



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS
Escola Superior em Ciências da Saúde - ESCS
Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde
Mestrado em Ciências para a Saúde



INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM IDOSOS

Aluno: Eduardo Líneker Moreira Arrais

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Liz Cunha de Oliveira

BRASÍLIA – DF

2016

INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Idoso.

Autor: Eduardo Líneker Moreira Arrais

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Liz Cunha de Oliveira

BRASÍLIA – DF

2016

LL754i Líneker Moreira Arrais, Eduardo
Indicadores de qualidade da assistência de
enfermagem em idosos / Eduardo Líneker Moreira
Arrais; orientadora Prof^a Dr^a Maria Liz Cunha de
Oliveira. - Brasília, 2016.
96 p.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências
para a Saúde)- Escola Superior em Ciências da Saúde
- ESCS, 2016.

1. Qualidade da Assistência à Saúde. 2. Indicadores
de Qualidade em Assistência à Saúde. 3. Segurança do
Paciente. I. Cunha de Oliveira, Maria Liz, orient.
II. Título.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde



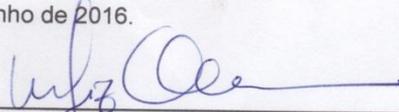
TERMO DE APROVAÇÃO

EDUARDO LINEKER MOREIRA ARRAIS

“Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem em Idosos”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

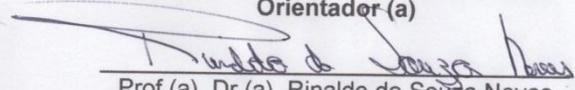
Aprovada em: 20 de junho de 2016.



Prof.(a). Dr.(a). Maria Liz da Cunha Oliveira

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

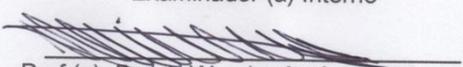
Orientador (a)



Prof.(a). Dr.(a). Rinaldo de Souza Neves

Programa de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da
Saúde.

Examinador (a) Interno



Prof.(a). Dr.(a). Wender Antônio de Oliveira

Ministério da Saúde

Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Levy Aniceto Santana

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Suplente

Brasília, 2016.

*Aos meus pais, Paulo Hernandes e Olga Maria,
pelo amor e carinho.*

“O que não pode ser medido não pode ser controlado, e o que não pode ser controlado não pode ser melhorado.”

(Autor desconhecido)

RESUMO

A utilização de indicadores de desempenho é essencial para os serviços de saúde, principalmente na área da enfermagem, uma vez que se configura em uma medida que permite o monitoramento e a identificação de estratégias para intensificar a melhoria da qualidade da assistência. Este trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em idosos atendidos em um centro de emergências cardiovasculares em um hospital público no Distrito Federal a partir da análise e comparação dos indicadores propostos por meio de um instrumento validado de Registro de Busca Ativa. O instrumento consiste em 12 indicadores de qualidade: 1 - identificação do leito do paciente internado; 2 - risco para queda do leito; 3 - identificação de acessos venosos periféricos; 4 - identificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas; 5 - identificação de equipamentos para infusão venosa; 6 - identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão; 7 - identificação de sondas gástricas; 8 - fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese; 9 - checagem de procedimentos de enfermagem na prescrição médica; 10 - verificação do controle de sinais vitais; 11 - checagem de procedimentos na prescrição de enfermagem; e 12 - elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro. Utilizamos duas abordagens: primeiro a qualitativa, baseada na Técnica Delphi, com 17 enfermeiros da Unidade consultados para o aperfeiçoamento da análise em relação ao instrumento de coleta de dados dos indicadores; em seguida, empregamos uma abordagem quantitativa para mensurar e comparar os indicadores propostos de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. Foram observados 258 pacientes e verificados vários pontos que necessitam de intervenção para melhoria da qualidade. Chama a atenção que dentre os 12 indicadores, 06 receberam um Índice de Conformidade Ideal (ICI) inferior ao preconizado; a não possibilidade da aplicação de 03 indicadores devido à não existência da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); e apenas 03 indicadores com ICI recomendados. É necessário melhorar e otimizar o processo de educação permanente da instituição estudada, estabelecer barreiras defensivas para se evitarem os erros e adotar constantemente melhoras das práticas avaliativas no sentido de que os indicadores sinalizem divergências com o padrão determinado como desejável e atuem como uma chamada que identifica e dirige a atenção para os pontos-chave do cuidado que necessitam ser revistos.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

The use of performance indicators is essential to the health services, especially in the area of nursing, once it is a measure that allows the monitoring and identification of strategies to intensify the improvement of quality of care. The objective of this study is to evaluate the quality of nursing care in elderly patients in a center of cardiovascular emergencies in a public hospital in the Federal District from the analysis and comparison of the proposed indicators by means of a validated instrument of Record of Active Search. The instrument consists of 12 quality indicators: 1 - identification of the hospitalized patient's bedsides; 2 - risk to fall of the bed; 3 - identification of peripherals venous access; 4 - identification of post-infiltrative lesions; 5 - identification of equipment for intravenous infusion; 6 - identification of containers of whey and control of the speed of infusion; 7 - identification of gastric probes; 8 - setting of permanent vesical catheter and positioning of the bag collector of diuresis; 9 - checking of nursing procedures in the medical prescription; 10 - verification of the control of vital signs; 11 - checking the procedures in the prescription of nursing; and 12 - preparation of daily and complete prescription by nurses. We used two approaches: first, the qualitative, based on the Delphi Technique, with 17 nurses of the unit consulted for the improvement of the analysis in relation to the data collection instrument of indicators; then, we used a quantitative approach to measure and compare the proposed indicators for assessing the quality of nursing care. There were 258 patients and found several points that need intervention to improve the quality. It was pointed out that, among the 12 indicators, 06 received an Index of Ideal Conformity (IIC) less than that recommended; 03 indicators have no possibility of application due to the non-existence of Systematization of Nursing Care (SNC); and only 03 indicators with IIC recommended. It is necessary to improve and optimize the process of continuous education of the institution studied, to establish barriers of defense in order to avoid the mistakes and improve constantly the evaluative practices in the sense that the indicators show differences with the standard established as desirable and act as a call that identifies and directs attention to the key points of care that need to be reviewed.

Keywords: Quality of Health Care; Indicators of Quality in Health Care; Patient Safety.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVP	Acesso Venoso Periférico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
FEPECS	Fundação de Ensino em Ciências da Saúde
ICI	Índice de Conformidade Ideal
IOM	Instituto de Medicina
IP	Índice de Positividade
ITU	Infecção do Trato Urinário
JCAHO	Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations
MS	Ministério da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PBE	Prática Baseada em Evidências
QA	Qualidade da Assistência
SUS	Sistema Único de Saúde
SVD	Sonda Vesical de Demora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE.....	14
2.2. ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	16
2.3. OS INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	19
3. OBJETIVOS	23
3.1. GERAL.....	23
3.2. ESPECÍFICOS	23
4. MATERIAIS E MÉTODOS	24
4.1. DESENHO DO ESTUDO.....	24
4.2. CENÁRIO DE ESTUDO	24
4.3. PERÍODO DE COLETA DE DADOS	24
4.4. AMOSTRA	25
4.5. INSTRUMENTOS UTILIZADOS	25
4.6. TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	26
4.7. ANÁLISE DOS DADOS	27
5. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	28
6. ARTIGOS.....	29
6.1. ARTIGO DE REVISÃO: INDICADORES DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TERAPIA ENDOVENOSA EM IDOSOS	29
6.2. ARTIGO ORIGINAL: PREVENÇÃO DE INFECÇÃO URINÁRIA: INDICADORES DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM IDOSOS	41
7. CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO	56
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO	59
9. APÊNDICES	63
9.1. APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - ENFERMEIROS	63
9.2. APÊNDICE 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – PACIENTES/RESPONSÁVEIS	64

10. ANEXOS.....	65
10.1. ANEXO 1. INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA	65
10.2. ANEXO 2. MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	67
10.3. ANEXO 3. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	91
11. FOLHA DE SUBMISSÃO DOS ARTIGOS	94

1. INTRODUÇÃO

A busca pela melhoria da qualidade do cuidado faz parte da rotina diária dos profissionais da saúde e é uma obrigação legal em muitos países. Para tanto, faz-se necessário o controle da qualidade do cuidado, alicerçado em indicadores que, segundo a literatura, podem ser utilizados como ferramentas de avaliação em saúde (VITURI, 2007).

Avaliar significa formar opinião sobre determinado assunto, ou seja, julgar e emitir juízo de valor com base em análise minuciosa de um produto, processo e/ou resultado, utilizando como referência os pressupostos e valores que fundamentam as escolhas dos sujeitos envolvidos com a atenção em saúde, sejam eles profissionais ou usuários (BRASIL, 2004).

O enfermeiro é o profissional que coordena e gerencia todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente e tudo o que o envolve no contexto da instituição hospitalar. O paciente e suas especificidades, suas necessidades, sua alta ou recuperação, constituem a principal razão da assistência de enfermagem, a qual deve, portanto, ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do paciente e de seus familiares (BARBOSA, 2008).

Ao profissional de enfermagem é solicitada uma atitude autoavaliativa, de reflexão acerca de seu comportamento diante dos desafios que a prática diária lhe impõe, o que tende a promover uma mudança de seus paradigmas e, possivelmente, uma evolução profissional (BARBOSA, 2008).

A importância de se adotarem modelos de controle de qualidade na área da saúde é reiterada por Matsuda (2002), ao afirmar que as estratégias para viabilizar o alcance da qualidade dos serviços devem ser determinadas de acordo com a realidade do nosso país e do local onde são aplicadas. A autora refere também ser comum a tendência de se importarem modelos que não são capazes de serem aplicados na íntegra, resultando em descontentamentos e descrédito. Bohomol (2006) afirma que a busca pela qualidade deve estar adequada à realidade sociocultural, ou seja, a qualidade desejada deve ser aquela possível de ser alcançada.

Bittar (2004) expressa que a qualidade e, conseqüentemente, a humanização, a alta produtividade e o baixo custo somente poderão ser alcançados com o uso rotineiro de instrumentos de medição, ou seja, dos indicadores de qualidade e quantidade do cuidado.

Donabedian (1999) e Malik (2006) definem critérios como os elementos da estrutura, processo e/ou resultado que nos permitem fazer juízo sobre a qualidade da atenção à saúde.

Com base no exposto, constatamos que a qualidade é algo sonhado por muitos e que muitos também são os métodos já desenvolvidos no sentido de se buscar uma melhor qualidade em saúde, sendo que a maioria, se não todos, apresentam pontos a serem aperfeiçoados. Uma questão a ser lembrada é que nenhum método, por melhor que seja, terá sucesso se não houver o envolvimento da equipe de saúde no seu desenvolvimento e acompanhamento.

Neste sentido, alguns autores (CAMPBELL, 2003; JOINT COMISSION INTERNATIONAL, 2010) chamam a atenção para a característica de constância e continuidade do processo de avaliação, destacando a importância da participação da equipe como um todo no processo de busca pela melhor qualidade. Nesse sentido, a avaliação deve fazer parte da rotina diária dos profissionais da saúde, constituindo uma obrigação legal em muitos países.

Os indicadores de qualidade, quando incorporados como dispositivos gerenciais e desta forma, utilizados rotineiramente como instrumentos de medição, permitem aos enfermeiros atuar no autogoverno dos trabalhadores, o que representa um empoderamento na sua prática administrativa (VITURI, 2007).

Deste modo, todos os programas de avaliação da qualidade aplicam processos avaliativos para dimensionar a qualidade, seja de um produto, seja de um processo ou resultado, portanto todos trabalham com indicadores. Um indicador pode ser definido como uma unidade de medida de uma atividade, porém não é uma medida direta de qualidade. Eles (os indicadores) sinalizam divergências com o padrão determinado como desejável e atuam como uma chamada que identifica e dirige a atenção para os pontos-chave do cuidado que necessitam serem revistos (VITURI, 2007).

Contudo, a maioria das instituições tem dificuldade em reconhecer o que realmente deve ser implementado para fornecer segurança ao paciente e qualidade aos serviços prestados. Muitas instituições têm insegurança, por exemplo, sobre como começar a estruturar seus esforços de redução de riscos. Consideramos fundamental que as organizações saibam quais intervenções terão o maior impacto na qualidade e segurança dos pacientes (JOINT COMISSION INTERNATIONAL, 2010).

Portanto, este trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em idosos atendidos em um centro de emergências cardiovasculares em um

hospital público no Distrito Federal a partir da análise e comparação dos indicadores propostos, por meio de um instrumento validado de Registro de Busca Ativa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

A qualidade da assistência em saúde, nesta área, pode ser definida de várias formas. Entre elas, é um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao usuário/família e alto grau de satisfação dos usuários, considerando-se também os valores sociais existentes (CALDANA *et al.*, 2013).

Para o clássico Avedis Donabedian (1992), cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao paciente o bem-estar máximo e mais completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre benefícios e danos que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão. Além disso, a boa qualidade é quando se produz, dado um volume específico de recursos para os cuidados de saúde, os melhores resultados para a população como um todo. Sendo assim, o autor define que a qualidade do cuidado em saúde é composta por diversos atributos, que incluem: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade (DONABEDIAN, 1999). São esses atributos que, avaliados isoladamente ou em uma variedade de combinações, medidos de uma forma ou de outra, expressam a magnitude da qualidade.

O Instituto de Medicina (IOM, 2001) dos Estados Unidos definiu qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.

O Ministério da Saúde (MS) define qualidade nos serviços de saúde como alto nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimos riscos para o cliente e alto grau de satisfação. A enfermagem tem grande importância nos processos relacionados à qualidade dos serviços, por estar diretamente em contato com o cliente; porém, para atingir a excelência profissional proposta pelo MS, devem estar presentes algumas características intrínsecas à profissão, entre elas: aptidão clínica adequada, competência, atitude, capacidade para operar equipamentos modernos, ser responsável, proporcionar ambientes agradáveis, limpos e organizados (BRASIL, 2004).

O alcance da excelência na qualidade da assistência é uma meta que vem sendo almejada por instituições de saúde, preocupadas em garantir, por meio de suas ações, o

exercício profissional e de cidadania dos trabalhadores, bem como dos usuários dos serviços de saúde (TRONCHIN; MELLEIRO; MOTA, 2006).

A qualidade está relacionada à atuação das pessoas, ao processo de trabalho e à cultura organizacional, ou seja, ao maior padrão de desempenho possível. A melhoria da qualidade evolui toda a equipe de trabalho, focalizando as pessoas como o mais importante, exigindo, assim, comprometimento, disciplina e um empenho crescente por parte de toda a equipe. Diante disso, o modelo de gestão pela qualidade da assistência em saúde constitui uma forma de pensar que se preocupa com o atendimento das necessidades e das expectativas dos consumidores (CINTRA; PINTO, 2010).

Bohomol (2006) define qualidade da assistência em saúde como o grau de conformidade de itens avaliados com padrões e critérios pré-estabelecidos, os quais podem ser mensurados por meio de indicadores desenvolvidos especificamente para este fim. Ressaltamos que o uso destes indicadores deve ser coerente, sendo necessário que a instituição adote padrões de qualidade adequados para o cuidado, os quais lhe servirão de sustentáculo.

Nesse contexto, qualidade significa obter os maiores benefícios por meio de menores riscos e, assim, para sua avaliação, estabelece-se uma tríade que consiste na estrutura, no processo e no resultado. A estrutura pode ser entendida como recursos físicos, humanos, materiais, financeiros e equipamentos necessários para a assistência à saúde; o processo refere-se às atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, incluindo diagnóstico, tratamento, aspectos éticos de relação profissional; o resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, a satisfação de padrões e as expectativas dos usuários (DONABEDIAN, 1999).

O setor da saúde foi um dos últimos a aderir ao movimento de busca pela qualidade, mesmo em países como Canadá e Estados Unidos. A melhoria se deve a disputas de mercado no setor, o que obrigou a procura pela excelência no serviço e, conseqüentemente, a busca da qualidade da assistência (FELDMAN, 2006).

Com relação ao Brasil, o investimento na gestão pela qualidade na saúde ainda é principiante. Isso se deve à falta de competitividade entre as instituições de saúde e uma tímida participação social no que tange aos direitos da população em relação aos serviços de saúde públicos, o que atrasa a melhoria da qualidade na assistência prestada à saúde (CALDANA *et al.*, 2013).

Ainda assim, no Brasil, em 1998, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) lançou o Manual Brasileiro de Acreditação das organizações prestadoras de Serviço de Saúde.

Esse modelo de acreditação determina o padrão de qualidade nas organizações prestadoras de serviço de saúde, como hospitais, clínicas, laboratórios, serviços hemoterápicos, entre outros. O manual contém três níveis de padrões de acreditação e utiliza a descrição de critérios para serem verificados durante a visita dos avaliadores na instituição de saúde (BRASIL, 2010).

Desta forma, embora o processo de trabalho nas instituições de saúde tenha passado por transformações que trouxeram avanços científicos e tecnológicos, ainda são vivenciados atendimentos desumanos, filas de espera, índices elevados de infecção hospitalar, gerenciamento ineficaz de custos, baixo nível de capacitação profissional e ausência de educação continuada/permanente, dimensionamento de pessoal inadequado, entre outras dificuldades (CINTRA; PINTO, 2010).

Essa situação solicita, com urgência, modelos de gestão adequados, que otimizem os recursos aplicados, melhorando a produtividade, a satisfação dos usuários e dos profissionais que atuam nos serviços de saúde (CINTRA; PINTO, 2010).

Com as mudanças no padrão de comportamento da sociedade, o cidadão passou a exigir qualidade ao consumir produtos e serviços, deixando de agir de forma passiva e exercendo uma pressão cada vez maior sobre a estrutura organizacional dos serviços de saúde, em especial os serviços privados (BARBOSA, 2008). Além disso, o crescimento progressivo dos gastos no setor da saúde, principalmente nos hospitais, decorrente dos avanços tecnológicos e do aumento da complexidade assistencial, demandam dos gestores o enfrentamento de desafios constantes para viabilização dessas instituições na oferta de serviços com qualidade (BONACIM; ARAÚJO, 2011).

Diante disto, observamos que a busca da qualidade da assistência em saúde gera benefícios, como: satisfação do cliente, mudança de cultura, melhor comunicação, redução dos custos e práticas flexíveis de trabalho. Assim, a utilização dessa gestão torna-se necessária porque a concorrência é cada vez maior em um mercado mais globalizado (CINTRA; PINTO, 2010).

2.2. ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

No século XIX, a enfermeira Florence Nightingale prestava assistência de enfermagem aos soldados da Guerra da Crimeia com foco na qualidade da assistência. Em 1924, com a formação do Colégio Americano de Cirurgiões, foi estabelecido um conjunto de

práticas médicas e de enfermagem para garantir a qualidade da assistência. A partir desse grupo, em 1951 foi criada a comissão conjunta de acreditação dos hospitais. E logo depois, em 1952, oficialmente foi estabelecido o programa de acreditação denominado *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, empresa de natureza privada que tem seus objetivos centrados na aprovação de leis na área da saúde que garantam padrões de qualidade na assistência (VITURI, 2007).

A contribuição de Florence Nightingale – que, durante a Guerra da Crimeia, coletou dados e os sistematizou, introduzindo a partir deles medidas inovadoras no cuidado dos pacientes – revolucionou a organização dos serviços de enfermagem. As mudanças introduzidas por Florence podem ser consideradas o primeiro movimento em busca da qualidade no serviço de enfermagem e servem, em parte, de modelo para os dias atuais (VITURI, 2007).

A busca da qualidade consiste em uma questão complexa, devendo ser prioridade para as instituições de saúde e para os profissionais que as integram. Dentre estes, destacam-se os profissionais de enfermagem, os quais possuem um papel fundamental nas organizações de saúde, tendo como foco a assistência individualizada e adequada às melhores práticas de qualidade e segurança (CALDANA *et al.*, 2013).

Além disso, considerando o número de profissionais atuantes nas instituições e a sua responsabilidade nos cuidados aos pacientes durante as 24 horas, entendemos que os serviços de enfermagem possuem papel fundamental na busca dessa qualidade nas organizações de saúde (CALDANA *et al.*, 2013).

Os profissionais de saúde que prestam cuidado ao paciente, incluindo os enfermeiros, são elementos-chave no processo de evitar erros, impedir decisões ruins, referente aos cuidados e também de assumir um papel de liderança no avanço e no uso de estratégias para promover a segurança e qualidade do cuidado. É imprescindível repensar a prática, e saber que é possível reduzir complicações para o paciente. Existe grande interesse em encontrar maneiras de tornar a assistência de saúde mais segura para os pacientes e há exemplos de intervenções bem sucedidas dirigidas a problemas clínicos específicos, como a prevenção de infecções adquiridas no hospital (ANVISA, 2011).

O enfermeiro é um dos profissionais que mais tem se envolvido na implantação e implementação da gestão da qualidade nas instituições hospitalares. Isso porque, no desenvolvimento do seu processo de trabalho, tem a oportunidade de interagir diretamente com o cliente e se aproximar do seu referencial para compreender seus anseios e expectativas, aprimorando a prática do cuidar com qualidade (ROCHA; TREVISAN, 2009).

A enfermagem se depara com a necessidade de melhorar seus processos com o objetivo de garantir um cuidado de qualidade, pois o contingente de pessoas que necessitam de cuidados à saúde é crescente, e a tecnologia não está ao alcance de todos. Além disso, a população está cada vez mais bem informada sobre seus direitos, como cidadãos, a um cuidado de qualidade (VITURI; MATSUDA, 2009).

A enfermagem requer novas abordagens gerenciais para responder à realidade atual dos serviços hospitalares cada dia mais complexos. A ênfase gerencial deve estar direcionada para os alcances de melhores resultados assistenciais. Considerando o foco da assistência, o indivíduo e o atendimento de suas necessidades, a qualidade necessita estar presente em todo o processo de discussão da assistência. Pesquisas sobre esta temática, apesar de estarem se desenvolvendo e conquistando dimensões significativas na enfermagem, ainda estão longe de alcançar a abrangência necessária (PAIVA; GOMES, 2007).

A avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, conforme determina a Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício da Enfermagem, é uma atividade inerente ao profissional enfermeiro. Este pressuposto foi reafirmado pela Resolução Cofen 266/2001, que aprova a atividade do enfermeiro como auditor de serviços de saúde em todos os níveis onde existam profissionais de enfermagem em atuação. A função de enfermeiro auditor, atualmente em ascensão, abrange as áreas de contas hospitalares e da qualidade da assistência prestada ao paciente (COFEN, 2001).

Informalmente, na enfermagem sempre existiu um controle da qualidade da assistência, representada pela preocupação dos enfermeiros em seguir procedimentos à risca, acreditando, com isso, que teriam assegurados os resultados almejados.

A qualidade do cuidado de enfermagem geralmente é avaliada sob a ótica da estrutura e do processo, pois possibilitam dados mais objetivos e concretos. Estudiosos corroboram com essa afirmação, quando assumem que os indicadores mais estudados são aqueles que se relacionam aos cuidados físicos, ou seja, de processo. Uma revisão de literatura coloca que 74% dos indicadores utilizados para avaliação de serviços de enfermagem são de processo, 16,6% são de estrutura, e 9,4% são indicadores de resultado. Observamos que o foco dos indicadores identificados está fortemente apontado para os processos assistenciais da enfermagem (CALDANA *et al.*, 2013).

Podemos observar, portanto, que os enfermeiros têm utilizado mais indicadores de processos para avaliar a qualidade da assistência, o que ocorrerá também neste trabalho.

Na enfermagem, é possível mensurar a qualidade da assistência prestada por meio da observação *in loco* do paciente e seu ambiente, assim como pela avaliação dos registros

contidos no prontuário. Os enfermeiros são fundamentais no processo da qualidade da assistência em saúde, pois havendo um melhor controle sobre o que é realizado e registrado, pode-se atingir maior eficiência na assistência aos pacientes (VITURI, 2007).

Mas apenas implementar atividades avaliativas da qualidade não é suficiente. Os procedimentos avaliativos devem possuir caráter proativo e subsidiar a implementação de ações para redução dos problemas detectados, na busca por melhorar a qualidade, disponibilizando uma rotina avaliativa no serviço.

Para tanto, é imprescindível discutir e combinar com os agentes do cuidado as melhores estratégias para alcançar o padrão de qualidade adotado na instituição e, desta forma, envolvê-los no processo de mudança/melhoria, de modo que se sintam participantes e comprometidos com a questão da qualidade na instituição. Neste sentido, são necessários investimentos em medidas de educação permanente, as quais têm como pressuposto o processo de trabalho como objeto de transformação (CECIM, 2005).

Cabe destacar que a implementação do sistema de qualidade não é tarefa simples e se apresenta como um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores e profissionais que buscam adequar seus processos de trabalho a excelência no atendimento (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Portanto, é indispensável que os profissionais de saúde sejam capazes de aplicar ações mais efetivas para evitar resultados não desejáveis. Especialistas em segurança do paciente referem que o cuidado de saúde de alta qualidade pode ser obtido por meio do uso de Práticas Baseadas em Evidência (PBE) e de uma força de trabalho de enfermagem fortalecida e habilitada. A comprovação de que as PBE podem diminuir as complicações e eventos adversos ao paciente demanda que os hospitais e líderes de enfermagem criem estruturas e processos para promover o desenvolvimento e implementação de PBE (GABRIEL *et al.*, 2011).

2.3. OS INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Os indicadores de qualidade, desempenho e produtividade são importantes no planejamento e na tomada de decisão dos gestores dos serviços de saúde, para o aperfeiçoamento dos processos e melhoria dos resultados da assistência. É, portanto, um

valioso instrumento de gestão para a superação dos desafios impostos pela atualidade e para a busca da eficácia gerencial na saúde (ANVISA, 2011).

A procura pelo avanço da qualidade em saúde tem sido incorporada na rotina dos profissionais; e para tanto, faz-se necessário o controle da qualidade da assistência baseado em avaliações sistematizadas do cuidado, avaliações essas que podem ser realizadas por meio da adoção de indicadores que demonstrem sua evolução ao longo do tempo e permitam a comparação com referenciais internos e externos (GABRIEL *et al.*, 2011).

Os indicadores são medidas usadas para descrever uma situação existente, analisar mudanças ou tendências durante um período de tempo e avaliar, em termos de qualidade e quantidade, as ações de saúde executadas (GABRIEL *et al.*, 2011).

De acordo com o manual da *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), podemos descrever indicador como a medição do desempenho de funções, sistemas ou processos, assim como o valor estatístico que indica a condição ou direção do desempenho de um processo ou alcance de uma meta ao longo do tempo (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

Quando temos o objetivo de usar indicadores como ferramenta de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, devemos adotar padrões para medir e comparar a qualidade do cuidado, pois eles servirão de referência, atuando como um pilar para o processo avaliativo. Neste trabalho usamos uma ferramenta já validada e com padrões e critérios bem estabelecidos (VITURI, 2007).

Ao darmos ênfase à utilização de indicadores no âmbito da enfermagem hospitalar, podemos definir indicadores que avaliam a qualidade da assistência, e percebemos que é um desafio que está ligado à necessidade de colocar para os enfermeiros indicadores que sejam por eles validados. O propósito é uniformizar e tornar o processo de avaliação do cuidado uma parte integrante da assistência de enfermagem e não apenas mais uma tarefa a ser cumprida. Trata-se de disponibilizar os resultados como ferramenta para que ocorra a avaliação sistemática do processo de assistência de enfermagem de maneira efetiva (ANVISA, 2011).

Nesse sentido, entendemos que um indicador pode ser comparado a um sensor, cuja finalidade é verificar se os objetivos propostos foram ou não alcançados (CALDANA *et al.*, 2013).

Apesar de esses indicadores de processo serem tradicionais nos serviços de enfermagem, ressaltamos que um único indicador, isoladamente, não possibilita o conhecimento da complexidade da realidade. Por isso, assim como neste trabalho,

recomendamos a utilização de um grupo de vários tipos de indicadores, visando especificar melhor a realidade local (BOHOMOL, 2006).

Comparações entre a segurança dos pacientes e a qualidade dos indicadores de saúde durante a pré e pós-acreditação em 22 hospitais foram apontadas por um estudo realizado na Arábia Saudita. Os autores demonstraram melhorias na assistência da enfermagem percebidas no período pós-acreditação: informações clínicas, tais como identificação do paciente (melhoria de 13-25%); informações do paciente na medicação (melhora de 7-24%); qualidade da gestão de risco, tais como a identificação do risco do paciente (10-44% de melhoria); e ações de prevenção dos riscos de enfermagem, tais como programa de redução de queda (8-33% de melhora) (AWA, *et al.*, 2011).

Autores afirmam que os hospitais acreditados tiveram melhor desempenho em uma série de indicadores de qualidade quando comparados aos não credenciados. Tal fato condiz com estudo realizado em 59 hospitais libaneses, nos quais os enfermeiros definem a acreditação hospitalar como uma ferramenta adequada para a melhoria da qualidade assistencial. O autor afirma que para tornar a acreditação um instrumento efetivo, existe uma necessidade de avaliar a qualidade com base em indicadores (NEEDLEMAN *et al.*, 2011).

Estudos também reforçam a percepção dos enfermeiros quanto ao processo de acreditação. Eles afirmam que com a acreditação houve uma melhora na qualidade do cuidado prestado, e houve aumento do nível de confiança (NEEDLEMAN *et al.*, 2011).

Evento adverso é o incidente que atingiu o paciente e resultou em um dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários dos serviços de saúde (IOM, 2001).

Estudos apontam que a ocorrência de eventos adversos no processo de atendimento aos pacientes hospitalizados acarreta complicações na evolução de sua recuperação, aumento de taxas de infecções e do tempo médio de internação (NEEDLEMAN *et al.*, 2011). A estimativa de que, aproximadamente, uma em cada 10 admissões hospitalares resulta na ocorrência de pelo menos 1 evento adverso é alarmante, ainda mais se considerarmos que metade destes incidentes poderiam ter sido evitados, segundo estudos conduzidos em hospitais americanos (WACHTER; PRONOVOST; SHEKELLE, 2013). No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino evidenciou a incidência de eventos adversos de 7,6%, dos quais 66,7% foram considerados evitáveis (MENDES *et al.*, 2009).

Ainda em relação aos indicadores, dois artigos (MENDES *et al.*, 2009; CALDANA *et al.*, 2013) consideram a ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência de enfermagem como indicador de qualidade da assistência. Um dos estudos define eventos

adversos como ocorrências indesejáveis, porém preveníveis, de natureza danosa ou prejudicial, que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais de saúde. Os indicadores sobre eventos adversos são ferramentas fundamentais da qualidade por apontarem aspectos do cuidado que podem ser melhorados, tornando a assistência aos pacientes livre de riscos e falhas e, portanto, mais segura.

Com relação ao segundo estudo (CALDANA *et al.*, 2013) sobre indicadores de eventos adversos, objetivou-se validar um instrumento de avaliação do cuidado em enfermagem composto na concepção de eventos adversos. A partir dos resultados obtidos, foi possível aperfeiçoar a atuação dos gerentes no sentido da busca pela melhoria contínua da qualidade no cuidado de enfermagem. É baseado neste estudo que iremos aperfeiçoar a assistência de enfermagem dos enfermeiros na Unidade estudada.

Mesmo diante dessas evidências, reiteramos a importância deste trabalho no sentido de acrescentar à literatura maiores investigações sobre as questões que envolvem a segurança dos pacientes e a definição de melhores indicadores de qualidade do cuidado. O objetivo é aprimorar medidas de risco a que os pacientes internados estão expostos e a avaliação dos serviços de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em idosos atendidos em um centro de emergências cardiovasculares em um hospital público e de referência no Distrito Federal.

3.2. ESPECÍFICOS

3.2.1. Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em terapia endovenosa periférica em idosos atendidos em um centro de emergências neurocardiovasculares em um hospital público e de referência no Distrito Federal.

3.2.2. Analisar três indicadores da assistência de enfermagem, relacionados ao cateterismo vesical de demora.

3.2.3. Comparar a qualidade da assistência de enfermagem antes e após a utilização do instrumento de avaliação Registro de Busca Ativa, através dos indicadores relacionados à terapia endovenosa e ao cateterismo vesical de demora.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo, prospectivo, longitudinal e comparativo, composto por dois momentos com abordagens metodológicas distintas. Na parte inicial foi utilizada uma abordagem qualitativa baseada na Técnica Delphi, ocasião em que os enfermeiros do Centro Neurocardiovascular foram consultados para o aperfeiçoamento da análise do instrumento de coleta de dados dos indicadores (Anexo I).

Segundo Minayo (2009), essa técnica pode ser caracterizada como uma estratégia para estruturar o aprimoramento de instrumentos de pesquisa ou dos resultados das análises. Geralmente, para participar, são convocados pesquisadores ou especialistas no assunto; neste caso, os enfermeiros do setor foram consultados, visto sua vasta experiência na Unidade em questão. Em seguida, utilizamos uma abordagem quantitativa para mensurar os indicadores propostos de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem nos idosos atendidos na Unidade.

4.2. CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado na emergência de um hospital público no Distrito Federal do Sistema Único de Saúde (SUS), no Centro Neurocardiovascular, referência em emergências neurológicas e cardiológicas do Distrito Federal e Entorno. O setor conta com um quadro de 65 servidores de enfermagem. Destes, 17 são enfermeiros e 48 são técnicos de enfermagem.

A Unidade possui 11 leitos, divididos em 03 salas (Vermelha, Amarela e Intermediária), todas estruturadas de forma a atender as emergências do setor.

4.3. PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de setembro de 2015 a abril de 2016.

4.4. AMOSTRA

Na primeira fase da pesquisa (qualitativa), a amostra foi composta pelos enfermeiros lotados no centro de emergência, que auxiliaram no aprimoramento da forma de análise do instrumento de coleta de dados. Foram convidados os 17 enfermeiros lotados na Unidade, e todos concordaram em colaborar com a pesquisa.

Na segunda fase (quantitativa), a amostra foi calculada observando-se a média de idosos internados no Setor nos últimos seis meses, que foi igual a 140 idosos; portanto, $N = 140$. Para o cálculo amostral com nível de confiança de 99% e o erro amostral de 5%, utilizamos a fórmula seguinte (SANTOS, 2015):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Após aplicação da fórmula do cálculo amostral, foi encontrado $n = 129$ pacientes por coleta de dados; o que considera a pesquisa viável. Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, independente do diagnóstico, e com mais de 24 horas de admissão no setor; e foram excluídos pacientes menores de 60 anos e com menos de 24 horas de internação, além daqueles que se negarem a participar do estudo.

4.5. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foi utilizado o instrumento (anexo I) elaborado, desenvolvido e validado por Vituri, no ano de 2007. O instrumento, intitulado *Registro de Busca Ativa* (Anexo I), foi validado pela estratégia de validação de conteúdo por especialistas da área da avaliação da qualidade

da assistência de enfermagem. Constitui-se de doze indicadores de qualidade: 1- identificação do leito do paciente internado; 2- risco para queda do leito; 3- identificação de acessos venosos periféricos; 4- identificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas; 5- identificação de equipes para infusão venosa; 6- identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão; 7- identificação de sondas gástricas; 8- fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese; 9- checagem de procedimentos de enfermagem na prescrição médica; 10- verificação do controle de sinais vitais; 11- checagem de procedimentos na prescrição de enfermagem; e 12- elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro.

Estes indicadores compreendem 49 itens de verificação, os quais foram avaliados mediante visitas de busca ativa nas unidades de internação em 14 dias. Neste processo, todos os pacientes internados e suas prescrições foram analisados em relação ao alcance do padrão de qualidade aceitável. Os resultados das avaliações foram lançados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel, transformados em percentuais de adequação para cada indicador e analisados por meio da estatística descritiva.

4.6. TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal, que procedeu de acordo com o guia para preenchimento do instrumento e posterior análise do grau de conformidade de cada indicador observado. Utilizamos o Manual Operacional dos Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem (Anexo II) do estudo de Vituri, o qual contempla, para cada um dos indicadores propostos, um descritor, o referencial científico que fundamentou o padrão determinado no descritor, o numerador e denominador, bem como o cálculo do mesmo, a fonte dos dados, a amostra para análise de conformidade, a periodicidade das avaliações de rotina e os itens de avaliação do indicador que constam no instrumento proposto.

Foram realizadas visitas ao setor durante os dias necessários para a seleção da amostra, obtida através de cálculo estatístico, e preenchido o *checklist* após observação minuciosa do leito, paciente e prontuário, sendo preenchidos todos os critérios pré-estabelecidos no instrumento de análise.

Após um prazo de 30 dias da primeira coleta de dados, quando foram implantadas as melhorias propostas após análise do primeiro resultado, realizou-se a segunda coleta e uma

nova análise estatística. Posteriormente, esses dados foram comparados aos primeiros, a fim de verificar o impacto da implantação do instrumento no serviço.

4.7. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por estatística descritiva em números percentuais e apresentados em tabelas.

O Índice de Conformidade Ideal (ICI), ou seja, o percentual de adequação esperado em relação ao padrão determinado – *scoring* da medida está preconizado no Manual Operacional dos Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem (VITURI, 2007). Este prioriza que deve haver 100% de conformidade para todos os indicadores descritos, exceto para o indicador “Nº de pacientes com infusão venosa sem lesões cutâneas pós-infiltrativas, associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações/dia”, que possui um índice de conformidade ideal de 80%. Isso porque as lesões cutâneas pós-infiltrativas podem não ser exclusivamente associadas à técnica de punção; podendo estar relacionadas às condições inerentes ao próprio paciente, às condições da veia, ao tipo e pH da medicação ou solução em uso, calibre, tamanho, comprimento e material do cateter utilizado na punção, que poderiam influenciar na condição avaliada pelo indicador 17 (FERNANDES *et al.*, 2003).

Os resultados da primeira coleta foram apresentados aos enfermeiros do Setor e discutidas as formas de melhoria e aperfeiçoamento que podem ser tomadas no cotidiano.

5. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Brasília, Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES-DF), anexo III, sendo aprovado pelo CAAE: 45794115.8.0000.5553.

Além disso, os enfermeiros e pacientes e/ou responsável que aceitaram participar da pesquisa foram esclarecidos sobre a confiabilidade, objetivos e devidos fins da pesquisa e receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – apêndices I e II), podendo ou não participar da pesquisa de acordo com sua vontade.

6. ARTIGOS

6.1. ARTIGO DE REVISÃO:

INDICADORES DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TERAPIA ENDOVENOSA EM IDOSOS

Resumo

O estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência de enfermagem relacionada à terapia endovenosa periférica a partir de indicadores através da observação direta de pacientes e da análise de prontuários utilizando-se um instrumento de registro de busca ativa. Foram observados 258 pacientes, seus prontuários e utilizada a estatística descritiva para verificar o percentual de adequação dos cuidados observados em relação ao padrão de qualidade proposto para os indicadores. Determinou-se o Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência (QA): Desejável (100% IP); Adequada (90-99%); Segura (80-89%); Limítrofe (71-79%) e Sofrível (< 70%). A QA apresentou-se "Adequada" apenas para os indicadores validade de equipos e lesões cutâneas pós-infiltrativas. Os demais indicadores, alcançaram QA Segura, Sofrível ou Limítrofe. Conclui-se que o processo de cuidado relacionado à terapia endovenosa, necessita de maior atenção, investindo-se em educação continuada, com a prática do cuidado baseado em evidências para proporcionar uma assistência segura livre de danos.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Segurança do Paciente.

1 Introdução

A busca pela melhoria da qualidade do cuidado faz parte da rotina diária dos profissionais da saúde e é uma obrigação legal em muitos países. Para tanto, faz-se necessário o controle da qualidade do cuidado baseado em indicadores que, segundo a literatura, podem ser utilizados como ferramentas de avaliação em saúde¹.

O enfermeiro é o profissional coordenador e gerenciador de todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente e tudo o que o envolve no contexto da instituição hospitalar. O paciente e suas especificidades, necessidades, alta ou recuperação, constituem a principal razão da assistência de enfermagem, a qual deve,

portanto, ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do paciente e seus familiares².

Bittar³ expressa que a qualidade e, conseqüentemente, a humanização, a alta produtividade e o baixo custo, somente poderão ser alcançados com o uso rotineiro de instrumentos de medição, ou seja, dos indicadores de qualidade e quantidade do cuidado.

Os indicadores de qualidade, quando incorporados como dispositivos gerenciais e, desta forma utilizados rotineiramente como instrumentos de medição, permitem aos enfermeiros atuar no autogoverno dos trabalhadores, o que representa um empoderamento na sua prática administrativa¹.

Os programas de avaliação da qualidade aplicam processos avaliativos para dimensionar a qualidade, seja de um produto, seja de um processo ou resultado, portanto todos trabalham com indicadores. Um indicador pode ser definido como uma unidade de medida de uma atividade, porém não é uma medida direta de qualidade, mas sinalizam divergências com o padrão determinado como desejável e atuam como uma chamada que identifica e dirige a atenção para os postos-chaves do cuidado que necessitam serem revistos¹.

A qualidade do cuidado de enfermagem geralmente é avaliada sob a ótica da estrutura e do processo, pois possibilitam dados mais objetivos e concretos. Uma revisão de literatura afirma que 74% dos indicadores utilizados para avaliação de serviços de enfermagem são de processo, 16,6% são de estrutura e 9,4% são indicadores de resultado. Observa-se que o foco dos indicadores identificados está fortemente apontado para os processos assistenciais da enfermagem⁴.

Um dos principais cuidados de enfermagem realizados em âmbito hospitalar está relacionado com a terapia endovenosa. A equipe de enfermagem é a responsável tanto pela colocação e manutenção dos acessos venosos periféricos (AVP) como pelos cuidados técnicos preconizados no sentido de se reduzir os eventos adversos relacionados à instalação desse dispositivo. Os eventos adversos são ocorrências indesejáveis, porém evitáveis, de natureza iatrogênica, que causam danos mensuráveis e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito dos pacientes afetados.

Dentre os principais cuidados podemos destacar a identificação e troca no período apropriado, que é preconizada no período de 72 a 96 horas para equipes macrogotas e microgotas; 24 horas para equipes de pressão venosa central, nutrição parenteral e sangue/hemoderivados e, 48 horas para equipe de bomba infusora, pressupondo uma identificação correta e precisa do AVP⁵.

Assim, no sistema de administração de medicamentos, além da estrutura e suporte ao profissional, sabe-se que todas as etapas e pessoas envolvidas são de

extrema importância. Contudo, este estudo enfoca nos indicadores de processo pertinentes aos profissionais de enfermagem na terapia por infusão intravenosa, como a identificação e validade dos AVP, dos equipos e dos frascos de soro, além das flebites, infiltrações ou extravasamentos.

Diante desta temática, surgiram alguns questionamentos: Os AVP, os frascos de soros e os equipos para infusão venosa são identificados e trocados conforme delibera a literatura atual? O índice de flebite, infiltração/extravasamento está de acordo com o padrão de qualidade mínimo? A prática de enfermagem em terapia intravenosa periférica atende aos padrões de qualidade?

Portanto, este trabalho tem como objetivo avaliar os indicadores de qualidade de cuidados de enfermagem relacionados à terapia intravenosa periférica.

2 Métodos

Estudo prospectivo, de abordagem quantitativa, com o escopo mensurar, identificar e comparar os indicadores da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em terapia endovenosa antes e após a implantação de um instrumento de registro dos indicadores na rotina do setor estudado.

O estudo foi realizado na emergência de um hospital público no Distrito Federal do Sistema Único de Saúde (SUS), no Centro Neurocardiovascular, referência em emergências neurológicas e cardiológicas do Distrito Federal e entorno. O setor possui um quadro de 65 servidores de enfermagem, sendo 17 enfermeiros e 48 técnicos de enfermagem.

Os dados foram coletados no período de julho de 2015 a fevereiro de 2016 em dias aleatórios e foram incluídos pacientes idosos, com mais de 60 anos, de ambos os sexos, com mais de 24 horas da admissão, independente do diagnóstico.

Para o cálculo amostral foi utilizado nível de confiança de 99% e o erro amostral de 5%¹⁶. Após aplicação da fórmula do cálculo amostral, foi encontrado um total de 129 pacientes por coleta de dados, o que considera a pesquisa viável.

Foi utilizado o instrumento de registro elaborado, desenvolvido e validado por Vituri¹ intitulado "Registro de Busca Ativa". Este instrumento foi validado pela estratégia de validação de conteúdo por especialistas da área da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem e se constitui de doze indicadores de qualidade: 1- identificação do leito do paciente internado; 2- risco para queda do leito; 3- identificação de acessos venosos periféricos; 4- identificação de lesões cutâneas pós infiltrativas; 5- identificação de equipos para infusão venosa; 6- identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão; 7- identificação de sondas gástricas; 8- fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese; 9- checagem de

procedimentos de enfermagem na prescrição médica; 10- verificação do controle de sinais vitais; 11- checagem de procedimentos na prescrição de enfermagem; e 12- elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro. O foco deste trabalho é a avaliação das assertivas relacionadas à terapia endovenosa, ou seja, os itens 3, 4, 5 e 6. Esses itens foram sub categorizados em 06 indicadores conforme a Tabela 1.

Foram coletados os dados referentes aos indicadores selecionados para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem referente à terapia endovenosa em dois momentos distintos. A primeira coleta foi realizada antes da implantação no setor do instrumento "Registro de Busca Ativa" e, a segunda um mês após a implantação do mesmo no setor.

O padrão de conformidade foi estabelecido de acordo com o Manual Operacional do instrumento "Registro de Busca Ativa", onde foi considerada em conformidade a identificação de AVP que contemplasse a data, a hora da inserção e a rubrica ou nome do funcionário responsável. Além disso, o prazo para a troca da punção obedeceu à recomendação que estabelece o período de 72 a 96 horas.

Para a identificação do equipo de soro, considerou-se conforme o manual aquela que contivesse a data, hora da troca e a rubrica do funcionário responsável pelo procedimento. Em relação ao prazo para troca, para a validade do equipo de soro considerou-se 72 horas para equipos macrogotas e microgotas, com ou sem reservatório; 24 horas para equipos de pressão venosa central, nutrição parenteral e sangue /hemoderivados e 48 horas para equipo de bomba infusora⁵.

Já os rótulos deveriam conter os seguintes dados: nome do paciente; identificação do leito e da enfermaria; componentes da solução; volume, hora de início e de término previsto; tempo de infusão (número de gotas ou mililitros por hora); e assinatura do funcionário. A identificação foi considerada com não conformidade quando não apresentou qualquer um desses itens.

Como padrão de qualidade, utilizaram-se os parâmetros adotados por Haddad⁹. Segundo o autor, a assistência de enfermagem é qualificada a partir do Índice de Positividade (IP) de cada indicador avaliado. A Qualidade da Assistência (QA) dos indicadores foi categorizada de acordo com o IP, conforme consta no Quadro 1:

Quadro 1. Critérios de classificação da qualidade da assistência de enfermagem.

Qualidade da Assistência (QA)	Índice de Positividade (IP)
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
Assistência sofrível	70% ou menos de positividade

Os dados acima foram tabulados no Microsoft Office Excel® e o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria de Saúde, Brasília, Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES-DF), sendo aprovado pelo CAAE: 45794115.8.0000.5553. Os pacientes e/ou responsável que aceitaram participar da pesquisa foram esclarecidos sobre a confiabilidade, objetivos e devidos fins da pesquisa e receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), podendo ou não participar da pesquisa de acordo com sua vontade.

3 Resultados

No total, foram inseridos no estudo 258 pacientes, sendo 129 na primeira coleta e 129 na segunda coleta.

Foi observado que 24,1% dos acessos periféricos estavam identificados corretamente na primeira coleta. Após a implantação do instrumento na rotina do setor, observou-se 66% o número de AVP identificados corretamente, o que gerou melhoria da assistência de enfermagem prestada. O vencimento do AVP apresentou indicador em 48,3% de positividade, o qual após a implantação do instrumento obteve-se em 66%. Com relação à identificação dos equipos, esse foi o item de pior avaliação, visto que somente 1,4% dos equipos estavam identificados adequadamente, porém, logo após a implantação do instrumento Registro de Busca Ativa na rotina do setor, foi observado que a identificação estava aplicada corretamente em 79% dos equipos. A validade do equipo estava adequada na maioria dos pacientes observados, com índice de positividade de 81,12% na primeira coleta e 93,2% na segunda coleta. A identificação do frasco teve índice de positividade 13,6% na primeira coleta e 62,2% na segunda coleta, o que representa uma efetividade no uso do instrumento. As lesões cutâneas pós-infiltrativas apresentaram-se adequadas em 90 observações na primeira etapa de coleta e, 117 na segunda coleta, representando um índice de positividade de 90,7% (Tabela 1).

Tabela 1. Qualidade da Assistência em relação à terapia endovenosa no Distrito Federal. Brasília, 2016.

Indicadores	Valores observados				
	Número de Observações	Respostas Adequadas	Respostas inadequadas ou ausentes	IP* (%)	QA**
Identificação do AVP					
Coleta 1	87	21	66	24,1%	Sofrível
Coleta 2	50	33	17	66,0%	Sofrível
Validade do AVP					
Coleta 01	87	42	45	48,3%	Sofrível
Coleta 02	50	33	17	66,0%	Sofrível
Identificação do equipo					
Coleta 1	429	6	423	1,4%	Sofrível
Coleta 2	661	522	139	79,0%	Limítrofe
Validade do equipo					
Coleta 01	429	348	81	81,12 %	Segura
Coleta 02	661	616	45	93,2%	Adequada
Identificação do frasco de soro					
Coleta 1	429	57	372	13,6%	Sofrível
Coleta 2	661	411	250	62,2%	Sofrível
Lesões cutâneas pós-infiltrativas					
Coleta 01	129	90	39	69,8%	Sofrível
Coleta 02	129	117	12	90,7%	Adequada

*IP: Índice de positividade

**QA: Qualidade de Assistência

4 Discussão

Percebe-se a equipe de enfermagem como profissionais com interferência direta nos resultados da assistência prestada ao paciente, por isso a importância da utilização de indicadores no gerenciamento dos seus serviços, visando a busca pela melhoria da qualidade da assistência e a segurança do paciente na prevenção de efeitos adversos.

Um estudo realizado no interior do estado de São Paulo ressalta os indicadores como ferramentas fundamentais para avaliação da qualidade por apontarem aspectos do cuidado que podem ser melhorados, tornando a assistência aos pacientes livre de riscos e falhas e, portanto, mais segura⁴.

4.1 Identificação de acesso venoso periférico (AVP)

A equipe de enfermagem é a responsável tanto pela colocação e manutenção dos acessos venosos periféricos como pelos cuidados técnicos preconizados no sentido de se reduzir os eventos adversos relacionados a instalação desse dispositivo. Dentre os principais cuidados podemos destacar a identificação e troca no período apropriado, que é preconizada no período de 72 a 96 horas, pressupondo uma identificação correta e precisa do AVP⁵.

Ao examinar os dados referentes ao indicador "*Identificação do AVP*", observa-se que nas duas coletas de dados, o Índice de Positividade (IP) obtido indica que a qualidade da assistência está abaixo do nível seguro, uma vez que foi considerada *Sofrível* nas duas avaliações, 24,1% de IP na primeira coleta e 66% na segunda.

A ausência ou a não conformidade na identificação do AVP pode trazer consequências perigosas, já que dificulta a monitorização do tempo de permanência do cateter, o que está diretamente associado à ocorrência de flebite, infiltração, extravasamento, desconexão e deslocamento do dispositivo, colocando em risco a segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado¹⁷.

Observou-se que em 27,6% (primeira observação) e 34% (segunda observação), o acesso venoso periférico estava sem identificação, um problema que precisa ser revisto com urgência, uma vez que, a não identificação promove a não monitorização adequada do cateter e o paciente fica exposto ao risco de infecção relacionado à permanência do AVP além do tempo recomendado. A literatura aponta que a incidência de tromboflebite e colonização bacteriana aumenta em cateteres com tempo de permanência superior a 72 horas, sem diferença substancial se comparado a 96 horas¹⁰.

Nesse contexto, diante das observações realizadas e dos baixos índices de positividade encontrados na identificação do AVP, pode-se concluir que os pacientes que em algum momento da internação fizeram uso de AVP, foram expostos ao risco de infecções relacionado ao cateter. A ausência de identificação ou a identificação inadequada constituem em empecilhos à segurança do paciente, pois não há como observar a validade do AVP para a sua troca.

Assim, expostos os riscos e prejuízos resultantes de um sistema de AVP inadequado, a avaliação dos seus indicadores de qualidade é de extrema importância¹¹. Esta avaliação identifica lacunas e falhas assistenciais que podem subsidiar o planejamento, o replanejamento e a implementação de estratégias voltadas à melhoria da qualidade do cuidado.

4.2 Identificação dos equipos e frascos de soro

Diante aos diversos quadros clínicos de alta complexidade e que muitas vezes representam risco de vida aos idosos, esses pacientes tem sido submetidos cada vez mais a procedimentos que demandam conhecimento técnico-científico por parte dos profissionais que os executam. A identificação dos equipos e dos frascos de soro são procedimentos simples, mas que demandam do profissional o conhecimento da sua importância, visto os eventos indesejáveis que podem ocorrer decorrentes de sua negligência.

Quando se aborda terapia endovenosa, a prescrição, o planejamento e a administração da terapia, além da escolha dos tipos de cateteres e acessórios de infusão, os cuidados na manutenção do acesso, o controle das infusões, a prevenção de complicações e a monitorização constante estão entre as principais ações para a promoção da eficácia e segurança dos pacientes¹².

Em relação ao indicador "Identificação dos equipos de soro", os dados coletados indicam uma melhora significativa entre a primeira e segunda coleta, na primeira o número de equipos com identificação adequada era apenas de 1,4%, demonstrando uma QA *sofrível* e de péssima qualidade se analisada através deste indicador, já na segunda coleta, 79% dos equipos estavam com a identificação adequada e não vencidos, se situando em um patamar de qualidade da assistência *limítrofe*, mas rumo a uma QA *segura* (80% de positividade) de acordo com os critérios de classificação propostos.

O aumento significativo do IP deste indicador de uma coleta para outra se deve ao compromisso assumido pela equipe em realizar corretamente a identificação dos equipos. Este acordo foi fruto de uma reunião onde foi mostrada a importância da identificação dos equipos. Tal atitude mostra o comprometimento dos enfermeiros e técnicos em enfermagem do setor na melhoria dos indicadores propostos pelo instrumento de pesquisa.

Já em relação aos rótulos, para uma administração correta e segura de infusões venosas contínuas, é indispensável que ele tenha todas as informações que possibilitem identificar o responsável pelo preparo, hora de início e término previsto, gotas ou mililitros por minuto e os componentes da solução com seus respectivos volume¹³.

Na comparação das duas avaliações realizadas, houve uma melhora de 48,2% em relação a identificação adequada dos rótulos, na primeira coleta o IP era de 13,6% e na segunda foi de 62,2%.

Apesar da melhora do IP na segunda coleta, a classificação da QA de enfermagem ainda se encontra *sofrível*. A melhora indica o esforço da equipe na melhoria

do indicador proposto, mas ainda são necessárias medidas que estimulem a equipe e cumprir o preconizado na literatura. A não identificação correta dos rótulos pode gerar erros na administração de medicações, além de diversos eventos adversos provenientes desta ação.

É importante destacar que, na maioria das vezes, os erros relacionados à medicação poderiam ser evitados se os enfermeiros estivessem menos ocupados com problemas burocráticos e administrativos e mais atuantes na supervisão direta e educação continuada no que discerne ao processo de administração de medicação, que geralmente é realizado por profissionais de enfermagem de nível médio¹⁴.

A supervisão direta do enfermeiro colabora com uma barreira defensiva no processo de medicação, reduzindo possíveis erros, uma vez que esse profissional direciona, orienta e avalia a equipe de enfermagem, ou seja, fornece condições necessárias e favoráveis para o desenvolvimento de um cuidado de qualidade, sem danos ou prejuízos ao paciente¹⁵.

Outro ponto necessário, segundo Vituri¹⁴, é a presença, no rótulo, da assinatura do profissional que realizou a medicação. Através dela é possível apurar responsabilidades caso o paciente apresente alguma intercorrência relacionada à administração de medicamento. Dentre os rótulos observados, 77,1% na primeira coleta e 28,6% na segunda coleta, estavam identificados incorretamente devido a não assinatura do profissional responsável pelo preparo.

Se por ventura ocorrer algum problema na administração da solução preparada, este poderá caracterizar ato de negligência ou imprudência por parte do profissional de enfermagem, que poderá ser identificado com segurança e responsabilizado ética e legalmente, conforme prevê a legislação⁷.

Há também de se considerar que o indivíduo dificilmente é a única causa. É preciso se atentar para as falhas do sistema de medicação, que é um processo complexo, multifatorial e multidisciplinar. Assim, a identificação correta deve ser estruturada com o objetivo de propiciar condições que previnam ou minimizem os erros, sendo a constatação de possíveis erros meios de estabelecer estratégias, como a notificação, com vistas ao aprendizado e não à punição¹⁵.

Em outro estudo que usa o índice de positividade para medir a qualidade da assistência de enfermagem em dois hospitais diferentes, no que se refere à identificação de rótulos, ao ponderar sobre o IP obtido no Hospital A, em contraste com o Hospital B, o autor afirma que a divergência encontrada nos dois hospitais pode estar relacionada ao fato de que, no Hospital B, nos setores investigados, são realizadas avaliações periódicas pela Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem, com o mesmo instrumento utilizado neste estudo, o que possibilita intervenções imediatas junto à equipe¹³. Portanto, o Hospital B, possivelmente obteve IP mais elevado, porque o

monitoramento de tais indicadores já faz parte da rotina do Serviço, demonstrando a importância deste tipo de instrumento na rotina do setor.

Diante disto, pode-se traçar estratégias para se evitar erros no processo de medicação, vários métodos podem e devem ser seguidos, como, por exemplo, a aderência dos profissionais às políticas e aos procedimentos que visem à segurança do paciente; acesso à informação através da educação continuada e permanente; tecnologias e ambiente favorável para a minimização do erro e dimensionamento adequado de pessoal no trabalho além de itens de estrutura, entre outros.

5 Conclusão

Com os resultados deste estudo, foi visto que o cuidado de enfermagem relacionado à segurança do paciente na terapia intravenosa nos idosos atendidos no setor estudado é ainda um grande desafio. Observou-se que a maioria dos indicadores avaliados não atingiu o IP mínimo para uma assistência segura e de qualidade.

O resultado *Sofrível* da qualidade da assistência de enfermagem em alguns indicadores merece atenção por parte das lideranças, uma vez que é necessário o acompanhamento deste indicador para o não retorno a esse índice de positividade precário. A implantação do instrumento de coleta de dados proposta nesta pesquisa contempla o objetivo de monitorização destas atividades, visando a melhoria e replanejamento contínuo das estratégias para avanço da qualidade da assistência de enfermagem do centro de emergência.

Torna-se necessário investimento em ações voltadas à educação continuada e permanente para a equipe de enfermagem da unidade estudada, baseada na administração segura de medicamentos, principalmente à terapia intravenosa. Outras ações também devem ser estabelecidas para evitar os erros de medicação, tais como o incentivo à notificação dos erros; acesso facilitado à informação; dimensionamento adequado da equipe; políticas e diretrizes internas que visem à segurança do paciente; participação do cliente no processo de terapia medicamentosa e supervisão direta e frequente da equipe pelo enfermeiro, nos processos de administração de medicamentos.

É importante o destaque de que a implementação do sistema de qualidade não é tarefa simples e, se apresenta como um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores e profissionais de enfermagem que buscam estabelecer seus processos de trabalho.

Portanto, é imprescindível aos profissionais de saúde, a capacidade de aplicar ações mais efetivas para evitar resultados indesejáveis. A Prática Baseadas em Evidência (PBE) é um meio de se alcançar o cuidado de saúde de alta qualidade e garantir a segurança do paciente. A comparação de indicadores e uma rotina de verificação dos

mesmos se consolidam como estratégias fortes de análise de dados e correção de possíveis falhas da assistência prestada.

Assim, o trabalho de enfermagem fortalecido e habilitado pela utilização de indicadores e da PBE pode diminuir as complicações e eventos adversos ao paciente. Espera-se que hospitais e líderes de enfermagem criem estruturas e processos para promover o desenvolvimento e implementação desta prática, visando a melhoria da qualidade da assistência a saúde.

6 Referências

1. Vituri DW. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2007. 235f.
2. Barbosa LR, Melo MRAC. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61(2):366-70.
3. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*. 2004; 6(22): 15-18.
4. Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Vituri DW, Rossaneis MA. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2013; 34(2): 187-94.
5. Center for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services. Guideline for the Prevention of Intravascular CatheterRelated Bloodstream Infections Final Issue Review. 2011 maio 17 [citado em 2011 fev 04]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
6. Smeltzer SC, Bare BG. Líquido e eletrólitos: equilíbrio e distúrbios. In: Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.192-232.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 311/2007 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Acesso em: 30 de outubro de 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000-revogada-pela-resoluo-cofen-3112007_4280.html.
8. Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.863-92.
9. Haddad MCFL. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital público [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.
10. O'Grady NP, *et al*. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clin. infect. dis*. 2011; 52(9): 162-93.

11. Meireles VC, Gelena LGSV, Inoue KC, Matsuda LM. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO RELACIONADO AO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO. Anais Eletrônico VIIIEPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar CESUMAR – Centro Universitário de Maringá. 2011. Editora CESUMAR Maringá – Paraná – Brasil. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/viviani_camboin_meireles.pdf
12. Vieira AO, Campos FMC, Almeida DR, Romão DF, Aguilard VD, Garcia EC . Cuidados de enfermagem em pacientes neonatos com cateter central de inserção periférica. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2013; 4(4): 1434-46.
13. Murasaki ACY, Versa GLGS, Bellucci Júnior JÁ, Meireles VC, Vituri DW, Matsuda LM. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. Esc. Anna Nery. 2013; 17(1): 11-16.
14. 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. Ciênc.cuid. saúde. 2010; 9(4): 782- 90.
15. Teixeira TC, Cassiani SH. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44(1): 139-46.
16. Santos, Glauber Eduardo de Oliveira. Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.
17. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains D Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. Jornal Nursing Scholarship. 2010;42(2):156-165.

6.2. ARTIGO ORIGINAL:

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO URINÁRIA: INDICADORES DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM IDOSOS

Este artigo será submetido à Revista de enfermagem *UFPE on line*, classificada no programa QUALIS B2 em enfermagem.

RESUMO

Objetivo: analisar a assistência de enfermagem a partir de indicadores com foco na prevenção da infecção urinária. **Método:** observação direta de pacientes utilizando-se um instrumento de registro de busca ativa. Foram observados 258 pacientes e utilizada a estatística descritiva para verificar o percentual de adequação dos cuidados observados em relação ao padrão de qualidade proposto para os indicadores. Determinou-se o Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência (QA): Desejável (100% IP); Adequada (90-99%); Segura (80-89%); Limítrofe (71-79%) e Sofrível (< 70%). **Resultado:** A QA apresentou-se “Adequada” para os indicadores *Identificação da Sonda Vesical de Demora (SVD)* e *Posicionamento da bolsa coletora*, o indicador, *Fixação adequada da SVD* teve uma QA Limítrofe. **Conclusão:** o processo de cuidado relacionado a prevenção de infecção do trato urinário, necessita de maior atenção, investindo-se em educação continuada, com a prática do cuidado baseado em evidências com vista a uma assistência segura livre de danos.

INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência de enfermagem vem sendo discutida e compartilhada há algum tempo, principalmente em decorrência da crescente conscientização de que ela é um requisito fundamental à sobrevivência econômica das instituições de saúde, além de ser uma responsabilidade ética, profissional e social. Neste sentido, a avaliação

da qualidade permite a quantificação e o reconhecimento de um determinado problema e aponta qual a ação necessária para que esse evento não aconteça, diminuindo a incidência de eventos adversos.¹

Um estudo de revisão integrativa realizado por Caldana², sobre indicadores de desempenho em um serviço de enfermagem hospitalar, mostrou que vários indicadores vêm sendo utilizados, por enfermeiros, permitindo monitoramento e intensificação de estratégias direcionadas à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Ao ter o objetivo do uso de indicadores como ferramenta de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, devemos adotar padrões para medir e comparar a qualidade do cuidado, pois ele servirá de referência, atuando como um pilar para o processo avaliativo. A intenção é padronizar e tornar o processo de avaliação do cuidado uma parte integrante da assistência de enfermagem e não apenas mais uma tarefa a ser cumprida. Trata-se de disponibilizar os resultados como ferramenta para que ocorra a avaliação sistemática do processo de assistência de enfermagem de maneira efetiva.³

Um grande problema de saúde pública relacionado ao cuidado da assistência de enfermagem, diz respeito às infecções contraídas durante procedimentos realizados nos cuidados de saúde, sendo a enfermagem a principal responsável pelo combate e controle de infecções por desempenhar um cuidado direto ao paciente.⁴

É um destaque, dentre as infecções, a incidência daquelas relacionadas ao trato urinário correspondendo entre 35% a 40% de todas as infecções nosocomiais, sendo 70% a 88% diretamente relacionadas ao cateterismo vesical e 5% a 10% após cistoscopias ou procedimentos cirúrgicos com manuseio do trato urinário, sobretudo em ambientes como UTIs e Semi-UTIs. Esta ocorrência acarreta prolongamento no tempo de internação

dos pacientes, aumento do custo gerado pelas internações, potenciais complicações e aumento da morbidade e mortalidade.⁵

A idade avançada, sexo feminino, disfunções anatômicas e doenças subjacentes severas estão entre os principais fatores de risco associados às ITU (Infecção do trato urinário). Mas, sem dúvida, a grande maioria destas infecções, cerca de 80%, está associada ao cateterismo do trato urinário, sua duração, manipulação, posicionamento e garantia de fluxo.⁶

Em idosos, as infecções do trato urinário são a causa mais banal de sepse, sendo responsáveis por elevadas taxas de morbimortalidade. Nesses pacientes, presença de infecções do trato urinário prévias, uso de cateteres vesicais de demora, outras doenças concomitantes, institucionalização e declínio do status cognitivo associam-se a piores prognósticos.⁷

Neste sentido, a prevenção da infecção se coloca como essencial na qualidade da assistência a saúde desta população. Uma maneira de prevenção é através da avaliação da qualidade das práticas assistenciais pela formulação de indicadores clínicos, eles constituem medidas quantitativas de resultados desejáveis ou indesejáveis de um dado processo ou sistema e devem ser medidos de forma contínua ou periódica, para que se verifique o alcance de objetivos.⁶

Diante disto, a enfermagem tem papel fundamental na prevenção da infecção do trato urinário, neste estudo daremos ênfase a três indicadores da qualidade da assistência de enfermagem relacionado ao cuidado que auxiliam na prevenção: fixação adequada, correto posicionamento da bolsa coletora para a garantia do fluxo de urina e a identificação correta da sonda vesical de demora.

OBJETIVO

Portanto, o objetivo desta pesquisa é analisar três indicadores da assistência de enfermagem relacionados ao cateterismo vesical de demora no intuito de avaliar a qualidade da assistência prestada com foco à prevenção de infecção.

MÉTODO

Estudo prospectivo, de abordagem quantitativa, com o escopo mensurar, identificar e comparar os indicadores da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem relacionados ao cateterismo vesical de demora antes e após a implantação de um instrumento de registro dos indicadores na rotina do setor estudado.

É importante destacar que a implantação do instrumento foi realizada através de outro estudo, este somente tem o intuito de avaliar e comparar a qualidade da assistência prestada antes e após esta implantação.

O estudo foi realizado na emergência de um hospital público no Distrito Federal do Sistema Único de Saúde (SUS), no Centro Neurocardiovascular, referência em emergências neurológicas e cardiológicas do Distrito Federal e entorno. O setor conta com um quadro de 65 servidores de enfermagem, sendo 17 enfermeiros e 48 técnicos de enfermagem.

Os dados foram coletados no período de julho de 2015 a fevereiro de 2016 em dias aleatórios e foram incluídos pacientes idosos, com mais de 60 anos, de ambos os sexos, com mais de 24 horas da admissão, independente do diagnóstico.

Para o cálculo amostral foi utilizado nível de confiança de 99% e o erro amostral de 5%⁸. Após aplicação da fórmula do cálculo amostral, foi encontrado uma total de 129 pacientes por coleta de dados, o que considera a pesquisa viável.

Na coleta de dados utilizou-se o instrumento elaborado, desenvolvido e validado por Vituri³ intitulado “Registro de Busca Ativa”. Este instrumento foi validado pela estratégia de validação de conteúdo por especialistas da área da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem e se constitui de doze indicadores de qualidade: 1- identificação do leito do paciente internado; 2- risco para queda do leito; 3- identificação de acessos venosos periféricos; 4- identificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas; 5- identificação de equipos para infusão venosa; 6- identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão; 7- identificação de sondas gástricas; 8- fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese; 9- checagem de procedimentos de enfermagem na prescrição médica; 10- verificação do controle de sinais vitais; 11- checagem de procedimentos na prescrição de enfermagem; e 12- elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro. O foco deste trabalho é a avaliação das assertivas relacionadas à sonda vesical de demora, ou seja, o item 8.

Foram coletados os dados referentes aos indicadores selecionados para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem relacionados aos cuidados com a sonda vesical de demora em dois momentos distintos. A primeira coleta foi realizada antes da implantação no setor do instrumento “Registro de Busca Ativa” e a segunda um mês após a implantação do mesmo no setor.

Foi considerada como correta a identificação da sonda vesical de demora que contivessem a data, a hora da inserção, número da sonda, quantidade de água no balonete e o nome do enfermeiro responsável pelo procedimento. Em relação a fixação adequada considerou-se correta quando no homem a fixação do cateter estiver

localizada no hipogástrio, e na mulher na face interna da coxa. Para a bolsa coletora abaixo da bexiga foi considerado correto quando a bolsa coletora estava localizada abaixo do nível da bexiga³.

Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel®. Como padrão de qualidade, utilizaram-se os parâmetros adotados por Haddad⁹. Segundo este autor a assistência de enfermagem é qualificada a partir do Índice de Positividade (IP) de cada indicador avaliado. A Qualidade da Assistência (QA) dos indicadores foi categorizada de acordo com o IP, conforme consta no Quadro:

Quadro 1. Critérios de classificação da qualidade da assistência de enfermagem.

Qualidade da Assistência (QA)	Índice de Positividade (IP)
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
Assistência sofrível	70% ou menos de positividade

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Brasília, Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES-DF), sendo aprovado pelo CAAE: 45794115.8.0000.5553. Os pacientes e/ou responsável que aceitaram participar da pesquisa foram esclarecidos sobre a confiabilidade, objetivos e devidos fins da pesquisa e receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), podendo ou não participar da pesquisa de acordo com sua vontade.

RESULTADOS

Os dados referentes a observação de 256 pacientes internados no período estipulado estão apresentados na Tabela 1, sendo 129 pacientes em cada coleta de dados.

Tabela 1. Qualidade da Assistência de Enfermagem a partir de indicadores. Brasília, 2016.

INDICADORES	Valores Observados				QA
	Número de Observações	Respostas Adequadas	Respostas inadequadas ou ausentes	IP (%)	
Identificação da SVD adequada					
Coleta 1	102	97	05	95,1%	Adequada
Coleta 2	126	120	06	95,2%	Adequada
Fixação da SVD adequada					
Coleta 01	102	57	45	55,9%	Sofrível
Coleta 02	126	93	33	73,8%	Limítrofe
Posicionamento da Bolsa Coletora					
Coleta 1	102	82	20	80,4%	Segura
Coleta 2	126	123	03	97,6%	Adequada

*IP: Índice de positividade

**QA: Qualidade de Assistência

Em relação à identificação da sonda vesical de demora foi alcançado o índice de positividade considerado “adequado” nas duas coletas realizadas. Já no que diz respeito à sua fixação, em ambas as coletas de dados foram observados índices bem abaixo do

Índice de Conformidade Ideal (ICI), sendo aplicada a qualidade da assistência “sofável” na primeira coleta e “limítrofe” na segunda.

Quanto ao correto posicionamento da bolsa coletora de diurese para garantia de um fluxo adequado, nas duas coletas também não se alcançou o ICI de 100% na unidade avaliada, a primeira coleta mostrou a qualidade da assistência considerada “segura” e segunda “adequada”.

DISCUSSÃO

Uma vez que a realização da passagem do cateter urinário e o acompanhamento dos cuidados com o mesmo é item do trabalho da enfermagem e componente de manutenção da segurança e garantia da qualidade da assistência prestada ao paciente, tal procedimento deve ser realizado na prática clínica da profissão com a padronização necessária para gerar um padrão mínimo de qualidade suficiente para uma assistência segura.¹⁰

Vários são os fatores de risco responsabilizados pela alta prevalência da bacteriúria associada ao cateter de demora, entre eles estão incluídos o sexo, a idade avançada e doença grave coexistente. A idade avançada e a coexistência de uma doença grave em pacientes cateterizados e hospitalizados, constituem importantes fatores de risco, que proporcionam, inclusive, um aumento da taxa de mortalidade. Além desses, existem os fatores de risco alteráveis como a indicação para o cateterismo, a duração do cateterismo, os cuidados com o cateter e a contaminação cruzada, são nestes aspectos que a equipe de enfermagem deve atuar para prestar uma assistência com qualidade, livre de infecções.¹¹

O registro de enfermagem é amparo legal do profissional, proporciona a continuidade da assistência em enfermagem prestada ao paciente e constitui-se em fator de extrema relevância no exercício da profissão.¹²

As anotações da equipe de enfermagem são consideradas os principais meios de comunicação entre toda a equipe de saúde e está diretamente relacionada com a segurança do paciente e qualidade da assistência em saúde prestada, pois além de indicar as ações, procedimentos e orientações prestadas aos pacientes possibilitam informações para sua continuidade e planejamento de acordo com às suas necessidades. Quando realizadas de forma correta, os registros facilitam informações para a continuidade do cuidado, otimizando tempo, reduzindo custo, evitando processos de trabalho inadequados, garantindo assim, a qualidade dos serviços de saúde.¹²

Oposto ao ocorrido nas duas coletas de dados, onde mais de 95% das sondas estavam identificadas, num estudo de 2011, em algumas instituições de saúde, o registro correto da sondagem vesical de demora foi mencionado por apenas 55,5% das instituições pesquisadas, sendo que somente 33,3% referiram além do registro em prontuário, a anotação no próprio coletor urinário, com dados referentes à data de inserção do cateter e identificação do profissional responsável pela cateterização urinária (nome, função e identificação junto ao Conselho Regional de Enfermagem). Outra informação deste estudo é que 22,2% utilizam para essa anotação uma etiqueta autoadesiva padronizada no serviço, que é colada na bolsa coletora de urina.¹⁰

Em relação ao período pré-estabelecido para que o cateter vesical de demora seja trocado visando a prevenção de infecções, os estudos mais atuais assinalam que não é recomendando intervalos fixos de trocas, destacando como procedimento ideal a realização de avaliações periódicas e constantes, para que se detecte em tempo hábil presença de sinais que indiquem a troca de todo o sistema, daí a importância do registro

e vigilância da enfermagem, profissional responsável direto pelos cuidados relacionados a esse dispositivo.⁴

Apesar disto, a literatura coloca que o risco de adquirir bacteriúria é em torno de 3 a 10% por dia de permanência do cateter. Assim o tempo de duração do cateterismo deve ser reduzido, apesar de nenhuma literatura definir um tempo de permanência máximo.⁴

A duração do cateterismo é, provavelmente, o mais importante fator de risco na instalação da bacteriúria associada ao cateter de demora. Estudos epidemiológicos têm demonstrado claramente que o risco de infecção urinária associada ao cateter de demora está relacionado com a duração do cateterismo. Tem sido encontrada uma progressiva bacteriúria em pacientes com cateter de demora. Assim, foi verificada que, quando a contagem microbiana era inicialmente a mais baixa detectável, em 90% dos casos ocorreu um aumento para 10⁵ colônias/ ml de urina, dentro de três dias.¹¹

Outro item importante na prevenção de infecções relacionadas ao uso do cateter urinário diz respeito a manipulação da sonda vesical de demora. É necessária a reflexão do enfermeiro sobre a importância da manipulação correta dos cateteres vesicais, enfatizando o conhecimento acerca das indicações e do risco desse procedimento, aliada a responsabilidade na manipulação desse dispositivo.¹³

Foram identificadas evidências nos estudos associadas aos cuidados de enfermagem na prevenção da ITU, sendo fundamental que estes ultrapassem a técnica. Os riscos devem ser constantemente avaliados, a prática de higienização das mãos deve ser realizada criteriosamente, as condições anatômicas de cada paciente devem sempre ser levadas em consideração na hora da fixação e manipulação, assim como a educação do paciente e de seus familiares.⁴

Encontrou-se alto índice de não conformidade quanto à fixação adequada da bolsa, considerada sofrível na primeira coleta de dados, e limítrofe na segunda. Este fato contribui para o trauma da uretra, refluxo do conteúdo, risco de infecção urinária e consequentemente infecção hospitalar.

No estudo de Chaves¹³, a fixação adequada apresentou 17,% de conformidade e 83,% de não conformidade. Já o posicionamento da bolsa coletora alcançou 97% de conformidade e 3% de não conformidade, o que vai ao encontro deste estudo, onde verificou-se na segunda coleta de dados que 97,6% das bolsa coletoras estavam posicionadas adequadamente. Observa-se que a manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga é um cuidado bastante difundido e aplicado.

Além da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, o sistema de drenagem deve ser fechado, e a união do cateter com o tubo coletor não deve ser desconectada, pois nesta eventualidade, aumenta o risco de contaminação. O ambiente hospitalar constitui um reservatório e veículo para a infecção nosocomial. A contaminação cruzada entre os pacientes cateterizados é um modo importante de disseminação da infecção por *Serratia marcescens*, *Proteus* e *P. aeruginosa*. Igualmente, outras fontes extrínsecas, tais como as bolsas usadas para colher a urina dos coletores, soluções e fluidos de irrigação têm sido responsabilizados, epidemiologicamente, pela bacteriúria associada ao cateter.⁴

Nesse sentido, ressalta-se que o controle e a prevenção de ITU relacionada ao cateter precisam de uma gama de medidas, a implementação e avaliação de programas e protocolos de controle de infecção deve ser contínuo, sendo, portanto, de competência do enfermeiro as intervenções que possam ter como meta primordial a qualidade de vida e a segurança da assistência ao paciente.

A idade avançada é um dos fatores de risco para ITU, portanto a prevenção é a melhor estratégia para os pacientes internados. Medidas como a elaboração do protocolo

sobre cateterismo vesical, investimento em educação continuada para a equipe de enfermagem e médica contribuem para a adequação do procedimento, desde a inserção e manipulação da sondagem vesical.¹³

CONCLUSÃO

Em virtude da qualidade da assistência considerada limítrofe no que diz respeito a fixação adequada da sonda vesical de demora, fica sinalizada a necessidade de medidas de capacitação nesta área com intuito de sensibilizar a equipe de enfermagem desta unidade quanto à importância de medidas preventivas de infecção urinária relacionadas à sondagem vesical de demora.

Foi possível constatar uma melhora significativa do desempenho geral da equipe de enfermagem da unidade avaliada após ter sido implementado o registro de busca ativa e a ocorrência de medidas de educação após a primeira coleta de dados. Além disso, verificou-se melhora no desempenho individual dos indicadores, embora ainda haja um longo caminho a ser percorrido no sentido de alcançar o ICI que é de 100% em todos os indicadores.

Para atingir esse objetivo se faz necessário que os enfermeiros desta unidade se conscientizem do seu papel de educadores e não deleguem ao setor responsável pela educação permanente ou a coordenadores do setor toda a responsabilidade pela capacitação de sua equipe. Cabe ao enfermeiro assistente a liderança da sua equipe no sentido de orientar e supervisionar, o que sensibiliza cada vez mais sua equipe e se traduz num maior envolvimento/comprometimento com o a qualidade do cuidado e prevenção de eventos adversos.

Tendo em vista a prevenção das infecções, fica claro que a equipe de enfermagem precisa identificar os cuidados com a sonda vesical de demora como um procedimento complexo e que exige rotina específica. Neste sentido, os processos de avaliação tem o proposito de monitorar a qualidade da assistência prestada ao paciente, auxiliando as lideranças nos processos decisórios e empoderando os enfermeiros assistenciais das unidades para o desenvolvimento de estratégias de solução de problemas baseado em evidências e direcionado aos problemas encontrados.

REFERÊNCIAS

1 - Feldman LB, D'innocenzo M, Fazenda NRR, Helito RAB. Indicadores, auditorias, Certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2010. 208 p.

2 - Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. Rev Rene [Internet] 2011 [cited 2015 jun 10]; 12(1):189-97. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a25v12n1.pdf

3 - Vituri DW. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2007.

4 - Magalhães SR, Melo EM, Lopes VP *et al.* Evidências para a prevenção de infecção no cateterismo vesical: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. [Internet] 2014.

[cited 2015 may 13]. 8(4):1057-63 Available from:file:///C:/Users/PC/Downloads/4611-54635-1-PB%20(2).pdf

5 - Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for Prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Infect Control Hosp Epidemiol. [Internet] 2010. [cited 2016 may 11]. 31(4):319-26. Available from:

<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>

6 - Fernandes MVL, Lacerda RA, Hallage NM. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associado a cateter. Acta Paulista Enfermagem [Internet]. 2006 [Cited 2014 Sept 17]; 19(2):174-89. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a09v19n2.pdf>

7 - Dallacorte RR, Schneider RH, Benjamin WW. Perfil das infecções do trato urinário em idosos hospitalizados na Unidade de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS. Scientia Medica Porto Alegre [Internet]. 2007 [Cited 2015 Sept 17]; 17(4): 197-204. Available from: file:///C:/Users/PC/Downloads/2100-10974-1-PB%20(2).pdf

8 - Santos, GEO [Internet]. *Cálculo amostral*: calculadora on-line; [cited 2015 fev 08]. Available from: <http://www.calculoamostral.vai.la>

9 - Haddad MCFL. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital público [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.

10 - Mazzo A, Godoy S, Alves LM, Mendes IAC, Trevisan MA, Rangel ELM. Cateterismo urinário: facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2011 [Cited 2015 fev 18]. 20(2):333-339 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200016&lng=en&nrm=iso.

11 - Maia BT, Gonçalves E, Versiani CM, Veloso GGV, Dias GMM. Aspectos epidemiológicos de los portadores e infección del tracto urinario: una revisión. *Revista Digital*, [Internet]. 2013 [Cited 2015 may 18]. 18(180). Available from: <http://www.efdeportes.com/efd180/infeccao-do-trato-urinario.htm>

12 - Vergílio M S, Silva E M, Rodrigues de Jesus L, Araújo Seignemartin B. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet] 2013. [Cited 2015 may 22]. 141123-1132. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324029419008>.

13 - Chaves NMO, Moraes CLK. Controle de infecção em cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva. *R. Enferm. Cent. O. Min.* [Internet]. 2015 [Cited 2015 may 22]. 5(2):1650-1657. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/773>

7. CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO

A utilização de indicadores de desempenho é essencial para os serviços de saúde, principalmente na área da enfermagem, uma vez que se configura em uma medida que permite o monitoramento e a identificação de estratégias para intensificar a melhoria da qualidade da assistência.

Em sua história, a enfermagem tem aliado a profissão à construção de normas, rotinas, protocolos, entre outros instrumentos de trabalho, assim como a busca da atualização do conhecimento. Acreditamos que os indicadores da assistência de enfermagem podem ser utilizados para a avaliação da qualidade do cuidado no sentido de aprimorar o desejo dos profissionais em melhorar e compreender a qualidade deste cuidado.

Para isto, sabemos que os processos avaliativos devem se utilizar de informações válidas, pois somente com a aplicação de medidas validadas não se corre o risco de distorcer o comportamento da equipe e, conseqüentemente, desacreditar e desmotivar os profissionais de enfermagem. Com base nestas questões, este estudo foi conduzido com os objetivos de avaliar, analisar, comparar e identificar, por meio de um instrumento validado, a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados, uma vez que foram identificados, por meio dos artigos científicos, os indicadores que são ou podem ser utilizados por serviços hospitalares de enfermagem no intuito de analisar e realizar comparação entre unidades ou intra e extrainstitucionalmente, visando ao alcance de uma melhor qualidade da assistência.

Foi também implementado com sucesso o instrumento Registro de Busca Ativa na rotina do setor, contudo a manutenção de sua aplicação ficará a cargo dos enfermeiros da Unidade.

Quanto à aplicação do instrumento, os dados encontrados na Unidade avaliada, referentes à qualidade dos cuidados básicos de enfermagem, mostraram que ainda existe um longo caminho a ser percorrido no sentido de alcançar o ICI proposto pelo instrumento de pesquisa. Alguns pontos necessitam de intervenção urgente para melhoria da qualidade, apesar da constatação de melhora do desempenho dos indicadores da Unidade avaliada após ter sido implementado o instrumento de coleta de dados na rotina do setor.

Estes pontos se referem aos indicadores que receberam um ICI bastante inferior ao preconizado. Chama a atenção o ICI de 24,1% para o indicador de identificação de acessos venosos periféricos na primeira coleta, e 66,0 % na segunda; o de 1,4% para identificação de equipos para infusão venosa na primeira amostra, 79,0% na segunda, e o de 13,6% para

identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão na primeira, e 62,2% na segunda; Todos estes indicadores apresentam um ICI recomendável de 100% e não atingiram esta recomendação em ambas as coletas de dados.

Não foi possível a verificação dos indicadores relacionados à prescrição de enfermagem, uma vez que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) não é aplicada no setor estudado, apesar da recomendação obrigatória orientada pelo COFEN por meio da Resolução n.º 358/2009.

Em razão dos problemas detectados após a aplicação do instrumento nas duas coletas de dados, é necessário otimizar o processo de educação permanente da instituição estudada. Esta melhora das práticas de educação deve considerar a necessidade imprescindível de sensibilizar os enfermeiros sobre sua importância em implementar a SAE, não realizada na Unidade estudada, o que afeta diretamente a qualidade da assistência prestada.

Além disso, outras ações devem ser tomadas no sentido de se estabelecer barreiras defensivas para se evitarem os erros, tais como o incentivo à notificação dos erros; acesso fácil à informação; dimensionamento adequado da equipe; políticas e diretrizes institucionais que visem à segurança do paciente; participação do cliente no processo de terapia medicamentosa quando possível; e supervisão direta e frequente da equipe técnica pelo enfermeiro, nos processos de administração de medicamentos.

Desta forma, este estudo confirmou que a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem necessariamente não precisa abranger todos os aspectos do cuidar. Um instrumento validado bem simplificado e objetivo possibilitou direcionar a gerência, coordenação e enfermeiros assistenciais às necessidades mais urgentes de intervenção, através dos resultados encontrados. Estes resultados funcionaram como marcadores da qualidade, os quais subsidiaram a elaboração e o reajuste de metas na busca pela melhor qualidade possível.

A importância do controle de qualidade do cuidado como instrumento eficaz no sentido de alinhar as mudanças necessárias ao processo de trabalho da equipe de enfermagem visa alcançar a melhor qualidade possível no contexto da realidade local através da comparação de indicadores realizados em períodos de tempo diferentes.

Destacamos ainda que a escolha e o desenvolvimento de indicadores da assistência em saúde não deve se restringir apenas à equipe de enfermagem, mas envolver também o trabalho da equipe multidisciplinar, considerando o contexto e a realidade em que se inserem.

Como limitações, observamos que os indicadores do instrumento utilizado não contemplam todos os aspectos importantes na prevenção de eventos adversos e qualidade do cuidado, mas apesar disso, direcionam as prioridades mais urgentes de intervenção para

melhoria da qualidade das práticas na Unidade estudada, cuja realidade, certamente, não é diferente de muitas outras de nosso país.

Outra limitação reconhecida é que o presente estudo não abordou variáveis relacionadas ao dimensionamento do pessoal de enfermagem e a itens estruturais. Desse modo, sugerimos estudos futuros que contemplem essas variáveis na avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem.

No entanto, o resultado deste trabalho destaca a importância do enfermeiro para as instituições hospitalares, colocando-o como peça fundamental, por se tratar de um profissional qualificado e com posicionamento estratégico nesse cenário. Para tal, é necessária a ampliação da cultura avaliativa com a inserção dos indicadores de qualidade e da prática baseada em evidências no intuito de otimizar a qualidade da assistência de enfermagem, com o objetivo final de uma assistência livre de erros.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2b_d5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 20 dez. 2013.

ASSUNÇÃO, Rosana Claudia de. *Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná*. 2005. 112 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

AWA, Bahjat A. *et al.* Comparison of Patient Safety and Quality of Care Indicators Between Pre and Post Accreditation Periods in King Abdulaziz University Hospital. *Research Journal of Medical Sciences* [Internet]. 2011 [acesso em: 20 dez 2013];5(1):61-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3923/rjmsci.2011.61.66>.

BARBOSA, Luciana Rodrigues Barbosa; MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 366-370, 2008.

BITTAR, Olímpio José Nogueira Viana. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 22, p. 15-18, 2004.

BOHOMOL, Elena. Padrões para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, Maria. (Coord.). *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari, 2006. cap. 4, p. 73-85.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; Araújo, Adriana Maria Procópio de. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1055-1069. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700038>. Acesso em: 14 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Nacional de Acreditação. *Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares*. Brasília, DF, 2004. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação: programa da saúde e prevenção de riscos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CALDANA, Graziela *et al.* Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 34, n. 2, p. 187-194, jul./dez. 2013.

CAMPBELL, Stephen M. *et al.* Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *British Medical Journals*, London, v. 326, n. 12, p. 816-819, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12689983>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CECIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CINTRA, Eliane de Araújo; PINTO, Adriano Carlos. Use of quality indicators for evaluation of nursing care: nurses' opinions. *Journal of the Health Sciences Institute*, 2010, v. 28, n. 1, p. 29-34. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_janmar/V28_n1_2010_p29-34.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução Cofen 266/2001*. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2662001_4303.html>. Acesso em: 23 mar. 2014.

DONABEDIAN, Avedis. *Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica*. Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

DONABEDIAN, Avedis. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, EUA: Health Administration Press, 1999.

FELDMAN, Liliane Bauer. Critérios para avaliar o serviço de enfermagem. In: D'INNOCENZO, Maria (Coord.). *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari, 2006. cap. 5, p. 89-106.

FERNANDES, Marina Viana *et al.* Procedimentos administrativos. In: _____. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003. cap. 1, p. 1-15.

GABRIEL, Carmen Sílvia *et al.* Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1247-1254, out. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500024>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, EUA: National Academy Press, 2001.

JOINT COMISSION INTERNATIONAL (JCI). *The international essentials of health care quality and patient safety*. 2010. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/International-Essentials-for-Quality-and-Patient-Safety>>. Acesso em: 25 fev. 2013.

MALIK, Ana Maria. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'Innocenzo, Maria. (Coord.). *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari, 2006. cap. 1, p. 21 -35.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; CORRÊA, Allana dos Reis. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200017>. Acesso em: 27 set. 2013.

MATSUDA, Laura Missue. *Satisfação profissional da equipe de enfermagem na UTI-adulto: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência*. 2002. Tese (Doutorado em

- Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- MENDES, Walter *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. *Revista Brasileira de Educação Médica*, n. 1, Supl. 1, p. 83-91, 2009.
- NASCIMENTO, Camila Cristina Pires. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-751, ago. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400015>>. Acesso em: 20 maio 2016.
- NEEDLEMAN, Jack *et al.* Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, England, v. 364, n. 11, p. 1037-1045, 2011.
- O'GRADY, Naomi P. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, n. RR10, p. 1-26, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>>. Acesso em: 4 jan. 2006.
- PAIVA Sônia Maria Alves de; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. Hospital care: assessment of users' satisfaction during hospital stay. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 973-979, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- PHILLIPS, Lynn Dianne. Controle de infecção. In: _____. *Manual de terapia intravenosa*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 6, p. 140-166.
- POTTER, Patrícia; PERRY, Anne Griffin. Segurança. In: _____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 37, p. 863-92.
- ROCHA, Elyrose Sousa Brito; TREVISAN, Maria Auxiliadora. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 240-245, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- ROSSANEIS, Mariana Angela *et al.* *Quality indicators used in the nursing services of teaching hospitals*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 769-776, ou./dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.22956>>. - doi: 10.5216/ree.v16i4.22956>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- SAMMER, Christine E. *et al.* What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *Jornal Nursing Scholarship*, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.
- SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. *Cálculo amostral*: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Líquido e eletrólitos: equilíbrio e distúrbios. In: _____. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1. cap. 13. p. 192-232.

TRONCHIN, Dayse M. Rizatto; MELLEIRO, Marta M.; MOTA, Nancy Val y Val Peres da. Indicadores de qualidade de enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do “Programa de Qualidade Hospitalar”. *Mundo Saúde*, v. 30, n. 2, p. 300-305, 2006.

VITURI, Dagmar Willamowius. *Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem*. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

VITURI, Dagmar Willamowius; MATSUDA, Laura Missue. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 429-437, 2009.

WACHTER, Robert M.; PRONOVOST, Peter; SHEKELLE, Paul. *Strategies to improve patient safety: the evidence base matures*. *Annals of Internal Medicine*, v. 158, n. 5, Part 1, p. 350-352, 2013.

9. APÊNDICES

9.1. APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - ENFERMEIROS

ENFERMEIROS

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar do projeto: **“INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM IDOSOS”**.

O nosso objetivo é: avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em idosos atendidos em um centro de emergências cardiovasculares em um hospital público e de referência no Distrito Federal.

O (a) Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através da PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES devidamente agendadas de acordo com a sua disponibilidade para adaptação e implementação de um instrumento gerencial que avalia a qualidade da assistência de enfermagem no centro de emergências neurocardiovasculares do Hospital de Base do Distrito Federal.

Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para a participação nas reuniões. Será respeitado o tempo de cada um para participar. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a participar por qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) Senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor de emergência e na Instituição Hospital de Base do Distrito Federal, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: EDUARDO LINEKER MOREIRA ARRAIS, na instituição Hospital de Base do Distrito Federal nos telefones (61) 8131-3546 e (61) 3315-1566, no horário de 7h às 19h.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

EDUARDO LINEKER MOREIRA ARRAIS

Brasília, ____ de _____ de _____

9.2. APÊNDICE 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE –
PACIENTES/RESPONSÁVEIS

PACIENTES /RESPONSÁVEIS

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar do projeto: **“INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM IDOSOS”**.

O nosso objetivo é: avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em idosos atendidos em um centro de emergências cardiovasculares em um hospital público e de referência no Distrito Federal.

O (a) Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através da PERMISSÃO da observação de alguns itens da assistência de enfermagem que lhe é prestada durante sua internação neste setor. Esta observação servirá de subsídio para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem no centro de emergências neurocardiovasculares do Hospital de Base do Distrito Federal.

Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para a esta observação. Será respeitado o tempo de cada um para participar. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a participar por qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor de emergência e na Instituição Hospital de Base do Distrito Federal, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: EDUARDO LINEKER MOREIRA ARRAIS, na instituição Hospital de Base do Distrito Federal nos telefones (61) 8131-3546 e (61) 3315-1566 no horário de 7h às 19h.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

EDUARDO LINEKER MOREIRA ARRAIS

Brasília, ____ de _____ de _____

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1. INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA

Objetivo: verificar a frequência com que cada um dos itens de avaliação é evidenciado. Orientações para o preenchimento: assinalar com um " " cada vez que for constatada a presença do item de avaliação, de modo que a cada cinco vezes tenhamos a seguinte figura: " " .

Número de ordem: _____ Data: _____ Turno de trabalho: _____ Unidade: _____
 N.º da enfermaria: _____ N.º de pacientes internados: _____ N.º de pacientes observados _____

ITENS DE AVALIAÇÃO	FREQUÊNCIA
1. N° de leitos identificados adequadamente:	
2. N° de leitos identificados inadequadamente:	
3. N° de pacientes com risco de queda do leito COM grade lateral:	
4. N° de pacientes com risco de queda do leito SEM grade lateral:	
5. N° de acessos venosos periféricos COM identificação adequada e que não estejam vencidos:	
6. N° de acessos venosos periféricos SEM identificação:	
7. N° de acessos venosos periféricos COM identificação inadequada:	
8. N° de acessos venosos periféricos com identificação adequada, porém vencidos:	
9. N° de pacientes SEM lesões cutâneas pós-infiltrativas:	
10. N° de pacientes COM lesões cutâneas pós-infiltrativas:	
11. N° de equipos de soro COM identificação adequada:	
12. N° de equipos de soro COM identificação inadequada:	
13. N° de equipos de soro SEM identificação:	
14. N° de equipos com identificação adequada, porém vencidos:	
15. N° de rótulos de soros COM identificação adequada e COM escala graduada correta:	
16. N° de rótulos de soros COM identificação adequada e COM escala graduada incorreta:	
17. N° de rótulos de soros COM identificação adequada e SEM escala graduada:	
18. N° de rótulos de soros COM identificação inadequada e COM escala graduada correta:	
19. N° de rótulos de soros COM identificação inadequada e COM escala graduada incorreta:	
20. N° de rótulos de soros COM identificação inadequada e SEM escala graduada:	
21. N° de rótulos de soros SEM identificação e COM escala graduada correta:	
22. N° de rótulos de soros SEM identificação e COM escala graduada incorreta:	
23. N° de rótulos de soros SEM identificação e SEM escala graduada:	
24. N° de sondas COM identificação adequada (sonda nasogástrica, orogástrica):	
25. N° de sondas COM identificação inadequada (sonda nasogástrica, orogástrica e vesical de demora):	

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA (VERSO)

INDICADOR	FREQUÊNCIA
26. Nº de sondas SEM identificação (sonda nasogástrica, orogástrica):	
27. Nº de sondas com identificação adequada, porém vencidas (sonda nasogástrica, orogástrica):	
28. Nº de sondas vesicais de demora COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:	
29. Nº de sondas vesicais de demora COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:	
30. Nº de sondas vesicais de demora COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:	
31. Nº de sondas vesicais de demora COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:	
32. Nº de sondas vesicais de demora SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:	
33. Nº de sondas vesicais de demora SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:	
34. Nº de horários de cuidados de enfermagem checados adequadamente:	
35. Nº de horários de cuidados de enfermagem checados inadequadamente:	
36. Nº de horários de cuidados de enfermagem não checados:	
37. Nº de horários de cuidados de enfermagem circulados e justificados na prescrição de enfermagem no espaço anotações:	
38. Nº de horários de cuidados de enfermagem circulados e não justificados na prescrição de enfermagem no espaço anotações:	
39. Nº de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e verificados de forma completa na prescrição de enfermagem:	
40. Nº de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e verificados de forma incompleta na prescrição de enfermagem:	
41. Nº de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e não verificados na prescrição de enfermagem:	
42. Nº de horários de medicamentos checados adequadamente:	
43. Nº de horários de medicamentos checados inadequadamente:	
44. Nº de horários de medicamentos não checados:	
45. Nº de horários de medicamentos circulados e justificados na prescrição de médica no espaço anotações:	
46. Nº de horários de medicamentos circulados e não justificados na prescrição médica no espaço anotações:	
47. Nº de pacientes COM prescrição de enfermagem diária e completa , elaborada pelo enfermeiro:	
48. Nº de pacientes COM prescrição de enfermagem diária, porém incompleta , elaborada pelo enfermeiro:	
49. Nº de pacientes SEM prescrição de enfermagem diária elaborada pelo enfermeiro:	
OBSERVAÇÕES:	

10.2. ANEXO 2. MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

INDICADOR 1: IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE

1. **Descritor:**

O leito do paciente internado deve estar identificado de forma legível e visível contendo as seguintes informações: número da enfermaria, número do leito, nome do paciente e definição da especialidade (clínica).

2. **Fundamentação científica:**

FERNANDES, M. V. *et al.* Procedimentos administrativos. In: ____ *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003. cap. 1, p. 1-15.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 16-25, 2000.

3. **Tipo de indicador:** Processo.

4. **Numerador:** Número de leitos ocupados com identificação adequada/dia.

5. **Denominador:** Número de pacientes no leito da unidade no período.

6. **Cálculo do indicador:**

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

7. **Fontes de informação:** Observação direta das identificações dos leitos dos pacientes internados.

8. **Crítérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de leitos de pacientes internados no período que atendam ou não ao descritor do indicador.

9. **Amostra para análise de conformidade:** Todos os leitos da unidade em estudo, ocupados por pacientes, verificados em 14 dias aleatórios predeterminados por sorteio.

10. Periodicidade da avaliação: Trimestral, conforme calendário predeterminado.

11. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:

1. N° de leitos **identificados adequadamente:**
 2. N° de leitos **identificados inadequadamente:**

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%

INDICADOR 2: IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO

1. Descritor:

Os pacientes de risco para queda do leito devem ser acomodados em leito com grade lateral. São considerados pacientes de risco para queda do leito idosos (acima de 65 anos), pacientes em pós-operatório imediato e mediato, pacientes que apresentam alterações do nível de consciência (confusos, sedados, agitados), pacientes portadores de distúrbios mentais ou psiquiátricos, pacientes caquéticos e/ou astênicos e crianças abaixo de oito anos de idade, sendo que detectado o risco após exame físico pelo avaliador e pela análise da prescrição de enfermagem do paciente.

2. Fundamentação científica:

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Department of Health and Human Services. *Falls in nursing homes*. Disponível em:

<<http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/nursing.htm>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Injury Prevention and Control. *Falls and hip fractures among older adults*. 2005. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/falls.htm>. Acesso em: 4 jan. 2006.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. O cliente cirúrgico. In: _____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004b. cap. 49, p. 1420-69.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Segurança. In: _____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004j. cap. 37, p. 863-92.

3. Tipo de indicador: Processo.

4. Numerador: Número de pacientes com risco de queda do leito com grade lateral/dia.

5. **Denominador:** Número de pacientes com risco de queda do leito no período.

6. **Cálculo do indicador:**

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

7. **Fontes de informação:** exame físico dos pacientes internados na unidade em estudo.

8. **Crítérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de pacientes internados no período que atendam ou não ao descritor do indicador.

9. **Amostra para análise de conformidade:** Todos os pacientes internados que estiverem acomodados nos leitos da unidade em estudo no momento da busca ativa, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio.

10. **Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

11. **Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

3. N° de pacientes com risco de queda do leito **COM** grade lateral:

4. N° de pacientes com risco de queda do leito **SEM** grade lateral:

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%

INDICADOR 3: IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS

(CATÉTER DE METAL – *scalp; butterfly*; CATÉTER PLÁSTICO – *abocath; venocath*)

1. Descritor:

Os acessos venosos periféricos devem estar identificados com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da punção e rubrica do funcionário responsável. Considera-se que o acesso venoso periférico em adultos por cateter de metal ou cateter plástico, para infusão de medicações deve ser trocado a cada 72 horas ou, na existência de qualquer sinal de infecção (flebite). No caso de utilizar-se o acesso para infusão de hemoderivados ou soluções lipídicas, este deve ser trocado em 24 horas. Em se tratando de crianças, o cateter somente deverá ser trocado no caso

de sinais de flebite.

2. Fundamentação científica:

KREISCHER, E. D. *et al.* Utilização de indicadores de qualidade pela supervisão: uma inovação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 57., 2005, Goiânia. *Anais eletrônicos....* Goiânia: ABEn, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/1652.htm> >. Acesso em: 12 ago. 2007.

O'GRADY, N. P. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *MMWR: Morbidity And Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, n. RR10, p. 1-26, 2002. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

PHILLIPS, L. D. Controle de infecção. In:_____. *Manual de terapia intravenosa*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 6, p. 140-166.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Equilíbrios hídricos, eletrolítico e ácido-básico. In:_____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004f. cap. 40, p. 1014-64.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Líquido e eletrólitos: equilíbrio e distúrbios. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médica cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1. cap. 13. p. 192-232.

WEINSTEIN, S. Principles and practice of intravenous therapy. New York: Lippincott, 2001.

3. Tipo de indicador: Processo.

4. Numerador₁: Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada/dia.

5. Denominador₁: Número de acessos venosos periféricos no período.

6. Cálculo₁ do indicador:

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

7. Numerador₂: Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada, porém vencidos (com prazo de troca extrapolado, conforme descritor).

8. Denominador₂: Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada no período.

9. Cálculo₂ do indicador:

$$\frac{\text{Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada porém vencidos/dia}}{\text{Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada}} \times 100$$

10. Fontes de informação: Observação direta dos pacientes internados na unidade com acesso venoso periférico por meio de cateter de metal ou cateter plástico.

11. Critérios para qualificação da avaliação: Verificar o número de acessos venosos em pacientes internados que atendam ou não ao descritor do indicador.

12. Amostra para análise de conformidade: Todos os pacientes internados na unidade em estudo, com acesso venoso periférico por meio de cateter de metal ou cateter plástico no momento da busca, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio.

13. Periodicidade da avaliação: Trimestral, conforme calendário predeterminado.

14. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:

5. N° de acessos venosos periféricos **COM identificação adequada e que não estejam vencidos:**
 6. N° de acessos venosos periféricos **COM identificação inadequada:**
 7. N° de acessos venosos periféricos **SEM identificação:**
 8. N° de acessos venosos periféricos **COM identificação adequada, porém vencidos:**

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%

INDICADOR 4: VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS pós-INFILTRATIVAS

1. Descritor:

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

2. Fundamentação científica:

FERREIRA, N. M. L. A.; MARASSI, R. P. Avaliando condutas na preservação da infusão venosa no doente hospitalizado. *Prática Hospitalar*, São Paulo, ano 7, n. 39, 2005. Disponível em: <
<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2039/pgs/materia%2012-39.html> >.
 Acesso em: 8 jan. 2007.

O'GRADY, N. P. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *MMWR: Morbidity And Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, n. RR10, p. 1-26, 2002. Disponível em:

<<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

PHILLIPS, L. D. Controle de infecção. In:_____. *Manual de terapia intravenosa*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 6, p. 140-166.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Controle de infecção. In:_____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004c. cap. 33, p. 705-47.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Equilíbrios hídricos, eletrolítico e ácido-básico. In:_____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004f. cap. 40, p. 1014-64.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Integridade cutânea e cuidado com feridas. In: _____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004h. cap. 47, p. 1319-1394.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Líquido e eletrólitos: equilíbrio e distúrbios. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1. cap. 13. p. 192-232

3. Tipo de indicador: Resultado.

4. Numerador: Número de pacientes com infusão venosa, sem lesões cutâneas pós-infiltrativas associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações/dia.

5. Denominador: Número de pacientes com acesso venoso no período.

6. Cálculo do indicador:

<p>Número de pacientes com infusão venosa sem lesões cutâneas pós-infiltrativas, associadas à punção venosa <u>para infusão de soro e/ou medicações/dia</u></p>	x 100
<p>Número de pacientes com acesso venoso no período</p>	

7. Fontes de informação: Observação direta dos pacientes internados na unidade que estiverem fazendo uso de infusão venosa.

8. Critérios para qualificação da avaliação: Verificar o número de pacientes internados no período que atendam ou não ao descritor do indicador.

9. Amostra para análise de conformidade: Todos os pacientes internados na unidade em estudo, que estejam fazendo uso de infusão venosa no momento da busca, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio.

10. Periodicidade da avaliação: Trimestral, conforme calendário predeterminado.

11. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:

9. N° de pacientes **SEM lesões cutâneas pós-infiltrativas:**
 10. N° de pacientes **COM lesões cutâneas pós-infiltrativas:**

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 80%*.

* Optou-se determinar neste estudo um índice de conformidade de 80% para este indicador, pois, segundo Phillips (2001) e Ferreira e Marrassi (2005), as lesões cutâneas pós-infiltrativas não são exclusivamente associadas à técnica de punção, podem estar relacionadas às condições inerentes ao próprio paciente, às condições da veia, ao tipo e pH da medicação ou solução em uso, calibre, tamanho, comprimento e material do cateter utilizado na punção que, poderiam influenciar na condição avaliada pelo indicador.

INDICADOR 5: IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA

1. Descritor:

Os equipos instalados em pacientes recebendo infusão venosa devem estar identificados com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca e rubrica do funcionário responsável. São considerados os seguintes prazos para troca de equipos: 48h - equipos de bomba infusora, 72h - equipos macrogotas, microgotas e microgotas com reservatório, 24h – equipos de pressão venosa central (PVC) e 24h equipos de nutrição parenteral.

2. Fundamentação científica:

BELEI, R. A. *et al. Manual de rotinas da comissão de infecção hospitalar.* 2005. apostila.

O'GRADY, N. P. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *MMWR: Morbidity And Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, n. RR10, p. 1-26, 2002. Disponível em:

<<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

PHILLIPS, L. D. Controle de infecção. In:_____. *Manual de terapia intravenosa.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 6, p. 140-166.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Equilíbrios hídricos, eletrolítico e ácido-básico. In:

_____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004f. cap. 40, p. 1014-64.

3. Tipo de indicador: Processo.

4. Numerador₁: Número de equipos macrogotas, microgotas, microgotas com reservatório, equipos de bomba infusora, nutrição parenteral ou equipos de PVC com identificação adequada/dia.

5. Denominador₁: Número de equipos instalados no período.

6. Cálculo₁ do indicador:

$$\frac{\text{Número de equipos macrogotas, microgotas, microgotas com reservatório, equipos de bomba infusora, nutrição parenteral ou equipos de PVC com identificação adequada/dia}}{\text{Número de equipos instalados no período}} \times 100$$

7. Numerador₂: Número de equipos com identificação adequada, porém vencidos (com prazo de troca extrapolado, conforme descritor)/dia.

8. Denominador₂: Número de equipos instalados com identificação adequada no período.

9. Cálculo₂ do indicador:

$$\frac{\text{Número de equipos com identificação adequada, porém vencidos/dia}}{\text{Número de equipos instalados com identificação adequada no período}} \times 100$$

10. Fontes de informação: Observação direta dos equipos de macrogotas, microgotas, microgotas com reservatório, equipos de bomba infusora, nutrição parenteral ou equipos de PVC, dos pacientes internados na unidade que estejam fazendo uso de infusão venosa.

11. Critérios para qualificação da avaliação: Verificar o número de equipos de infusão venosa em pacientes internados no período, que estiverem fazendo uso de infusão venosa e que atendam ou não ao descritor do indicador.

12. Amostra para análise de conformidade: Todos os pacientes internados na unidade em estudo, que estiverem fazendo uso de infusão venosa com equipos macrogotas, microgotas, microgotas com reservatório, equipos de bomba infusora, nutrição parenteral ou equipos de PVC no momento da busca, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio.

13. Periodicidade da avaliação: Trimestral, conforme calendário predeterminado.

14. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:

- 11. N° de equipos de soro **COM identificação adequada:**
- 12. N° de equipos de soro **COM identificação inadequada:**
- 13. N° de equipos de soro **SEM identificação:**
- 14. N° de equipos com identificação adequada , **porém vencidos:**

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%

INDICADOR 6: IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO E CONTROLE DA VELOCIDADE DE INFUSÃO

1. Descritor:

Os frascos de soro de pacientes com infusão venosa devem possuir rótulo de identificação e conter as seguintes informações: nome do paciente, leito e enfermaria, componentes da solução, volume, hora de início e hora de término previsto, n. ° de gotas e/ou mililitros por hora e assinatura do funcionário responsável. Devem conter também, exceto para os casos de soluções prescritas para serem infundidas de forma “rápida”, uma escala graduada compreendendo o horário previsto para a infusão da solução, confeccionada com uma tira de esparadrapo ou fita adesiva.

2. Fundamentação científica:

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Administração de medicamentos. In: _____ *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004a. cap. 34, p. 748-819.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Equilíbrios hídricos, eletrolítico e ácido-básico. In:

_____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004f. cap. 40, p. 1014-64.

3. **Tipo de indicador:** Processo.
4. **Numerador₁:** Número de frascos de soro com identificação adequada.
5. **Denominador₁:** Número de frascos de soro.
6. **Cálculo₁ do indicador:**

$\frac{\text{Número de frascos de soro com identificação adequada/dia}}{\text{Número de frascos de soro dos pacientes internados}} \times 100$
--

7. **Fontes de informação:** Observação direta dos rótulos dos frascos de soro dos pacientes internados no período, que estejam utilizando infusão venosa, na unidade em estudo.
8. **Crítérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de rótulos de frascos de soro dos pacientes internados que atendam ou não ao descritor do indicador.
9. **Amostra para análise de conformidade:** Todos os pacientes internados na unidade em estudo, que estiverem fazendo uso de infusão venosa no momento da busca, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.
10. **Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

11. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:

15. N° de rótulos de soros	COM identificação adequada e COM escala graduada correta:
16. N° de rótulos de soros	COM identificação adequada e COM escala graduada incorreta:
17. N° de rótulos de soros	COM identificação adequada e SEM escala graduada:
18. N° de rótulos de soros	COM identificação inadequada e COM escala graduada correta:
19. N° de rótulos de soros	COM identificação inadequada e COM escala graduada incorreta:
20. N° de rótulos de soros	COM identificação inadequada e SEM escala graduada:
21. N° de rótulos de soros	SEM identificação e COM escala graduada correta:
22. N° de rótulos de soros	SEM identificação e COM escala graduada incorreta:
23. N° de rótulos de soros	SEM identificação e SEM escala graduada:

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%

INDICADOR 7: IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁSTRICAS (NASOGÁSTRICAS

– de cloreto de polivinil - PVC, do tipo levine; e OROGÁSTRICAS – de cloreto de polivinil, do tipo levine)

1. Descritor:

As sondas nasogástricas e orogástricas de cloreto de polivinil do tipo levine, devem ser identificadas na sua porção externa, com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca e rubrica do funcionário responsável. É considerado o prazo de 5 dias para troca da sonda nasogástrica ou orogástrica de cloreto de polivinil, do tipo levine.

2. Fundamentação científica:

FERNANDES, M. V. *et al.* Sondagens e eliminações. In: _____. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003c. cap. 6, p. 59-75.

MOZACHI, N. *et al.* Sonda nasogástrica e retal. In: SOUZA, V. H. S.; MOZACHI, N. *Hospital: manual do ambiente hospitalar*. 2005. cap. 17, p. 206-209. Disponível em: <http://www.manualreal.com.br/Arquivos/ManualReal_Capitulo_17.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2006.

3. Tipo de indicador: Processo.

4. **Numerador₁**: Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas com identificação adequada/dia.

5. **Denominador₁**: Número de sondas nasogástrica e/ou orogástricas no período.

6. **Cálculo₁ do indicador**:

$$\frac{\text{Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas com identificação adequada/dia}}{\text{Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas}} \times 100$$

7. **Numerador₂**: Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas com identificação adequada, porém vencidas (com prazo de troca extrapolado, conforme descritor)/dia.

8. **Denominador₂**: Número de sondas nasogástrica e/ou orogástricas com identificação adequada no período.

9. **Cálculo₂ do indicador**:

$$\frac{\text{Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas com identificação adequada, porém vencidas/dia}}{\text{Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas}} \times 100$$

10. **Fontes de informação**: Observação direta dos pacientes internados na unidade que estiverem fazendo uso de sonda nasogástrica e/ou orogástrica.

11. **Crterios para qualificação da avaliação**: Verificar o número de sondas em pacientes internados no período que atendam ou não ao descritor do indicador.

12. **Amostra para análise de conformidade**: Todos os pacientes internados na unidade em estudo que estiverem fazendo uso de sonda nasogástrica e/ou orogástrica no momento da busca ativa, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio.

13. **Periodicidade da avaliação**: Trimestral, conforme calendário predeterminado.

14. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:

24. N° de sondas **COM identificação adequada** (sonda nasogástrica e orogástrica):
 25. N° de sondas **COM identificação inadequada** (sonda nasogástrica e orogástrica):
 26. N° de sondas **SEM identificação** (sonda nasogástrica e orogástrica):
 27. N° de sondas com identificação adequada, **porém vencidas** (sonda nasogástrica e orogástrica):

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%

**INDICADOR 8: FIXAÇÃO DA SONDA VESICAL DE
DEMORA E**

POSICIONAMENTO DA BOLSA COLETORA DE DIURESE

1. Descritor:

Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência, serão avaliadas: a) fixação adequada para prevenir movimento e tração uretral; b) garantia do fluxo livre de urina por meio da manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.

2. Fundamentação científica:

BELEI, R. A. *et al.* *Manual de rotinas da comissão de infecção hospitalar.* 2005. apostila.

FERNANDES, M. V. *et al.* Sondagens e eliminações. In:_____. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem.* Londrina: Eduel, 2003c. cap. 6, p. 59-75.

FERNANDES, M. V. L. *Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter.* construção e validação. 2005. 110

f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

O'GRADY, N. P. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *MMWR: Morbidity And Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, n. RR10, p. 1-26, 2002. Disponível em:

<<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Controle de infecção. In:_____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004c. cap. 33, p. 705-47.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Eliminação urinária. In:_____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004e. cap. 44, p. 1179- 1224.

3. **Tipo de indicador:** Processo.

4. **Numerador₁:** Número de sondas vesicais de demora com a fixação adequada/dia.

5. **Denominador₁:** Número de sondas vesicais de demora no período.

6. **Cálculo₁ do indicador:**

$\frac{\text{Número de sondas vesicais de demora com} \\ \text{----- } \underline{\text{A fixação adequada/dia}}}{\text{Número de sondas vesicais de demora no período}} \times 100$
--

7. **Numerador₂:** Número de sondas vesicais de demora com a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga/dia.

8. **Denominador₂:** Número de sondas vesicais de demora no período.

9. Cálculo₂ do indicador:

<p>Número de sondas vesicais de demora com a bolsa coletora</p> <p style="text-align: center;"><u><i>Abaixo do nível da bexiga/dia</i></u></p> <p style="text-align: right;">x 100</p> <p style="text-align: center;">Número de sondas vesicais de demora no período</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>
--

10. Fontes de informação: Observação direta dos pacientes internados na unidade que estiverem fazendo uso de sonda vesical de demora.

11. Critérios para qualificação da avaliação: Verificar o número de sondas em pacientes internados no período que atendam ou não ao descritor do indicador.

12. Amostra para análise de conformidade: Todos os pacientes internados na unidade em estudo que estiverem fazendo uso de sonda vesical de demora no momento da busca ativa, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio.

13. Periodicidade da avaliação: Trimestral, conforme calendário predeterminado.

14. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:

- 28. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:**
- 29. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:**
- 30. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:**
- 31. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:**
- 32. N° de sondas **SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:**
- 33. N° de sondas **SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:**

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%

INDICADOR 09: VERIFICAÇÃO DO CONTROLE DE SINAIS VITAIS (SSVV)

1. Descritor:

Os sinais vitais prescritos na prescrição de enfermagem devem ser registrados em espaço próprio, na frequência prescrita pelo enfermeiro. Caso o

paciente estiver ausente da unidade no horário prescrito para a verificação de SSVV, este horário deve ser circulado e justificado com caneta de cor azul e, caso o motivo da não verificação dos SSVV esteja relacionado ao prestador do cuidado, o horário deve ser circulado em vermelho e também justificado. Neste estudo considera-se a verificação de SSVV como sendo a verificação de Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA) e Frequência Respiratória (FR).

2. Fundamentação científica:

ASSUNÇÃO, C. R. *Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná*. 2005. 112

f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FERNANDES, M. V. *et al.* Sinais vitais, peso, altura, circunferência abdominal e pressão venosa central. In: _____. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003b. cap. 4, p. 33-43.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Sinais vitais. In: _____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004k. cap. 31, p. 563-609.

3. Tipo de indicador: Processo.

4. Numerador: Número de horários de SSVV verificados/dia.

5. Denominador: Número de horários de SSVV prescritos no período.

6. Cálculo do indicador:

$\frac{\text{Número de horários de SSVV verificados/dia} \times 100}{\text{Número de horários de SSVV prescritos no período}}$
--

7. Fontes de informação: Prescrições de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de todos os pacientes internados na unidade.

- 8. Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de SSVV prescritos e o número de SSVV checados nas prescrições de enfermagem de

todos os pacientes internados no período, que atendam ou não ao descritor do indicador.

- 9. Amostra para análise de conformidade:** Todas as prescrições de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de pacientes internados na unidade em estudo no momento da busca, verificadas em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio.

- 10. Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

- 11. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

44. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e **verificados de forma completa**, na prescrição de enfermagem:
45. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e **verificados de forma incompleta**, na prescrição de enfermagem:
46. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e **não verificados**, na prescrição de enfermagem:

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%.

INDICADOR 10: CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Descritor:

Os horários dos procedimentos de enfermagem (medicações, inalações) na prescrição médica devem estar checados com um traço e a rubrica do funcionário. Deve-se utilizar caneta vermelha no período diurno e caneta azul ou preta no período noturno. Os horários dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica que não forem realizados devem ser circulados com caneta de cor azul quando o motivo da não realização não está relacionado ao prestador do cuidado e, em vermelho quando o motivo da não realização está relacionado ao prestador do cuidado de enfermagem, e a justificativa deve ser registrada no espaço destinado as anotações de enfermagem na prescrição de enfermagem.

2. Fundamentação científica:

ASSUNÇÃO, C. R. *Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná*. 2005. 112

f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARPENITO, L. J. Documentação do cuidado de enfermagem. In:_____. *Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 2, p. 30-48.

FERNANDES, M. V. *et al.* Procedimentos administrativos. In:_____. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003a. cap. 1, p. 1-15.

MAZZA, V. A. *et al.* Instrumentalização para registrar em enfermagem. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001, cap. 3, p. 137-145.

POSSARI, J. P. Anotações de enfermagem. In:_____. *Prontuário do paciente e os registros de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2005a. cap. 9, p. 131-148.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Documentação. In:_____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004d. cap. 24, p. 422-242.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Implicações legais na prática de enfermagem. In:_____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004g. cap. 21, p. 358-375.

3. Tipo de indicador: Resultado.

4. Numerador₁: Número de horários checados na prescrição médica/dia.

5. Denominador₁: Número de horários prescritos na prescrição médica no período.

6. Cálculo₁ do indicador:

$$\frac{\text{Número de horários checados na prescrição médica/dia}}{\text{Número de horários prescritos na prescrição médica no período}} \times 100$$

7. Numerador₂: Número de horários circulados e justificados na prescrição de enfermagem.

8. Denominador₂: Número de horários circulados e justificados e número de horários circulados e não justificados nas anotações de enfermagem no período.

9. Cálculo₂ do indicador:

$$\frac{\text{Número de horários circulados e justificados na prescrição médica}}{\text{Número de horários circulados e justificados e número}} \times 100$$

10. Fontes de informação: Prescrições médicas e de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de todos os pacientes internados na unidade.

11. Critérios para qualificação da avaliação: Verificar o número de procedimentos de enfermagem na prescrição médica de todos os pacientes internados no período, que atendam ou não ao descritor do indicador.

12. Amostra para análise de conformidade: Todas as prescrições médicas e de enfermagem dos pacientes internados na unidade em estudo no momento da busca ativa, verificadas em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio.

14. Periodicidade da avaliação: Trimestral, conforme calendário predeterminado.

15. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:

39. N°de horários de medicamentos **checados adequadamente**:
 40. N°de horários de medicamentos **checados inadequadamente**:
 41. N°de horários de medicamentos **não checados**:
 42. N°de horários de medicamentos **circulados e justificados**, nas anotações de enfermagem:
 43. N°de horários de medicamentos **circulados e não justificados**, nas anotações de enfermagem:

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%

INDICADOR 11: CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Descritor:

Os horários dos procedimentos de enfermagem (medicações, inalações) na prescrição médica devem estar checados com um traço e a rubrica do funcionário. Deve-se utilizar caneta vermelha no período diurno e caneta azul ou preta no período noturno. Os horários dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica que não forem realizados devem ser circulados com caneta de cor azul quando o motivo da não realização não está relacionado ao prestador do cuidado e, em vermelho quando o motivo da não realização está relacionado ao prestador do cuidado de enfermagem, e a justificativa deve ser registrada no espaço destinado as anotações de enfermagem na prescrição de enfermagem.

2. Fundamentação científica:

ASSUNÇÃO, C. R. *Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná*. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARPENITO, L. J. Documentação do cuidado de enfermagem. In: _____. *Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 2, p. 30-48.

FERNANDES, M. V. *et al.* Procedimentos administrativos. In: _____. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003a. cap. 1, p. 1-15.

MAZZA, V. A. *et al.* Instrumentalização para registrar em enfermagem. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001, cap. 3, p. 137-145.

POSSARI, J. P. Anotações de enfermagem. In: _____. *Prontuário do paciente e os registros de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2005a. cap. 9, p. 131-148.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Documentação. In: _____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004d. cap. 24, p. 422-242.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Implicações legais na prática de enfermagem. In: _____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004g. cap. 21, p. 358-375.

210

3. Tipo de indicador: Resultado.

4. Numerador₁: Número de horários checados na prescrição médica/dia.

5. Denominador₁: Número de horários prescritos na prescrição médica no período.

6. Cálculo₁ do indicador:

Número de horários checados na prescrição médica/dia x 100
Número de horários prescritos na prescrição médica no período

7. Numerador₂: Número de horários circulados e justificados na prescrição de enfermagem.

8. Denominador₂: Número de horários circulados e justificados e número de horários circulados e não justificados nas anotações de enfermagem no período.

9. Cálculo₂ do indicador:

Número de horários circulados e justificados na prescrição médica x 100

Número de horários circulados e justificados e número de horários circulados e não justificados nas anotações de enfermagem

10. Fontes de informação: Prescrições médicas e de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de todos os pacientes internados na unidade.

11. Critérios para qualificação da avaliação: Verificar o número de procedimentos de enfermagem na prescrição médica de todos os pacientes internados no período, que atendam ou não ao descritor do indicador.

12. Amostra para análise de conformidade: Todas as prescrições médicas e de enfermagem dos pacientes internados na unidade em estudo no momento da busca ativa, verificadas em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

14. Periodicidade da avaliação: Trimestral, conforme calendário predeterminado.

15. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:

39. N° de horários de medicamentos **checados adequadamente:**

40. N° de horários de medicamentos **checados inadequadamente:**

41. N° de horários de medicamentos **não checados:**

42. N° de horários de medicamentos **circulados e justificados**, nas anotações de enfermagem:

43. N° de horários de medicamentos **circulados e não justificados**, nas anotações de enfermagem:

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%

INDICADOR 12: ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO

1. Descritor:

Todos os prontuários de pacientes internados na unidade devem possuir o impresso de prescrição de enfermagem diária. A prescrição dos cuidados de enfermagem deve ser elaborada exclusivamente pelo(a) enfermeiro(a), em atendimento as necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada, sujeita a mudanças correlacionadas com a mudança da prescrição médica.

2. Fundamentação científica:

CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001, cap. 2, p. 17-27.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISLER, A. C. O processo de enfermagem: planejamento do cuidado com diagnóstico de enfermagem. In: _____. *Planos de cuidado de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 2, p. 6-11.

MAZZA, V. A. *et al.* Instrumentalização para registrar em enfermagem. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001, cap. 3, p. 137-145.

POSSARI, J. P. Prescrição de enfermagem. In: _____. *Prontuário do paciente e os registros de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Látria, 2005b. cap. 7, p. 117-129.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. O raciocínio crítico na prática de enfermagem. In: _____. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004i. cap. 3, p. 232-317.

3. Tipo de indicador: Processo.

4. Numerador: Número de pacientes com a prescrição de enfermagem elaborada/dia.

5. Denominador: Número de pacientes internados no período.

6. Cálculo do indicador:

Número de pacientes com a prescrição de enfermagem elaborada/dia
Número de pacientes internados no período

7. Fontes de informação: Prescrições de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de todos os pacientes internados na unidade.

8. Critérios para qualificação da avaliação: Verificar o número de pacientes internados no período, que atendam ou não ao descritor do indicador.

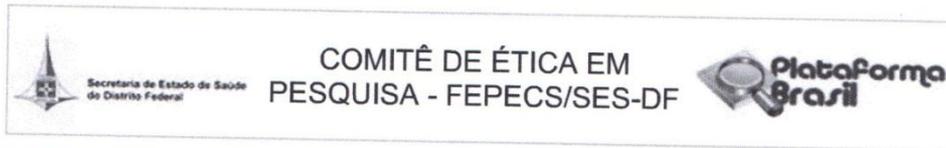
9. Amostra para análise de conformidade: Todas as prescrições de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de pacientes internados na unidade em estudo no

momento da busca, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

10. Periodicidade da avaliação: Trimestral, conforme calendário predeterminado.

ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%

10.3. ANEXO 3. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM IDOSOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM EMERGÊNCIAS NEUROCARDIOVASCULARES DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: Eduardo Líneker Moreira Arrais

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45794115.8.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.107.473

Data da Relatoria: 15/06/2015

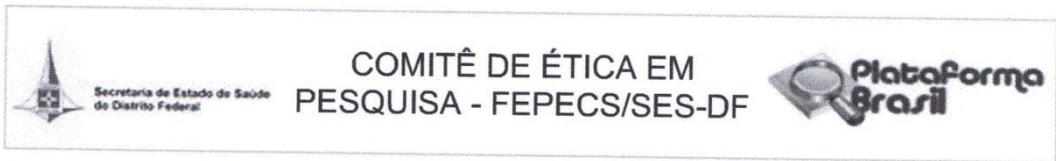
Apresentação do Projeto:

A busca pela melhoria da qualidade do cuidado faz parte da rotina diária dos profissionais da saúde e é uma obrigação legal em muitos países. Para tanto, faz-se necessário o controle da qualidade do cuidado, alicerçado em indicadores que, segundo a literatura, podem ser utilizados como ferramentas de avaliação em saúde. Avaliar significa formar opinião sobre determinado assunto, ou seja, julgar e emitir juízo de valor com base em uma análise minuciosa de um produto, processo e/ou resultado, utilizando como referência os pressupostos e valores que fundamentam as escolhas dos sujeitos envolvidos com a atenção em saúde, sejam eles profissionais ou usuários. Assim, este trabalho tem como objetivo a implantação e manutenção de um instrumento gerencial de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em um Centro de Referência em Emergências Cardiovasculares do Distrito Federal tendo por base indicadores de estrutura, processo e resultados, com intuito de avaliar e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem a idosos ali prestada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.107.473

Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em idosos atendidos em um centro de emergências cardiovasculares em um hospital público e de referência no Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

Adaptar e implementar um instrumento de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, baseado em indicadores, na rotina do setor. Identificar, baseado nos indicadores propostos, as condições existentes que afetam a qualidade da assistência de enfermagem aos pacientes idosos do centro de emergência. Comparar a qualidade da assistência de enfermagem antes e após a implantação da avaliação através dos indicadores selecionados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os dados serão armazenados pelo pesquisador. Serão assegurados o sigilo e a confidencialidade dos sujeitos e dos dados coletados. Após a tabulação dos dados serão deletadas as informações de identificação dos participantes, os quais passarão a serem codificados por números. Todos os cuidados serão tomados no sentido de preservar as informações presentes no banco de dados, desta forma, somente o pesquisador principal e

os pesquisadores cadastrados na Plataforma Brasil para a atuação neste projeto terão acesso ao banco de dados da pesquisa e da instituição, cujos dados serão arquivados em computador protegido por senha pessoal.

Benefícios:

Melhora da qualidade da assistência de enfermagem no setor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado na emergência de um hospital público no Distrito Federal do Sistema Único de Saúde (SUS), no Centro Neurocardiovascular, referência em emergências neurológicas e cardiológicas do Distrito Federal e entorno. Primeira fase da pesquisa a

amostra será composta, pelos enfermeiros lotados no centro de emergência que irão auxiliar no aprimoramento e adaptação do instrumento de coleta de dados, serão convidados todos os 17 enfermeiros lotados na unidade. Na segunda fase da pesquisa, a amostra foi calculada observando o a média de idoso internados no setor nos últimos 6 meses que foi igual a 140 idosos portanto $N = 140$. Para o cálculo amostral com nível de confiança foi de 99% e o erro amostral de 5% utilizamos a fórmula apresentada em anexo no projeto completo.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.107.473

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Apresentação Obrigatória estão em conformidade com a Resolução CNS/MS 466/2012.

Recomendações:

Apresentar Relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto, através da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 15 de Junho de 2015

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

11. FOLHA DE SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

23/05/2016

#41403 Sinopse



CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS

Capa > Usuário/User > Autor > Submissões > #41403 > Resumo

#41403 Sinopse

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

Submissão

Autores	Eduardo Líneker Moreira Arrais	
Título	Terapia endovenosa: avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em idosos a partir de indicadores	
Documento original	41403-173772-1-SM.DOC	20-05-2016
Docs. sup.	41403-173774-1-SP.JPG	20-05-2016
	41403-173775-1-SP.JPG	20-05-2016
	41403-173776-1-SP.PDF	20-05-2016
Submetido por	Sr Eduardo Líneker Moreira Arrais	
Data de submissão	20 de maio de 2016 - 17:22	
Seção	Artigo Original	
Editor	Nenhum(a) designado(a)	

Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	20-05-2016
Última alteração	20-05-2016

Metadados da submissão

EDITAR METADADOS

Autores

Nome	Eduardo Líneker Moreira Arrais
Instituição/Afiliação	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
País	Brasil
Resumo da Biografia	Enfermeiro, Mestrando Profissional em Ciências da Saúde pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Contato principal para correspondência.

Título e Resumo

Título	Terapia endovenosa: avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em idosos a partir de indicadores
Resumo	

O estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência de enfermagem relacionados à terapia intravenosa periférica a partir de indicadores através da observação direta de pacientes e da análise de prontuários utilizando-se um instrumento de registro de busca ativa. Foram observados 258 pacientes e utilizada a estatística descritiva para verificar o percentual de adequação dos cuidados observados em relação ao padrão de qualidade proposto para os indicadores. Determinou-se o Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência (QA): Desejável (100% IP); Adequada (90-99%); Segura (80-89%); Limitrofe (71-79%) e Sofrível (< 70%). A QA apresentou-se "Adequada" apenas para os indicadores validade de equipes e lesões cutâneas pós infiltrativas. Os demais indicadores, alcançaram QA Segura, Sofrível ou Limitrofe. Conclui-se que o processo de cuidado relacionado a terapia intravenosa, necessita de maior atenção, investindo-se em educação continuada, com a prática do cuidado baseado em evidências com vista a uma assistência segura livre de danos.

Indexação

Área e sub-área do Conhecimento	Saúde
Assunto	Qualidade da Assistência à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Segurança do Paciente
Palavras-chave	Qualidade da Assistência à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Segurança do Paciente
Idioma	pt

Agências de fomento

Agências	Hospital de Base do Distrito Federal; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
-----------------	---

A Revista Eletrônica de Enfermagem está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Logotipo do Ibict

IDIOMA/LANGUAGE

Selecione o idioma
 Português (Brasil) ▼

SISTEMA ELETRÔNICO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS

Ajuda do sistema

USUÁRIO/USER

Logado como:
 eduardolinkeker
 • Meus periódicos
 • Perfil
 • Sair do sistema

AUTOR

Submissões
 • Ativo (2)
 • Arquivo (0)
 • Nova submissão

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

 Escopo da Busca
 Todos ▼

Procurar/Browse

- Por Edição
- Por Autor
- Por Título/By Title
- Outras revistas

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

- Para Leitores/For Readers
- Para Autores
- Para Bibliotecários

NOTIFICAÇÕES

- Visualizar (4 nove(s))
- Gerenciar

Desenvolvido por: LEPIDUS TECNOLOGIA



Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-896

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL EDIÇÕES
 ANTERIORES NOTÍCIAS WEBQUALIS PLATAFORMA LATTES DIRETRIZES PARA OS
 AUTORES PASSO A PASSO PARA ENVIAR MANUSCRITOS

USUÁRIO

Logado como...

eduardolineker

- Perfil
- Sair do Sistema

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #10344 > **Resumo**

#10344 Sumário

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

Submissão

Autores Eduardo Líneker Moreira Arrais, Maria Liz Cunha de Oliveira, Isaura Danielli Borges de Sousa

Título Prevention of urinary tract infection: quality indicators of nursing care for elderly

Documento Original [10344-92166-1-SM.DOCX](#) 2016-08-22

Doc. Sup. [10344-92168-1-SP.PDF](#) 2016-08-22 [INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR](#)
[10344-92170-1-SP.DOC](#) 2016-08-22

Submetido por Eduardo Líneker Moreira Arrais

Data de submissão agosto 22, 2016 - 11:15

Seção Original

Editor Nenhum(a) designado(a)

Situação

Situação Aguardando designação

Iniciado 2016-08-22

Última alteração 2016-08-22

Metadados da Submissão

[EDITAR METADADOS](#)

Autores

Nome Eduardo Líneker Moreira Arrais

Instituição Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

País Brasil

Resumo da Biografia

AUTOR

Submissões

- Ativo (1)
- Arquivo (0)
- Nova Submissão

IDIOMA

Português (Brasil) ▼

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Todos ▼
 Pesquisar

Procurar

- Por Edição
- Por Autor
- Por Título

TAMANHO DE FONTE

A A A

INFORMAÇÕES

- Para Leitores
- Para Autores
- Para Bibliotecários

06/09/2016

#10344 Sumário

Enfermeiro, Mestrando, Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS. Brasília (DF), Brasil.

Contato Principal para correspondência.

Nome	Maria Liz Cunha de Oliveira 
Instituição	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS
País	Brasil
Resumo da Biografia	Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS.
Nome	Isaura Danielli Borges de Sousa 
Instituição	Universidade Federal do Maranhão
País	Brasil
Resumo da Biografia	Enfermeira, Mestre em Saude Materno Infantil pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Título e Resumo

Título	Prevention of urinary tract infection: quality indicators of nursing care for elderly
Resumo	Objective: To analyze the nursing care from indicators focusing on the prevention of urinary tract infection. Method: direct observation of patients using an active search for recording instrument. 258 patients were observed and used descriptive statistics to verify the percentage of adequacy of care observed in relation to quality standards proposed for the indicators. The research was approved by the Ethics Committee in Research of FEPECS, CAAE nº 45794115.8.0000.5553. Results: QA has performed "Adequate" for indicators Identification Probe Vesical Delay (SVD) and positioning the collection bag, the indicator, proper fixation of the SVD had a Borderline QA. Conclusion: the process of care related to the prevention of urinary tract infection, needs greater attention, investing in continuing education, the practice of care based on evidence with a view to a free safe handling damage

Indexação

Área e sub-área do Conhecimento Acadêmico	Enfermagem;
Classificação de Assunto	Qualidade da Assistência em saúde
Palavras-chave	Qualidade da Assistência à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Segurança do Paciente
Cobertura Geoespacial	Local
Cobertura Cronológica ou Histórica	Atualidade
Características da amostra da pesquisa	por idade
Tipo, método ou ponto de vista	quantitativa
Idioma	en

Agências de Financiamento

Agências —

ISSN: 1981-8963