentes às entrevistas realizadas com o paciente de unidade de internação adulto, no período de junho a dezembro de 2011, Londrina-PR	76
--	----

ARTIGO 3

TABELA 1 Percentuais de dois relatórios disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem de um hospital público de média complexidade, referentes à observação do ambiente de internação do paciente em unidade de internação adulto da instituição, no período de junho a dezembro de 2011, Londrina-PR	91
---	----

ARTIGO 4

TABELA 1 Percentuais de dois relatórios disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem de um hospital público de média complexidade, referentes às auditorias dos registros realizadas em unidade de internação adulto da instituição, no período de junho a dezembro de 2011, Londrina-PR	105
---	-----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	O CONCEITO DE QUALIDADE	21
2.2	TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA QUALIDADE	22
2.3	QUALIDADE EM SAÚDE E ENFERMAGEM	26
2.4	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE E ENFERMAGEM	30
2.5	ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÕES	35
3	REFERENCIAL TEÓRICO	38
4	JUSTIFICATIVA	40
5	OBJETIVOS	42
	GERAL	43
	ESPECÍFICOS.....	43
6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	44
6.1	TIPO DE ESTUDO	45
6.2	LOCAL DE ESTUDO.....	45
6.2.1	Processo de Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem Implantado na Instituição em Estudo	46
6.3	PERÍODO DE ESTUDO	48
6.4	FONTE DE DADOS E POPULAÇÃO DE ESTUDO	48
6.5	COLETA DE DADOS	48
6.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	49
6.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	50
7	RESULTADOS	51
7.1	ARTIGO 1	52
7.2	ARTIGO 2	69
7.3	ARTIGO 3	84

7.4	ARTIGO 4	97
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
9	REFERÊNCIAS.....	119

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para a Descrição das Etapas do Processo de Implantação da Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem.....	129
--	-----

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro de Entrevista do Paciente Internado	131
ANEXO B – Roteiro de Observação do Paciente Internado.....	133
ANEXO C – Roteiro de Auditoria dos Registros de Enfermagem	135
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	137
ANEXO E – Normas para Publicação de Artigos da Revista Latino-Americana de Enfermagem	138
ANEXO F – Normas para Publicação de Artigos da Revista Acta Paulista de Enfermagem	141
ANEXO G – Normas para Publicação de Artigos da Revista Ciência Cuidado e Saúde	147
ANEXO H – Normas para Publicação de Artigos da Revista Texto e Contexto Enfermagem	156

APRESENTAÇÃO

Este trabalho, intitulado “*Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em um hospital público de média complexidade*” é resultado de um estudo sobre a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem no Hospital Dr. Anísio Figueiredo, localizado no município de Londrina (PR), também conhecido como “Hospital Zona Norte”. Está sendo apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* — Mestrado em Enfermagem — da Universidade Estadual de Londrina, para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Este programa permite ao aluno apresentar a dissertação no formato tradicional ou no formato de artigo científico. Com vistas à publicação dos resultados desta pesquisa, optou-se por estruturá-la no formato de artigos científicos, estando ela composta de duas partes.

A primeira parte constitui-se de capa, contracapa, folha de aprovação, dedicatória, agradecimentos, resumos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola com as respectivas palavras-chave, sumário, lista de abreviaturas e siglas, lista de quadros, listas de tabelas, introdução, pergunta de pesquisa, revisão de literatura, referencial teórico, justificativa, objetivos geral e específicos e procedimentos metodológicos.

A segunda parte compõe-se dos resultados e considerações finais. Os resultados estão apresentados em quatro artigos científicos elaborados em resposta aos objetivos específicos descritos na primeira parte desta dissertação. Desta forma, o primeiro artigo permitiu responder ao primeiro objetivo; o segundo artigo atendeu ao segundo objetivo; o terceiro artigo relaciona-se ao terceiro objetivo enquanto o quarto objetivo é respondido pelo quarto artigo.

Agradecemos a sua disponibilidade em avaliar o presente trabalho e contamos com as suas colaborações.

1 Introdução

Na área da saúde, o termo qualidade é complexo e de difícil definição, estando, muitas vezes, relacionado a juízo de valores pessoais e institucionais (MORAIS, 2009).

Pertence e Melleiro (2010) definem a qualidade em saúde como sendo a estruturação de um elevado padrão de assistência que depende do envolvimento e comprometimento dos profissionais. Outros autores consideram como serviços de qualidade aqueles que possibilitam a recuperação da saúde somada à redução do risco de falhas e ao atendimento às expectativas do cliente (BALSANELLI; JERICÓ, 2005; TRONCHIN *et al.*, 2009).

A importância da qualidade em saúde foi realçada pelo processo de globalização que trouxe novas tecnologias e alterações nos cenários políticos e socioeconômicos, mas impôs aos gestores o desafio constante de buscar ferramentas e estratégias para assegurar a excelência nos serviços (BASTOS; SARAIVA, 2011; RUTHES *et al.*, 2011).

Além disso, aumentou-se a preocupação com a satisfação dos clientes que, ao longo do tempo, passaram a ser mais informados, conscientes de seus direitos e aptos a escolherem e compararem os serviços (BRASIL, 2004; CAMELO *et al.*, 2009; PORTELLA; SCHIMIDT, 2008).

Essa necessidade constante de melhoria da qualidade dos serviços revela a complexidade da atenção à saúde e a necessidade de um sistema de gestão voltado para o aprimoramento do cuidado e segurança assistencial, com a utilização de métodos avaliativos que permitam demonstrar a eficiência e a efetividade dos serviços e a segurança proporcionada aos usuários (SAES, 2011; SHOUT; NOVAES, 2007; TREVISO; BRANDÃO; SAITOVITCH, 2009).

Dessa forma, é imprescindível que os setores da saúde busquem a utilização de instrumentos e ferramentas destinadas a avaliar e monitorar a qualidade dos processos assistenciais, bem como implementem ações de melhoria de qualidade, possibilitando garantir ao paciente a maximização dos

cuidados e a minimização de riscos, por meio de uma assistência uniforme e com menores custos (MANZO *et al.*, 2012; TRONCHIN *et al.*, 2009).

Nesse contexto, a enfermagem apresenta-se como alvo das alterações dos processos de trabalho que visam à melhoria de qualidade, uma vez que consiste em uma categoria de considerável representatividade e presente nas instituições hospitalares em período integral (CAMELO *et al.*, 2009).

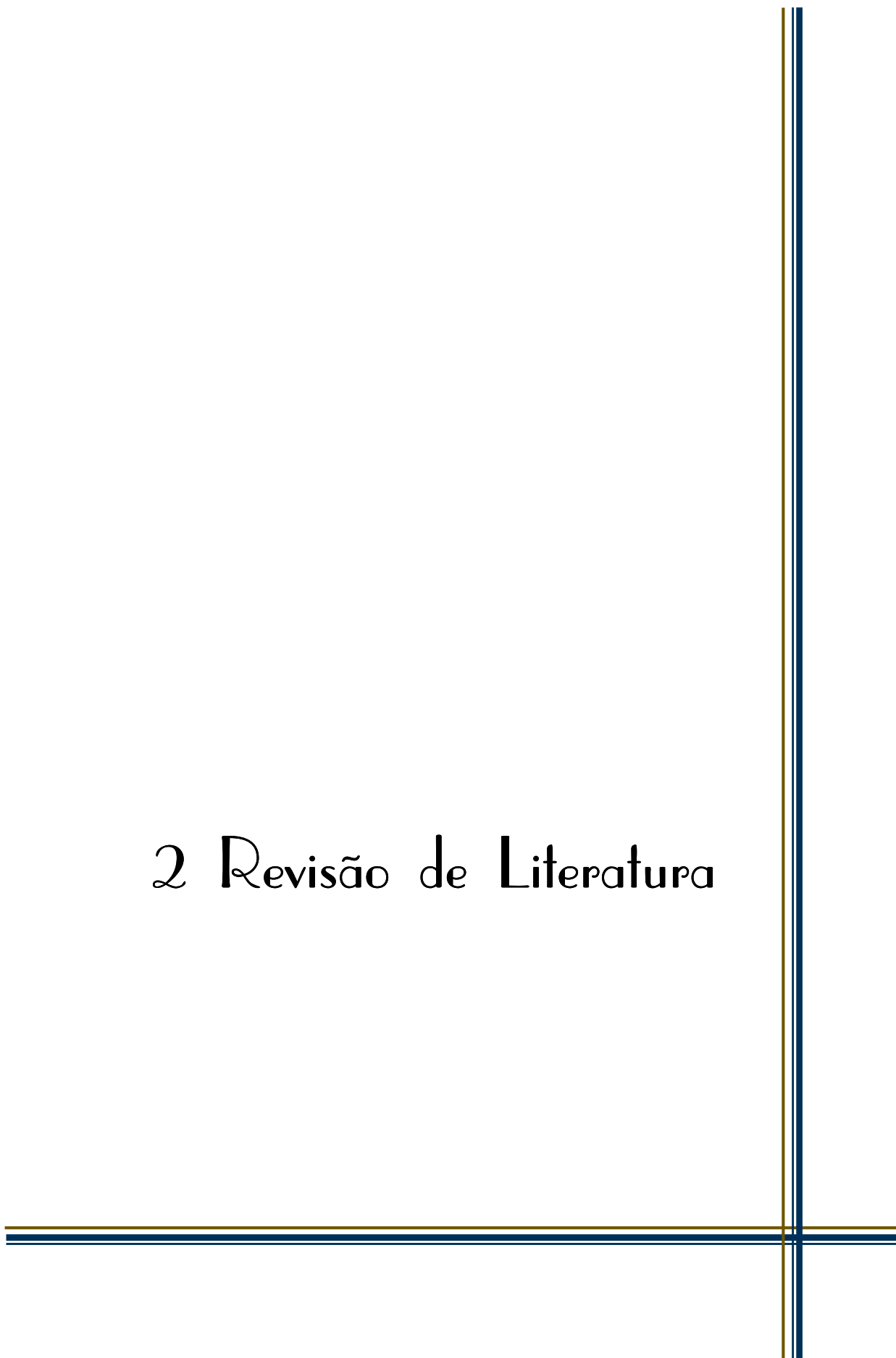
Assim, os serviços de saúde vêm implementando medidas gerenciais de controle e monitoramento contínuo da qualidade em enfermagem, oportunizando o levantamento de informações sobre as condições da assistência prestada e submetendo-as à análise e ao julgamento com base em valores e padrões pré-estabelecidos (FELDMAN, 2009; FRIAS *et al.*, 2010; SILVA; SEIFFERT, 2009).

Diante disso, como enfermeira de um hospital público de média complexidade, responsável pela avaliação da qualidade da assistência de enfermagem dessa instituição e como aluna do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), a pesquisadora decidiu estudar esse tema, desencadeado pelas seguintes perguntas de pesquisa:

Como ocorreu o processo de implantação da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em um hospital público de média complexidade?

Como se apresentou a qualidade da assistência de enfermagem em um hospital público de média complexidade nas duas primeiras avaliações realizadas por meio do método avaliativo implantado?

2 Revisão de Literatura



2.1 O CONCEITO DE QUALIDADE

Conceituar qualidade é um desafio diante dos inúmeros significados que tornam seu entendimento vago e sujeito a diversas interpretações (MAINARDES; LOURENÇO; TONTINI, 2010). Muitos fatores podem influenciar na sua determinação, dentre eles os costumes, a cultura, as necessidades, as experiências e as expectativas dos indivíduos (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Para Mônaco e Mello (2007), a qualidade é um conjunto de atividades por meio das quais se alcança a adequação do produto ao uso. Já Treviso, Brandão e Saitovitch (2009) consideram a qualidade como a condição em que um serviço se encontra após atingir os desfechos visionados.

Malik e Schiesari (2011) apontam que o alcance da qualidade se dá pela não variabilidade dos processos de produção de bens e serviços como determinante da não ocorrência de resultados indesejáveis.

De acordo com Rodrigues *et al.* (2011), a concepção de qualidade de um produto existe quando ele cumpre a sua função de acordo com a expectativa do cliente e baseia-se em duas vertentes: a **QUALIDADE OBJETIVA**, que se refere à real qualidade do produto e à sua superioridade técnica, cuja mensuração é realizada com base na comparação a algum critério ou padrão estabelecido; e a **QUALIDADE SUBJETIVA**, que corresponde à qualidade percebida, ou seja, a percepção das pessoas em relação à excelência do produto e/ou serviços, por meio da qual o consumidor compara suas expectativas à performance do serviço.

Dessa forma, os enfoques da qualidade podem ser estabelecidos levando-se em consideração a dimensão técnica orientada para a concepção do produto ou serviço e sua funcionalidade, como a forma de o produto chegar até o cliente que o perceberá e o comparará de acordo com suas expectativas, gerando ou não satisfação (PRADE, 2004).

Independentemente de sua definição, a qualidade deve ser considerada, globalmente, como fator de impacto relevante na sociedade, uma vez que determina a sobrevivência das organizações (PALADINI, 2007).

2.2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA QUALIDADE

Com o processo de globalização, o mundo moderno vem passando por diversas transformações econômicas, políticas e sociais, levando os gestores das diversas áreas a se adaptarem a essas modificações e buscarem novas formas de administração, em especial com foco voltado para a garantia de qualidade (BASTOS; SARAIVA, 2011).

Apesar de ser alvo de discussões na atualidade, a preocupação com a qualidade nos meios de produção industrial ou de serviços foi marcada historicamente. Joseph M. Juran, em sua obra nominada *A History of Managing for Quality*, publicada em 1995, discorre sobre a busca pela qualidade ao longo da história, em diversos locais do mundo (MAINARDES; LOURENÇO; TONTINI, 2010).

O Egito, no tempo dos faraós, possuía dois tipos de executores do trabalho: um que cumpria as atividades laborais, e outro que fiscalizava o resultado final da produção, com o objetivo de controlar a sua qualidade. Naquele período, a arquitetura das pirâmides e a utilização de fórmulas matemáticas para diversos fins eram exemplos da busca pela qualidade. Da mesma forma, os modelos arquitetônicos e de engenharia das estruturas gregas e romanas, no período histórico clássico, revelam a precisão e trabalho artístico pautado em padrões excelência (RODRIGUES *et al.*, 2011).

No período anterior à Revolução Industrial, as atividades de produção eram determinadas pela competência, pela habilidade e pelo talento do artesão, que, ao mesmo tempo em que realizava o trabalho, era responsável pela verificação da qualidade do produto (MÔNACO; MELLO, 2007).

Com o aumento da população mundial e da demanda por produtos necessários à sobrevivência, tornou-se necessária a reformulação dos processos de produção vigentes, o que determinou a criação das *corporações de*

ofício, com a formação de profissionais baseado no ensino dos aprendizes. Nesse momento, surge a divisão do trabalho entre produção e controle de qualidade do produto (RODRIGUES *et al.*, 2011).

O conceito de qualidade ganhou força e destaque a partir do século XX, com a Primeira Guerra Mundial. Iniciava-se o período da indústria mundial denominado “Era da Inspeção Formal”, marcado pelo surgimento de técnicas para aperfeiçoar a produção em escala, com controle e monitoramento formal de qualidade pautado na inspeção do produto final. Essas atividades de controle eram subsidiadas por especificações e medidas escritas, instrumentos de medição e laboratórios para testes e padronização (KERN; LIMA, 2011; MÔNACO; MELLO, 2007).

O aumento da produção industrial, em atendimento às necessidades da população, inviabilizou a simples inspeção do produto final. Nesse período, Walter Andrew Shewhart, um estudioso norte-americano, desenvolveu o *Controle Estatístico do Processo* (CEP), com implementação de técnicas estatísticas para o monitoramento da qualidade do produto (KERN; LIMA, 2011; MAINARDES; LOURENÇO; TONTINI, 2010).

Com o início do CEP, buscou-se valorizar o sistema de produção, com ações voltadas para a prevenção de eventos em substituição às atividades corretivas sob um produto considerado de má qualidade, aumentando os níveis de qualidade, reduzindo gastos com retrabalho e desperdício. Ainda nesse período, criaram-se os setores de apoio administrativo voltado às atividades de controle de qualidade (CORDEIRO, 2004; RODRIGUES *et al.*, 2011).

O tema qualidade continuou em destaque a partir da Segunda Guerra Mundial, na busca por menores custos da produção, maior produtividade e, conseqüentemente, a manutenção e ampliação do mercado (RUTHES *et al.*, 2011). Nesse período, destacam-se os estudiosos W. Edwards Deming e Joseph M. Juran, que propuseram formas de gestão de qualidade complementares entre si e consideradas adequadas até a atualidade (BASTOS; SARAIVA, 2011).

Deming (1990) propôs 14 pontos determinantes para a melhoria do processo com foco no controle e na melhoria do produto final:

1. Criar constância de propósitos para a melhora do produto e do serviço.
2. Adotar a filosofia de aperfeiçoamento contínuo.
3. Focalizar o aperfeiçoamento nos processos, ao invés da fiscalização do produto ou do serviço.
4. Eliminar a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço.
5. Melhorar constantemente o sistema de produção e de serviços.
6. Instituir treinamento e educação continuada.
7. Adotar e instituir a liderança.
8. Afastar o medo, encorajando os trabalhadores a participarem ativamente do processo.
9. Romper as barreiras entre os diversos setores.
10. Eliminar os *slogans*, exortações e metas para a força de trabalho.
11. Manter o foco na qualidade e não apenas na quantidade; eliminar o sistema de cotas, caso esteja sendo utilizado.
12. Promover o trabalho em equipe, ao invés das conquistas individuais. Eliminar a classificação anual ou o sistema por mérito.
13. Educar e treinar os trabalhadores de modo a maximizar o desenvolvimento pessoal.
14. Tomar a iniciativa para realizar a transformação.

Após a Segunda Guerra Mundial, o Japão, destruído e com sua economia em baixa, passou a se interessar pela busca do controle de qualidade do ocidente. Nesse momento, convidou Juran, com seus ideais de melhoria de qualidade, e Deming, com sua abordagem no controle de processos, para auxiliarem na reorganização da economia japonesa (CARVALHO, 2011).

Esses estudiosos ensinaram as técnicas estatísticas aos japoneses que, com os aspectos culturais e disciplinares de seu povo, passaram a eliminar os erros nos processos de produção e a melhorar a utilização de recursos, levando à revolução silenciosa no Japão, com recuperação da economia e sucesso na indústria, que permanece até os dias de hoje (RODRIGUES *et al.*, 2011).

O sucesso da indústria japonesa, que oferecia produtos de altíssima qualidade a preços baixos, gerou uma ameaça ao mundo ocidental que, diante da competitividade instalada, buscou o realinhamento de sua indústria com base no modelo oriental. Inicia-se, nesse momento, os primeiros passos para a *Gestão de Qualidade Total* (GQT).

A partir dos ideais da GQT, ampliou-se o foco e buscou-se valorizar as exigências do cliente e atender às suas necessidades, utilizar padrões de qualidade e gerenciar recursos humanos no que se refere a comprometimento e capacitação (BALSANELLI; JERICÓ, 2005; CAMPOS, 2004).

A busca pela qualidade fundamentada pela GQT passou a ser de responsabilidade de toda a organização e originava-se da participação ativa de todos os integrantes da empresa, não devendo se restringir apenas às áreas de produção (KERN; LIMA, 2011; MAINARDES; LOURENÇO; TONTINI, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2011). Além disso, passou-se a valorizar a motivação profissional como determinante na busca pela qualidade (MÔNACO; MELLO, 2007).

A Gestão de Qualidade passa a ser definida como Gestão de Qualidade Total, quando a produção volta-se para o alcance da satisfação do cliente e as ações são orientadas para a adequação do produto ao uso, envolvendo todos os colaboradores da empresa (PALADINI, 2007).

No século XXI, diante de um mercado altamente competitivo, com contínuas mudanças e com um alto grau de exigência dos consumidores, as organizações passaram a observar a necessidade de buscarem novas tecnologias de gestão e ampliarem a discussão sobre a qualidade, tratando-a como

determinante na diferenciação entre as empresas (MAINARDES; LOURENÇO; TONTINI, 2010; MÔNACO; MELLO, 2007; SANTIAGO; CUNHA, 2011).

Em suma, a trajetória histórica da qualidade na indústria mundial até o século XXI, com a incorporação dos ideais da qualidade total, consiste em um reflexo do processo evolutivo da sociedade que desencadeia o aumento crescente da demanda por produtos e serviços, em atendimento às necessidades da população, acompanhado do aumento da exigência do cliente no que se refere à qualidade.

2.3 QUALIDADE EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Define-se qualidade na área da saúde, em especial nos hospitais, como a capacidade de gerenciar pessoas com garantia de níveis satisfatórios de qualificação profissional, atrelado ao uso e ao controle adequado de recursos tecnológicos, com a finalidade de assegurar, ao cliente, um tratamento eficaz e com baixo risco (JULIANI; KURCGANT, 2010).

Atualmente, a excelência dos serviços de saúde configura-se como alvo de preocupação e investimento por parte dos gestores, trazendo à tona a discussão dos temas qualidade e avaliação (MORAIS *et al.*, 2008). A partir daí, os processos de aperfeiçoamento do trabalho em saúde, relativos à busca da qualidade, devem ser contínuos e satisfazer as necessidades do paciente (SAES, 2011).

Os primeiros registros relacionados à qualidade da assistência à saúde surgiram há cerca de 200 anos a.C., com o Código de Hammurabi, escrito pelo imperador da Babilônia, onde constava a ideia do “não causar mal a ninguém”. Com o juramento de Hipócrates, datado de 400 a.C., levanta-se a ideia de *primum non nocere*, que significa “primeiro não causar dano” (PORTELLA; SCHIMIDT, 2008).

Florence Nightingale, enfermeira inglesa que atuou na Guerra da Criméia, em meados de 1840, eliminou a ideia de responsabilidade apenas do médico pela qualidade assistencial, implantando medidas sanitárias, cuidados

rígidos de enfermagem, alimentação adequada e visitas noturnas frequentes aos soldados, com conseqüente queda da taxa de mortalidade (RUTHES *et al.*, 2011). A partir de suas ações, Florence desvelou os primeiros ideais de melhoria de qualidade, por meio do modelo de melhoria contínua (BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

Em 1910, foi emitido o Relatório Flexner, que discorria sobre a investigação da educação médica vigente, propondo intensas medidas de aprimoramento, com o intuito de tornar a medicina cada vez mais eficiente (TREVISO; BRANDÃO; SAITOVITCH, 2009).

A partir de 1913, as premissas da gestão da qualidade em serviços de saúde foram fortemente desenvolvidas e sistematizadas pelo cirurgião norte-americano Ernest A. Codman (PRADE, 2004; RUTHES *et al.*, 2011). Esse estudioso limitava seus trabalhos à ideia de qualidade atrelada ao produto final da assistência prestada (KAEMEERER, 2009; MARQUIS; HUSTON, 2005).

A ideia de Codman foi fortalecida por volta de 1918, nos Estados Unidos da América (EUA), quando os membros do Colégio Americano dos Cirurgiões (CAC) elaboraram o Programa de Padronização Hospitalar (PPH), por meio do qual foram apresentados os padrões mínimos a serem alcançados para a garantia da qualidade. No entanto, esse programa restringia-se à avaliação dos resultados dos procedimentos médicos e dos processos de trabalho, não considerando outros aspectos envolvidos, como a satisfação do cliente e as condições estruturais (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; RUTHES *et al.*, 2011).

No decorrer dos anos, os padrões estabelecidos pelo PPH passaram a não suportar as crescentes transformações no setor da saúde, de forma que, em 1951, o CAC passou a buscar parcerias com outras associações médicas, criando a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CAAH). Um ano após, a CAAH delegou o programa de acreditação hospitalar à tão conhecida *Joint Commission on Accreditation of Hospitals Organization* (JCAHO) (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A JCAHO é um legado do PPH e tem a missão de prezar pela melhoria contínua dos serviços de saúde, consolidando a avaliação de qualidade por meio da acreditação hospitalar nos EUA e no mundo. Por volta de 1980, os países europeus também passaram a buscar a avaliação de seus serviços hospitalares, por meio da acreditação por essa comissão (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

A partir da década de 1960, o movimento pela qualidade tomou ainda mais força na área da saúde, com destaque para Avedis Donabedian, um pediatra armênio, que elaborou importantes considerações relativas aos modelos de gestão de qualidade (MANZO *et al.*, 2012). Inicialmente, Donabedian direcionou seus estudos à qualidade do trabalho médico e, logo após, ampliou seu olhar e passou a envolver os outros aspectos dos serviços de saúde (MORAIS, 2009).

Em seus estudos, Donabedian apresentou a qualidade determinada por três aspectos interdependentes, sendo eles os *conhecimentos técnico-científicos*, as *relações interpessoais* e os *fatores ambientais*. Logo após, ampliou seu conceito e desenvolveu os “*Sete Pilares da Qualidade*” (DONABEDIAN, 1990):

- ▶ **EFICÁCIA:** melhor resultado, na melhor situação possível;
- ▶ **EFETIVIDADE:** melhor resultado, na melhor situação real;
- ▶ **EFICIÊNCIA:** melhor resultado, com menor custo;
- ▶ **OTIMIZAÇÃO:** ponto ótimo, considerando resultado e custo;
- ▶ **ACEITABILIDADE:** nível em que a ação atende às expectativas e aos valores do usuário;
- ▶ **LEGITIMIDADE:** nível em que a ação atende às expectativas e aos valores da sociedade;
- ▶ **EQUIDADE:** nível da distribuição das ações entre os membros da população.

A partir da década de 1980, o controle de qualidade pautada, estritamente, no resultado final passou a não suprir as necessidades dos serviços e da população. Diante disto, em 1988, Donabedian apresentou nova sistematização para a qualidade em saúde, pautada em três variáveis gerenciais: estrutura, processo e resultados da assistência à saúde (DONABEDIAN, 1980).

- ▶ **ESTRUTURA:** recursos físicos, materiais, humanos, financeiros e estrutura organizacional.
- ▶ **PROCESSO:** atividades de cuidado que envolvem os profissionais de saúde e usuários, com base em padrões pré-estabelecidos e aceitos.
- ▶ **RESULTADOS:** medidas da qualidade ao final do tratamento recebido, das expectativas e da satisfação dos clientes.

Até meados da década de 1980, com forte apoio da Organização Mundial de Saúde, a garantia de qualidade foi difundida pelo mundo, desenvolvendo-se formas de avaliação e monitoramento de qualidade técnica em saúde. Iniciou-se a utilização de algumas ferramentas de avaliação, como a auditoria, a medicina baseada em evidências e as *guidelines*, além de alguns métodos de certificação e acreditação das instituições hospitalares (SERAPIONI, 2009).

Ao final da década de 1980, com os ideais da *Qualidade Total e Melhoria Contínua de Qualidade*, somou-se, à avaliação da dimensão técnica em saúde, os aspectos organizacionais e gerenciais, assim como a valorização das expectativas dos clientes. Nesse período, o desenvolvimento de programas de qualidade passou a ser uma importante preocupação, em consonância com os ideais de direitos do usuário de receber o melhor que a medicina pode oferecer (SERAPIONI, 2009).

No Brasil, a implantação do Código de Defesa do Consumidor, em 1990, fortaleceu a relação usuário - serviços de saúde, tendo o usuário como o detentor de poder de exigência por qualidade (HADDAD; ÉVORA, 2012).

Passou-se, dessa forma, a ouvir mais os clientes, pacientes e familiares, pois eles possuíam um perfil mais reivindicativo perante seus direitos (MALIK; SCHIESARI, 2011).

Toda a trajetória histórica de busca pela qualidade nos serviços de saúde possuiu, como determinantes, os aspectos inerentes à globalização, com avanço da tecnologia, melhores condições terapêuticas, melhora da informação e, conseqüentemente, o aumento nas exigências do cliente por serviços de excelência. Diante disto, a área da saúde busca constantemente o aperfeiçoamento de seus sistemas de gestão com vistas a satisfazer as necessidades dos clientes e enfrentar um mercado altamente competitivo.

2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE E ENFERMAGEM

A avaliação pode ser definida de diversas maneiras e é encontrada em diferentes formatos, compreendendo um conjunto de atividades voltadas a atribuir um juízo argumentado aos serviços, às políticas, aos programas e ao desempenho da organização (SERAPIONI, 2009).

Diante das alterações socioeconômicas ocorridas nos últimos tempos, a área da saúde passou a visualizar a necessidade de reformulação das formas de gestão, buscando incorporar os conceitos de qualidade na administração de seus serviços, com a modernização das formas de trabalho, a visão de processos e, em especial, a inclusão de processos avaliativos nas atividades gerenciais (SHOUT; NOVAES, 2007; TREVISO; BRANDÃO; SAITOVITCH, 2009).

Segundo Moraes et al. (2008), a inclusão da avaliação e do monitoramento contínuo dos processos de trabalho permitem realizar um diagnóstico das situações, possibilitando conhecer as inadequações e agir na redução de não conformidades.

A operacionalização da avaliação consiste em um processo dinâmico que ocorre por meio da sistematização de coletas de dados com o auxílio de instrumentos (FELDMAN, 2009; HADDAD, 2011; PERTENCE;

MELLEIRO, 2010). Os dados devem ser analisados e interpretados com base em uma escala de valores e, ao final deste processo, torna-se possível a determinação de medidas de intervenção visando à melhoria da qualidade (FELDMAN, 2009).

É importante destacar que o controle de qualidade em serviços de saúde não visa determinar o sucesso ou o fracasso e sim encontrar formas de se buscar a qualidade e, conseqüentemente, aprender e crescer (FELDMAN, 2009). Segundo Shout e Novaes (2007), a combinação do “conhecer” e do “agir” compõe uma analogia à palavra informação (informa-ação), ou seja, é preciso conhecer para agir.

Em suma, a avaliação de qualidade em saúde compõe-se de uma constante estratégia técnico-administrativa de julgar algo com base em critérios e padrões pré-definidos, delimitando-se em duas atividades: a produção de informações referentes à produção de serviços e o estabelecimento de valores a seu respeito (PRADE, 2004; MORAIS, 2009).

Essa realidade desenvolve-se, também, na área da enfermagem, que sempre possuiu medidas de controle de qualidade, mesmo que de maneira informal, representadas pela grande preocupação dos enfermeiros em executar uma assistência adequada e com bons resultados (MORAIS *et al.*, 2008).

Ao sofrer forte impacto originado das alterações sócio-políticas, históricas e educacionais, a enfermagem buscou formalizar e utilizar novas estratégias de controle de qualidade, pautadas na sistematização de processos avaliativos que permitem o levantamento de informações fidedignas sobre a qualidade do cuidado (CALDANA *et al.*, 2011). Além disso, a posição em que a enfermagem se encontra, nas instituições hospitalares, é estratégica e consiste em um alvo da necessidade de alterações dos processos de trabalho com vistas à garantia de qualidade de seus serviços (CAMELO *et al.*, 2009).

Assim como na saúde em geral, o controle de qualidade em enfermagem busca avaliar, monitorar e regulamentar os serviços de enfermagem,

objetivando a qualidade e o cumprimento de metas pré-estabelecidas (MARQUIS, HUSTON, 2005).

Em 1986, a lei nº 7.498 regulamentou o exercício profissional do enfermeiro e apresentou a avaliação de qualidade como uma atividade inerente à profissão. Logo após, a Lei nº 8.080 trouxe a necessidade de estruturação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que impôs como atividades o acompanhamento, a fiscalização, o controle, além da avaliação técnico-científica e contábil-financeira das ações de saúde (BRASIL, 1990). Já em 2001, a Resolução nº 266/2001 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regularizou a atividade do enfermeiro nas atividades de auditoria (COFEN, 1986; COFEN, 2001).

A auditoria é amplamente utilizada nos processos avaliativos na área da saúde, inclusive nos serviços de enfermagem, e constitui-se de técnicas de inspeção e exame dos processos de produção de serviços, podendo ser aplicada a todas as áreas ou voltada, especificamente, para algumas atividades (PRADE, 2004). Essa ferramenta originou-se na área contábil, fato comprovado pela existência de registros que datam de 2600 a.C. A partir da Revolução Industrial e alterações nos processos de produção de bens e serviços, essa técnica foi fortemente aplicada na indústria. Em 1918, surgiu na área da saúde, nos EUA, a partir dos trabalhos realizados pelo médico George Gray Ward, voltados a avaliar a assistência prestada por meio da revisão de registros em prontuários. O primeiro trabalho de auditoria na área da enfermagem foi realizado em 1955, no *Hospital Progress*, nos EUA (D'INNOCENZO, 2010).

Nas instituições de saúde, a auditoria está muito associada ao controle de gastos e perdas financeiras, sendo empregada para avaliação do consumo de materiais e medicamentos por parte da enfermagem e do restante da equipe multiprofissional. Porém, deve-se ter uma grande cautela em sua operacionalização, uma vez que sua excessiva utilização para o fim supracitado pode gerar um desvio de objetivos, que, para a saúde, é a garantia da qualidade do cuidado (CAMELO *et al.*, 2009).

Para D’Innocenzo (2010), a auditoria é um elemento essencial para a mensuração da qualidade da assistência de enfermagem, sendo realizada sistematicamente por meio dos registros de enfermagem no prontuário do paciente ou das próprias condições deste ou, ainda, pela comparação da assistência prestada a padrões aceitáveis. A mesma autora propõe a abordagem da auditoria com três enfoques:

- ▶ **AUDITORIA DE ESTRUTURA:** avaliação do local onde acontece o cuidado do paciente, com abordagem dos recursos humanos, materiais e ambiente.
- ▶ **AUDITORIA DE PROCESSOS:** mensuração dos processos de cuidado, com foco na satisfação de padrões pré-estabelecidos.
- ▶ **AUDITORIA DE RESULTADOS:** por meio da qual se permite observar mudanças no estado de saúde do cliente e ainda verificar sua satisfação com o atendimento prestado.

Ainda, nos processos avaliativos em saúde e enfermagem, é essencial considerar a utilização de indicadores que são ferramentas utilizadas para o apontamento de dados reais sobre a qualidade dos serviços, sinalizando as especificidades que necessitam de intervenções e melhoria e, também, refletindo os resultados de mudanças implementadas e alcance das metas estabelecidas (TRONCHIN *et al.*, 2009).

O uso de indicadores na área da saúde teve início no século XIX, sendo utilizados por Willian Farr para analisar os índices de mortalidade e de sobrevivência. Com o passar do tempo, apenas esses indicadores não foram suficientes para mensurar as diversas dimensões da saúde, sendo necessária a elaboração de outros (TREVISO; BRANDÃO; SAITOVITCH, 2009).

É essencial que os indicadores possibilitem uma fácil análise e interpretação, permitindo compreensão por parte dos gestores (JULIANI; KURCGANT, 2010). Segundo D’Innocenzo (2010), podem ser elaborados para qualquer área da assistência à saúde e devem possuir como atributos: *adaptabilidade; representatividade; simplicidade; rastreabilidade; disponibilidade;*

economia e praticidade. A mesma autora cita as considerações da JCAHO na construção de indicadores de qualidade:

- ▶ Atenção aos direitos do paciente, ética profissional, relações interpessoais, comunicação informativa a pacientes e familiares.
- ▶ Funções da instituição quanto à liderança, gestão da informação, de recursos humanos, do ambiente, das medidas preventivas de infecção e melhoria do desempenho profissional.
- ▶ Estrutura organizacional dos corpos gestores, administração, corpo médico e enfermagem.

Nesse contexto da busca pela qualidade dos serviços, a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem faz-se imprescindível, devendo o enfermeiro buscar ferramentas e instrumentos fundamentados para a monitoração sistemática que permitirão o levantamento de informações concretas sobre o desempenho dos serviços de enfermagem e, com base nelas, buscar estratégias de aperfeiçoamento e melhoria contínua da assistência à saúde.

Mesmo com a existência de muitas pesquisas a respeito da qualidade em enfermagem, poucos deles apresentam vivências localizadas e implantação de programas de qualidade voltados ao monitoramento dos processos de cuidado. Como exemplo, tem-se o estudo desenvolvido por Haddad, em 2004, no qual ele descreve as etapas que percorreu para a implantação da avaliação de qualidade da assistência de enfermagem em instituição pública de alta complexidade no norte do Paraná.

Utilizando-se de resultados obtidos a partir do programa implementado em um hospital universitário público no norte do Paraná (HADDAD; ROSSANEIS, 2011), surgiram outros estudos na mesma instituição, sendo eles o de Sentone, Évora, Haddad e Borsato (2011), que avaliou a qualidade das prescrições de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; e outro que analisou a qualidade das anotações de enfermagem em todas as unidades de internação no período de 2002 a 2009 (BORSATO *et al.*, 2011). Ainda, essa mesma metodologia avaliativa foi utilizada em estudo realizado em Unidade de

Cuidados Intermediários (UCI) de um Pronto Atendimento (PA) da região Sul do Brasil, para avaliação dos registros de enfermagem (SILVA *et al.*, 2012).

2.5 ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÕES

No contexto mundial de busca por qualidade nos serviços de saúde, formaram-se organizações de acreditação dos serviços de saúde (MALIK; SCHIESARI, 2011). Acreditação corresponde a um processo de avaliação institucional, com base em padrões pré-estabelecidos e aceitos, realizada por empresas externas (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Constitui-se de um processo avaliativo voluntário, não obrigatório, com papel educador e ordenador na busca por uma cultura de qualidade e, ainda, a certificação propriamente dita dos serviços de saúde (MANZO *et al.*, 2012).

Os processos de acreditação são estabelecidos como estratégia de avaliação de riscos em saúde, oportunizando a geração de qualidade nas instituições hospitalares. Dessa forma, constitui-se de uma proposta de qualificação dos serviços de saúde e tem, em cada programa, um molde avaliativo adequado à realidade de cada país (FORTES; MATOS; BAPTISTA, 2011).

A pioneira nos processos de acreditação de serviços de saúde foi a JCAHO, que surgiu em 1952 e corresponde a uma empresa privada, incentivadora da incorporação da cultura de qualidade na área médico-hospitalar (MALIK; SCHIESARI, 2011). Executa seus processos de avaliação pautados no trinômio avaliação-educação-consultoria e baseadas em padrões, tendo como meta a melhoria contínua dos serviços de saúde (HELITO, 2010). No Brasil, a JCAHO é representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA) (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Outra organização voltada à avaliação em serviços de saúde é a *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), de origem canadense, que desenvolve seus processos de acreditação no cenário internacional. A CCHSA avalia a excelência em gestão somada à segurança do

paciente, com caráter educativo e sem a finalidade fiscalizadora e punitiva. No Brasil, esse programa é representado pelo Instituto Qualisa de Gestão (HELITO, 2010).

No Brasil, na década de 1990, alguns sistemas de avaliação de caráter externo às instituições foram desenvolvidos para monitoramento e comparação dos dados inter-hospitalares, subsidiados pela utilização de indicadores tradicionais de gestão hospitalar, em sua maioria, voltados para a regulação de leitos e a movimentação de pacientes (SHOUT; NOVAES, 2007).

Dentre esses sistemas brasileiros de avaliação em saúde, encontra-se o Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), um programa iniciado em 1991, pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), com parcerias com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), a partir de trabalhos da Comissão Conjunta de Acreditação de Organização de Saúde dos EUA. Consiste em um programa de adesão voluntária, que realiza o processo avaliativo por meio da utilização de indicadores derivados de serviços públicos e privados, em sua maioria, paulistas. O CQH tem como objetivo estimular a melhoria dos cuidados à saúde em todos os hospitais do Estado de São Paulo, sendo concedido um selo de qualidade às instituições certificadas (HELITO, 2010; SHOUT; NOVAES, 2007).

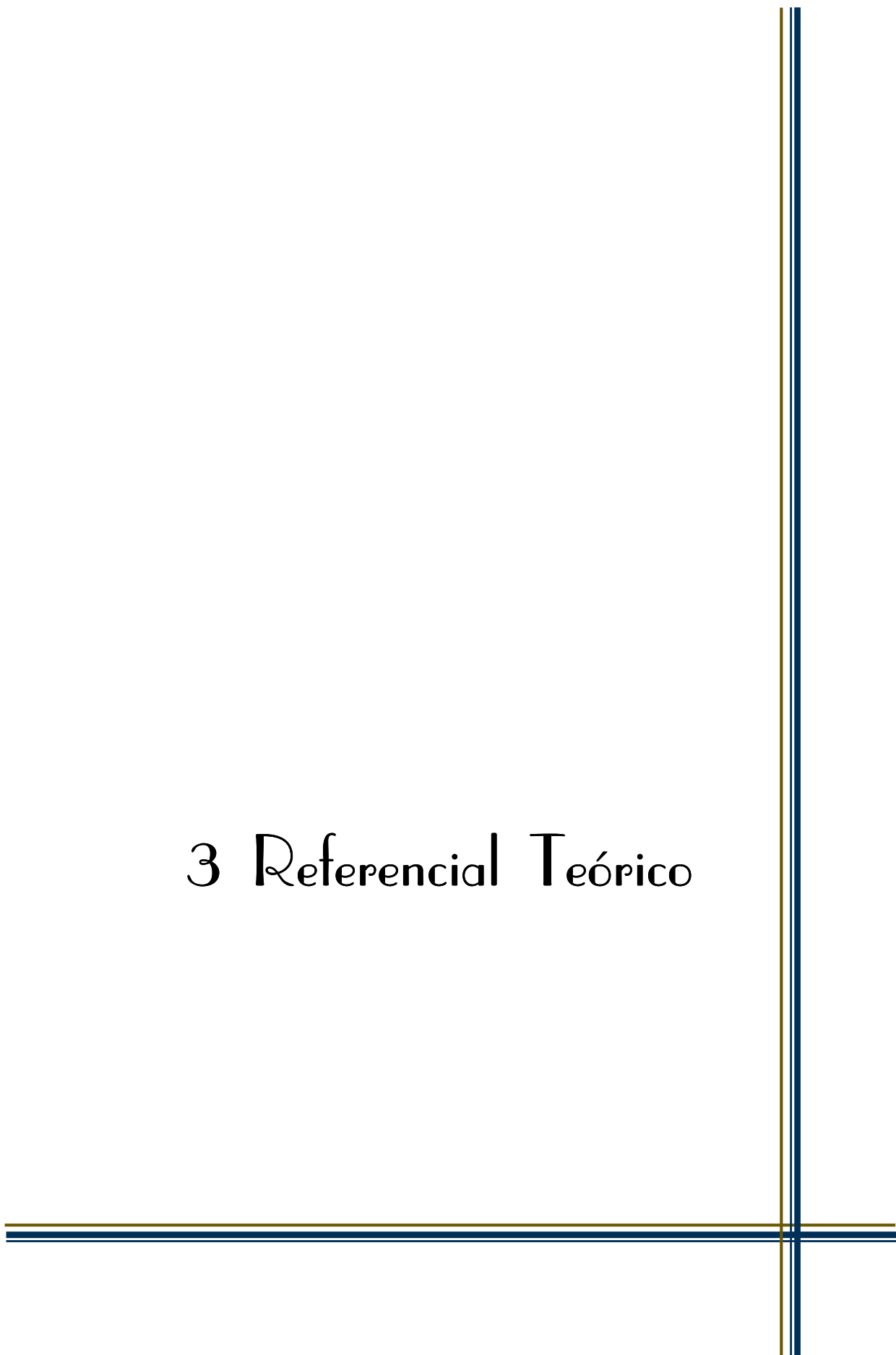
Ainda no Brasil, foi criado, em 1998, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que, além da aplicação de um roteiro técnico, desenvolve pesquisas de satisfação dos usuários em unidades de urgência e emergência, ambulatorios e setores de internação, classificando as instituições em cinco níveis de qualidade, sendo eles péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. Esse programa é utilizado por hospitais públicos e privados que possuam vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2004, diante da necessidade de ampliação de sua operacionalização para outros serviços de saúde, o PNASH foi transformado em Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) (BRASIL, 2004).

Em maio de 1999, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), como órgão parceiro do Ministério da Saúde destinado a operacionalizar o processo de acreditação em instituições hospitalares brasileiras. As avaliações por essa empresa é realizada com base em critérios e padrões pré-estabelecidos e verificados *in loco*, durante visita de um grupo de avaliadores, normalmente formado por enfermeiro, médico e administrador hospitalar (FELDMAN; CUNHA, 2006).

A ONA avalia os serviços de saúde segundo os níveis (HELITO, 2010):

- ▶ **NÍVEL 1:** contemplam requisitos básicos da qualidade, com avaliação de recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação dos profissionais e responsabilidade técnica.
- ▶ **NÍVEL 2:** analisa evidências de planejamento na organização da assistência, documentação, corpo funcional, treinamento, controles estatísticos e práticas de auditoria interna.
- ▶ **NÍVEL 3:** observa a presença de políticas de melhoria contínua de estrutura, tecnologias, atualização profissional, procedimentos médico-sanitários, utilização de tecnologia de informação e disseminação de rotinas padronizadas.

3 Referencial Teórico



Um dos maiores estudiosos sobre a qualidade na área da saúde foi Avedis Donabedian, que elaborou importantes considerações relativas aos modelos de gestão de qualidade. Em meio aos diversos estudos desenvolvidos por ele, destaca-se sua proposta de sistematização dos processos avaliativos pautados na análise de três aspectos inerentes aos serviços de saúde: *estrutura*, *processo* e *resultados* da assistência à saúde (DONABEDIAN, 1980).

Ao discorrer sobre a avaliação de ***estrutura***, Donabedian (1988) propõe a realização de uma análise dos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros disponíveis para a prestação de assistência, assim como da qualificação de profissionais envolvidos.

A avaliação de ***processos*** envolve a análise do conjunto de atividades desenvolvidas na assistência, englobando aspectos do cuidado, do diagnóstico e do tratamento.

Para a análise de ***resultados***, devem-se verificar, ao final do processo, os efeitos de impactos da assistência prestada na saúde do paciente, assim como o alcance de sua satisfação.

Para o alcance dos objetivos propostos e para a análise dos resultados desta pesquisa, elegeu-se como referencial teórico o modelo donabediano de avaliação em saúde pautada na tríade estrutura-processos-resultados, adaptados aqui para a realidade dos serviços de enfermagem onde o estudo foi realizado.

4 *Justificativa*

Em meados de 2009, enquanto residente de Gerência de Serviços de Enfermagem na instituição em estudo, que consiste em um hospital público de média complexidade em Londrina - PR, a pesquisadora constatou, junto à gerência de enfermagem vigente à época, a necessidade de implementação de medidas avaliativas da assistência prestada, o que motivou a busca de referências bibliográficas sobre o tema. Em seguida, formulou-se um projeto que não foi operacionalizado em função do início das reformas para ampliação estrutural da instituição.

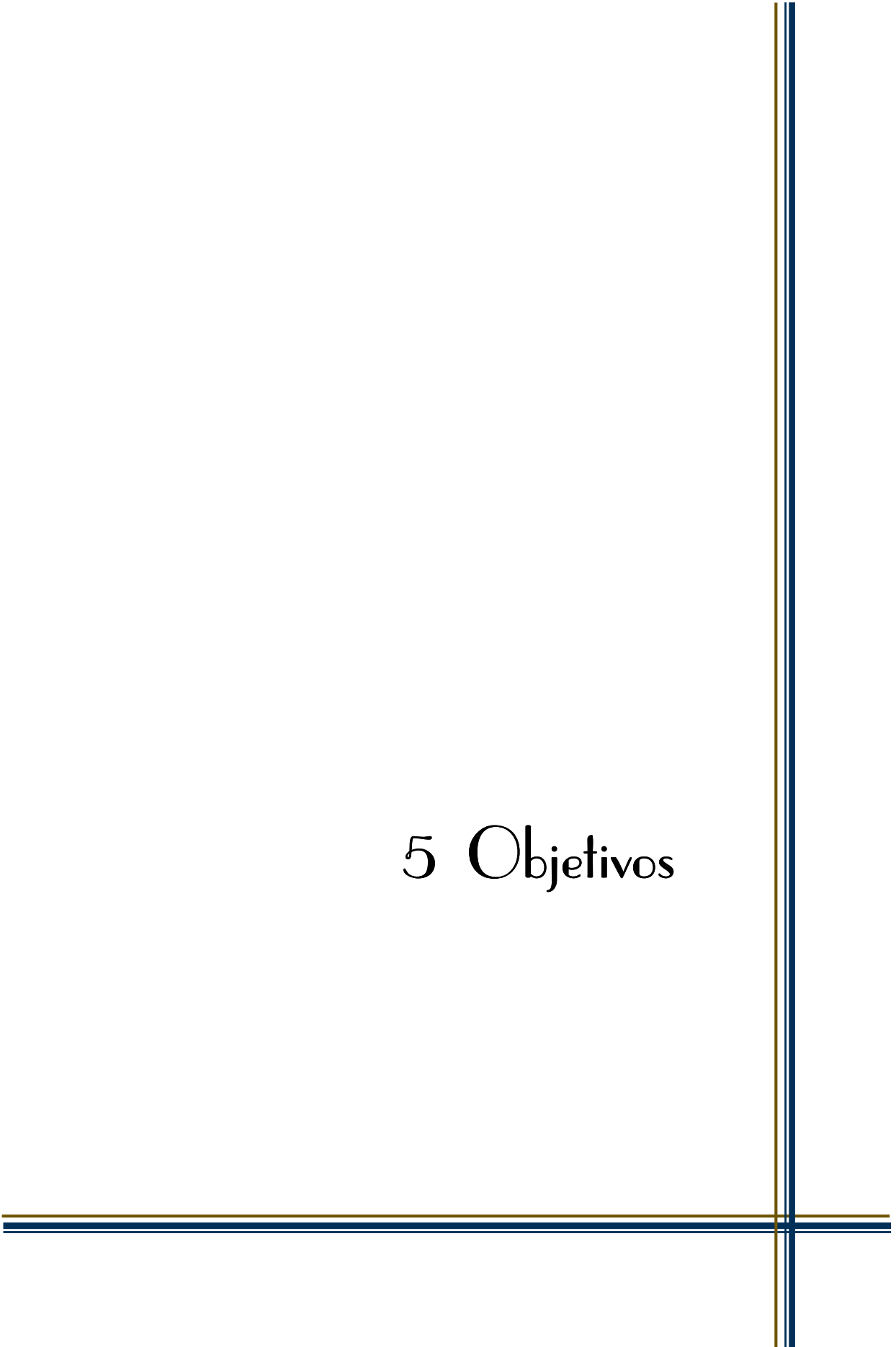
As obras foram finalizadas em agosto de 2010, ocasionando, além do aumento da estrutura física, o crescimento do quadro de recursos humanos, em virtude do crescimento do número de leitos disponíveis para atendimento à população. A partir disso, retomou-se o projeto de monitoramento dos processos assistenciais da enfermagem elaborado em 2009.

Nesse período, a pesquisadora retornou à instituição como enfermeira concursada e com a responsabilidade de estruturar o Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem (SCQE) e de operacionalizar o referido projeto.

Depois de implantada a SCQE e realizadas as duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem, durante o ano de 2011, a pesquisadora, já como aluna do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, percebeu que somente a implantação da medida avaliativa não bastava. São importantes, também, a análise e a apresentação de seu processo de implantação, bem como dos resultados obtidos até então, oportunizando a outros serviços de média complexidade a visualização do potencial desse modelo para o levantamento de informações sobre a assistência de enfermagem e sua utilização como ferramenta gerencial.

Ainda, mesmo com a existência de muitos estudos sobre a qualidade em enfermagem, poucos deles apresentam vivências localizadas e implantação de programas de qualidade voltados ao monitoramento dos processos de cuidado, especialmente em instituições de média complexidade, sendo outro fator que motivou esta pesquisa.

5 Objetivos



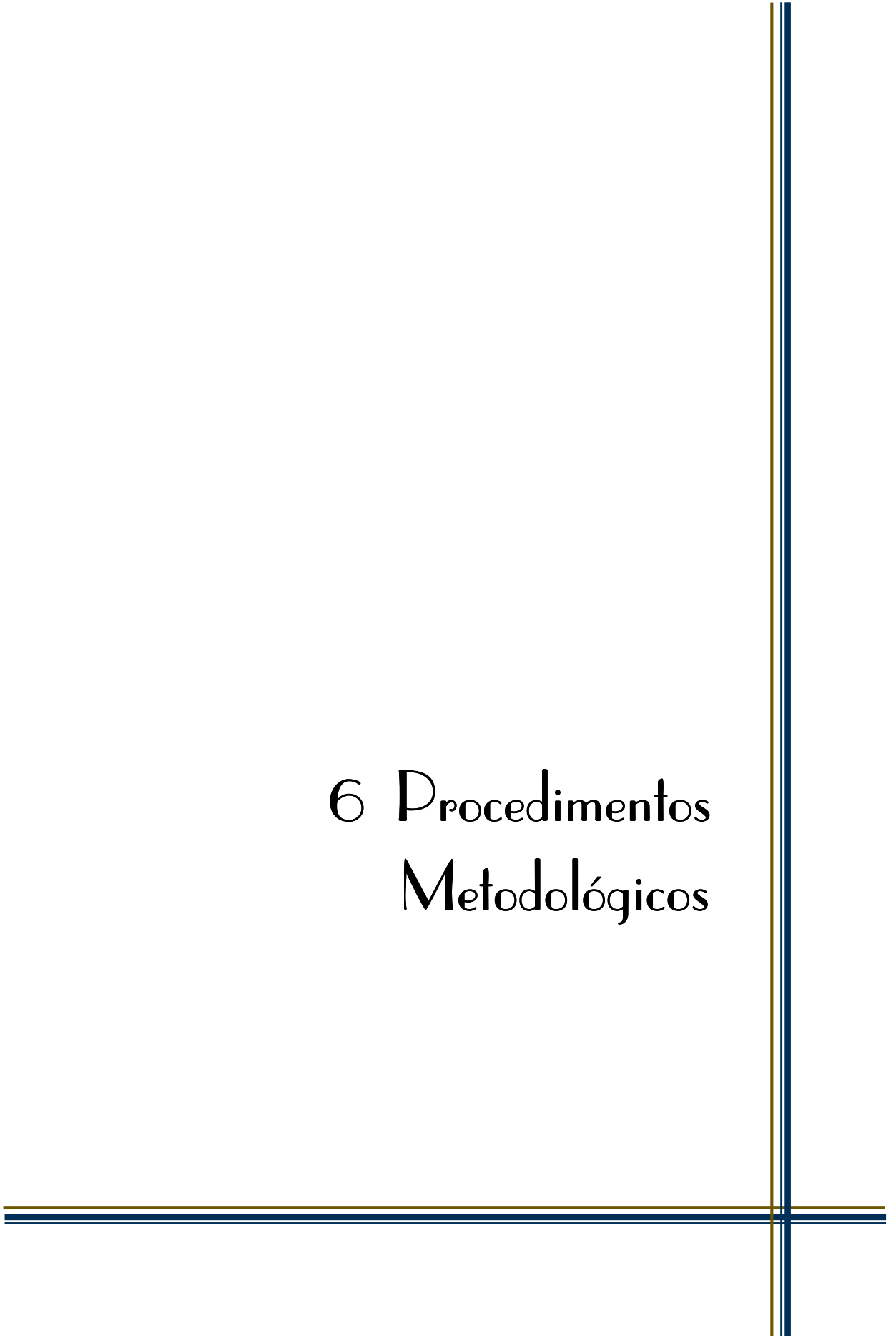
5.1 GERAL

- ▶ Analisar o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem implantado em um hospital público de média complexidade.

5.2 ESPECÍFICOS

- ▶ Descrever as etapas percorridas no processo de implantação da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem na instituição em estudo.
- ▶ Comparar os resultados das duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem, realizadas por meio de entrevista com o paciente internado na instituição em estudo.
- ▶ Comparar os resultados das duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem, realizadas por meio da observação do ambiente de internação do paciente na instituição em estudo.
- ▶ Comparar os resultados das duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem, realizadas por meio da auditoria dos registros de enfermagem na instituição em estudo.

6 Procedimientos Metodológicos



6.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada enquadra-se em um estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa, que aborda o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em instituição pública de média complexidade, englobando desde a sua implantação até os resultados obtidos nas duas primeiras avaliações.

6.2 LOCAL DE ESTUDO

O local de estudo consiste em uma instituição pública de média complexidade, localizada na região Norte do município de Londrina - PR considerado um centro de referência, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para toda a 17ª Regional de Saúde do Paraná, que abrange 21 municípios, com uma população estimada de 866.419 habitantes (PARANÁ, 2012).

Após reformas concluídas em meados de 2010, houve ampliação da área física em 3.200m² e aumento de sua capacidade de 56 para 130 leitos, sendo 44 na unidade de internação adulto, 34 na unidade de internação cirúrgica, 19 na pediatria e 34 na unidade de urgência e emergência. Esse serviço presta assistência nas áreas de clínica médica, cardiologia, pediatria, gastroenterologia, ortopedia, cirurgia vascular, cirurgia geral, infectologia, cirurgia ginecológica, otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica. A média de permanência dos pacientes varia entre os setores, sendo 6,8 dias para a enfermaria clínica adulto; 4,4 dias para a clínica pediátrica; e 1,5 dias para a cirúrgica (HDAF, 2011).

A sua identidade institucional adota como missão: *Prestar assistência à saúde com excelência, qualidade e humanização, integrado ao Sistema Único de Saúde, com desenvolvimento e valorização profissional, contribuindo com a qualidade de vida da população. Visa ser um hospital público de excelência e de referência na assistência e gestão hospitalar na região norte do Paraná, fortalecendo a rede própria dos hospitais do Estado e, ainda, possui*

como valores *humanização, ética, transparência, competência, compromisso, senso democrático e sustentabilidade* (HDAF, 2011).

No ano de 2011, após reformas ocorridas, o serviço de enfermagem passou a contar com um total de 192 profissionais, sendo 45 enfermeiros e 147 técnicos de enfermagem. Esses profissionais prestam assistência direta ou indiretamente ao paciente, utilizando como ferramentas assistenciais o cuidado integral ao paciente e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, nas etapas histórico de enfermagem e prescrição de enfermagem (HDAF, 2011).

Ainda nesse período, foi criado o Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem (SCQE) e implantada a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.

6.2.1 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM IMPLANTADO NA INSTITUIÇÃO EM ESTUDO

A avaliação da qualidade da assistência de enfermagem implantada na instituição em estudo desde 2011 é realizada em três momentos. Para cada momento, utiliza-se um instrumento de coleta de dados elaborado por Haddad (2011) e adaptados à realidade da instituição.

- ▶ **1º MOMENTO** → realizada à beira do leito, utilizando o instrumento “Roteiro de Entrevista do Paciente Internado”, que permite levantar, sob a ótica do paciente, informações relacionadas a higiene e conforto, atividade física, segurança física, sono e repouso, nutrição e hidratação, eliminações, necessidades emocionais, necessidades espirituais, necessidades sociais e condições de alta (Anexo A).
- ▶ **2º MOMENTO** → consiste na observação do ambiente de internação do mesmo paciente que foi entrevistado, utilizando-se o “Roteiro de Observação do Ambiente de Internação do Paciente”. Esse momento permite verificar

aspectos do ambiente físico e das condições do paciente, no que se refere a higiene e conforto, atividade física, segurança física, nutrição e hidratação, oxigenação e ventilação, eliminações e utilização de equipamentos (Anexo B).

- ▶ **3º MOMENTO** → são avaliados os registros de enfermagem do paciente que foi anteriormente entrevistado e cujo ambiente de internação foi observado. Utiliza-se o instrumento de coleta denominado “Roteiro de Auditoria dos Registros de Enfermagem”, com itens que abordam dados de identificação do paciente, elaboração da prescrição de enfermagem, anotações e controles de enfermagem, execução da prescrição médica e condições de alta (Anexo C).

Nos três instrumentos de avaliação, os itens constantes possuem subitens que são as questões norteadoras da avaliação. A cada subitem constante do “Roteiro de Entrevista do Paciente Internado” e do “Roteiro de Observação do Ambiente do Paciente”, são atribuídos *sim*, *não* ou *não se aplica* e, para cada subitem do “Roteiro de Auditoria dos Registros de Enfermagem”, são atribuídos os critérios *completo*, *incompleto*, *não preenchido*, *incorreto*.

A avaliação é realizada nas unidades de internação adulto, pediátrica e cirúrgica, em 20% dos pacientes, durante um período de 30 dias, a cada três meses. São selecionados os pacientes que se encontram, no terceiro dia, na unidade de internação adulto e pediátrica e, no segundo dia, na unidade de internação cirúrgica.

A aplicação dos instrumentos é realizada pela enfermeira do SCQE e por duas estagiárias, alunas de graduação em enfermagem.

Uma vez coletados, os dados são repassados para uma planilha eletrônica no *Microsoft Excel*, por meio da qual recebem tratamento estatístico, resultando em percentuais simples. A SCQE utiliza como padrões de referência para a análise dos resultados os índices de classificação sugeridos por Carter (*apud* SAUPE; HERR, 1982) e Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998). Após a

análise dos dados, elaboram-se os relatórios gerenciais que são disponibilizados à Direção de enfermagem e aos enfermeiros das unidades de internação.

6.3 PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no período de janeiro a dezembro de 2011. Esse período foi determinado porque, no primeiro semestre, ocorreram a estruturação da SCQE e a implantação da avaliação e, no segundo semestre, foram realizadas as duas primeiras avaliações.

6.4 FONTE DE DADOS E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Os dados desta pesquisa foram coletados de fontes secundárias, sendo a população de estudo composta por registros sobre o processo de implantação da referida avaliação, contidos em atas de reuniões e relatórios de atividades, disponibilizados pelo SCQE, e por relatórios gerenciais das duas primeiras avaliações realizadas na unidade de internação adulto da instituição em estudo. Optou-se por utilizar as duas primeiras avaliações por serem as únicas realizadas no período determinado para o estudo.

6.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, buscando-se extrair as informações relevantes em relação ao processo de implantação da referida avaliação, com auxílio de um quadro específico, que permitiu organizar as informações obtidas segundo as etapas percorridas (Apêndice A).

Depois de descritas todas as etapas do processo de implantação, foram coletados dados de dois relatórios gerenciais das duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem realizadas na unidade de internação adulto da instituição em estudo.

6.6 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados a partir dos relatórios gerenciais das duas primeiras avaliações foram tabulados em planilha específica no *Microsoft Excel*, agregando-se os valores das duas avaliações de modo a permitir a comparação dos dados.

Os dados foram analisados segundo a mesma metodologia adotada por Haddad (2011) e utilizada pela SCQE. Utilizou-se os índices de classificação sugeridos por Carter *apud* Saupe; Horr (1982) para análise dos dados referentes às entrevistas e à observação do ambiente de internação do paciente, como mostra o Quadro 1:

CLASSIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
100% de positividade	Assistência desejável
90 a 99% de positividade	Assistência adequada
80 a 89% de positividade	Assistência segura
71 a 79% de positividade	Assistência limítrofe
< 70% de positividade	Assistência sofrível

QUADRO 1 – Índices de classificação de Carter *apud* Saupe; Horr (1982), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem de um hospital público de média complexidade, Londrina - PR, 2011.

Para a análise dos dados referentes à auditoria dos registros de enfermagem, aplicou-se os índices propostos por Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998), apresentados no Quadro 2:

GRAU DE SATISFAÇÃO	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO			
	COMPLETO	INCOMPLETO	NÃO PREENCHIDO	INCORRETO
SATISFATÓRIO	Acima de 80%	Abaixo de 15%	Abaixo de 5%	0%
INSATISFATÓRIO	Abaixo de 80%	Acima de 15%	Acima de 5%	Acima de 0%

QUADRO 2 – Índices de classificação de Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem de um hospital público de média complexidade, Londrina - PR, 2011.

6.7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em quatro artigos científicos, com os dados agrupados em tabelas e gráficos.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, com o Parecer CEP/UEL nº 238/2011 e CAAE nº 0220.0.268.000-11 (Anexo D).

7 Resultados

7.1 Artigo 1

Processo de Implantação da Avaliação da
Qualidade da Assistência de Enfermagem em
Hospital Público de Média Complexidade

Este artigo responde ao seguinte objetivo desta pesquisa:

- ▶ Descrever as etapas percorridas no processo de implantação da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem na instituição em estudo.

Está estruturado segundo as normas da *Revista Ciência Cuidado e Saúde*, à qual será submetido para apreciação com vistas à publicação (Anexo E).

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIA COMPLEXIDADE¹**

**NURSING CARE QUALITY ASSESSMENT DEPLOYED PROCESS
IN A HOSPITAL OF MEDIUM COMPLEXITY**

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL
PÚBLICO DE COMPLEJIDAD MEDIA**

Fabiane Gorni Borsato²; Marli Terezinha Oliveira Vannuchi³

Endereço para correspondência:

Fabiane Gorni Borsato

Rua Nossa Senhora do Rocio, 1.449.

Bairro: Centro - CEP: 86181-110 - Cambé, PR, Brasil

E-mail: fgborsato@gmail.com

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem em um hospital público de média complexidade”, apresentada à Universidade Estadual de Londrina (UEL) - PR, Brasil.

² Enfermeira, especialista em gerenciamento de serviços de enfermagem, modalidade residência, pela UEL, responsável pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem do Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Londrina, PR – fgborsato@gmail.com – Londrina, PR, Brasil.

³ Enfermeira, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo; docente do mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina – vannuchi@sercomtel.com.br – Londrina, PR, Brasil.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo descrever as etapas percorridas no processo de implantação da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em hospital público de média complexidade. Foi realizado estudo descritivo, no período de janeiro a junho de 2011, com coleta de dados secundários a partir de registros disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade da instituição. A implantação do processo avaliativo aconteceu em cinco etapas consecutivas, sendo elas: adaptação de instrumentos, teste de aplicabilidade, sensibilização dos profissionais, seleção e capacitação de estagiários e planejamento da avaliação. Este estudo apresentou as etapas percorridas na estruturação de um modelo avaliativo da assistência de enfermagem em um hospital de média complexidade, que utiliza instrumentos adaptados às necessidades da instituição, possibilitando avaliar estrutura, processos e resultados. Permitiu, ainda, que outras instituições de médio porte utilizem o modelo apresentado e suas etapas na estruturação de programas de monitoramento da qualidade em enfermagem.

Descritores: Controle de Qualidade; Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde; Avaliação em enfermagem.

ABSTRACT

This work aimed to describe the steps taken in the nursing care quality assessment deployed process in a hospital of medium complexity. A descriptive study was conducted in the period from January to June, 2011, with secondary data collection from the records provided by the Office of Nursing Quality Control of the institution. The assessment deployed process happened in five steps, which were: the instruments adaptation, the applicability test, awareness among professionals, the selection and training of interns and assessment planning. This study presented the steps taken in the structuring of an assessment model of nursing care in a hospital of medium complexity, using tools adapted to the needs of the institution, allowing us to evaluate the structure, processes and outcomes. It also allowed that other midsize institutions use the presented model and their steps in the structuring of monitoring programs of nursing care.

Keywords: Quality control; Healthy care quality assessment; Nursing assessment.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir los pasos seguidos en el proceso de implementación de la evaluación de la calidad de la atención de enfermería en un hospital público de mediana complejidad. Estudio descriptivo se realizó en el período de enero a junio de 2011, con la recolección de datos secundarios de los registros facilitados por la Oficina de Control de Calidad de la institución. La puesta en práctica del proceso de evaluación que pasó en cinco etapas consecutivas, a saber: la adaptación de los instrumentos, aplicación de pruebas, el conocimiento de los profesionales, selección y capacitación de pasantes y la planificación de la evaluación. En este estudio se presentan los pasos dados en la estructuración de un modelo de evaluación de la atención de enfermería en un hospital de mediana complejidad, utilizando herramientas adaptadas a las necesidades de la institución, lo que permite evaluar la estructura, procesos y resultados. Se permite también a otras instituciones medianas utilizar el modelo y sus pasos en la estructuración de los programas de monitoreo de la calidad de la enfermería.

Palabras-clave: Control de calidad, Evaluación de la calidad de la atención de salud, Evaluación de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Qualidade em saúde corresponde ao grau de possibilidade de recuperação da saúde, com redução do risco e danos ao cliente, garantindo atendimento às suas expectativas^(1,2).

Historicamente, a busca pela qualidade na área da saúde acontece de longa data. Existem registros sobre a preocupação com a temática desde Hipócrates, que expunha a ideia de “primeiro não causar dano”, há 400 anos a.C, perpassando por Florence Nightingale, que determinou melhorias sanitárias e de cuidados a soldados durante a Guerra da Criméia, em meados de 1840, chegando até Ernest Codman e Donabedian, que inseriram metodologias sistematizadas de avaliação de qualidade na área da saúde, no século XX⁽³⁾.

A partir dos preceitos estabelecidos por Codman, do Colégio Americano de Cirurgiões, surgiu a ideia de avaliação nos serviços de saúde atrelada ao resultado final da assistência à saúde⁽⁴⁾. Por volta de 1924, foi criado o Programa de Padronização Hospitalar, que consistia em um conjunto de condições necessárias à assistência hospitalar para alcance de bons resultados⁽⁵⁾.

Diante da necessidade de ampliação dos modelos de avaliação para além da análise de resultados, Avedis Donabedian, médico armênio radicado nos Estados Unidos e grande estudioso sobre a qualidade em serviços de saúde, propôs uma forma de avaliação em saúde sistematizada pautada na tríade: *estrutura, processo e resultado*⁽⁶⁾.

A partir das alterações ocorridas na área da saúde e a crescente disputa de mercado imposta pelo contexto da globalização, voltou-se fortemente o olhar para a qualidade da assistência em um mercado altamente competitivo⁽⁵⁾.

Tanto o Código de Defesa do Consumidor como a Constituição Federativa Brasileira proporcionaram conhecimentos sobre os direitos e deveres dos clientes, levando-os a exigir melhorias dos serviços no que se refere à humanização e a bons resultados advindos da assistência⁽⁷⁾.

A partir do século XXI, diversas instituições hospitalares brasileiras passaram a investir em programas de qualidade, além de buscarem certificações e reconhecimento por empresas avaliadoras externas⁽⁵⁾.

Os serviços da enfermagem, que correspondem a mais de 60% dos recursos humanos das instituições hospitalares, sofrem forte impacto do movimento pela qualidade em saúde, uma vez que é responsável por realizar, controlar, orientar e monitorar grande parte das ações de cuidados aos pacientes, evidenciando a importância de seus processos de assistência no âmbito das ações de saúde⁽⁸⁾.

Nesse contexto, a enfermagem depara-se com a necessidade de utilizar ferramentas gerenciais voltadas à avaliação contínua, oportunizando o levantamento de informações fidedignas sobre a qualidade do cuidado, passíveis de análise e julgamento com base em valores e padrões pré-estabelecidos^(9,10).

Essa busca por excelência nos serviços de enfermagem permitiu a ampliação da atuação do enfermeiro e o fortalecimento da área do gerenciamento de qualidade, evidenciando a evolução gerencial e técnico-científica da profissão. Nessas atividades, os enfermeiros propõem-se a realizar diagnósticos situacionais e a buscar formas de intervenção, permitindo melhorar a qualidade dos serviços e, conseqüentemente, a segurança do paciente⁽¹¹⁾.

Como exemplo de medidas de controle de qualidade voltadas para o cuidado de enfermagem, Haddad (2011)⁽¹²⁾ implantou um sistema de avaliação em um hospital universitário de alta complexidade, elaborando três instrumentos que permitem a avaliação

com base na análise de estrutura, processos e resultados, respaldado pelo modelo donabediano.

Essa metodologia de avaliação proposta por Haddad (2011)⁽¹²⁾ foi adaptada e utilizada em um hospital geral de média complexidade e, após um ano de utilização, percebeu-se a necessidade de apresentação de seu processo de implantação, permitindo a outros serviços de mesma complexidade a visualização desse modelo e sua utilização como ferramenta gerencial para o levantamento de informações sobre a assistência de enfermagem.

Este trabalho teve como objetivo descrever as etapas percorridas no processo de implantação da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em um hospital público de média complexidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo e descritivo, referente ao período de janeiro a junho de 2011, em um hospital público de média complexidade, que atende casos de urgências e emergências clínicas e cirúrgicas, além de cirurgias eletivas. A partir de um processo de reforma e ampliação concluído em 2010, essa instituição sofreu transformações estruturais e organizacionais, dentre elas o aumento de 56 para 130 leitos e o crescimento do quadro de recursos humanos, em especial de enfermagem, totalizando 192 profissionais, sendo 45 enfermeiros e 147 técnicos de enfermagem.

Diante da nova configuração do serviço de enfermagem na instituição, foi criado, em 2011, o Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem (SCQE), responsável pela implantação da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, foco deste estudo.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, a partir de fontes secundárias, tendo como população de estudo os registros referentes ao processo de implantação da referida avaliação, contidos em atas de reuniões e relatórios de atividades disponibilizados pelo SCQE. Nesse momento, buscou-se extrair as informações relevantes com auxílio de um quadro específico, que permitiu organizar as informações obtidas segundo as etapas percorridas e por meio do qual se realizou a análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, com o Parecer CEP/UEL nº 238/2011 e CAAE nº 0220.0.268.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As transformações ocorridas na instituição em estudo, a partir de sua ampliação, ocasionaram mudanças organizacionais e gerenciais, uma vez que a antiga estrutura administrativa já não supria as necessidades geradas pelo aumento da demanda por serviços. Iniciava-se uma nova fase gerencial na instituição, com alteração no quadro de dirigentes e discussões sobre a identidade institucional e planos estratégicos para alcance de metas.

A diretoria de enfermagem, motivada a alcançar excelência do cuidado, criou, em 2011, o SCQE, com a finalidade de realização de processos avaliativos e monitoramento da qualidade do cuidado que, segundo Feldman (2009), é um dos principais métodos para se conhecer as condições dos serviços prestados⁽¹⁰⁾.

A partir de então, alinhando-se os interesses, os objetivos e as metas da diretoria de enfermagem e do SCQE aos planos estratégicos da alta gestão, foi implantada uma metodologia de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem que buscou atender as necessidades institucionais de controle dos processos de trabalho da categoria.

Uma vez determinado o objetivo, é possível conhecer os sujeitos que se deseja analisar e avaliar e, a partir daí, estruturar instrumentos que possibilitam realizar o levantamento de informações partindo das necessidades da organização⁽¹³⁾.

Dessa forma, para a constituição do processo avaliativo e a sua adequação à realidade da instituição, foi necessária a execução de cinco etapas consecutivas.

A primeira etapa foi a adaptação de três instrumentos propostos por Haddad (2011)⁽¹²⁾: *“Roteiro de Entrevista com o Paciente Internado”*, *“Roteiro de Observação do Ambiente de Internação do Paciente”* e *“Roteiro de Auditoria dos Registros de Enfermagem”*. Esses instrumentos foram criados para utilização em um hospital universitário de assistência de alta complexidade⁽¹²⁾. Como a instituição em estudo presta serviços de média complexidade na rede de saúde do município, foram necessárias algumas adequações para permitir consonância com o perfil assistencial.

Nesse momento, excluíram-se dos instrumentos conteúdos que se referiam à assistência obstétrica e de terapia intensiva e incluíram-se itens relacionados ao perfil assistencial da instituição. O Quadro 1 apresenta os itens que compõem cada instrumento adaptado:

INSTRUMENTOS	ITENS DE AVALIAÇÃO
<i>Roteiro de Entrevista com o Paciente Internado</i>	Higiene e conforto, atividade e segurança física, sono e repouso, nutrição, hidratação, eliminações e necessidades emocionais, espirituais e sociais.
<i>Roteiro de Observação do Ambiente de Internação do Paciente</i>	Higiene e conforto, atividade física, segurança física, nutrição e hidratação, oxigenação e ventilação, eliminações e utilização de equipamentos.
<i>Roteiro de Auditoria dos Registros de Enfermagem</i>	Identificação do paciente, elaboração da prescrição de enfermagem, anotações e controles de enfermagem, execução da prescrição médica e condições de alta.

QUADRO 1 — Itens que compõem os três instrumentos de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, adaptados de Haddad (2011), para utilização em um hospital público de média complexidade, Londrina-PR, 2011.

Os instrumentos para coleta de dados devem garantir a obtenção de indicadores confiáveis, que permitam realizar avaliações e comparações, possuindo como atributos a validade, a confiabilidade, a praticabilidade, a sensibilidade e a responsividade⁽¹⁴⁾.

De maneira consonante aos ideais da SCQE, esses três instrumentos possibilitam a avaliação da qualidade da assistência pautada na tríade *estrutura, processos e resultados*, de Avedis Donabedian⁽⁵⁾, uma vez que permitem conhecer alguns aspectos da qualidade da assistência de enfermagem na perspectiva do paciente, observar as condições do paciente e do ambiente onde ele está internado, além de permitir conhecer o desenvolvimento das atividades assistenciais por meio dos registros de enfermagem. Percebe-se, a partir daí, a qualidade assistencial relacionada ao desempenho das pessoas, das estruturas que dão suporte ao cuidado, das atividades assistenciais realizadas, dos aspectos éticos e de relacionamento envolvidos no processo de assistência⁽¹⁵⁾.

Em suma, com a utilização desses instrumentos, é possível a avaliação pautada na mensuração da qualidade sob a ótica do cliente com conhecimento de sua opinião sobre a assistência prestada e a partir do olhar técnico da instituição, com o monitoramento das atividades de cuidado e do ambiente de assistência⁽¹⁶⁾.

Ao realizar processos avaliativos cujo foco de atenção seja o paciente, alcança-se o atendimento às suas necessidades específicas e retira-se de cena o papel soberano do profissional médico que, muitas vezes, é o único que determina a existência de qualidade em um serviço⁽¹⁷⁾.

Depois de concluída a adaptação dos instrumentos, eles foram encaminhados à autora dos originais para sugestões sobre o conteúdo e a estruturação.

A segunda etapa do processo de implantação compreendeu o momento em que os instrumentos foram aplicados a 20 pacientes internados na unidade de internação adulto, a fim de verificar a adequação do instrumento quanto à sua aplicação.

Diante das diversas mudanças na estrutura organizacional ocorridas na instituição, realizou-se a terceira etapa do processo de implantação da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem que foi a sensibilização dos profissionais. Essa etapa é fundamental, considerando os hospitais como organizações tradicionais, com resistência a mudanças manifestada em todos os níveis. Como os rumos dos programas de qualidade dependem da atuação de trabalhadores em conjunto com a alta gestão, as atividades de educação continuada são primordiais, pois permitem o alinhamento de todos os trabalhadores, em todos os níveis hierárquicos, à proposta de gestão⁽¹⁷⁾.

Além disso, o conhecimento e a percepção dos profissionais de enfermagem em relação à avaliação e ao controle de qualidade contribuem fortemente para um impacto positivo desses processos avaliativos na assistência ao paciente⁽¹⁶⁾. A partir daí, o programa terá, como primeiro usuário, os profissionais envolvidos no desenvolvimento⁽⁹⁾. Os processos de construção de metodologias avaliativas têm como tendência a participatividade dos interessados na intervenção, ou seja, quem vivencia o problema⁽¹³⁾.

Esse momento contou com a participação de 41 membros da equipe de enfermagem, dentre eles enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, supervisores de enfermagem, o enfermeiro do Serviço de Educação e Pesquisa e o coordenador de enfermagem da instituição. Além de divulgar as formas de desenvolvimento das atividades, permitiu inserir os profissionais presentes no contexto da qualidade em saúde e enfermagem, uma vez que o grupo constitui-se de profissionais recém-admitidos a partir da ampliação do quadro de recursos humanos da instituição, provenientes de diversas

instituições, públicas ou privadas, com diferentes culturas organizacionais e diversas concepções a respeito da qualidade em saúde.

Levou-se em consideração que definir a qualidade e entendê-la é algo complexo e varia de acordo com o ponto de vista dos envolvidos no cuidado (cliente, profissionais, entre outros), evidenciando um forte aspecto cultural envolvido nos processos de avaliação de qualidade⁽⁹⁾.

Procurou-se, cuidadosamente, abordar o caráter não punitivo e não fiscalizador do processo avaliativo, pois não visa identificar responsáveis pelo erro e sim sua característica avaliadora construtiva, para obtenção de informações sobre o processo de cuidado, com produção de *feedback* e, por meio disso, estimular os profissionais envolvidos na busca por melhorias contínuas⁽¹⁰⁾.

A quarta etapa constituiu-se de um processo seletivo de estagiários para a coleta de dados, sendo motivado pelo interesse da instituição em associar seus serviços às atividades acadêmicas por meio da disponibilização de campos de estágio.

A seleção iniciou com o recrutamento de estudantes do curso de enfermagem de uma instituição de ensino privada do município de Londrina-PR, realizado por *e-mail*, com apresentação de critérios pré-definidos. O processo de seleção constou da aplicação de uma prova escrita para observar capacidade de assimilação do tema qualidade em saúde e enfermagem e, também, de uma entrevista que permitiu conhecer habilidades e afinidades dos candidatos. Ao final desse processo, foram selecionadas duas estagiárias que foram submetidas a uma capacitação, com duração de oito horas, para desenvolvimento de habilidades no manuseio e aplicação dos instrumentos.

Considerando que as atividades de educação e treinamento permitem o aprimoramento dos conhecimentos e desenvolvimento de novas habilidades, além de

contribuir com o desenvolvimento pessoal⁽⁸⁾, o processo seletivo e de capacitação acima descritos possibilitaram adequar o desempenho dos estagiários às necessidade do serviço. Buscou-se, ainda, trabalhar o delineamento de um perfil de auditor com os estagiários, com a incorporação da capacidade de organização, planejamento e coordenação do processo, considerando a operacionalização da auditoria pela análise de prontuários com revisão detalhada de registros e, ainda, o acompanhamento do cliente no local onde é assistido.

Nesse contexto, a auditoria em enfermagem constitui-se de um meio eficaz para a mensuração da qualidade, o levantamento de pontos fracos, permitindo a reorientação das atividades assistenciais com vistas à melhoria do cuidado⁽¹⁶⁾.

Na quinta etapa do processo, foi realizado o planejamento da avaliação, no qual estabeleceu-se a periodicidade, as unidades e o percentual de pacientes a serem avaliados, a forma de aplicação dos instrumentos e o referencial para análise dos resultados.

Dessa maneira, ficou estabelecido que as avaliações ocorressem a cada três meses como forma de proporcionar às equipes assistenciais tempo hábil para adequações de melhoria da qualidade do cuidado.

Optou-se pela avaliação nas unidades cirúrgica, médica e pediátrica, sendo que a aplicação dos instrumentos deveria acontecer no segundo dia de internação, para a unidade cirúrgica, e no terceiro dia, para as unidades médica e pediátrica. Para determinação deste critério, foi considerado o tempo de internação médio de 1,5 dias para a unidade cirúrgica; 6,8 para unidade médica; e 4,4 para a unidade pediátrica.

Com o auxílio do Departamento de Matemática Aplicada da Universidade Estadual de Londrina - PR, foi determinado o percentual de pacientes que deveriam ser avaliados, a fim de garantir a fidedignidade da amostra. Foram considerados dois níveis probabilísticos, sendo o nível de significância ($\alpha = 5\%$) e o de erro amostral ($d = 5\%$), o

que determinou uma amostra mínima de 384 elementos. A partir disso, ficou estabelecido que a amostra fosse composta por 20% dos pacientes internados em cada unidade, tomando como referência para esse cálculo as internações efetivadas no mês anterior. Para o período de coleta, ficou estipulado 30 dias, período considerado suficiente para a aquisição da amostragem significativa determinada.

A coleta de dados é realizada por estagiários em três momentos consecutivos, sendo eles:

1ª momento – realizada à beira do leito, utilizando o instrumento “*Roteiro de Entrevista do Paciente Internado*”.

2ª momento – refere-se à observação do ambiente de internação do mesmo paciente que foi entrevistado no 1ª momento da avaliação, utilizando-se o “*Roteiro de Observação do Ambiente do Paciente*”.

3ª momento – corresponde à última etapa e são avaliados os registros de enfermagem do paciente que foi anteriormente entrevistado e cujo ambiente de internação foi observado.

A importância de se realizar as entrevistas e observações do ambiente anteriormente à análise dos registros de enfermagem possibilita o confronto das informações fornecidas pelo paciente e levantadas por meio da observação do ambiente, com os registros dos cuidados no prontuário, além de permitir um primeiro contato com o paciente, analisando suas condições de resposta.

Na análise dos resultados, que são emitidos por meio de percentagens simples em relatórios gerenciais, utiliza-se a classificação sugerida por Carter *apud* Saupé, Horr (1982)⁽¹⁸⁾, para os resultados das entrevistas e observações do ambiente de internação do paciente, e os índices de Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998)⁽¹⁹⁾, para os resultados da auditoria dos registros de enfermagem, conforme apresentado no Quadro 2.

INSTRUMENTOS	VALORES ATRIBUÍDOS	CLASSIFICAÇÃO
<i>Roteiro de Entrevista do Paciente Internado</i>	Sim Não Não se aplica	Assistência desejável = 100% de positividade Assistência adequada = 90 a 99% de positividade Assistência segura = 80 a 89% de positividade Assistência limítrofe = 71 a 79% de positividade
<i>Roteiro de Observação do Ambiente de Internação do Paciente</i>	Sim Não Não se aplica	Assistência desejável = 100% de positividade Assistência adequada = 90 a 99% de positividade Assistência segura = 80 a 89% de positividade Assistência limítrofe = 71 a 79% de positividade
Auditoria dos Registros de Enfermagem	Completo Incompleto Não preenchido Incorreto	Acima de 80% para o valor completo Menos de 15% para o valor incompleto Menos de 5% para não preenchido 0% para incorreto

QUADRO 2 — Índices de classificação de Carter *apud* Saupe; Horr (1982) e Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem de um hospital público de média complexidade, Londrina-PR, 2011.

Da forma como propõe Haddad⁽¹²⁾, na estruturação de seus instrumentos, faz-se possível a avaliação pautada na tríade *estrutura, processos e resultados* de Avedis Donabedian. Segundo esta metodologia, a avaliação da estrutura compreende recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; processo envolve atividades dos profissionais de saúde com base em padrões estabelecidos e avaliação dos resultados refere-se ao produto final do cuidado ao paciente como estado de saúde e satisfação do mesmo.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, foi possível apresentar as etapas percorridas na estruturação de uma metodologia avaliativa em enfermagem implantada em um hospital público de média complexidade, sendo identificado, como atributo facilitador, a utilização de instrumentos já existentes, adaptando-os às necessidades institucionais de avaliação em enfermagem e possibilitando o direcionamento do método em consonância com as metas e

os objetivos institucionais de melhoria de qualidade da assistência prestada ao cliente. Outro ponto positivo foi a posição motivadora da alta gestão na busca por melhoria de qualidade, o que impulsionou e facilitou a implantação do referido modelo avaliativo.

Este modelo implantado possibilita a avaliação com enfoque multidimensional, pela análise de diversos aspectos da assistência de enfermagem, sob a ótica dos ideais donabedianos de verificação de estrutura, processos e resultados e, por meio de seus resultados, implementar estratégias para a melhoria da qualidade do cuidado.

Com a descrição desse processo de implantação, permite-se que outras instituições de mesmo perfil possam desenvolver estudos sobre os modelos de avaliação de qualidade utilizando a metodologia apresentada e suas etapas na estruturação de programas de monitoramento da qualidade em enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Balsanelli AP, Jericó MC. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. *Acta paul. enferm.* 2005; 18(4): 397-402.
2. Tronchin DMR, *et al.* Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Rev. gaúch. enferm.* 2009; 30(3): 542-546.
3. Campos L, Saturno P, Carneiro AVC. Plano Nacional de Saúde (2011-2016) - A qualidade dos cuidados e dos serviços. CEMBE; 2010. 140 p.
4. D'innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(1): 84-8.
5. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta paul.enferm.* 2005; 18(2): 213-19.
6. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med.* 1997; 121: 1743-48.
7. D'innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(1): 84-8.

8. Silva GM, Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009; 62(3): 362-6.
9. Frias PG, Costa JMBS, Figueiró AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da qualidade em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. *Avaliação em Saúde – bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro (RJ): Medbook; 2010. p. 43-56.
10. Feldman LB. Avaliação dos serviços de enfermagem: construção de critérios para análise do serviço. In Malagutti W, Caetano KC. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Rubio; 2009. p. 29-40
11. Malagutti W, Miranda SMRC. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. *Enfermagem em foco*. 2011; 2 Suppl: 85-8.
12. Haddad MCFL, Rossaneis MA. Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem. PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem. *Gestão*: 2011. p. 41-90.
13. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. *Avaliação em Saúde – bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro (RJ): Medbook; 2010. p. 65-78.
14. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(7): 3061-68.
15. Cunha ICKC, Feldman LB. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo nos programas de acreditação hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(1): 65-9.
16. Camelo SHH, Pinheiro A, Campos D, Oliveira TL. Auditoria de Enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão de literatura. *Rev Eletr Enf [internet]*. 2009 [acesso em: 18 jun 2012]; 11: 1018-25. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a28.htm>
17. Haddad MCFL, Évora YDM. Implantação do programa de qualidade em hospital universitário público. *Ciênc. cuid. Saúde*, 2012; 11 Suppl: 78-86.
18. Saupe R, Horr L, Cerqueira. Subsídios para a implantação de um programa de auditoria em enfermagem. *Revista de Ciências da Saúde*. 1983; 11(3): 80-95.
19. Cianciarullo TI, Fugulin FMT, Andreoni S. *C&Q: a hemodiálise em questão - opção pela qualidade assistência*. São Paulo: Ícone; 1998.

7.2 Artigo 2

Qualidade em Enfermagem: Opinião do
Paciente de Hospital Público
de Média Complexidade

Este artigo responde ao seguinte objetivo desta pesquisa:

- ▶ Comparar os resultados das duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem realizadas por meio de entrevista com o paciente internado na instituição em estudo.

Está estruturado segundo as normas da *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, à qual será submetido para apreciação com vistas à publicação (Anexo F).

**QUALIDADE EM ENFERMAGEM: OPINIÃO DO PACIENTE DE
HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIA COMPLEXIDADE***

**NURSING QUALITY: PATIENT OPINION FROM A PUBLIC
HOSPITAL OF MEDIUM COMPLEXITY**

**CALIDAD EN ENFERMERÍA: LA OPINIÓN DEL PACIENTE DE
HOSPITAL PÚBLICO DE MEDIANA COMPLEJIDAD**

Fabiane Gorni Borsato^{IV}, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi^V

Endereço para correspondência:

Fabiane Gorni Borsato

Rua Nossa Senhora do Rocio, 1.449.

Bairro: Centro - CEP: 86181-110 - Cambé, PR, Brasil

E-mail: fgborsato@gmail.com

* Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem em um hospital público de média complexidade”, apresentada à Universidade Estadual de Londrina (UEL) - PR, Brasil.

^{IV} Enfermeira. Especialista em gerenciamento de serviços de enfermagem. Responsável pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem do Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Londrina, PR - fgborsato@gmail.com

^V Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR - vannuchi@sercomtel.com.br

RESUMO

Objetivo: Comparar os resultados de duas avaliações da qualidade da assistência de enfermagem realizadas por meio de entrevista com o paciente internado em um hospital público de média complexidade. **Métodos:** Realização de um estudo retrospectivo e quantitativo, em unidade de internação adulto, no período de junho a dezembro de 2011, com coleta de dados secundários de dois relatórios disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem da instituição. **Resultados:** Na análise da taxa geral, identificou-se o aumento da percepção positiva do paciente sobre os serviços de enfermagem, com elevação da qualidade em relação a higiene, mobilização, deambulação, iluminação, segurança e necessidades espirituais; e diminuição em relação a liberdade de questionamento do paciente, nutrição e orientações de jejum. **Conclusão:** Este estudo mostrou que, mesmo com aumento da percepção positiva do cliente, algumas inadequações se mantiveram, mostrando a necessidade de busca por medidas alternativas de orientação e educação aos profissionais.

Descritores: Satisfação do Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Comparing the results of two nursing care quality assessments conducted by interview with the inpatient in a public hospital of medium complexity. **Methods:** Conducting a retrospective and quantitative study in adult inpatient unit, in the period from June to December 2011, with secondary data collection of two reports made available by the Office of Nursing Quality Control of the institution. **Results:** In the general taxes analysis, it was identified the increased in the positive perception about the patient's nursing services, with high quality in relation to hygiene, mobilization, ambulation, lighting, security and spiritual needs, and decrease in relation to freedom of questioning patients, nutrition guidelines and fasting. **Conclusion:** This study showed that, even with the increase of the patient positive perception, some inadequacies remained, showing the need of pursuing alternative measures of professionals' orientation and education.

Keywords: Patient Satisfaction, Health Care Quality, Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Comparar los resultados de dos revisiones de la calidad de la atención de enfermería realizada mediante entrevista con el paciente en un hospital público de mediana complejidad. **Métodos:** Realización de una, retrospectivo y cuantitativo en unidad de hospitalización de adultos en el período de junio a diciembre de 2011, con la recolección de datos secundarios de dos informes facilitados por la Oficina de Control de Calidad de Enfermería de la institución. **Resultados:** El análisis de la tasa general, encontramos una mayor percepción positiva acerca de los servicios de enfermería del paciente, con alta calidad en relación con la higiene, la movilización, la deambulación, la iluminación, la seguridad y las necesidades espirituales, y la disminución relativa libertad cuestionamiento de las directrices paciente, la nutrición y el ayuno. **Conclusión:** Este estudio demostró que, incluso con mayor percepción positiva del cliente, siguió habiendo algunas diferencias, mostrando la necesidad de buscar medidas alternativas de profesionales de la orientación y la educación.

Palabras clave: satisfacción del paciente, calidad de la atención de la Salud, Enfermería

INTRODUÇÃO

Intensas e crescentes modificações no cenário mundial, ocorridas a partir dos avanços tecnológicos e científicos e modificações sócio-econômico-culturais, determinaram alterações no panorama da saúde¹. Esses acontecimentos provocaram alterações nos modelos biomédicos e transformaram a saúde em um produto passível de consumo e avaliação quanto à sua qualidade². Dessa forma, há uma crescente preocupação das organizações de saúde com a excelência do cuidado e observa-se a transferência do foco da doença para o sujeito, com incorporação do atendimento às perspectivas do paciente nas políticas e metas organizacionais^{1,3,4}.

A partir dessa nova realidade, a qualidade deixou de ser tratada apenas sob o ponto de vista técnico, com determinação de sucesso ou fracasso, mas também se voltou à satisfação do paciente, permitindo a ele ser participante ativo nos processos de cuidado e busca pela qualidade assistencial².

Com o aumento da disponibilidade e do acesso à informação originada do aumento da tecnologia, o cliente passou a adquirir mais conhecimentos com relação a seus direitos, deveres e, ainda, no que se refere à saúde e ao cuidado^{3,5}.

A enfermagem constitui-se na linha de frente de atendimento ao cliente, com um grupo de grande representatividade presente durante as 24 horas diárias em prestação de cuidados, estabelecendo forte vínculo com o paciente⁶. Dessa forma, a crescente necessidade de atendimento às expectativas do cliente gera reflexo no trabalho da enfermagem, exigindo o delineamento de um novo modelo assistencial e reformulações no âmbito técnico-assistencial, cultural, estético e espiritual, ampliando suas ações para os aspectos relacionados à humanização¹.

Além de se constituir como um grupo importante na preservação e melhoria da qualidade assistencial, os serviços de enfermagem vêm buscando cada vez mais incorporar o tema de qualidade no seu cotidiano, por meio da implementação de medidas avaliativas. Quando se busca a opinião do cliente sobre o cuidado recebido, há uma aproximação das expectativas e exigências do paciente com os serviços, permitindo a ele influenciar significativamente na determinação da qualidade da assistência^{3,6}.

Diante da importância de se avaliar a qualidade dos serviços de enfermagem prestados e seus resultados sob a ótica do paciente internado, este trabalho teve como objetivo analisar a opinião do paciente internado em hospital público de média complexidade quanto a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, de abordagem quantitativa, sobre a qualidade da assistência de enfermagem na ótica do paciente internado em hospital público de média complexidade, com coleta de dados secundários disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem (SCQE) da instituição em estudo.

A SCQE realiza a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem pela aplicação de três instrumentos adaptados de Haddad (2011)⁸, sendo um deles o *“Roteiro de Entrevista com o Paciente Internado”*, que avalia a qualidade da assistência de enfermagem na perspectiva do paciente e é composto por itens relacionados a higiene e conforto, atividade física, segurança física, sono e repouso, nutrição e hidratação, eliminações, necessidades emocionais, espirituais e sociais e condições de alta. Cada item constante dos instrumentos possui subitens que são as questões norteadoras da avaliação e para as quais são atribuídos *sim*, *não* ou *não se aplica*. As avaliações são realizadas a cada três meses, em 20% dos pacientes internados, e ao final de um mês são emitidos relatórios gerenciais, compostos de percentuais simples, relativos à qualidade da assistência.

Nesta pesquisa, os dados secundários foram coletados dos relatórios gerenciais de duas avaliações realizadas pela SCQE, na unidade de internação adulto da instituição em estudo, no período de junho a dezembro de 2011.

Os dados foram tabulados em planilha específica no *Microsoft Excel 2007*, agregando-se os valores das duas avaliações, de modo a permitir a comparação dos dados.

Para a análise dos dados, utilizou-se a metodologia adotada por Haddad (2011)⁸ e utilizada pela SCQE, composta pelos índices de classificação sugeridos por Carter *apud* Saupe, Horr (1982)⁹, demonstrados no Quadro 1.

PERCENTUAIS DE ADEQUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
100% de positividade	Assistência desejável
90 a 99% de positividade	Assistência adequada
80 a 89% de positividade	Assistência segura
71 a 79% de positividade	Assistência limítrofe
< 70% de positividade	Assistência sofrível

QUADRO 1 – Índices de classificação de Carter Carter apud Saube, Horr (1982), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem da instituição em estudo, Londrina-PR, 2011.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, com o parecer CEP/UEL número 238/2011 e CAAE número 0220.0.268.000-11.

RESULTADOS

Os resultados originados da primeira e da segunda avaliação realizadas na unidade de internação adulto da instituição em estudo são apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 — Percentuais de dois relatórios disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem de um hospital público de média complexidade, referentes às entrevistas realizadas com o paciente de unidade de internação adulto, no período de junho a dezembro de 2011, Londrina-PR.

ITENS	SIM		NÃO	
	AVALIAÇÃO			
	1	2	1	2
	%		%	
Higiene e Conforto	87,8	88,7	12,2	11,3
Atividade Física	83,4	83,4	16,6	16,6
Sono e Repouso	93,0	93,0	7,0	7,0
Segurança Física	94,5	98,5	5,5	1,5
Nutrição e Hidratação	85,1	80,9	14,9	19,1
Eliminações	86,7	83,6	13,3	16,4
Necessidades Emocionais	88,5	84,5	11,5	15,5
Necessidades Espirituais	22,0	88,0	88,0	22,0
Necessidades Sociais	75,6	70,3	24,4	29,7
Condições de Alta	36,4	100,0	63,6	0,0
MÉDIA	73,5	87,1	27,5	13,9

Segundo a média geral dessa avaliação, foi possível observar aumento de 73,5% para 87,1% de positividade das respostas emitidas pelos pacientes entrevistados. Analisando-se segundo os percentuais de adequação, utilizados nesta pesquisa como padrões de qualidade, evidencia-se uma transição de uma assistência limítrofe, identificada na primeira avaliação, para uma assistência segura, na segunda verificação.

Analisando-se cada item constante na avaliação, apresentados na Tabela 1, foi possível identificar melhoria em relação a “higiene e conforto”, apresentando uma assistência segura para a primeira e a segunda coletas. O valor apresentado foi determinado pela manutenção da taxa referente à existência de higiene corporal diária (100,0%) e aumento da taxa referente à percepção do paciente que necessita de auxílio para mudança de decúbito, que variou de 87,5% (assistência segura) para 100,0% (assistência desejável).

Mesmo com melhora nos valores desse item, os subitens referentes à escovação de dentes e cabelos e respeito à privacidade sofreram queda.

Em relação a “atividade física”, houve manutenção dos valores na primeira e na segunda avaliação, com 83,4% de positividade nas respostas, identificando a presença de assistência segura para esse item. Esse valor foi estabelecido a partir da opinião do paciente sobre a existência de ajuda para deambulação (100,0% de positividade) e existência de orientações para deambulação após a cirurgia para os casos indicados (66,7%).

O valor relacionado ao item “sono e repouso” também se manteve inalterado, com 93,0% de positividade, evidenciando uma assistência adequada. Referente a esse item, houve aumento nos valores relacionados à existência de silêncio nos horários de repouso (noturno e pós-prandial), apresentando, dessa forma, uma assistência de segura a adequada. Elevaram-se as taxas referentes à iluminação dos quartos, de 91,7% para 98,1%, e houve queda nos valores relativos a temperatura e ventilação do ambiente, porém mantendo-se dentro dos padrões de uma assistência adequada.

O item “segurança física” apresentou aumento em seu percentual de adequação, de 94,5% para 98,5%, mantendo, dessa forma, uma assistência adequada. Houve aumento, de 96,4% para 98,0% (assistência adequada), nos valores relativos às informações dadas pelos pacientes sobre o cuidado e espera do profissional para a ingestão de medicamento pelo paciente e aumento na taxa de inexistência de queda, de 85,3% para 100,0%, garantindo uma assistência desejável.

A queda nos valores de positividade relacionados a “nutrição e hidratação” pôde ser determinada pela redução nos percentuais de 100,0% para 87,5%, relativos à ajuda que o paciente recebe para se alimentar, mostrando uma involução de assistência desejável para apenas segura, assim como a redução das taxas relativas a orientações de jejum para exames, que baixou de 85,7% para 74,1%, ou seja, de uma assistência segura para limítrofe. Segundo as informações dos pacientes, aumentou a disponibilidade de garrafas de água exclusivas, com elevação da taxa de positividade de 69,4% para 81,1%.

Quanto ao atendimento das necessidades de “eliminações”, como auxílio para ir ao banheiro e realização de higiene íntima após as eliminações,

houve pequena queda no percentual, de 86,7% para 83,6%, mantendo a assistência dentro dos padrões de segurança.

As “necessidades emocionais” foram atendidas com assistência segura na primeira e na segunda avaliação, porém a taxa sofreu pequena queda. Na análise dos subitens, foi possível identificar que a queda significativa ocorreu na taxa referente às respostas dos pacientes no que tange à sua liberdade e ao conforto para questionar os profissionais de enfermagem, envolvendo de uma assistência adequada (94,4%) para abaixo da limítrofe (15,2%). Houve aumento importante das orientações quanto às normas do hospital (52,8% para 93,6%) e leve aumento referente às explicações sobre os procedimentos a serem realizados (91,7% para 96,2%), fornecidas pelos profissionais de enfermagem. Houve manutenção nos percentuais relativos ao tratamento com gentileza, atendimento à solicitação de contato com família e presença de boa educação e comunicação dos profissionais de enfermagem dentro de padrões adequados.

O atendimento às “necessidades espirituais” elevou-se de 22,0% para 88,0%, uma vez que houve aumento de informações da possibilidade de assistência religiosa pelo pessoal de enfermagem (28,6% para 76,0%) e atendimento à solicitação por essa assistência, de 15,4% para 100,0%. A satisfação das “necessidades sociais” foi mantida dentro dos padrões limítrofes, com leve queda de 75,6% para 70,3%, valor determinado pelos subitens relacionados à apresentação do paciente aos companheiros de quarto e à equipe de enfermagem.

As “condições de alta”, determinadas pela avaliação da emissão de orientações de alta pelo profissional de enfermagem, sofreram significativo aumento, evoluindo de uma assistência abaixo da limítrofe para desejável (100%), porém o resultado permaneceu aquém dos valores preconizados como limítrofes (63,6%).

DISCUSSÃO

Atualmente, como resultante de diversas inovações tecnológicas e dos meios de comunicação e, conseqüentemente, do aumento da disponibilidade de conteúdos relacionados à medicina na comunidade leiga, as instituições de saúde

deparam-se com a presença de clientes mais informados em relação à sua saúde, aos direitos e deveres, tornando-os aptos a avaliar a qualidade dos serviços¹⁰.

A comparação dos dados da primeira e da segunda avaliação permite verificar a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem e observar sua evolução sob a ótica do paciente internado.

A elevação da taxa geral, avançando de uma assistência limítrofe para segura, apresenta o aumento da percepção positiva do paciente sobre os serviços de enfermagem prestados, assemelhando-se à pesquisa realizada por Haddad (2008)⁷, em um hospital público de alta complexidade, no mesmo município onde foi realizada a presente pesquisa, que permitiu observar o aumento das respostas positivas e melhoria da qualidade na perspectiva dos pacientes. Outro estudo sobre responsividade em um hospital universitário mostrou que os serviços de enfermagem prestados atenderam às expectativas dos clientes, sendo qualificados como adequados¹¹.

Os dados abordados nesta pesquisa permitiram verificar o atendimento às necessidades dos clientes nas dimensões física, espiritual, emocional e social.

Na dimensão física, o aumento da positividade relacionada aos cuidados de higiene e conforto físico dos pacientes foi determinado pela adesão às rotinas da unidade para higiene corporal e disponibilidade de auxílio ao paciente para mobilização no leito. As quedas nos percentuais relativos a eliminações e nutrição e hidratação apresentados coincidem com os resultados apresentados por Haddad⁷.

As variações ocorridas nas taxas de temperatura e ventilação do ambiente podem ser atribuídas à sazonalidade, visto que a primeira coleta foi realizada em estação mais fria do ano, em relação à segunda avaliação. Dessa forma, evidenciou-se a manifestação dos clientes quanto à temperatura e à ventilação menos confortável na segunda avaliação.

Como item relevante nos serviços de saúde, a segurança é fundamental para a boa recuperação da saúde. Os resultados apresentam melhorias desse aspecto na ótica do paciente, no que se refere à administração de medicamentos, à segurança das informações prestadas e às quedas. Os fatores que determinam resultados como esses relacionam-se à organização do

trabalho, às estruturas envolvidas e ao tempo disponível para as ações de cuidado¹².

O atendimento às necessidades espirituais, associado aos aspectos físicos e sociais, é considerado uma interface importante do cuidado em saúde e objeto de avaliação. Por meio das respostas dos indivíduos, faz-se possível identificar o atendimento a essa necessidade, verificando seu bem-estar perante crença¹³.

As melhorias apresentadas pela instituição em estudo apontaram para melhor adequação dos profissionais e normas institucionais para atendimento das necessidades dos clientes em sua integralidade, porém é evidente a necessidade de formalização e melhor incorporação das rotinas de fornecimento de informações sobre a disponibilidade de horários para esse tipo de assistência, inclusive pela equipe de enfermagem composta por profissionais que permanecem 24 horas em contato com o cliente.

Observou-se, também, que existe uma limitação por parte dos enfermeiros no que se refere a reconhecer a espiritualidade como determinante na recuperação do paciente, uma vez que possuem juízos de valor próprios relacionados à religiosidade e não foram preparados para lidar com esse aspecto durante a graduação, em que parte considerável da carga horária ainda é destinada aos conteúdos voltados para a técnica. Pesquisa realizada com 30 enfermeiros, no Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo (SP), mostrou que 83% deles responderam positivamente em relação à importância do atendimento às necessidades espirituais dos pacientes, sendo que 40% deles justificaram a resposta pelo fato de essa assistência proporcionar bem-estar e conforto ao paciente. Ainda, 17% deles alegaram não visualizar importância do atendimento às necessidades espirituais, sendo que 60% deles referem não ser uma competência da enfermagem¹³.

As taxas relacionadas ao atendimento das necessidades emocionais encontradas nesta pesquisa apresentaram-se como reflexo das condições de relação equipe de enfermagem *versus* paciente, mantendo-se como assistência segura na avaliação geral. A queda na taxa relativa à liberdade de questionamento por parte do paciente refletiu falhas nos processos de comunicação. Da mesma forma, houve manutenção do atendimento das

necessidades sociais dentro dos padrões limítrofes, sendo determinado em especial pela falta de integração entre os pacientes internados, condizente com pesquisa realizada segundo a mesma metodologia, em hospital público de ensino, que identificou que os pacientes não eram apresentados aos companheiros de quarto e equipe de enfermagem⁷.

A enfermagem, no contexto de incorporação de tecnologias e saberes, deve atentar-se para o atendimento das necessidades específicas dos clientes com escuta ativa, tomando como ferramenta o diálogo¹⁴. A comunicação é resultado da relação interpessoal que permite atender o paciente nas suas diversas interfaces, levando-se em consideração valores, cultura e costumes, mantendo uma postura comunicativa de respeito e prezando pela qualidade das informações diante das condições de estresse em que vive¹⁵.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados demonstraram o aumento da percepção positiva do paciente no que se refere à estrutura de atendimento e aos processos de assistência da equipe de enfermagem, tendo como pontos determinantes de melhoria os cuidados de higiene, o auxílio para movimentação e deambulação, a existência de silêncio, a iluminação, a segurança do paciente, as orientações de alta e o atendimento às necessidades espirituais. No entanto, verificou-se diminuição da qualidade em relação à liberdade do paciente em questionar a equipe de enfermagem, ao auxílio para alimentação e às orientações de jejum.

A queda nos percentuais de alguns itens indica que, mesmo com a apresentação dos resultados após primeira avaliação realizada na instituição, algumas inadequações mantiveram-se, mostrando a necessidade de busca por medidas alternativas de orientação e educação às equipes de enfermagem.

Ainda, com os resultados expostos, percebeu-se a possibilidade de monitorar a qualidade do cuidado por meio do contato e diálogo com o cliente e conhecer as condições da assistência de enfermagem prestada e seus resultados na perspectiva do paciente, nas dimensões física, espiritual, emocional e social.

REFERÊNCIAS

- 1 Trentini M, Paim L, Vasquez ML. [The social responsibility of nursing the front of humanization in health policy]. *Colomb Med*. 2011; 42(supll 1): 95-102. Portuguese.
- 2 Junior MC, Armond JE, Juliano Y. [Humanization of public health services: perceived quality of maternal and child health for users of Basic Units of Health Public Health]. *Saúde Coletiva*. 2011; 50(8): 103-8. Portuguese.
- 3 Rocha ESB, Trevizan MA. [Quality management in a hospital nursing service. *Rev Latino-am Enfermagem*]. 2009; 17(2). Portuguese.
- 4 Tronchin DMR, Melleiro MM, Kucgant P, Garzin ACA. [Theoretical basis for the construction and implementation of quality indicators in health]. *Rev Gaúcha Enferm*, 2009; 30(3): 542-6. Portuguese.
- 5 Vituri DW, Matsuda LM. [Content validation of quality indicators for evaluation of nursing care]. *Rev. Esc Enferm USP*. 2009; 43(2): 429-37. Portuguese.
- 6 Moraes AS. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência de adultos: a percepção do usuário [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2009.
- 7 Haddad MCL, Évora YDM. [Nursing care quality: the view from a patient hospitalized in a public university hospital]. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7(1 Supl):45-52. Portuguese.
- 8 Haddad MCFL, Rossaneis MA. Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem. PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem. Gestão: 2011. p. 41-90.
- 9 Saube R, Horr L. Auditoria em enfermagem. *Rev Cien Saúde*. 1982; 1(1): 23.
- 10 Neto JAC, Soares GMT, Delgado AAA, Lima JV, Beligoli DA, Mello CS. [Information on health and population: the doctor-patient relationship and its impact on treatment]. *HU Revista, Juiz de Fora*. 2010; 36(1): 13-18. Portuguese.
- 11 Rodrigues AVD, Vituri DW, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Oliveira WT. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2012; 46(1): 167-74. Portuguese.

- 12 Ques AAM, Montoro CH, Gonzalez MG. [Strengths and threats around patient safety in the opinion of nursing professionals]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3): 339-45. Portuguese.
- 13 Pedrão RB, Beresin. [Nurses face the question of spirituality]. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1): 86-9. Portuguese.
- 14 Veiga KCG, Fernandes JD, Sadigursky D. [Nurse-patient relationship: care as therapy]. *Rev. enferm. UERJ*. 2010; 18(2): 322-25. Portuguese.
- 15 Santos MCL, Sousa FS, Alves PC, Bonfim IM, Fernandes AFC. [Therapeutic communication in preoperative care for mastectomy]. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(4): 675-678. Portuguese.

7.3 Artigo 3

Qualidade da Assistência de Enfermagem:
Ambiente do Paciente em Hospital
Público de Média Complexidade

Este artigo responde ao seguinte objetivo desta dissertação:

- ▶ Comparar os resultados das duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem realizadas por meio da observação do ambiente de internação do paciente na instituição em estudo.

Está estruturado segundo as normas da *Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)*, à qual será submetido para apreciação com vistas à publicação (Anexo G).

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
AMBIENTE DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO
DE MÉDIA COMPLEXIDADE⁶**

**NURSING CARE QUALITY: PATIENT ENVIRONMENT IN A
PUBLIC HOSPITAL OF MEDIUM COMPLEXITY**

**CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: AMBIENTE DEL
PACIENTE EN HOSPITAL PÚBLICO
MEDIANA COMPLEJIDAD**

**Fabiane Gorni Borsato⁷
Marli T. O Vannuchi⁸**

Endereço para correspondência:

Fabiane Gorni Borsato

Rua Nossa Senhora do Rocio, 1.449.

Bairro: Centro - CEP: 86181-110 - Cambé, PR, Brasil

E-mail: fgborsato@gmail.com

⁶ Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem em um hospital público de média complexidade”, apresentada à Universidade Estadual de Londrina (UEL) - PR, Brasil.

⁷ Enfermeira. Especialista em gerenciamento de serviços de enfermagem. Responsável pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem do Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Londrina, PR - fgborsato@gmail.com

⁸ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, PR - vannuchi@sercomtel.com.br

RESUMO

Objetivo: Comparar os resultados das duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem realizadas por meio da observação do ambiente de internação do paciente em hospital público de média complexidade. **Métodos:** Realização de um estudo retrospectivo e quantitativo realizado no período de junho a dezembro de 2011, em unidade de internação adulto, com coleta de dados secundários em dois relatórios disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem da instituição. **Resultados:** Observou-se melhoria na higiene e no conforto, na segurança física e na utilização de equipamentos, e redução quanto ao cumprimento das rotinas de identificação de dispositivos e à prevenção de úlcera por pressão. **Conclusão:** Por meio dos resultados, foi possível analisar o processo e a estrutura envolvidos no cuidado e identificar fatores de risco à saúde. Mesmo com os resultados positivos, evidenciou-se que ainda existe a necessidade de implementação de estratégias educativas que visem à cultura de melhoria nos processos assistenciais de enfermagem.

Descritores: Controle de qualidade, Avaliação em enfermagem, Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: Comparing the results of the two first nursing care quality assessments conducted by hospital environment observation in a public hospital of medium complexity. **Methods:** A quantitative and retrospective study was conducted in the period from June to December, 2011, in an adult inpatient unit, with secondary data collection in two reports available by the Office of Nursing Quality Control of the institution. **Results:** It was observed an improvement in hygiene and comfort, physical safety and use of equipment, and reduction in meeting the routine identification of devices and the prevention of pressure ulcers. **Conclusion:** Through the results, it was possible to analyze the process and the structure involved in care and identifies risk factors for health. Despite the positive results, it became clear that there is still a need to implement educational strategies aimed at improving the culture of nursing care processes.

Keywords: Quality control, Nursing assessment, Patient security.

RESUMEN

Objetivo: Comparar los resultados de las dos primeras evaluaciones de la calidad de la atención de enfermería realiza mediante la observación del entorno del paciente hospitalizado en un hospital público de mediana complejidad. **Métodos:** Realización de una, retrospectivo y cuantitativo en el período de junio a diciembre de 2011 en unidad de hospitalización de adultos, con la recolección de datos secundarios en dos informes facilitados por la Oficina de Control de Calidad de Enfermería de la institución. **Resultados:** Se observó una mejora en la higiene y el confort físico seguridad y el uso de los equipos, y la reducción del cumplimiento de las rutinas de identificación del dispositivo y la prevención de las úlceras por presión. **Conclusión:** A través de los resultados, fue posible analizar la estructura y el proceso involucrado en la atención e identificar los factores de riesgo para la salud. A pesar de los resultados positivos, se hizo evidente que todavía hay una necesidad de implementar estrategias educativas encaminadas a mejorar la cultura de los procesos de atención de enfermería.

Palabras-clave: Aseguramiento de la Calidad, Evaluación en Enfermería, seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

Diante das transformações ocorridas na área da saúde a partir da globalização e do desenvolvimento tecnológico, os serviços de enfermagem sofreram grande impacto e perceberam a necessidade de reformulações nos processos de trabalho para o alcance da qualidade de seus serviços⁽¹⁾.

A complexidade do mundo moderno trouxe consigo a combinação de processos, tecnologias e relações humanas que proporcionam benefícios para o cliente. No entanto, exige um plano de medidas eficiente e seguro para o gerenciamento de qualidade e minimização dos riscos ao paciente e, como consequência, a recuperação de sua saúde⁽²⁾.

Diante da nova realidade dos serviços hospitalares e necessidade de transformar seus modelos de gestão, buscam-se eleger meios de viabilizar a melhoria contínua, pautada em processos e estruturas adequadas que atendam às necessidades dos clientes. Essa preocupação permeia consideravelmente o trabalho em enfermagem, que insere constantemente, em seus processos gerenciais, metodologias de avaliação, permitindo levantar informações relacionadas às condições da qualidade assistencial, compará-las a padrões estabelecidos e utilizá-las como subsídios para a implementação de medidas de melhoria contínua^(3,4). Ainda, por meio da avaliação, pode-se atentar constantemente para os potenciais riscos do cuidado, incorporando a cultura de qualidade e desenvolvendo ações que visam à segurança do paciente⁽⁵⁾.

Nos serviços de enfermagem, é possível que os processos avaliativos sejam realizados no local de assistência com a mensuração por meio da observação do paciente e de seu ambiente⁽⁶⁾. Dessa forma, permite-se verificar aspectos relacionados à estrutura do local onde o cuidado é realizado e, ainda, analisar as condições do cuidado com o paciente frente ao ambiente de internação.

Diante da importância do monitoramento para a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem voltada para o local de internação do paciente, esta pesquisa teve como objetivo comparar os resultados das duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem realizadas por meio da observação do ambiente de internação do paciente em hospital público de média complexidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo e quantitativo sobre a qualidade da assistência de enfermagem, verificada pela análise do ambiente de internação do paciente em unidade de internação adulto de hospital público de média complexidade, com coleta de dados secundários disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem (SCQE) da instituição.

O SCQE realiza a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem com a utilização de três instrumentos adaptados de Haddad (2011)⁽³⁾, sendo um deles denominado “**Roteiro de Observação do Ambiente**”, que permite verificar aspectos relacionados ao ambiente físico e às condições do paciente no que se refere a higiene e conforto, atividade física, segurança física, nutrição e hidratação, oxigenação e ventilação, eliminações e utilização de equipamentos. Cada item pertencente ao roteiro de observação possui subitens norteadores no processo de avaliação, para os quais é atribuído *sim*, *não* ou *não se aplica*, de acordo com o que é observado pelo avaliador. As avaliações são realizadas a cada três meses, em 20% dos pacientes internados, e ao final de um mês são emitidos relatórios gerenciais, compostos de percentuais simples, relativos à qualidade da assistência.

Nesta pesquisa, os dados secundários foram coletados dos relatórios gerenciais de duas avaliações realizadas pela SCQE, na unidade de internação adulto da instituição em estudo, no período de junho a dezembro de 2011.

Os dados foram tabulados em planilha específica no *Microsoft Excel 2007*, agregando-se os valores das duas avaliações de modo a permitir a comparação dos dados.

Para a análise dos dados obtidos, utilizou-se a metodologia adotada por Haddad (2011), que é a mesma utilizada pela SCQE, composta pelos índices de classificação sugeridos por Carter *apud* Saupe, Horr (1982)⁽⁸⁾ (Quadro 1).

PERCENTUAIS DE ADEQUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
100% de positividade	Assistência desejável
90 a 99% de positividade	Assistência adequada
80 a 89% de positividade	Assistência segura
71 a 79% de positividade	Assistência limítrofe
< 70% de positividade	Assistência sofrível

QUADRO 1 — Índices de classificação de Carter apud Saupe, Horr (1982), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem da instituição em estudo, Londrina-PR, 2011.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer CEP/UEL número 238/2011 e CAAE número 0220.0.268.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados na Tabela 1 mostraram um declínio na qualidade da assistência de enfermagem na unidade estudada, verificada por meio da observação do paciente e de seu ambiente de internação, com queda da taxa geral de positividade de 85,2% para 69,1%. Segundo os padrões de referência utilizados nesta pesquisa, esses valores evidenciaram a transição de uma assistência segura para sofrível.

TABELA 1 — Percentuais de dois relatórios disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem de um hospital público de média complexidade, referentes à observação do ambiente de internação do paciente em unidade de internação adulto, no período de junho a dezembro de 2011, Londrina-PR.

ITENS	SIM		NÃO	
	AVALIAÇÃO			
	1	2	1	2
	%		%	
Higiene e Conforto	87,7	88,0	12,3	12,0
Atividade Física	92,8	75,7	7,2	24,3
Segurança Física	84,6	93,1	15,4	6,9
Nutrição e Hidratação	71,5	44,8	28,5	55,2
Oxigênio e Ventilação	70,0	22,1	30,0	78,9
Eliminações	90,0	60,0	10,0	40,0
Utilização de Equipamentos	100,0	100,0	0,0	0,0
MÉDIA	85,2	69,1	14,8	30,9

Os resultados de higiene e conforto mantiveram-se dentro da faixa de uma assistência segura, refletindo uma evolução da categoria na implementação desse cuidado, considerando-o essencial na promoção da saúde, uma vez que proporciona bem-estar físico e mental, determinantes na recuperação da saúde⁽⁹⁾. Esse resultado foi determinado por melhorias nos cuidados de higiene oral, capilar, de mãos e pés e do leito onde o paciente se encontrava, além do alinhamento correto do paciente acamado no leito, alcançando uma assistência adequada, refletindo melhorias de processo no que se refere a cuidados básicos.

A higiene corporal constitui-se de um conjunto de cuidados com o corpo e possui lugar de destaque nas discussões sobre a promoção da saúde. Considerou-se, neste trabalho, que a melhoria nos resultados referentes às condições dos cabelos, mãos e pés reflete resultados de bons cuidados de higiene corporal⁽¹⁰⁾.

Especificamente, os cuidados com a higiene bucal refletem, além do bem-estar físico, o controle de infecção, uma vez que permite a redução da carga microbiana da cavidade oral, proporcionando melhores resultados do processo de cuidado. No entanto, a necessidade de cuidados com a boca é pouco disseminada na área da saúde, e ainda, no ambiente hospitalar, diante de suas condições de saúde, o paciente não dirige sua atenção

para este cuidado^(11,12). Os resultados apresentados contrapõem-se a estudo realizado em um hospital geral público de grande porte, em Feira de Santana, na Bahia, que identificou a não oferta desse cuidado para pacientes acamados e dependentes⁽¹³⁾.

Os resultados referentes à higiene e ao conforto físico desta pesquisa foram influenciados pelo perfil dos pacientes que se caracterizam por baixa dependência em relação à equipe de enfermagem e que possuem a capacidade de autocuidado⁽¹⁴⁾. Esse processo, quando incentivado, permite que os costumes dos indivíduos interfiram nos cuidados. A exemplo disso, a queda no percentual de tricotomia facial pode ter sofrido grande influência dos costumes de cada paciente.

Em relação à atividade física, houve queda dos percentuais, transitando de uma assistência adequada para limítrofe. Esse resultado foi determinado pela queda no valor relacionado à existência de programação da mudança de decúbito de pacientes acamados (de 100% – assistência desejável – para 71,4% – assistência limítrofe), que constitui uma importante intervenção de enfermagem para prevenção de úlcera por pressão, devendo acontecer de maneira programada e supervisionada e em frequência determinada para o alcance de bom resultado⁽¹³⁾. Como resultado disso, observou-se o aumento na incidência de úlcera por pressão nas últimas 24 horas, porém manteve-se uma assistência segura. As taxas de incidência de úlcera por pressão representam indicadores importantes na análise do processo de cuidado⁽⁴⁾.

Quanto à observação da segurança física do paciente, houve elevação no valor de positividade, de 84,6% para 93,1%, passando de uma assistência segura para adequada. Esse resultado reflete a implantação de medidas que visam à redução e à eliminação de eventos adversos relacionados à internação no que se refere a higiene do ambiente, identificação do leito e prevenção de quedas, que possibilitam a análise de processo e aspectos ambientais que evidenciam resultados relativos à estrutura⁽⁴⁾.

O aumento na qualidade de higiene e organização do ambiente de internação do paciente, de 84,6% para 100%, demonstrou melhoria na qualidade no que se refere a conforto físico e caráter acolhedor do ambiente, propiciando uma melhor recuperação da saúde.

Os resultados referentes à identificação dos leitos mantiveram-se na faixa de assistência adequada, mostrando que os profissionais estão garantindo a segurança do paciente internado, evitando a ocorrência de eventos adversos. Estudo realizado em

hospital universitário no norte do Paraná, em 2008, também mostrou melhora significativa nos percentuais referentes à identificação do leito, alcançando 100% dos leitos identificados em uma unidade de internação adulto⁽⁶⁾.

A manutenção dos valores referentes à adequação do posicionamento do paciente em poltrona na faixa de uma assistência adequada e o aumento na taxa de pacientes que se encontravam com grades laterais elevadas (de limítrofe para adequada) refletiram adequações na prevenção de quedas, que consiste em fator potencialmente determinante do agravamento do estado de saúde do paciente ou, ainda, de causar outras condições de morbidade⁽¹⁵⁾.

As causas de quedas são multifatoriais, podendo ser intrínsecas, relacionadas a processos fisiológicos do paciente, como extrínsecas quando estão ligadas a aspectos estruturais e do contexto, sendo necessário que os profissionais de enfermagem conheçam os fatores de risco e adotem medidas preventivas desse agravo⁽¹⁶⁾.

Quanto aos aspectos estruturais envolvidos na análise da segurança física, observou-se aumento nos valores relacionados à presença de campainha à disposição do paciente, que permite maior agilidade ao solicitar a equipe de enfermagem, além de mobiliário adequado e equipamentos em bom funcionamento, que proporcionam maior adequação do ambiente, livre de riscos.

Este trabalho apresentou resultados positivos no que se refere a alguns aspectos da segurança do paciente, porém, diante da complexidade que permeia a assistência à saúde, é crescente o potencial de ocorrência de eventos adversos que corresponde a qualquer agravo ocasionado ao paciente, no período em que recebe cuidados de saúde, e que podem gerar danos temporários ou definitivos⁽¹⁷⁾.

A enfermagem, enquanto categoria profissional onipresente, tem grande responsabilidade na definição de estratégias que visam à recuperação da saúde do paciente e, dessa forma, depara-se com a estreita relação que existe entre os cuidados de enfermagem e a prevenção de outros agravos, em especial, eventos adversos⁽¹¹⁾.

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo criou, em 2010, a cartilha intitulada “Os 10 passos para a segurança do paciente”, na qual estabelece, dentre as medidas de cuidados de enfermagem na evitabilidade de riscos assistenciais, a prevenção de úlcera por pressão, a identificação correta e completa do paciente e a prevenção de queda, todos abordados nesta pesquisa⁽¹⁸⁾.

A considerável queda nos valores relacionados a nutrição e hidratação (71,5% para 44,8%) e eliminações (90,0% para 60,0%), partindo de uma assistência limítrofe para sofrível, justificou-se pela deficiência na identificação de dispositivos aplicados ao paciente, dentre eles, o acesso venoso, os equipos de soro, a sonda nasogástrica e vesical de demora, evidenciando inadequações no que se refere ao processo. Em contraposição, pesquisa realizada em unidade de internação adulto do Hospital Universitário, em 2008, demonstrou melhorias nos valores relativos à identificação desses dispositivos entre duas avaliações de qualidade realizadas⁽⁶⁾. Na instituição em estudo, preconiza-se como rotina a identificação desses dispositivos com nome e assinatura de quem instalou e data de aplicação no paciente, a fim de que seja assegurada a troca corretamente, antes do vencimento do prazo de validade, conforme determinado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da instituição.

Apesar da deficiência na identificação dos acessos venosos e equipos de infusão de solução parenteral, a taxa referente à não ocorrência de lesões pós-infiltrativas manteve-se dentro da faixa de uma assistência segura (80 a 89%). Esses resultados são menores que os valores apresentados em pesquisa realizada em um hospital universitário de Porto Alegre, onde a ocorrência de lesões pós-infiltrativas foi de 24,7%, não apresentando co-relação da incidência desse agravo com o tempo de instalação do cateter venoso. A incidência desse tipo de lesão pode ser ocasionada por características medicamentosas, tipo e localização do cateter e, em especial, pelo tempo de permanência no cliente, evidenciando a necessidade de conhecimentos, por parte dos profissionais de saúde, dos fatores relacionados e, ainda, da necessidade de aprimoramento dos cuidados com esse dispositivo⁽¹⁹⁾.

Em relação à oxigenação e à ventilação, houve queda do percentual, de 70,0% para 22,1%, devido a inadequações na disposição de inaladores no ambiente após o uso e no tempo de permanência de nebulizadores e inaladores em uso, que, em 100,0% dos casos, apresentavam-se vencidos, segundo dados da segunda avaliação.

Ainda, nesta pesquisa, foi possível verificar a queda de 90,0% para 60,0% na qualidade do cuidado voltado a eliminações, transitando de uma assistência adequada para sofrível. Isto ocorreu devido à queda nos percentuais relativos à existência de identificação de sondas vesicais de demora e inadequações no que se refere ao preenchimento da bolsa coletora além de dois terços de sua capacidade.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu analisar o cuidado de enfermagem realizado na instituição em estudo, pautado na avaliação das condições do paciente e de seu ambiente de internação, com resultados referentes à qualidade no que se refere a processo das ações de enfermagem e análise da estrutura do local de cuidado, permitindo identificar fatores que podem gerar riscos e danos à sua saúde.

Observou-se melhoria em diversos itens relacionados à segurança do paciente, tema tão abordado na atualidade e que necessita de grande atenção, diante da complexidade atual dos serviços de saúde. Dentre eles, destacaram-se a identificação dos leitos, a prevenção de quedas, a organização e a higiene do ambiente, assim como a adequação dos mobiliários e equipamentos.

Mesmo com os resultados positivos apresentados, foi possível identificar queda nas taxas relacionadas ao cumprimento de rotinas estabelecidas para a identificação de dispositivos aplicados aos pacientes e para a prevenção de úlcera por pressão, evidenciando a necessidade de implementação de estratégias educativas com os profissionais de enfermagem, relativas à incorporação da cultura de qualidade da assistência associada aos ideais de segurança do paciente, assim como no que se refere à adesão à prática do cuidado com excelência.

REFERÊNCIAS

- 1 Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Ver Esc Enferm USP*. 2009; 43(2): 429-37.
- 2 Gimenes FRE. A segurança de pacientes na administração de medicamentos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral no interior paulista: a abordagem restaurativa em saúde. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011.
- 3 Haddad MCFL, Évora YDM. Implantação do programa de qualidade em hospital universitário público. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(suppl.): 78-86.
- 4 Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. *Rev Rene, Fortaleza*. 2011; 12(1): 189-97.
- 5 Gomes AQF. Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório. [dissertação]. Rio de Janeiro(RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

- 6 Vituri DW, Cacciari P, Gvodz R, Kuwabara CCT, Cardoso MGP. Indicadores de qualidade como estratégia para melhoria da qualidade do cuidado em um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(4): 782-90.
- 7 Haddad MCFL, Rossaneis MA. Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem. PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem. Gestão: 2011. p. 41-90.
- 8 Saupe R, Horr L. Auditoria em enfermagem. *Rev Cien Saúde*. 1982; 1(1): 23.
- 9 BRASIL. Constituição da Organização Mundial de Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1946.
- 10 Bigas M, Guimarães F. Estudo comparativo na abordagem da higiene do corpo em Portugal (2009/10 - 2010/11): uma primeira análise de manuais escolares de estudo do meio. RepositorUM [on-line]. 2011. Disponível em: URL: <http://hdl.handle.net/1822/17137>.
- 11 Benedet AS, Brasil N. A sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2012; 03(2).
- 12 Lima, DC *et al.* A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011; 16(suppl.1): 1173-80.
- 13 Passos SSS, Sadigusky D. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente hospitalizado. *Rev Enferm UERJ*. Rio de Janeiro, 2011. 19(4): 598-603.
- 14 Oliveira DLLC. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1): 185-188
- 15 Vitor AF, Araújo TL. Definições para o resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* [on-line]. 2011 abr/jun; 13(2): 313-22. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a18.htm>.
- 16 Ramos CV, Santos SSC, Barlem ELD, Pelzer MT. Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul. *Rev. Eletr. Enf.* [on-line]. 2011 out/dez; 13(4): 703-13. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a15.htm>.
- 17 Bezerra ALQ, Queiroz ES, Weber J, Paranaguá TB. Eventos adversos: indicadores de resultados segundo a percepção de enfermeiros de um hospital sentinela. *Enfermería Global – Administración, Gestón, Calidad*. 2012, (27).
- 18 Avelar AFM, *et al.* 10 passos para a segurança do paciente – Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo. 1a ed. São Paulo: 2010.
- 19 Urbanetto, JS. Prevalência de flebites em pacientes adultos com cateter venoso periférico. *R. enferm. ufsm* 2011; 1(3): 440-48.

7.4 Artigo 4

Qualidade dos Registros de Enfermagem
em Hospital Público de Média Complexidade

Este artigo responde ao seguinte objetivo desta dissertação:

- ▶ Comparar os resultados das duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem realizadas por meio da auditoria dos registros de enfermagem na instituição em estudo.

Está estruturado segundo as normas da *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, à qual será submetido para apreciação com vistas à publicação (Anexo H).

**QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM
HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIA COMPLEXIDADE⁹**

**NURSING RECORDS QUALITY IN A PUBLIC HOSPITAL
OF MEDIUM COMPLEXITY**

**CALIDAD DE LOS REGISTROS EN ENFERMERÍA
HOSPITAL PÚBLICO DE COMPLEJIDAD MEDIA**

**Fabiane Gorni Borsato¹⁰
Marli Terezinha Oliveira Vannuchi¹¹**

Endereço para correspondência:

Fabiane Gorni Borsato

Rua Nossa Senhora do Rocio, 1.449.

Bairro: Centro - CEP: 86181-110 - Cambé, PR, Brasil

E-mail: fgborsato@gmail.com

⁹ Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem em um hospital público de média complexidade”, apresentada à Universidade Estadual de Londrina (UEL) - PR, Brasil.

¹⁰ Enfermeira. Especialista em gerenciamento de serviços de enfermagem. Responsável pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem do Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Londrina, PR - fgborsato@gmail.com

¹¹ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, PR - vannuchi@sercomtel.com.br

RESUMO

Este trabalho objetivou comparar os resultados de duas avaliações da qualidade da assistência de enfermagem, realizadas por meio da auditoria dos registros de enfermagem em hospital público de média complexidade. Foi realizado um estudo retrospectivo e quantitativo, no período de junho a dezembro de 2011, com coleta de dados secundários de dois relatórios disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem da instituição. Foi possível observar melhorias na qualidade dos registros referentes a identificação do paciente, anotações e controles de enfermagem e condições de alta, porém mantiveram-se aquém dos valores recomendados. A prescrição de enfermagem apresentou queda de qualidade, em especial, no que se refere à aplicação de conhecimentos técnicos e científicos. Mesmo com aumento de alguns valores apresentados, evidencia-se a necessidade de abordagens educativa de sensibilização, principalmente, para o enfermeiro, quanto à importância dos registros na orientação e continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Auditoria de Enfermagem, Controle de Qualidade, Avaliação em enfermagem.

ABSTRACT

This work aimed to compare the results of two nursing care quality assessments, conducted by nursing records audit in a public hospital of medium complexity. It was conducted a quantitative and retrospective study, in the period from June to December 2011, with secondary data collection from two reports available by the Nursing Quality Control Service of the institution. It was possible to observe improvements in the records quality referred to patient identification, notes and nursing control and discharge conditions, but they remained below the recommended values. The nursing prescription presented a decrease in quality, especially with regard to the application of technical and scientific knowledge. Even with increases in some figures, it was highlighted the need for educational awareness approaches, especially for nurses regarding the importance of the records in the orientation and continuity of care.

Keywords: Nursing audit, Quality control. Nursing assessment.

RESUMEN

En este estudio se comparan los resultados de dos revisiones de la calidad de la atención de enfermería, realizados por la auditoría de los registros de enfermería en un hospital público de mediana complejidad. Se realizó un estudio retrospectivo y cuantitativo, en el período de junio a diciembre de 2011, con la recolección de datos secundarios de dos informes facilitados por la Oficina de Control de Calidad de Enfermería de la institución. Hemos observado mejoras en la calidad de los registros para la identificación del paciente, los controles y las notas de enfermería y las condiciones de descarga, pero se mantuvo por debajo de los valores recomendados. La prescripción de enfermería disminución de la calidad, especialmente en lo que respecta a la aplicación de los conocimientos técnicos y científicos. Incluso con el aumento de algunas figuras, destaca la necesidad de enfoques educativos de sensibilización, especialmente para las enfermeras, la importancia de los registros de la orientación y la continuidad de la atención.

Palabras-clave: Auditoría de Enfermería, Control de calidad, la evaluación de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Diante das transformações ocorridas no cenário da saúde, resultantes da evolução tecnológica, avanços científicos e das mudanças socioculturais, os profissionais de enfermagem deparam-se com a necessidade de constantes reformulações em suas formas de atuação no sentido de preservar a qualidade da assistência e adequá-las à realidade¹. A busca pela qualidade dos serviços ocorre em atendimento às necessidades e exigências de clientes externos e profissionais de saúde, com eficácia e efetividade².

Os serviços de enfermagem, com sua conformação nas instituições de saúde, constituem uma parcela significativa do quadro de recursos humanos, evidenciando a grande responsabilidade dessa categoria profissional na busca pelo sucesso do cuidado³.

Almejando a qualidade assistencial, as gerências de enfermagem têm, cada vez mais, buscado a utilização de formas sistematizadas que direcionam o processo de cuidado ao paciente e permitem que a assistência seja segura, pautada em conhecimentos técnicos e científicos. O maior exemplo disso é a utilização e o aperfeiçoamento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como instrumento de gerenciamento do cuidado¹.

A SAE começou a ser implementada no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, influenciada pela teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta⁴. A partir dessa nova metodologia, foi possível que a assistência de enfermagem fosse implementada de maneira sistematizada, composta por seis etapas consecutivas, inter-relacionadas e interdependentes: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem⁵.

A utilização da SAE permite o desenvolvimento de um processo de cuidado pautado em planejamento, operacionalização e monitoramento e, ainda, viabiliza uma comunicação eficaz entre os membros da equipe, uma vez que gera registros com informações passíveis de serem transmitidas e possibilita que membros da equipe compartilhem das informações, decisões e ações, assim como dos resultados obtidos^(3,6).

Além de facilitarem a comunicação, os registros são fontes importantes de informações sobre as atividades desenvolvidas e permitem a análise de processos com avaliação da eficiência e eficácia das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem^(7,8).

Considerando que existe uma correlação positiva entre os registros e a busca pela excelência do cuidado, a análise desses dados permite o levantamento de diagnósticos

e a busca pela implementação de boas práticas com vistas a alcançar melhorias nos processos de trabalho⁷.

Os registros de enfermagem possuem valor documental, uma vez que apresentam as ações assistenciais desenvolvidas, constituem-se de fontes de investigação, possuindo, dessa forma, valor legal⁷. Diante disto, a atividade de “registrar” é elemento fundamental do processo de trabalho do profissional de saúde, que deve realizá-la prezando pela qualidade e confiabilidade das informações^{6,9}.

No contexto da enfermagem, a operacionalização dos processos avaliativos dos registros ocorre por meio da auditoria, aplicada como um sistema de revisão das informações registradas, que permitem o levantamento de diagnósticos situacionais e a busca por estratégias de aperfeiçoamento⁷.

Frente à importância da existência de registros de enfermagem fidedignos e condizentes com as reais condições de cuidados prestados pela equipe de enfermagem e, ainda, considerando a relevância de se conhecer as condições de qualidade dos registros de enfermagem, por meio de processos avaliativos estruturados de acordo com a realidade institucional, teve-se a seguinte indagação: Como evoluiu a qualidade dos registros de enfermagem na unidade de internação adulto da instituição em estudo após a implantação da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem?

Diante disso, este trabalho objetivou comparar os resultados de duas avaliações da qualidade da assistência de enfermagem realizadas por meio da auditoria dos registros de enfermagem em hospital público de média complexidade.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo, de abordagem quantitativa, sobre a qualidade da assistência verificada por meio da auditoria dos registros de enfermagem em hospital público de média complexidade, com coleta de dados secundários disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem (SCQE) da instituição em estudo.

A SCQE realiza a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem por meio da aplicação de três instrumentos adaptados de Haddad (2011)¹⁰. Um deles, denominado “*Roteiro de Auditoria dos Registros de Enfermagem*”, permite avaliar as atividades de cuidado em enfermagem pela análise de registros, abordando os dados de

identificação do paciente, a elaboração da prescrição de enfermagem, as anotações e os controles de enfermagem, a execução da prescrição médica e as condições de alta. Cada item constante dos instrumentos possui subitens que são as questões norteadoras da avaliação e para as quais são atribuídos os critérios *completo*, *incompleto*, *não-preenchido* e *incorreto*. As avaliações são realizadas a cada três meses, em 20% dos pacientes internados, e ao final de um mês são emitidos relatórios gerenciais, compostos por percentuais simples.

Os dados secundários foram coletados dos relatórios gerenciais de duas avaliações realizadas pela SCQE na unidade de internação adulto da instituição em estudo, no período de junho a dezembro de 2011.

A tabulação dos dados foi realizada em planilha específica no *Microsoft Excel 2007*, agregando-se os valores das duas avaliações de modo a permitir a comparação dos resultados.

Para a análise dos dados, utilizou-se a metodologia adotada por Haddad (2011)¹⁰ e que é a mesma utilizada pela SCQE, composta pelos índices de classificação sugeridos por Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998)¹¹, como mostra o Quadro 1:

GRAU DE SATISFAÇÃO	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO			
	COMPLETO	INCOMPLETO	NÃO PREENCHIDO	INCORRETO
SATISFATÓRIO	Acima de 80%	Abaixo de 15%	Abaixo de 5%	0%
INSATISFATÓRIO	Abaixo de 80%	Acima de 15%	Acima de 5%	Acima de 0%

QUADRO 1 — Índices de classificação de Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998), utilizados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem da instituição em estudo, Londrina-PR, 2011.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer CEP/UEL número 238/2011 e CAAE número 0220.0.268.000-11.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta, comparativamente, as médias percentuais relacionadas à qualidade dos registros de enfermagem identificados nas duas avaliações realizadas pela SCQE, no período de junho a dezembro, utilizando-se como parâmetro o critério “completo”.

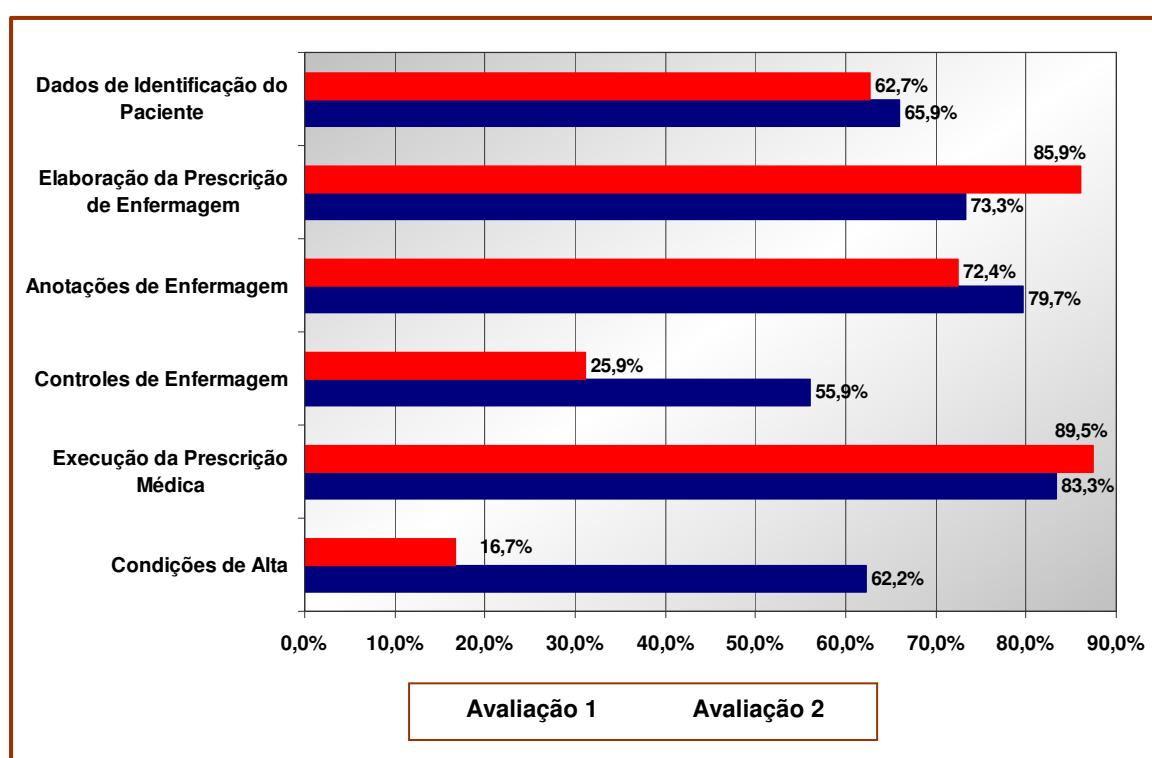


FIGURA 1 — Resultados obtidos de duas avaliações dos registros de enfermagem, realizadas em hospital público de média complexidade, no período de junho a dezembro de 2011, de acordo com o critério “completo”, Londrina-PR.

Observaram-se melhorias na qualidade dos registros referentes à identificação do paciente, às anotações e aos controles de enfermagem e às condições de alta. No entanto, apenas o item referente à execução da prescrição médica apresentou-se superior ao valor mínimo de satisfação recomendado, ou seja, 80%.

A Tabela 1 apresenta os dados de duas avaliações realizadas, abrangendo também os critérios de avaliação “incompleto”, “não-preenchido” e “incorreto”.

TABELA 1 — Percentuais de dois relatórios disponibilizados pelo Serviço de Controle de Qualidade em Enfermagem de um hospital público de média complexidade, referentes às auditorias dos registros realizadas em unidade de internação adulto da instituição, no período de junho a dezembro de 2011, Londrina-PR.

ITENS	COMPLETO		INCOMPLETO		NÃO PREENCHIDO		INCORRETO	
	AVALIAÇÃO							
	1	2	1	2	1	2	1	2
	%		%		%		%	
Dados de Identificação	62,7	65,9	29,2	26,7	7,2	7,1	0,9	0,3
Elaboração da Prescrição de Enfermagem	85,9	73,3	1,2	15,1	12,3	11,2	0,0	0,4
Anotações de Enfermagem	72,4	79,7	12,9	9,6	14,6	10,7	0,0	0,0
Controles de Enfermagem	25,9	55,9	45,0	28,6	12,0	15,5	0,4	0,0
Execução da Prescrição Médica	89,5	83,3	3,9	10,9	6,1	5,8	0,6	0,0
Condições de Alta	16,7	62,2	0,0	4,4	83,3	33,3	0,0	0,0
MÉDIA GERAL	58,3	70,2	19,0	15,9	22,4	13,9	0,3%	0,1%

A melhoria da qualidade dos registros de identificação do paciente, com aumento dos valores de completude de 62,7% para 65,9%, foi acompanhada pela discreta queda no percentual de anotações incompletas. Os dados ainda demonstraram a queda nos valores referentes à não fidedignidade das informações de identificação, de 0,9% para 0,3%.

Observou-se, ainda, na Figura 1 e na Tabela 1, piora na qualidade da elaboração da Prescrição de Enfermagem (PE) pelo enfermeiro, com a redução dos percentuais para o critério completo, que se apresentava satisfatório na primeira coleta (85,9%), diminuindo para 73,3% na segunda. Houve, ainda, o aumento das prescrições incompletas, de 1,2% para 15,5%. Nas duas coletas, o índice de prescrições não preenchidas manteve-se acima do considerado aceitável, porém apresentou pequena melhora com redução do valor de 12,3% para 11,2%. Analisando-se a elaboração da Prescrição de Enfermagem (PE), foi possível identificar discreta queda nos percentuais

referentes à existência de uma prescrição diária por paciente, de 97,3% para 96,9%, porém os resultados mantiveram-se acima do valor mínimo padronizado (80%). Além disso, houve melhora no valor referente à não utilização de abreviaturas não padronizadas, de 48,2% para 99,3%. No que se refere à identificação de sinais e sintomas pertinentes à patologia e à prescrição de cuidados conforme patologia e necessidades do paciente, houve queda de 98,2% para 64,3% e de 93,8 para 49,6%, respectivamente.

As anotações de enfermagem avaliadas apresentaram evolução de uma coleta para outra, aumentando os valores de 72,4% para 79,7%, quase alcançando o índice de satisfação. Concomitantemente, houve redução no número de anotações incompletas (queda de 12,9% para 9,6%) e não preenchidas (de 14,6% para 10,7%), porém mantendo-se fora dos valores de satisfação. Além da melhoria evidenciada, observou-se a inexistência de anotações de enfermagem com informações incorretas.

Ao analisar o item “anotações de enfermagem e seus determinantes”, permitiu-se identificar melhorias no que se refere à existência de uma anotação de enfermagem por período, com aumento de 51,3% para 88,0%; suas respostas aos itens das prescrições, com aumento de 80,4% para 96,8%; e presença de horário e nome do profissional que realizou a anotação, com aumento de 92,9% para 99,4%. No entanto não foi evidenciada melhoria no que se refere à identificação da classe profissional que realizou a anotação, com discreto aumento de 1,8% para 7,5% das anotações adequadas. Houve queda nos valores relativos à observação de sinais e sintomas pertinentes à patologia, porém mantiveram-se acima de 80%. Ainda, houve melhora nas anotações de admissão, alta, transferência e transportes realizados (de 86,6% para 92,8%).

Quanto aos controles de enfermagem, que correspondem basicamente aos registros de sinais vitais, eliminações e ingestão hídrica e alimentar, peso, higiene oral e corporal, apesar de se manterem aquém dos valores satisfatórios, apresentaram significativa melhoria, com aumento de 25,9% para 55,9%, acompanhada da redução do valor do critério incompleto (de 45% para 28,6%). Na primeira avaliação, verificou-se a existência de registros de controles incorretos, enquanto na segunda esse percentual baixou para 0%. Apesar da melhoria observada, observou-se o aumento no percentual de controles não preenchidos, de 12% para 15,5%.

Em relação à checagem da prescrição médica, observou-se a manutenção dentro dos percentuais de satisfação, porém com redução dos valores referentes à

completude e aumento da incompletude. Houve a redução para o percentual 0% do item incorreto.

As anotações das condições de alta apresentaram significativa melhoria, com aumento de 16,7% para 62,2%, mesmo que mantendo abaixo do padrão estabelecido (80%).

DISCUSSÃO

O serviço de enfermagem da instituição em estudo utiliza, em seus processos assistenciais, um instrumento padronizado de registro das informações referentes aos cuidados prestados. Nele, é possível encontrar os dados de identificação do paciente, os itens da prescrição de enfermagem desenvolvida pelo enfermeiro, as anotações e os controles realizados pela equipe de enfermagem e os registros das condições de alta dos pacientes. Dessa forma, o instrumento utilizado pelo SCQE, na auditoria dos registros de enfermagem, permite fazer uma avaliação minuciosa de cada componente integrante do rol de registros realizados pelas equipes de enfermagem dessa instituição. Além disso, permite avaliar a utilização da prescrição médica como fonte de registros das atividades de enfermagem no que se refere à checagem dos medicamentos prescritos.

Os registros de enfermagem, quando realizados de maneira fiel, proporcionam comunicação escrita efetiva entre os membros da equipe multiprofissional, possibilitando eficácia no planejamento da assistência à saúde, além de apresentar seu papel facilitador de atividades educativas e de pesquisa. Assim, envolve todas as interfaces assistenciais, deixando clara a realização dos procedimentos ali descritos para conhecimento dos demais interessados no processo de cuidado¹². Em suma, os registros de enfermagem possuem quatro finalidades: evolução do cuidado e tratamento, investigação, educação e respaldo legal¹³.

Segundo Donabedian (1988)¹⁴, ao discorrer sobre sua proposta de avaliação pautada na análise dos aspectos estrutura, processo e resultados, afirma que os registros em saúde são os principais meios para se conhecer aspectos inerentes a processos, ou seja, atividades de cuidados desenvolvidas. No entanto, são frequentemente realizados de maneira incompleta, com omissão de informações significativas do desenvolvimento da assistência.

Os dados apresentados nesta pesquisa permitiram verificar a evolução da qualidade dos registros de enfermagem a partir da segunda avaliação (70,2%) para o item completo, no entanto não alcançou a qualidade almejada (80%).

Na análise dos resultados referentes ao registro dos dados de identificação do paciente, verificou-se pequeno aumento no percentual na segunda coleta (65,9%), porém mantendo-se insatisfatório. Ao se verificar a identificação do paciente, deve-se valorizar o tão discutido tema “segurança do paciente”, amplamente abordado na atualidade. Eventos adversos podem ser evitados ao se realizar a identificação de maneira correta, de acordo com os padrões estabelecidos. A instituição em estudo utiliza a identificação do paciente no impresso de registros de enfermagem, contendo nome, idade, número de registro, patologia, data de internação e grau de dependência, de maneira que os cuidados prescritos sejam direcionados ao paciente certo.

No que se refere à PE, mesmo com valores satisfatórios em relação à sua elaboração diária para cada paciente (96,9%), a queda no percentual de PE completas na segunda coleta (73,3%), com aumento de sua incompletude, refletiu o não aproveitamento dessa metodologia como ferramenta direcionadora do cuidado e apresenta a pouca aplicação dos conhecimentos específicos por parte do profissional enfermeiro no desenvolvimento do plano de cuidado. Este fato é evidenciado pela queda nos percentuais referentes à adequação dos cuidados de enfermagem conforme patologia e necessidade do paciente (49,6%) e, ainda, à observação de sinais e sintomas pertinentes à patologia (64,3%).

Para o desenvolvimento da SAE e, em especial, a elaboração de um plano de cuidados adequado, o enfermeiro deve estar munido de habilidade técnica e cognitiva, com utilização do raciocínio clínico como ferramenta de enfrentamento da dinamicidade do estado de saúde do cliente e identificação da melhor medida de intervenção para uma melhor recuperação rápida da saúde⁸. Uma vez que a execução da PE consiste em uma das etapas de planejamento do cuidado, os resultados apresentados demonstraram a fragilidade do trabalho do enfermeiro na elaboração de um plano assistencial voltado a orientar a equipe de enfermagem na assistência de acordo com as especificidades de cada caso¹.

Concernente com o presente estudo, pesquisa realizada em unidade de emergência no noroeste do Paraná identificou que apenas 39,3% das prescrições de enfermagem estavam completas, estando muito aquém do valor preconizado (80%), e,

ainda, que a prescrição compreende cuidados básicos rotineiramente executados pelos profissionais de enfermagem¹⁵.

Pesquisa realizada em hospital universitário no norte do Paraná apresentou percentual satisfatório de elaboração de PE diárias, porém 73,6% apresentavam-se completas no que se refere à associação dos itens prescritos à patologia e às necessidades do cliente, valor aquém do determinado como satisfatório (80%)³. Outra pesquisa, realizada em hospital público do Distrito Federal, aponta que 100% dos pacientes possuíam um impresso de prescrição de enfermagem, sendo 99% realizadas, porém 79% delas não apresentavam revisão e atualização pelo enfermeiro e não eram precedidas por uma avaliação prévia do cliente⁴. Evidencia-se, dessa forma, que a simples existência de prescrição de enfermagem não determina a qualidade em sua elaboração³.

Diante da evidência de que a utilização de impressos bem formatados facilita o emprego do raciocínio clínico do profissional¹⁶, pode-se considerar o impresso utilizado para registros de enfermagem na instituição em estudo como aspecto dificultador, uma vez que possui formatação com espaços restritos que podem de certa forma, limitar a criatividade do profissional na execução de um plano de cuidados ou, ainda, nas anotações dos achados e cuidados prestados a cada paciente. Nesse contexto, a instituição prevê melhorias, uma vez que conta com projetos de informatização da SAE, em consonância com as reais necessidades de adequação.

No que se refere às anotações de enfermagem, foram observadas melhoria da primeira para a segunda avaliação (79,7% para o item completo), com redução no percentual de anotações incompletas relativas aos cuidados prestados (9,6%), no entanto a manutenção abaixo da percentual recomendado reflete a necessidade de aprimoramento na execução dos registros, uma vez que eles correspondem às principais formas de comprovar a prestação de assistência e permitir a transmissão de informações relacionadas ao cuidado prestado de forma que todos os membros da equipe multiprofissional tenham conhecimento das condições do paciente, das condutas tomadas e das intercorrências no desenvolvimento do cuidado^{6,12}.

Analisando-se minuciosamente, tem-se como determinante de melhoria das anotações de enfermagem a existência de registros das condições do paciente em cada um dos quatro turnos, com evidências de sinais e sintomas, respostas aos itens da prescrição e

de prestação de cuidados de enfermagem, apontando para a maior preocupação das equipes em relação às necessidades de documentar as atividades assistenciais.

A melhoria identificada nas anotações de admissão, transferência e transportes realizados (92,8%) e, ainda, das condições do paciente em sua alta hospitalar (62,2%) refletiu a valorização dos aspectos relacionados à comunicação escrita, uma vez que esses dados registrados permitem a outras equipes resgatar informações referentes à movimentação do paciente na instituição.

Um estudo evidenciou a não execução das anotações ou sua realização de maneira incompleta⁴. Semelhantemente, uma pesquisa realizada em unidade de emergência no noroeste do Paraná identificou valores muito aquém do preconizado para determinação da qualidade das anotações de enfermagem, revelando sua execução apenas como cumprimento de tarefas¹².

O aumento no percentual referente à identificação do profissional que realizou as anotações de enfermagem (99,4%) revela o seu condicionamento na execução dessa tarefa, com a redação apenas do nome, porém sem a devida identificação da classe profissional, condizendo com uma pesquisa retrospectiva realizada em registros de pacientes atendidos em um hospital-escola localizado no mesmo município da instituição em estudo, que apresentou predominância de anotações de enfermagem sem a devida identificação¹².

O registro completo de quem realizou o cuidado possibilita a identificação dos profissionais diante de dúvidas relacionadas ao processo de cuidado, cujo esclarecimento pode ser determinante na recuperação do paciente¹⁵.

Neves e Shimizu (2010)⁴ também apresentaram inadequações nos registros dos controles de enfermagem, sendo eles os sinais vitais, as eliminações intestinais e urinárias e as refeições, condizendo com os dados levantados nesta pesquisa, que, mesmo apresentando elevação do percentual, manteve-se abaixo do valor preconizado (55,9%). Houve, ainda, melhorias nos registros de higiene oral, higiene corporal, peso, episódios eméticos e volume e aspecto de líquidos drenados. Esses resultados, mesmo que mantidos aquém dos padrões preconizados, refletiram uma resposta positiva às medidas de orientação desenvolvidas a partir da apresentação dos resultados da primeira avaliação.

Nota-se que as equipes de enfermagem tem conhecimentos acerca dos dados a serem registrados, porém a permanência em patamares inferiores aos preconizados refletem

a valorização do registro de algumas informações em detrimento de outras ou, ainda, o registro realizado de maneira inconsciente, apenas como cumprimento de tarefas¹³.

A análise dos resultados referentes à execução da prescrição médica mostrou a permanência da adequação (83,3%), refletindo a adesão às ações de conferência e checagem de medicações prescritas e administradas, contrapondo-se aos resultados de outra pesquisa¹⁵ em que essas atividades não foram consideradas de qualidade.

O enfermeiro, como supervisor do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, tem a co-responsabilidade pela efetiva execução de todos os registros, independente de sua natureza⁷. O trabalhador, em sua atividade, deve ser considerado além de um simples integrante do quadro de pessoal, permeado por ações que o levam a compor um cenário de assistência à saúde como principal ator, devendo ser agente motivador de mudanças. A busca pela qualidade em saúde e, mais especificamente, dos registros de enfermagem deve incorporar as ações dos profissionais na construção da excelência do cuidado, levando-os a atrelar, às suas atividades cotidianas, atividades educativas que visam promover o desenvolvimento profissional e a difusão de conhecimentos⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar os resultados da avaliação da qualidade dos registros de enfermagem na instituição em estudo e, com isso, visualizar a possibilidade de se conhecer aspectos inerentes às atividades assistenciais a partir das informações registradas.

Os resultados apresentados apontaram para melhorias relacionadas à identificação do paciente, evidenciando adequações assistenciais em termos de segurança do paciente. A queda no percentual referente à elaboração da prescrição de enfermagem, determinada, em especial, pela inadequação da observação dos aspectos clínicos do cliente e determinação de um cuidado voltado às suas necessidades, mostra a necessidade de abordagens educativas de sensibilização do enfermeiro quanto à utilização da prescrição como elemento fundamental no planejamento e direcionamento de um cuidado individualizado e seguro e, ainda, de temas técnicos e científicos do cuidado de enfermagem.

A melhoria na qualidade das anotações e dos controles de enfermagem reflete a possibilidade de aprimoramento dos processos de comunicação na equipe

multiprofissional, no entanto a manutenção do valor abaixo do recomendado evidencia a necessidade de aplicação de medidas constantes de educação e orientação dos profissionais com relação à importância das anotações na transmissão de informações fidedignas e continuidade do cuidado, prezando, dessa forma, pela segurança assistencial ao paciente.

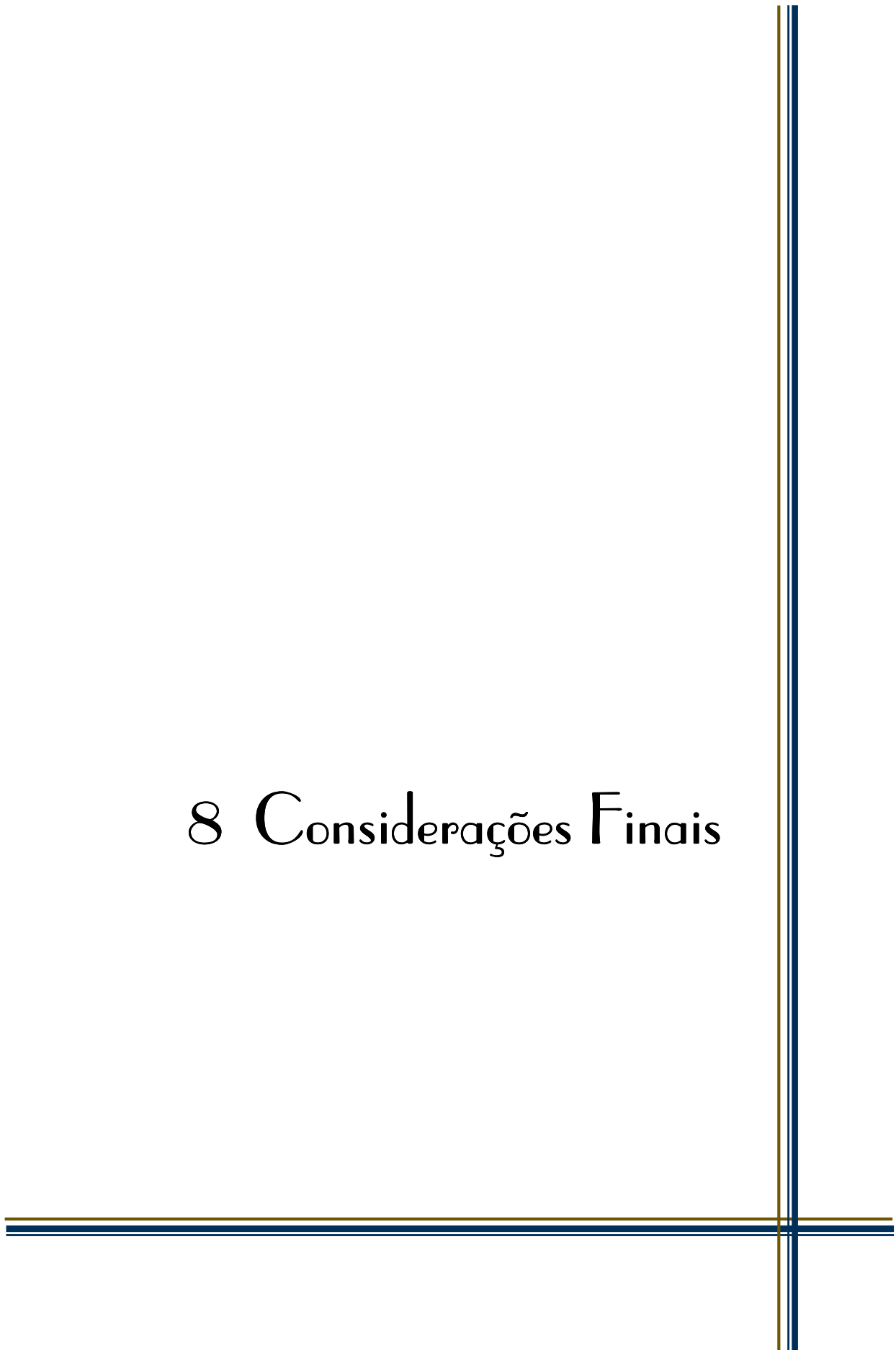
O fato de existir uma avaliação de qualidade centrada no SCQE, na instituição em estudo, não isenta o enfermeiro de seu papel supervisor e educador, cabendo a ele ser também agente motivador e orientador no cumprimento das atividades assistenciais, assim como do registro dessas atividades, e avaliar constantemente o cuidado prestado pela equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1 Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(4): 953-8
- 2 Yuri NE, Tronchin DM. Qualidade assistencial na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário na ótica de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2): 331-8.
- 3 Silva LG, Jodas DA, Baggio SC, Vituri DW, Matsuda LM. Prescrição de Enfermagem e qualidade do cuidados: um estudo documental. *Rev Enferm UFSM*. 2012 Jan-Abr; 2(1): 97-107.
- 4 Neves RS, Shimizu HE. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev Bras Enferm*. 2010 Mar-Abr; 63(2): 222-9.
- 5 Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
- 6 Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Vituri DW. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(4): 527-33.
- 7 Setz VG, D’Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(3): 313-7.
- 8 Grossi ACM, Silva JÁ, Marcon SS, Oliva APV. Sistematização da assistência de enfermagem: percepções de enfermeiras. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(2): 226-32.
- 9 Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev. bras. epidemiol*. 2011; 14(4): 651-61.

- 10 Haddad MCFL, Rossaneis MA. Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem. PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem. Gestão: 2011. p. 41-90.
- 11 Cianciarullo TI, Fugulin FMT, Andreoni S. C&Q: a hemodiálise em questão - opção pela qualidade assistência. São Paulo: Ícone; 1998.
- 12 Assunção RC, Dalri MCB. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. Cienc Cuid Saúde. 2010 Out-Dez; 9(4): 676-81.
- 13 Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAS, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. Rev Rene. 2012; 13(1): 64-73.
- 14 Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12).
- 15 Silva JÁ, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Unidades semi-intensivas: qualidade das anotações de enfermagem. Esc. Anna Nery (impr.). 2012; 16(3): 576-81.
- 16 Franco MTG, Akemi EM, D’Innocenzo M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. Acta Paul Enferm. 2012; 25(2): 163-70.

8 Considerações Finais



Este trabalho permitiu analisar o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem na instituição em estudo, desde a descrição das etapas percorridas para sua implantação até a comparação dos resultados obtidos nas duas primeiras avaliações realizadas.

O método aplicado consiste em uma forma avaliativa sistemática para utilização em instituição hospitalar de média complexidade, o que possibilitou a avaliação com enfoque multidimensional, analisando-se diversos aspectos da assistência de enfermagem relacionados à estrutura, aos processos e resultados do cuidado de enfermagem, alinhando-se aos objetivos e às metas da gerência de enfermagem.

Foi identificada, como atributo facilitador no processo de estruturação da avaliação, a utilização de instrumentos já existentes na literatura, adaptando-os às necessidades institucionais para avaliação da assistência de enfermagem e possibilitando o direcionamento do método em consonância a que objetiva verificar. Além disso, o estímulo da alta gestão na busca por melhoria de qualidade impulsionou e facilitou a implantação do modelo em estudo.

Diante dos resultados obtidos nas duas primeiras avaliações da qualidade da assistência de enfermagem realizadas pela SCQE, foi possível identificar a capacidade da medida avaliativa implantada no levantamento de dados e informações sobre a qualidade da assistência de enfermagem prestada, por meio das quais a instituição se respalda para a implementação de medidas de educação continuada com os profissionais.

Os resultados mostraram a elevação, na média geral, referente às entrevistas realizadas com os pacientes, refletindo o aumento da sua percepção positiva sobre os serviços de enfermagem prestados na instituição em estudo. Teve-se como determinante desses resultados a melhora dos cuidados de higiene, o auxílio para movimentação e deambulação, a existência de silêncio, a iluminação, a segurança física, as orientações de alta e o atendimento às necessidades espirituais.

No entanto, verificou-se, segundo a opinião do paciente, a diminuição da qualidade em relação ao auxílio para alimentação, às orientações de jejum e, ainda, quanto à liberdade em questionar os profissionais de enfermagem, indicando que, mesmo com a apresentação dos resultados após a primeira avaliação realizada na instituição, são necessárias medidas extras de orientação aos profissionais para que haja suprimento dessas necessidades do paciente.

Os resultados expostos indicaram a possibilidade de monitoramento da qualidade do cuidado, por meio do contato e do diálogo com o cliente, e de conhecer as condições da assistência de enfermagem prestada e seus resultados, na perspectiva do paciente, no que tange às dimensões física, espiritual, emocional e social.

Esse modelo avaliativo permitiu, além de identificar a qualidade do cuidado de enfermagem na perspectiva do paciente, confrontá-lo com os resultados obtidos, por meio da análise das condições do paciente e de seu ambiente de internação, refletindo o olhar técnico sobre a qualidade do cuidado e análise de processos e estrutura da assistência de enfermagem. Observou-se melhoria em diversos itens relacionados à segurança, tema tão abordado na atualidade e que necessita de atenção, diante da complexidade dos serviços de saúde. Dentre eles, destacaram-se a identificação dos leitos, a prevenção de quedas, a organização e a higiene do ambiente, assim como a adequação dos mobiliários e equipamentos. Mesmo com os resultados positivos apresentados, foi possível identificar queda nas taxas relacionadas ao cumprimento de rotinas estabelecidas para identificação de dispositivos aplicados aos pacientes e prevenção de úlcera por pressão.

Ainda, diante da análise dos resultados referente à qualidade dos registros de enfermagem, visualizou-se a possibilidade de se conhecer aspectos inerentes às atividades assistenciais. Os resultados mostraram melhorias relacionadas à identificação do paciente, evidenciando adequações assistenciais para sua segurança no ambiente hospitalar. A queda no percentual referente à elaboração da prescrição de enfermagem, determinado, em especial, pela

inadequação da observação dos aspectos clínicos do cliente e determinação de um cuidado voltado às suas necessidades, mostra a necessidade de abordagens educativas de sensibilização do enfermeiro quanto à utilização da prescrição como ferramenta no planejamento e direcionamento de um cuidado individualizado e seguro e, ainda, de temas técnicos e científicos do cuidado de enfermagem.

A melhoria na qualidade das anotações e dos controles de enfermagem reflete a possibilidade de avanços nos processos de comunicação na equipe multiprofissional, no entanto a manutenção do valor abaixo do recomendado evidencia a necessidade de aplicação de medidas constantes de educação e orientação dos profissionais com relação à importância das anotações na transmissão de informações fidedignas e continuidade do cuidado, prezando, dessa forma, pela segurança assistencial ao paciente.

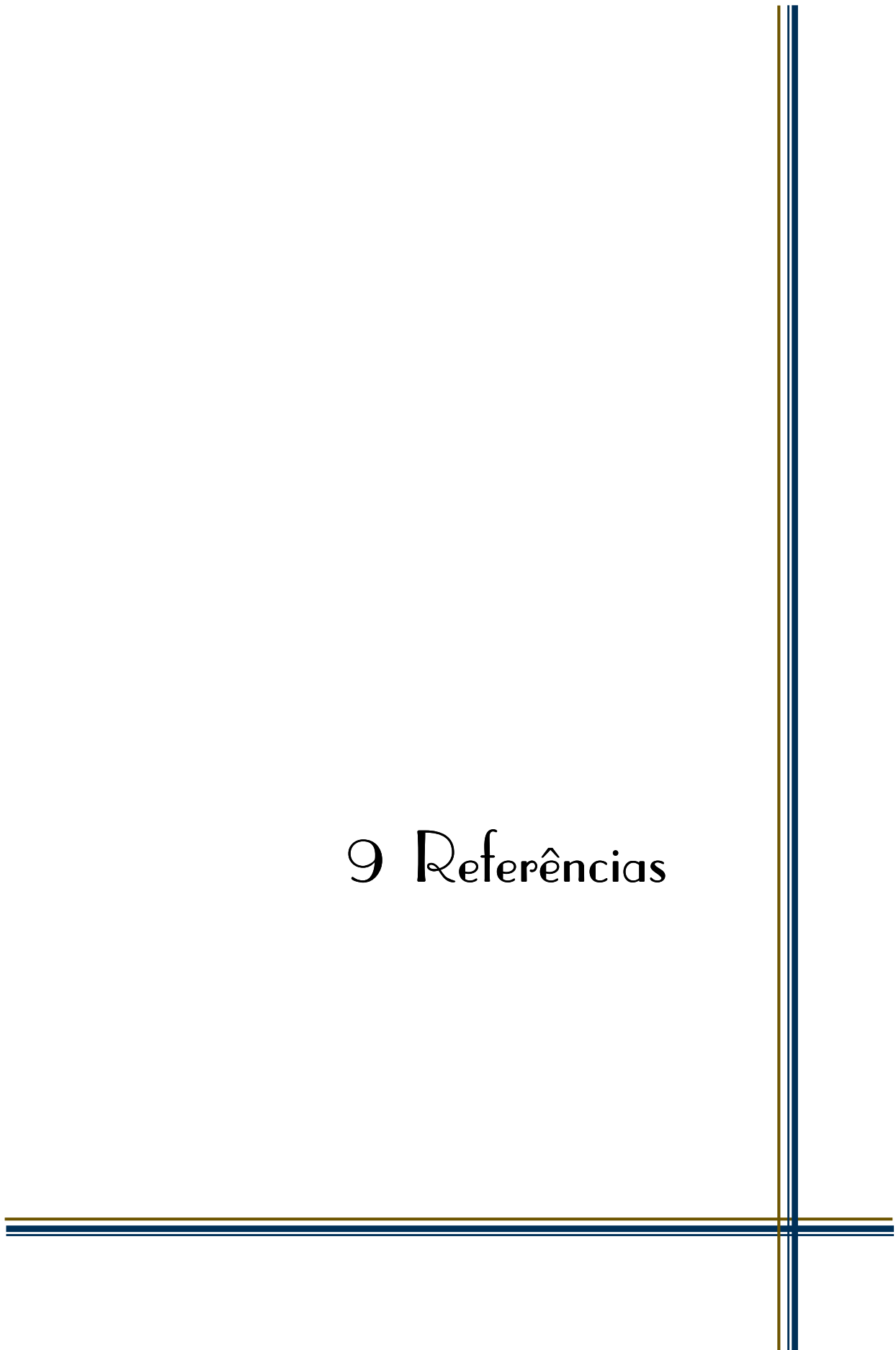
Mesmo com melhoria em alguns itens avaliados, os resultados analisados mostraram a necessidade de implementação de medidas educativas e estratégias de melhoria da qualidade com os profissionais de enfermagem, abordando a importância da incorporação da cultura de qualidade da assistência associada aos ideais de segurança do paciente e aplicando-a tecnicamente no cotidiano de trabalho. Assim, será possível alcançar resultados positivos no cuidado da enfermagem, na segurança do paciente internado, assim como na satisfação em relação à assistência recebida.

Com a descrição desse processo de implantação, permite-se que outras instituições de mesmo perfil ou estudos sobre os modelos de avaliação de qualidade utilizem a metodologia apresentada e suas etapas na estruturação de programas de monitoramento da qualidade em enfermagem, considerando a escassez desses tipos de estudos, em especial em serviços hospitalares de média complexidade.

Sendo responsável pela SCQE, a pesquisadora visualizou tanto a estruturação e a implementação desse modelo avaliativo na instituição em estudo como também desenvolvimento desta pesquisa como propostas desafiadoras, no entanto gratificante ao vê-las concretizadas e, sobretudo, contribuindo para a

melhoria da qualidade da assistência de enfermagem na instituição em estudo. Ressalta, ainda, que não se deve considerar essas tarefas como encerradas, e sim entendê-la como o início de tantas outras relacionadas ao aprimoramento da qualidade da assistência de enfermagem.

9 Referências



- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ASSUNÇÃO, R. C.; DALRI, M. C. B. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. **Ciênc. cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 676-681, 2010.
- AVELAR, A. F. M. *et al.* **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/4892>>. Acesso em: 26 ago. 2012.
- AZEVÊDO, L. M. N. *et al.* A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 64-73, 2012.
- BALSANELLI, A. P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 397-402, 2005.
- BASTOS, C.; SARAIVA, M. **A qualidade dos cuidados de enfermagem e a norma ISO 9001 aplicação empírica no hospital CUF Infante Santo**. Repositório digital de publicações científicas da Universidade de Évora. Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.rdpcc.uevora.pt/handle/10174/3643>>. Acesso em: 26 ago. 2012.
- BENEDET, A. S.; BRASIL, N. A sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva. **G&S**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 788-799, 2012.
- BEZERRA, A. L. Q. *et al.* Eventos adversos: indicadores de resultados segundo a percepção de enfermeiros de um hospital sentinela. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 27, p. 198-209, 2012. Disponível em: <revistas.um.es/eglobal/article/download/155151/136291>. Acesso em: 26 ago. 2012.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, p. 65-78.
- BIGAS, M.; GUIMARÃES, F. **Estudo comparativo na abordagem da higiene do corpo em Portugal (2009/10 - 2010/11): uma primeira análise de manuais escolares de estudo do meio**. RepositorUM [on-line]. 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1822/17137>>. Acesso em: 26 ago. 2012.
- BORSATO, F. G. *et al.* Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 527-533, 2011.

BRASIL. Organização Pan-americana de Saúde. Ministério da Saúde. A gestão da qualidade. In: _____. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**: organização pan-americana de saúde. Brasília: OPAS/MS, 2004, p. 213-46.

_____. **Caderno do programa nacional de avaliação dos serviços de saúde - PNAAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF.

_____. **Constituição da organização mundial de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1946.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei n.7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 266/ 2001**. Aprova as atividades do enfermeiro auditor. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7095§ionID=34>>. Acesso em: 06 ago. 2012.

CALDANA, G. *et al.* Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 189-197, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_html_site/a25v12n1.html>. Acesso em: 26 ago. 2012.

CAMELO, S. H. H. *et al.* Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão de literatura. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiania, v. 11, n. 4, p. 1018-1025, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a28.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A. V. C. **Plano nacional de saúde (2011-2016)**: a qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: CEMBE, 2010. 140 p.

CAMPOS, V. F. **Controle de qualidade total (no estilo japonês)**. Nova Lima: INDG, 2004.

CINCIARULLO, T. I.; FUGULIN, F. M. T.; ANDREONI, S. **C & Q**: a hemodiálise em questão - opção pela qualidade assistência. São Paulo: Ícone, 1998.

CORDEIRO, J. V. B. M. Reflexões sobre a Gestão da Qualidade Total: fim de mais um modismo ou incorporação do conceito por meio de novas ferramentas de gestão? **Rev. FAE**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 19-33, jan./jun. 2004.

-
- CUNHA, I. C. K. C.; FELDMAN, L. B. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo nos programas de acreditação hospitalar. **Rev. bras. enferm.**; Brasília, v. 58, n. 1, p. 65-69, 2005.
- DEMING, W. E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques; Saraiva, 1990.
- D'INNOCENZO, M. Auditoria em serviços de saúde e enfermagem: uma introdução. In: D'INNOCENZO, M. *et al.* (Orgs.). **Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 2.ed. São Paulo: Martinaro, 2010, p. 119-125.
- _____. Indicadores organizacionais. In: D'INNOCENZO, M. *et al.* (Orgs.). **Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 2.ed. São Paulo: Martinaro, 2010, p. 89-97.
- _____; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.
- DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality**: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press, 1980. v. 1.
- _____. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, 1988, 260(12).
- _____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, p. 1115-8, 1990.
- _____. The quality of care. How Can It Be Assessed? **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Northfield, v. 121, p. 1743-48, 1997.
- FELDMAN, L. B. Avaliação dos serviços de enfermagem: construção de critérios para análise do serviço. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009, p. 29-40.
- _____; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, abr./jun. 2005.
- _____; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 14, v. 4, p. 540-545, 2006.
- FORTES, M. T.; MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. Acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 239-246, 2011.

- FRANCO, M. T. G.; AKEMI, E. M.; D'INNOCENZO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2012.
- FRIAS, P. G. *et al.* Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, p. 43-56.
- GIMENES, F. R. E. **A segurança de pacientes na administração de medicamentos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral no interior paulista: a abordagem restaurativa em saúde**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- GROSSI, A. C. M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: percepções de enfermeiras. **Ciênc. cuid. Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 226-32, 2011.
- HADDAD, M.C.F.L.; ROSSANEIS, M.A. **Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem**. PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem. Gestão: 2011, p. 41-90.
- _____; ÉVORA, Y. D. M. Implantação do programa de qualidade em hospital universitário público. **Ciênc. cuid. Saúde**, Maringá, v. 11 supl., p. 78-86, 2012.
- HDAF - Hospital Dr. Anísio Figueiredo. **Planejamento Estratégico**. Londrina: HDAF, 2011.
- HDAF - Hospital Dr. Anísio Figueiredo. **Relatório – Núcleo de Informação e Análise da Situação**. Londrina: HDAF, 2011
- HELITO, R. A. B. Processo de qualificação e avaliação de serviços de saúde. In: D'INNOCENZO, M. *et al.* (Orgs.). **Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 2 ed. São Paulo: Martinaro, 2010, p. 37-48.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- JORNAL DE LONDRINA. 2010. Disponível em: <www.jornaldelondrina.com.br>. Acesso em: 23 mar. 2011.
- JULIANI, C. M. C. M.; KURCGANT, P. Educação continuada e gerência participativa: indicadores de qualidade. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 446-456, 2010.

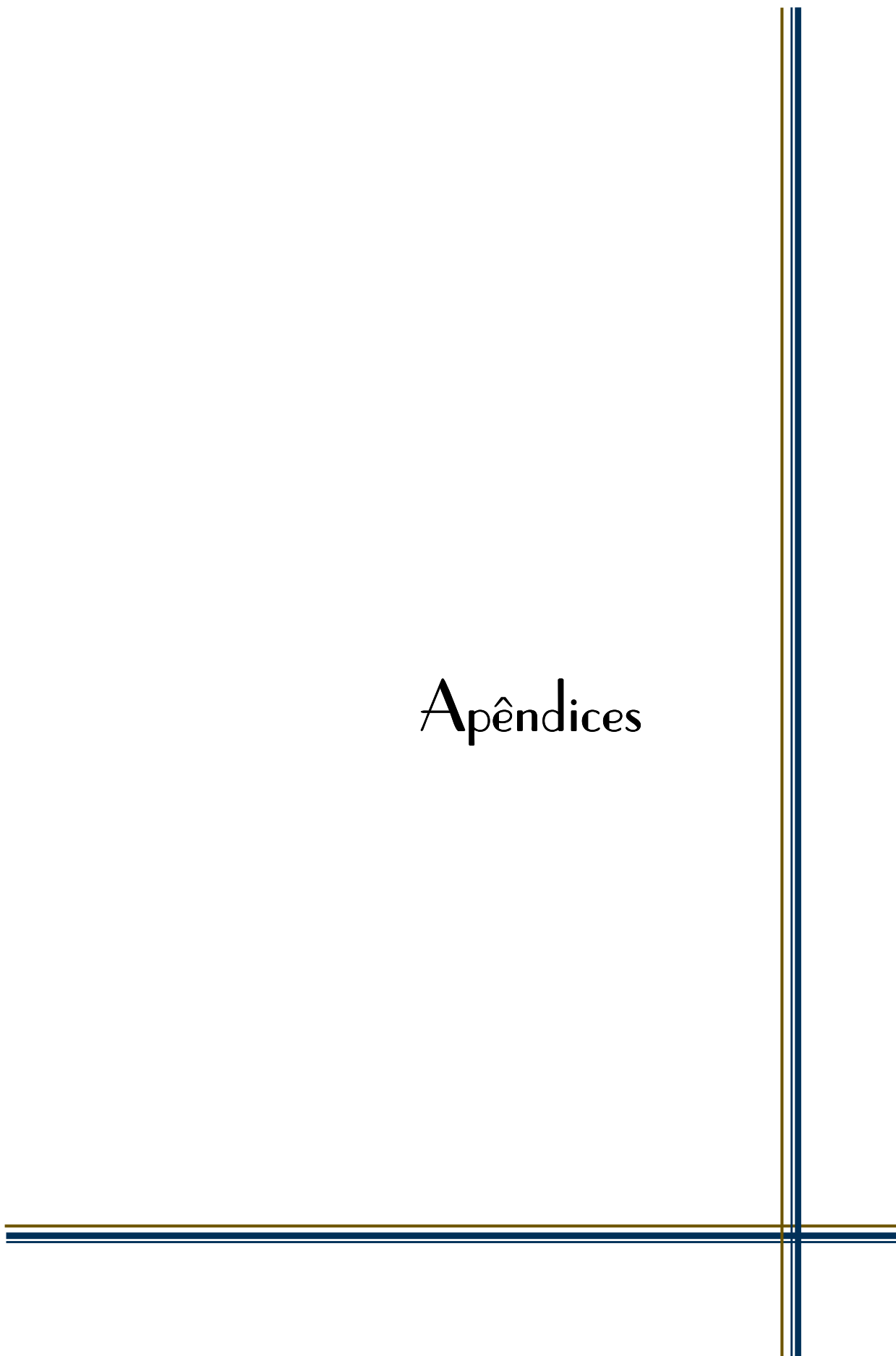
- JUNIOR, M. C.; ARMOND, J. E.; JULIANO, Y. Humanization of public health services: perceived quality of maternal and child health for users of Basic Units of Health Public Health. **Saúde Coletiva**, v. 50, n. 8, p. 103-108, 2011.
- KAEMMERER, A. A segurança na atenção hospitalar. **Debates GVsaúde**, n. 6, p. 1-36, 2009.
- KERN, A. E.; LIMA, A. P. F. O gestor da área de qualidade. In: ALVES, V. L. S.; FELDMAN, L. B. (Orgs.). **Gestores da saúde no âmbito da qualidade**. São Paulo: Martinari, 2011, v. 1, p. 31-47.
- LIMA, D. C. *et al.* A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1173-1180, 2011.
- MAINARDES, E. W.; LOURENÇO, L.; TONTINI, G. Percepções dos conceitos de qualidade e gestão pela qualidade total: estudo de caso na universidade. **Rev. Eletron. Gestão Organizacional**, Recife, v. 8, n. 2, p. 279-297, 2010.
- MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R. C. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. **Enferm. foco**, Brasília, v. 2, Supl., p. 85-88, 2011.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade e acreditação. In: VECINA NETO, G; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 325-328.
- MANZO, B. F. *et al.* As implicações do processo de acreditação para os pacientes na perspectiva de profissionais de enfermagem. **Enferm. Glob.**, Murcia, v. 11, n. 25, p. 272-281, jan. 2012.
- MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. Trad. Regina Garcez. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 331-342.
- MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-8, 2011.
- MÔNACO, F. F.; MELLO, A. F. M. A Gestão da Qualidade Total e a reestruturação industrial e produtiva: um breve resgate histórico. **Race**, Joaçaba, v. 6, n. 1, p. 7-26, 2007.
- MORAIS, A. S. **A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência de adultos: a percepção do usuário**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo.
- _____ *et al.* Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 16, v. 3, p. 404-409, 2008.

- NETO, J. A. C. *et al.* Information on health and population: the doctor-patient relationship and its impact on treatment. **HU rev.**, Juiz de Fora, v. 36, n. 1, p. 13-18, 2010.
- NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.
- OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 185-188, 2011.
- PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade**. Teoria e Prática. 2 ed. São Paulo: Atlas 2007.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. SESA. **Regionais SESA - 17ª RS** – Londrina. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2769>>. Acesso em: 19 ago. 2012.
- PASSOS, S. S. S.; SADIGUSKY, D. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente hospitalizado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 598-603, 2011.
- PAVÃO, A. L. B. *et al.* Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 651-161, 2011.
- PEDRÃO, R. B.; BERESIN. Nurses face the question of spirituality. **Einstein**. São Paulo, v. 8, n. 1, pt1, p. 86-89, 2010.
- PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1031-1034, 2010.
- PORTELA, O. T.; SCHMIDT, A. S. Proposta de metodologia de avaliação e diagnóstico de gestão hospitalar. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. esp., p.198-202, 2008.
- PRADE, S. S. **Da avaliação à informação em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna: 2004.
- QUES, A. A. M.; MONTORO, C. H.; GONZALEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 339-345, 2010.
- RAMOS, C.V. *et al.* Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.13, n. 4, p. 703-713, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a15.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2012.

- ROCHA, E. S. B.; TREVIZAN, M. A. Quality management in a hospital nursing service. **Rev. latinoam. enferm.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 2009.
- RODRIGUES, A. V. D. *et al.* Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 167-74, 2012.
- RODRIGUES, M. V. *et al.* Qualidade em organizações do sistema de saúde: evolução e conceitos. In: _____. **Qualidade e acreditação em saúde**, Rio de Janeiro: FGV, 2011, p. 15-45.
- RUTHES, R. M. *et al.* As competências no cenário da qualidade e o gestor de saúde. In: ALVES, V. L. S.; FELDMAN, L. B. (Orgs.). **Gestores da saúde no âmbito da qualidade**. São Paulo: Martinari, 2011, p. 21-27.
- SAES, A. C. Avaliação e satisfação do consumidor. In: _____. **Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura – COREN**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011, p. 269-276.
- SANTIAGO, A. R. J. V; CUNHA J. X. P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Rev. Saúde Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 443-448, 2011.
- SANTOS, M. C. L. *et al.* Therapeutic communication in preoperative care for mastectomy. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 675-678, 2010.
- SAUPE, R.; HERR, L. Auditoria em enfermagem. **Rev Cien Saúde**, 1(1): 23, 1982.
- SAUPE, R.; HERR, L.; CERQUEIRA. Subsídios para a implantação de um programa de auditoria em enfermagem. **Rev. Ciênc. da Saúde**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 80-95, 1983.
- SENTONE, A.D.D.; ÉVORA, Y.D.M.; HADDAD, M.C.F.L.; BORSATO, G.F. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 467-473, 2011.
- SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **RCCS**, Coimbra, v. 85, p. 64-82, 2009.
- SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.
- SCHOUT D.; NOVAES H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 4, p. 935-944, 2007.
- SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009.

-
- SILVA, L. G. *et al.* Prescrição de enfermagem e qualidade do cuidados: um estudo documental. **Rev. Enferm. UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 1, p. 97-107, 2012.
- TRENTINI, M.; PAIM, L.; VASQUEZ, M. L. The social responsibility of nursing the front of humanization in health policy. **Colomb Med.**, Cali, v. 42, supl.1, p. 95-102, 2011.
- TREVISIO, P.; BRANDÃO, F. H.; SAITOVITCH, D. Construção de indicadores em serviços de saúde. **Rev. Admin. Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 45, p. 182-186, 2009.
- TRONCHIN, D. M. R. *et al.* Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 542-546, 2009.
- URBANETTO, J. S. Prevalência de flebites em pacientes adultos com cateter venoso periférico. **R. enferm. UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 3, p. 440-448, 2011.
- VEIGA, K. C. G.; FERNANDES, J. D.; SADIGURSKY, D. Nurse-patient relationship: care as therapy. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 322-325, 2010.
- VITOR, A. F.; ARAÚJO, T. L. Definições para o resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: uma revisão integrativa. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 313-322, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a18.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2012.
- VITURI, D. W. *et al.* Indicadores de qualidade como estratégia para melhoria da qualidade do cuidado em um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 782-90, 2010.
- _____; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 429-37, 2009.
- YURI, N. E.; TRONCHIN, D. M. Qualidade assistencial na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário na ótica de enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 331-338, 2010.

Apêndices

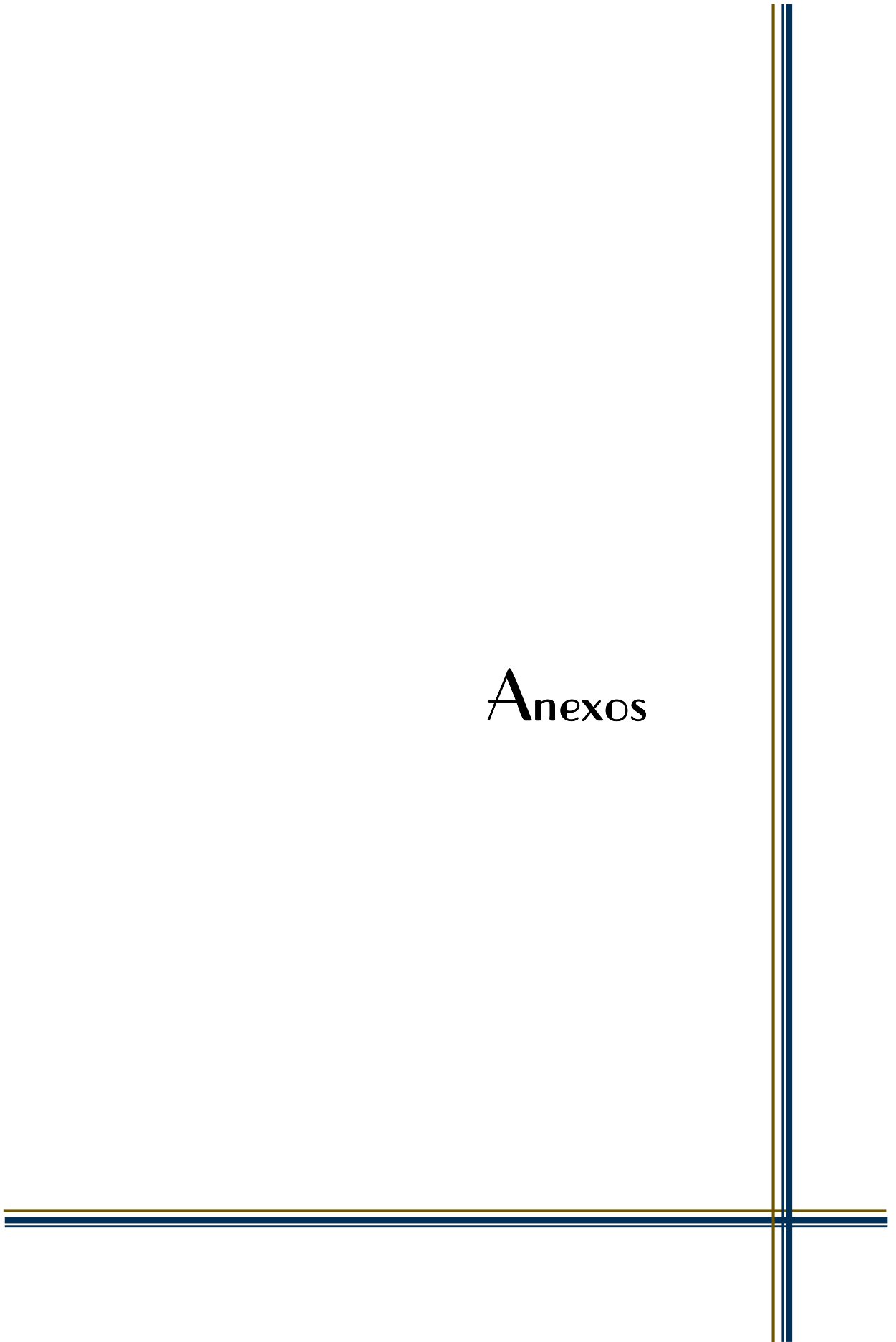


APÊNDICE A

FORMULÁRIO PARA A DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

ETAPAS		DESCRIÇÃO
01		
02		
03		
04		
05		

Anexos



ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA DO PACIENTE INTERNADO

Iniciais do nome: _____ Nº do registro: _____ Enf/leito: _____ Data da internação: __/__/__ Clínica: _____ Setor: _____ Sexo: ()M ()F Idade: _____ Grau de Dependência: () I () II () III () IV Religião: _____ Data da entrevista: __/__/__ Hora: __:__ Nome do entrevistador: _____				
A. HIGIENE E CONFORTO FÍSICO	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. Você toma banho diariamente?				
2. Você escova os dentes diariamente?				
3. Você penteia os cabelos diariamente?				
4. Os profissionais respeitam sua privacidade colocando biombos e fechando a porta para fazer sua higiene íntima?				
5. Você sempre é mudado de posição no leito pela equipe de enfermagem?				
B. ATIVIDADE FÍSICA	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. Você tem ajuda para andar quando precisa?				
2. Você recebeu orientação quanto à andar após a cirurgia?				
C. SONO E REPOUSO	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. Faz silêncio à noite?				
2. Faz silêncio nos horários definidos para repouso?				
3. A iluminação do quarto é adequada?				
4. A temperatura do quarto é boa para você?				
5. A ventilação do quarto está adequada?				
6. O leito é confortável para o repouso?				
D. SEGURANÇA FÍSICA	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. Os profissionais de enfermagem o acompanham quando você sai da unidade?				
2. O profissional de enfermagem espera você ingerir o medicamento antes de sair do quarto?				
3. É realizada medicação para dor, náusea ou vômito quando você solicita?				
4. Você já caiu do leito nesta internação?				
E. NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. Você te ajuda para se alimentar quando necessário?				
2. Você tem garrafa de água exclusiva?				
3. Você foi orientado a ficar em jejum para a realização de cirurgia ou exames?				

F. ELIMINAÇÕES	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. É atendido prontamente quando necessita de auxílio para ir ao banheiro ou solicita papagaio / comadre?				
2. É realizada a higiene íntima após as eliminações?				
G. NECESSIDADES EMOCIONAIS	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. Você é tratado com gentileza?				
2. Você e seu acompanhante foram orientados quanto às normas do hospital?				
3. Todos os procedimentos realizados foram explicados?				
4. Você se sente a vontade para fazer perguntas ao pessoal de enfermagem?				
5. A equipe de enfermagem tem boa educação e se comunica bem com você?				
6. Seus pertences estão guardados adequadamente?				
7. Ao pedir para conversar com alguém da família, a enfermagem ou técnico administrativo atendem a sua solicitação?				
H. NECESSIDADES ESPIRITUAIS	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. A enfermagem comunicou que é permitida a assistência religiosa?				
2. Você foi atendido quando solicitou assistência religiosa?				
I. NECESSIDADES SOCIAIS	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. Você foi apresentado aos seus companheiros de quarto ao ser internado?				
2. Você apresentado à equipe de enfermagem ao ser internado?				
H. PEDIATRIA (entrevista realizada com os pais ou acompanhante)	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. A criança permanece acompanhada 24 horas por dia?				
2. Você está orientado(a) a participar dos cuidados de higiene e alimentação da criança?				
4. A criança é transportada com segurança?				
5. A criança é tratada com carinho?				
J. CONDIÇÕES DE ALTA	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. Recebeu orientação de alta?				

ANEXO B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO PACIENTE INTERNADO

Iniciais do nome: _____ **Nº do registro:** _____ **Enf/leito:** _____ **Data da internação:** __/__/__
Clínica: _____ **Setor:** _____ **Sexo:** ()M ()F **Idade:** _____
Grau de Dependência: () I () II () III () IV **Religião:** _____
DATA DA ENTREVISTA: __/__/__ **HORA:**__:__ **NOME DO OBSERVADOR:** _____

A. HIGIENE E CONFORTO FÍSICO	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. A boca está em boas condições de higiene e isenta de sujidades?				
2. Os cabelos estão limpos e penteados?				
3. O paciente está barbeado ou ao menos com a barba aparada?				
4. As unhas das mãos e pés estão limpas e cortadas?				
5. O paciente está livre de lesões e irritações de pele nos locais de fixação de drenos, sondas e tubo orotraqueal?				
6. O paciente acamado está bem posicionado e com o corpo alinhado no leito?				
7. Os curativos estão limpos e secos?				
8. A cama do paciente está em ordem, limpa e seca?				
B. ATIVIDADE FÍSICA				
1. O paciente dependente está com prescrição de mudança de decúbito programada?				
2. Não houve formação de úlcera de pressão há menos de 24 horas?				
D. SEGURANÇA FÍSICA	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. O paciente está no quarto e leito registrados no prontuário?				
2. A identificação do leito está correta (deve conter nome, idade, quarto/leito, clínica)?				
3. O paciente em poltrona está acomodado sem risco de queda?				
4. O paciente com risco de queda está com as grades da cama elevadas?				
5. As restrições estão limpas e sem garrotear os membros?				
6. Existe campainha de chamada ao alcance do paciente?				
7. O mobiliário do quarto é adequado e seguro?				
8. O ambiente está em ordem e livre de objetos acumulados e restos de alimentos?				
9. Não há presença de materiais usados ou contaminados no ambiente de internação do paciente?				
10. Os equipamentos elétricos do quarto estão em bom funcionamento?				
11. O ambiente de internação do paciente está limpo?				
E. NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. Os equipos simples estão datados e identificados? (deve conter data, horário e assinatura)				
2. Os equipos simples estão instalados há menos de 72 horas?				
3. Os equipos com reservatório estão datados e identificados? (deve conter data, horário e assinatura)				
4. Os equipos com reservatórios estão instalados há menos de 72 horas?				
5. Os equipos de bomba infusora estão datados e identificados? (deve conter data, horário e assinatura)				

6. Os equipos de bomba infusora estão instalados há menos de 48 h.				
7. Os equipos de PVC estão datados e identificados? (deve conter data, horário e assinatura)				
8. Os equipos de PVC estão instalados há menos de 24 horas?				
9. Os equipos de soro estão limpos sem sangue coagulado externa e internamente?				
10. Os soros instalados estão com identificação correta?				
11. O equipo de dieta enteral está datado? (deve conter data, horário e assinatura)				
12. O equipo de dieta enteral está instalado há menos de 24 horas?				
13. Os equipos de dieta estão limpos?				
14. Os equipos de dieta são coloridos, adequados à nutrição?				
15. A altura do frasco de dieta está há 40 cm da cabeça do paciente?				
16. A sonda nasoenteral está em posição correta, fixada adequadamente a pele do paciente?				
17. O cateter venoso periférico está datado e identificado? (deve conter data, horário e assinatura)				
18. O cateter venoso periférico está instalado há menos de 72 horas?				
19. Os membros superiores do paciente estão sem soroma?				
F. OXIGÊNIO E VENTILAÇÃO	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. Os inaladores estão mantidos secos e protegidos após sua utilização dentro de um intervalo de 6 horas?				
2. Os nebulizadores/umidificadores estão instalados e datados há menos de 24 horas?				
4. A traqueostomia está livre de secreções?				
5. O curativo da traqueostomia está limpo e sem secreção ao redor?				
6. O oxigênio está com instalação (conectado a um nebulizador preenchido com água estéril, por meio de prolongamento e posicionado corretamente na face do paciente)?				
F. ELIMINAÇÕES	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. O dreno de penrose está com curativo ou coletor com boa adaptação e sem provocar lesões na pele?				
2. Ostomias e bolsas coletoras estão bem adaptadas e com volume de enchimento de até 2/3?				
3. A sonda nasogástrica para drenagem está em posição correta (direcionada para nível abaixo do nível do corpo do paciente) e fixada adequadamente?				
4. A sonda vesical de demora está datada e identificada? (deve conter data, horário e assinatura)				
5. A sonda vesical de demora está instalada há menos de 21 dias?				
6. A sonda vesical de demora está fixada corretamente (próximo a região inguinal, do mesmo lado de posicionamento da bolsa coletora)?				
7. A bolsa coletora da sonda vesical de demora está com preenchimento de até 2/3?				
G. UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Sim	Não	Não se aplica	Observações
1. O equipamento usado está aplicado corretamente no paciente?				

ANEXO C

ROTEIRO DE AUDITORIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Iniciais do nome: _____ Nº do registro: _____ Enf/leito: _____ Data da internação: __/__/__ Clínica: _____ Setor: _____ Sexo: ()M ()F Idade: _____ Grau de Dependência: ()I ()II ()III ()IV Data da entrevista: __/__/__ Hora: __: __ Nome do auditor: _____				
PREENCHIMENTO: 1 – NÃO SE APLICA 2 – COMPLETO OU CORRETO 3 – INCOMPLETO 4 - NÃO-PREENCHIDO 5 - INCORRETO				
ITENS DE VERIFICAÇÃO	DIAS DA PRESCRIÇÃO			OBSERVAÇÕES
A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO				
1. Os dados de identificação do paciente estão corretos?				
2. Os dados de identificação do paciente estão completos?				
3. Há registro do grau de dependência do paciente e este é adequado?				
4. Prescrição tem data, nº Coren e assinatura?				
B. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				
1. Há uma prescrição diária para o paciente?				
2. A prescrição indica o grau de dependência (FAOSE) adequado com a necessidade do cliente?				
3. A prescrição permite conhecer as necessidades do paciente quanto a higiene pessoal, higiene oral e alimentação.				
4. A prescrição indica os cuidados de enfermagem especiais conforme a patologia e necessidades, quando o paciente requer?				
5. A prescrição indica a observação dos sinais e sintomas pertinentes a patologia e necessidades do paciente?				
6. Os horários dos cuidados foram prescritos de acordo com as necessidades dos clientes?				
7. A prescrição de enfermagem indica cuidados pré-cirurgias/exames?				
8. A prescrição de enfermagem indica cuidados pós-cirurgias/exames?				
9. A prescrição de enfermagem indica data de instalação, troca ou retirada de dispositivos invasivos (sonda vesical de demora, sonda nasogástrica/enteral, acesso venoso)				
10. Não ocorre uso de abreviaturas não-padronizadas?				
C. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM				
1. Há pelo menos uma anotação descritiva a cada período?				
2. As anotações respondem aos itens da prescrição?				
3. As anotações evidenciam prestação de cuidados de enfermagem?				
4. As anotações evidenciam observação de sinais e sintomas pertinentes a patologia?				
5. Há horário e nome em cada anotação de enfermagem do funcionário que executou?				
6. As anotações indicam quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem)?				

7. Existe uma anotação descritiva de admissão, alta, transferência ou transportes realizados?				
8. Há anotações referentes a cuidados pré-operatórios ou exames?				
9. Há anotações referentes a cuidados pós-operatórios ou exames?				
10. Há anotações referentes a intercorrências com pacientes?				
11. Há anotações sobre o aspecto e evolução de lesões cutâneas?				
12. As anotações indicam as condições emocionais do paciente?				
13. Não foi utilizado corretivo líquido ou feito rasuras nas anotações de enfermagem?				
14. Não há linhas em branco entre as anotações de enfermagem ou espaços em branco entre a anotação e a rubrica do funcionário?				
15. Os cuidados prescritos foram checados?				
16. Os cuidados prescritos foram rubricados de maneira que permita conhecer quem executou?				
17. As anotações evidenciam a participação da família nos cuidados de pacientes com acompanhante?				
D. CONTROLES DE ENFERMAGEM				
1. Há registro de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia? (considerar a checagem na prescrição de enfermagem ou anotação)				
2. Há registro de higiene corporal diária? (considerar a checagem na prescrição de enfermagem ou anotação)				
3. Há registro de sinais vitais pelo menos quatro vezes ao dia?				
4. O peso é controlado e anotado uma vez por dia quando necessário?				
5. As micções foram controladas e anotadas pelo menos uma vez a cada período?				
6. As evacuações foram controladas e anotadas a cada período?				
7. Os episódios eméticos ou de estase gástrica foram controlados e registrados a cada período?				
8. A ingestão de líquidos foi controlada e anotada em todos os períodos?				
9. A ingestão de alimentos foi controlada e anotada em todos os períodos?				
10. O volume de drenos (Penrose, Portovac, etc.) foi controlado no mínimo a cada 6 horas?				
11. Volume do dreno de tórax foi controlado e registrado a cada 24 horas?				
12. As anotações de procedimentos controlados possuem rubrica?				
E. EXECUÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
1. As medicações foram cheçadas na prescrição médica?				
2. As medicações foram rubricadas na prescrição médica?				
3. Foram transcritas as solicitações médicas para a prescrição de enfermagem?				
4. A prescrição médica indica ações de enfermagem?				
F. CONDIÇÕES DE ALTA				
1. As anotações indicam as condições emocionais do paciente?				
2. As anotações indicam condições físicas do paciente?				
3. As anotações registram as orientações à família e paciente para continuidade do cuidado no domicílio?				

ANEXO D

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 268

Parecer CEP/UEL:	238/2011
CAAE:	0220.0.268.000-11
Processo:	26972/2011
Folha de Rosto:	461792
Pesquisador(a):	Fabiane Gorni Borsato
Unidade/Órgão:	CCS – Programa de Mestrado em Enfermagem

Prezado(a) Senhor(a):

O “Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina” (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

“PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIA COMPLEXIDADE”

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.

Londrina, 16 de novembro de 2011.

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

ANEXO E

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS DA REVISTA CIÊNCIA CUIDADO E SAÚDE

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

1) Aspectos gerais

- Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.
- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Os artigos deverão ser digitados em "word for windows" 98 ou superior, fonte "Times New Roman", tamanho 12, com espaçamento duplo, com margens de 2,5 cm e papel A4.
- Ilustrações coloridas (figuras) não serão aceitas para publicação, devendo ser adaptadas para tons de cinza ou preto. Figuras e tabelas devem ser limitadas (os) a cinco no total.

2) Organização

a) Página de identificação

Não numerada, contendo título do trabalho com as devidas informações em nota de rodapé: se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição, se já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira e se originário de dissertação ou tese.

- Indicação da seção a que o texto se destina, conforme exposto no parágrafo introdutório;
- Nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores). Em nota de rodapé deverão constar: formação profissional, titulação e/ou cargo atual, instituição a que pertence(m) e endereço eletrônico.
- Endereço do autor principal para contato.

b) Manuscrito

Exige-se correção de português, inglês e espanhol e não deverá conter notas de rodapé. Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Título: em português, inglês e espanhol;
- Resumo em português contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;
- Palavras-chave: 3(três) a 5 (cinco) palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME;
- Resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen): devem corresponder à versão do resumo em português e seguido pela expressão Palavras-chave (Keywords e Palabras

clave).

- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /considerações finais, Agradecimentos e Referências).

Observações:

- o depoimento dos sujeitos deverá ser apresentado em espaço simples, em itálico, com recuo à esquerda, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave { };

- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na seqüência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão Exemplo(19:6).

3) Referências

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte). No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez.
- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.
- Ao fazer a citação seqüencial de autores, separe-as por um traço (ex. 3-5); quando intercalados utilize vírgula (ex. 5,8,12).
- As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.
- Devem constar os nomes de todos os autores até 6, quando ultrapassar este número, citar os seis primeiros autores e em seguida utilizar a expressão et al.
- As referências devem ser alinhadas à esquerda.
- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Obs: Ciência, Cuidado e Saúde adota a partir de janeiro de 2007, normas baseadas no "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas em 2001 no volume 9, número 2 da Revista Latino-americana de Enfermagem.

Exemplos:

Livro

Marcondes E. Pediátrica básica. 8ª. ed. São Paulo: Sarvier: 1999.

Capítulo de Livro

Centa ML. A família enfrentando a infertilidade. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRD. O viver em família e sua interface com a saúde e doença. Maringá: Eduem; 2002. p. 121-40.

Dissertação/Tese

Mathias TAF. A saúde do idosos em Maringá: análise do perfil de sua morbimortalidade. 2002. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de saúde Pública-USP; 2002.

Artigos de periódicos

Uchimura TT, Szarfarc SC. Anemia e alimentação das crianças infessantes nas escolas estaduais de Maringá-PR. Cienc Cuid e saúde. 2002 jan/jun.:(1): 35-9.

Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Matsuda LM, Klassmann J, Meireles VC, nishimura CH, Saalfeld SMS. Instrumentos

administrativos para a gestão do serviço de enfermagem: percepção dos enfermeiros. In: Anais do 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2006 nob5-9; Salvador (BA). Salvador: ABEn - Seção BA, 2006.

Artigo de Jornal

Silva HS. Estatuto do idoso em estudo. Jornal do Brasil. 2003 Jul 6; Caderno B: p. 6.

Ministério proíbe fabricação de uso de agrotóxicos à base de organoclorados. Folha de S. Paulo. 2002 Set 3; p. 25.

Documentos federais, estaduais e municipais

Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Educação e Cultura. Programa Estadual de Educação Física - 1987/1990. Rio de Janeiro: ECEF/SEEC - RJ; 1987. Mimeografado.

Brasil. Ministério da Saúde. INCA / Comprev. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2006.

Documentos eletrônicos

Godoy CB. O Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. Rev Latino-Am Enfermagem. [on-line]. 2002 jul-ago. [citado em 28 abr 2006];10(4):596-603]. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200200400018&lng=pt&nrm=iso..jcn.co.uk/journal%202001/4_03_03.htm.

Para outros exemplos de referências consultar o site:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Abreviaturas de títulos de periódicos em português consulte o site:

<http://www.ibict.br> e em outras línguas:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

ANEXO F

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS DA REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM

NORMAS PARA NORMAS PARA PREPARO DE MANUSCRITOS

Revisão por consultores

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois consultores (avaliadores), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Caso haja discordância entre os pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro consultor. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas quando não for possível o atendimento às recomendações dos consultores.

O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

Será permitido aos autores indicar o nome de até quatro consultores/avaliadores para avaliação do seu artigo. As indicações dos nomes podem ou não ser acatadas pelo Conselho Editorial e evidentemente todo o processo continuará cego para ambas as partes (autores e avaliadores). Caso os avaliadores indicados, sejam acatados pelo Conselho, estes deverão enviar email para ape@unifesp.br manifestando não haver nenhum conflito de interesse para avaliar o artigo.

No caso de existir conflitos de interesse entre autores e avaliadores nacionais ou estrangeiros, deve-se enviar e-mail à ape@unifesp.br intitulado “Confidencial” dirigido ao Editor Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores (avaliadores) poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

Apresentação dos Artigos Originais

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

- **Cabeçalho:** Título do artigo e subtítulo, se houver, com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.
- **Nome do(s) autor(es):** Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico será publicado.
- **Local de realização do trabalho:** todos os trabalhos de pesquisa deverão destacar o local onde foi realizada pesquisa e ou a instituição à qual deve ser atribuído o trabalho.
- **Título:** o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.
- **Resumo:** com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessário estruturar.
- **Descritores:** Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.
- **Texto:** Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados deverão estar separados da discussão. O item conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula. No texto deve estar inserido as figuras, gráficos, tabelas.

Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas (no máximo 5)

deverão ser em preto e branco. Os autores podem enviar também as tabelas, gráficos e figuras em doc complementar se o desejarem.

- **Agradecimentos:** inclui colaboração de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.
- **Referências:** As referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2008 disponível no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deverá ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index.
 - Livros, capítulos, monografias, dissertações e teses deverão ser substituídos por artigos publicados, quando possível.
 - Sugerimos que pelo menos 60% das referências citadas sejam dos últimos cinco anos.
 - Todas as referências devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo.
 - Para os artigos com o texto completo em português ou outra língua, que não o inglês, as referências deverão ter o título em inglês, entre colchetes, com a indicação da língua do texto no final da referência, conforme exemplos abaixo.

DOCUMENTOS EM FORMATO IMPRESSO

Artigos de periódicos

- **Com até seis autores, citar todos autores**

Santos AA, Pavarini SC. [Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability]. Acta Paul Enferm. 2011; 24(4): 520-6. Portuguese.

Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MC, Vannuchi MT, Vituri DW. [Assessment of quality of nursing documentation in a University Hospital]. Acta Paul. Enferm. 2011; 24(4):527-33. Portuguese.

Reza CG, Sánchez PB, Pilar MM, Castro ME. [Physical exercise with rhythmic: Nursing intervention for arterial hypertension control in a municipality in the state of Mexico]. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011;15(4):717-22. Spanish.
- **Com mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos de et al.**

Pereira VA, Ávila MA, Loyaola YC, Nakagaki WR, Camilli JA, Garcia JA, et al.

[Effects of phenobarbital on bone repair and biomechanics in rats]. Acta Paul. Enferm 2011(24(6):794-8. Portuguese.

- **Instituição como Autor**

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR. 1990; 39(RR-21):1-27.

- **Sem indicação de autoria**

For more pregnant women getting antenatal care. J Adv Nurs. 2004;47(6):683-4.

- **Volume com suplemento**

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupation lung cancer. Environ Health Perspect. 1994; 102 Suppl 1:275-82.

- **Fascículo com suplemento**

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.

- **Volume em partes**

Milward AJ, Meldrum BS, Mellamby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. Brain.1999; 122(Pt 6):1009-16.

- **Fascículo em partes**

Jones J. Management of leg ulcers. Nurs Times. 2000; 96(43 Pt2):45-6.

- **Fascículo sem volume**

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes mentais no sistema público de saúde. Rev USP. 1999; (43): 55-9.

- **Sem fascículo e sem volume**

Duhl L. A saúde e a vida cidadina. Saúde Mundo. 1990:10-2.

- **Artigo com errata publicada**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. West J Med. 1995; 162(1):28-31. Erratum in: West J Med. 1995; 162(3):278

- **Artigo no prelo**

Silva LM, Clapis MJ. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. Acta Paul. Enferm. No prelo 2004.

- **Editoriais**

Whitaker IY. Atendimento ao trauma: um vasto campo para a enfermeira [editorial].
Acta Paul. Enferm 2004; 17(2):131.

Livros e outras monografias

- **Indivíduo como autor**

Cassiani SH. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

- **Editor, Organizador, Coordenador como autor**

Almeida MC, Rocha SM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

- **Instituição como autor e publicador**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2001.

- **Capítulo de livro**

Furegato AR. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MS, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 93-116. Obs: Na indicação de edição o numeral ordinal deve ser mantido de acordo com o idioma original (5a ed., 5th ed. etc.)

- **Trabalho apresentado em evento**

Abreu AS. Atuação do enfermeiro junto às necessidades educativas do paciente submetido à hemodiálise [resumo]. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife. Livro de resumos. Recife: ABEn Seção - PE; 2000. p. 10

- **Dissertação e Tese**

Pirollo SM. A equipe de enfermagem e o mito do trabalho em grupo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 1999.

Cuenca AMB. O uso da Internet por docentes da área de Saúde Pública [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2004.

- **Documentos legais (legislação, doutrina e jurisprudência)**

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1986; 26 jun. Seção 1:1.

DOCUMENTOS EM FORMATO ELETRÔNICO

Artigos de periódico

Santos AA, Pavarini SC. [Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability]. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011[cited 2012 Jan 14]; 24(4): 520-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400012&script=sci_arttext.

Portuguese.

Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. J Pediatr Nurs [Internet]. 2010 [cited 2012 Jan 24];25(5):335-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2965051/?tool=pubmed>

Livros e monografias

Wilkinson R, Marmot M, editors. Social determinants of health: the solid facts [Internet]. 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; c2003 [cited 2006 Nov 3]. 31 p. Available from: <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>

CC MERP Taxonomy of medication errors [Internet]. 2001 [cited 2006 Aug 02] Available from: <http://www.nccmerp.org/pdf/taxo2001-07-31.pdf>.

São Paulo (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Entendendo o meio ambiente [Internet]. São Paulo; 1999. v. 1. [citado 2004 Nov 16]. Disponível em: <http://www.bdt.fat.org.br/sma/entendendo/indic1>

Tabelas: As tabelas deverão ser inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos e encabeçadas por seu título, recomendando-se a não repetição dos mesmos dados em gráficos. Na montagem das tabelas, seguir as "Normas de apresentação tabular", estabelecidos pelo Conselho Nacional de Estatística e publicados pelo IBGE (1993). O limite são de cinco tabelas.

Ilustrações: As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) deverão ser numeradas, consecutivamente com algarismos arábicos e citadas como figuras. Formato das ilustrações em tif, gif ou jpg. O título das figuras deve ser colocado na parte inferior. Devem ser suficientemente claras para permitir a reprodução. Os gráficos deverão vir preparados em programa processador de gráficos.

Legendas: Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela e na ordem que foram citados no trabalho.

Abreviaturas e Siglas: Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

ANEXO G

REVISTA ENFERMAGEM UERJ

Normas para Publicação

Composição do Manuscrito

A Revista Enfermagem UERJ adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol, inglês ou francês e apresentar as referências como última seção.

Os textos deverão ser apresentados dentro de uma das seguintes modalidades:

Artigo de Pesquisa - Investigação baseada em dados empíricos, que utilize metodologia científica e incluam introdução, referencial teórico, metodologia, resultados e discussão, conclusão - limitados a 3.500 palavras;

Estudo Teórico - Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas - limitados a 3.000 palavras;

Artigo de Revisão - corresponde à análise de um corpo abrangente e extenso de investigações, relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento da enfermagem e da saúde - limitados a 3.000 palavras;

Atualidade - Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde; intercâmbio de opiniões entre editores e leitores sobre trabalhos publicados - limitados a 2.500 palavras.

A contagem de palavras dar-se-á da Introdução ao fim da Conclusão, excluindo-se as referências e quaisquer figuras.

Os textos deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, versão 2007 ou anterior, papel tamanho A4, espaçamento entrelinhas 1,5, sem

recuo de parágrafos, fonte Times New Roman tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 2 cm, numeradas, embaixo e à direita, a partir da primeira folha.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve ser encaminhada em um único arquivo, exceção feita às tabelas/figuras.

O arquivo deve conter as seguintes informações em ordem:

Título

Título pleno nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, não devendo exceder 15 palavras. Não deve incluir siglas, nomes de cidades, países ou outras informações geográficas, nem chamadas para notas.

· Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder seis palavras.

Autoria

Nomes dos autores e suas afiliações institucionais

Resumo em Português

O resumo deve ter entre 100 e 150 palavras. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir: problema investigado, objetivos do estudo, método de pesquisa contendo características pertinentes da amostra ou grupo de estudo, e procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados, campo e período do estudo, resultados relevantes, conclusão ou suas implicações ou aplicações. Os resumos de revisão crítica, de estudo teórico ou de artigo de atualidades devem incluir: tema, objetivo, tese, construto sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas e conclusões. Não inserir chamada para notas.

Palavras-Chave

Devem ser apresentadas quatro palavras-chave, digitadas em letra minúscula (apenas a letra inicial da primeira palavra deverá ser maiúscula) e separadas por

ponto-e-vírgula. Devem ser escolhidas palavras que classifiquem o texto com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado junto com trabalhos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico.

Deverá ser dada preferência ao uso de descritores extraídos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (LILACS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MESH), quando acompanharem os Abstracts. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em português, apresentar o Abstract (em inglês) e o Resumen (em espanhol) obedecendo às mesmas especificações para a versão em português, seguidos de keywords e palavras clave, compatíveis e na mesma ordem de inserção das palavras-chave em português.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em inglês, espanhol ou francês, apresentar dois resumos em idiomas diferentes, observando a seguinte ordem: português, inglês, espanhol ou francês.

Corpo do Texto

Não inicie uma nova página a cada subtítulo; separe-os utilizando uma linha em branco. Em todas as categorias de trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização.

As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser feitas sempre acompanhadas do número respectivo ao qual se referem (não devem ser utilizadas as expressões “a tabela acima” ou “a figura abaixo”). Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

As citações de autores deverão ser feitas conforme os exemplos apresentados na seção final deste texto, observando os Requisitos Uniformes (Estilo Vancouver).

A transcrição na íntegra de um texto de até três linhas deve ser delimitada por aspas e numerada de acordo com a ordem de citação no texto. Uma citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. O tamanho da fonte para citações deve ser 12, como no restante do texto, sem destaque. Não empregar os termos op. cit, id. Ibidem. A expressão apud é a única a ser utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

A citação de trechos de depoimentos dos entrevistados deverá ser apresentada com recuo de 2,5cm da margem esquerda, em itálico, sem aspas e com a identificação fictícia do depoente (Ex: E1, E2, .)

Referências

Observar o Estilo Vancouver.

Os artigos deverão apresentar o limite mínimo de 10 obras analisadas. A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra; os nomes secundários serão representados por suas iniciais em maiúsculas sem separação entre elas; não fazer destaques para títulos. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Anexos

Apenas quando contiverem informação original importante, ou destacamento indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

Tabelas

O total de tabelas/figuras não deverá exceder a 3 (três) ilustrações.

Apresentar uma tabela por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente, compostas no software MS-Excel versão 2007 ou anterior. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título, e largura de 8cm, 12cm ou 16cm.

A tabela deverá ser digitada utilizando-se fonte Times New Roman tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Figuras

São consideradas como figura todas as ilustrações que não se enquadrem na definição de tabela; portanto, quadros, gráficos, desenhos, fotos, etc. Não são aceitas figuras coloridas ou com fundo reticulado (cinza).

Apresentar uma figura por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente e legenda, compostas nos softwares MS-Excel versão 2007 ou anterior, e arquivos com extensão TIF ou JPG. Não gravar em formato BMP ou compactados.

A figura deverá ser formatada utilizando-se fonte Times New Roman tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Ao usar scanner para reproduzir imagens, utilizar resolução de 300 DPI no modo tons de cinza.

Não serão aceitos arquivos de figuras (gráficos, quadros e ilustrações) ou de tabelas construídos em outros processadores e colados como figura no Word.

Notas

As notas não-bibliográficas deverão ser reduzidas a um mínimo e colocadas em página separada do texto, identificadas e ordenadas por algarismos romanos, (não utilizar o recurso de inserir nota de rodapé, mas apenas digitá-las como parte normal do texto).

Inserir agradecimentos às agências financiadoras, informação e outros, seguidas pelas demais observações relativas ao texto do trabalho.

Exemplos de Citações no Corpo do Texto

Não mencionar os nomes dos autores das citações. Indicar os números das obras conforme lista de referências do texto.

Citação de um artigo/obra

Após a citação, indicar o número sobrescrito da referência - conforme a ordem de menção pela primeira vez no texto.

Por exemplo, o primeiro trabalho mencionado no texto é de autoria de Mauro, Clos e Vargens e deve ser assim citado:

Os estudos relatam avaliações sobre qualidade das revistas científicas¹.

Citação de dois artigos/obras consecutivos

Após a citação, indicar os dois números sobrescritos das referências conforme a ordem de menção pela primeira vez, separados por vírgulas.

Exemplo: . como os índices crescentes de violência urbana^{11,12}.

Citação de artigos/obras diversos não-consecutivos

Devem ser relacionados os números dos autores, em ordem crescente, separados por vírgulas.

Achados semelhantes foram confirmados^{4,6,8,10} em 2000.

Para mais de dois artigos/obras consecutivos

Vários especialistas^{1-6, 8-12} têm recomendado.

O traço entre os números significa os autores de 1 a 6 e de 8 a 12.

Citações de trabalho transcritas de fonte primária

A citação de 8. Rodrigues BMRD, localizada na página 33, deve ser transcrita assim: [...] a fala é a maneira utilizada pelo ator-agente da ação para expressar suas vivências originárias numa relação face a face [...]8:33.

Evitar citações de trabalho discutido em uma fonte secundária

Citação de comunicação pessoal

Este tipo de citação deve ser evitado, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens não devem ser incluídas na seção de Referências, mas apenas no texto, na forma de iniciais e sobrenome do emissor e data, entre parênteses.

Ex.: (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

Exemplos de Lista de Referências

A lista é enumerada, observando-se a ordem de menção pela primeira vez no texto, sem qualquer destaque.

Artigo de revista científica

Artigo-padrão

Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato. Rev enferm UERJ. 1997; 5:517-20.

No referido exemplo, após o título abreviado do periódico (com um ponto final) especificar: ano da publicação, volume e páginas inicial e final do artigo. A paginação é sequencial por volume/anual.

No caso da paginação não ser sequencial por volume/anual, é obrigatória a especificação do número do fascículo.

Guimarães RM, Mauro MYC. Potencial de morbimortalidade por acidente de trabalho no Brasil - período de 2002: uma análise epidemiológica. Epístula ALASS (Espanha). 2004; 55(2):18-20.

Artigo no prelo

Não informar volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado.

Exemplo:

Oliveira DC. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. Rev Bras Enferm. No prelo, 2002.

Texto publicado em revista de divulgação comercial

Madov N. A cidade flutuante. Veja (São Paulo) 2002; 35:63.

Neste último exemplo, quando o título da revista for homônimo, deve ser registrado o nome da cidade de sua procedência entre parênteses.

Livro e outras monografias

Indivíduo como autor

Lopes GT, Baptista SS. Residência de enfermagem: erro histórico ou desafio para a qualidade. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery; 1999.

No exemplo anterior, após a cidade, omitiu-se a sigla do estado entre parênteses por tratar-se de homônimo.

Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1990

Livro publicado por um organizador ou editor

Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998.

Capítulo de livro ou monografia

Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. p. 27-38.

Livro traduzido para o português

Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes; 1979.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Evitar o uso de resumo como referência.

Francisco MTR, Clos AC, Larrubia EO, Souza RM. Prevenção das DST/AIDS na UERJ: indicadores de risco entre estudantes. In: Resumos do 50o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 out 15-19; Salvador; Brasil. Salvador (BA): ARTE DBC; 1998. p.181.

Trabalho completo publicado em anais de eventos

Santos I, Clos AC. Nascentes do conhecimento em enfermagem. In: Anais do 9o Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1997 set 6-10; Vitória, Brasil. Vitória (ES): Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p.68-88.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em revista

Evitar o uso de resumo como referência. Tratar como publicação em periódico, acrescentando logo após o título a indicação de que se trata de resumo, entre colchetes.

Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato [resumo]. Rev enferm UERJ. 1996; 4:412-3.

Dissertação e Tese não-publicada

Silva MTN. Sobre enfermagem - enfermeira: o imaginário dos familiares das ingressantes no curso de graduação [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

Obras antigas com reedição em data muito posterior

Franco FM. Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir; 1946. (Original publicado em 1790).

Autoria institucional

Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica: lineamientos para su desarrollo - los contenidos educacionales. Washington (DC): OPS; 1995.

Ministério da Saúde (Br). Coordenação Nacional de DST/AIDS. A epidemia da AIDS no Brasil: situações e tendências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

Web Site ou Homepage

Civitas R. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais [site de Internet]. Urbanismo e desenvolvimento de cidades. [citado em 27 nov 1988] Disponível em: <http://www.gcsnet.com.br/oamis/civitas>.

Artigos consultados em indexadores eletrônicos

Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. Cad Saúde Pública [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2000 [citado em 05 set 2000]. 1:1-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.

Ao organizarem listas de referências, os autores devem atentar sempre para que o emprego da pontuação esteja uniforme e correto.

Endereço para contato

Revista Enfermagem UERJ

Bd. 28 de Setembro, 157, sala 710.

CEP 20551-030. Vila Isabel - Rio de Janeiro, Brasil

Tel.: (21) 2868-8236 ramais 204 e 205

E-mail: revenf.uerj@gmail.com ou revenf@uerj.br

Web Site: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>

ANEXO H

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS DA REVISTA TEXTO E CONTEXTO ENFERMAGEM

NORMAS PARA PREPARO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-las consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = ***A cura pela prece***

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do

Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma seqüencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* [...](e7);

Citações no texto para artigos na categoria **Revisão da Literatura**. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Oliveira et al⁹ ou Segundo Oliveira et al⁹ (2004), entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

Livro padrão

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul (SP): Yends; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15(1):89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16(1):71-9.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa

Catarina. GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Florianópolis (SC): Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2007 [atualizado 2007 Maio 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-graduação em Enfermagem; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev Eletr Enferm [online]. 2004[acesso em 2006 Out 01]; 6(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do “Ensino do Processo de Enfermagem” para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>