UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA DO CARMO LOURENÇO HADDAD

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM – O PROCESSO
DE AVALIAÇÃO EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PÚBLICO**

**RIBEIRÃO PRETO
2004**

MARIA DO CARMO LOURENÇO HADDAD

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM – O PROCESSO
DE AVALIAÇÃO EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PÚBLICO**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

LINHA DE PESQUISA: DINÂMICA DE ORGANIZAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM

ORIENTADORA:
PROFª DRª. YOLANDA DORA MARTINEZ ÉVORA

**RIBEIRÃO PRETO
2004**

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA DO CARMO LOURENÇO HADDAD

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – O PROCESSO
DE AVALIAÇÃO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.

LINHA DE PESQUISA: DINÂMICA DE
ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E DE
ENFERMAGEM

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR. ARTHUR VELLOSO ANTUNES
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – CURSO DE GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM DA FACULDADE DE MEDICINA

ASSINATURA: _____

PROF^a. DR^a. LAURA MISUE MATSUDA
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ – DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM

ASSINATURA: _____

PROF^a. DR^a. MARIA LUIZA ANSELMÍ
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM
DE RIBEIRÃO PRETO

ASSINATURA: _____

PROF^a. DR^a. MÁRCIA REGINA ANTONIETTO DA COSTA MELO
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM
DE RIBEIRÃO PRETO

ASSINATURA: _____

PROF^a. DR^a. YOLANDA DORA MARTINEZ ÉVORA
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM
DE RIBEIRÃO PRETO

ASSINATURA: _____

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO ELABORADA PELA DIVISÃO DE PROCESSOS TÉCNICOS
DA BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

H126q Haddad, Maria do Carmo Lourenço.

Qualidade da assistência de enfermagem : o processo de avaliação em hospital universitário público / Maria do Carmo Lourenço Haddad. – Ribeirão Preto, 2004.
201 f. : il.

Orientadora: Yolanda Dora Martinez Évora.

Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.

Bibliografia: f. 190-201.

1. Serviços de enfermagem - Controle de qualidade – Teses. 2. Serviços de enfermagem - Auditoria – Teses. 3. Hospitais - Avaliação – Teses. 4. Garantia de Qualidade – Teses. 5. Gestão da qualidade total – Teses. I. Évora, Yolanda Dora Martinez. II. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. III. Título.

CDU 616-083

Dedicatória

Ao Fahd,
meu amado marido e companheiro de
tantos anos.
Compartilho o mérito dessa vitória
com você.

A Mariana, Marcelo e Elias,
meus filhos queridos, vocês são os
meus maiores desafios e despertam
o que há de melhor em mim, cada um
do seu jeito,
com suas qualidades e dificuldades.

Amo vocês.

À Cida,
cuidadora da nossa família,
seu carinho e atenção nos
proporcionam momentos felizes,
além de amenizar nossas
dificuldades.

Agradecimentos Especiais

Aos meus pais **Amélio e Izabel,**
por seu amor, dedicação, exemplos de
honradez, trabalho e persistência.
Por não medirem esforços
e proporcionarem todas as condições
para que eu me tornasse a pessoa e
profissional que sou.
Tenho orgulho de ser filha de
Vocês.

A minha irmã **Christina**,
meu primeiro ídolo e professora
nas coisas da vida.
Hoje é minha maior incentivadora,
adoro tê-la como irmã.

**À Prof^a Dr^a Yolanda Dora
Martinez Évora**,
mais que orientadora, amiga, quase
mãe. Com competência, respeito e
carinho conduziu-me nessa jornada,
não medindo esforços
para que ela fosse, além de
consistente, também agradável.
Foi muito bom ter sido orientada
por você.

Agradecimentos

A Deus,
por estar sempre presente,
principalmente nos momentos mais
difíceis.

Ao Fahd,
que assumindo todas as atividades
junto à família, permitiu que essa
etapa da minha vida fosse vivida
intensamente e do jeito que eu
queria,
sozinha e prazerosamente.

À Cida e Elias,
que com seus cafezinhos, sucos e
frutinhas, tornavam minhas
horas de estudos mais agradáveis.

Ao Vovô Hanna,

pela paciência, em compartilhar seu
quarto com meu local de estudo.

Aos meus irmãos **Kiko e Neto**,
pela certeza de sempre poder contar
com vocês.

Aos Profs. Drs. Arthur Velloso
Antunes,
Maria Luiza Anselmi,
Márcia Regina Antonietto da Costa
Melo,
Laura Misue Matsuda e Maria
Auxiliadora Trevizan,
pelas contribuições no exame de
qualificação e na pró-forma.
Seus olhares possibilitaram enriquecer
e aprofundar o meu estudo.

À **Simone**,
pela acolhida em sua casa em
Ribeirão Preto.

Esperava-me com comida boa e roupa
de cama cheirosa.
Compartilhei com você momentos muito
especiais da minha vida.

A querida amiga **Eleine**,
por seu companheirismo, orientações,
sugestões e principalmente por
acreditar que avaliar a qualidade
da assistência de enfermagem
em instituições públicas é
possível.

Kiyomi, Marita e Marli,
minhas amigas e companheiras de área.
Pela compreensão nas minhas ausências
ao trabalho,
possibilitando o tempo necessário para
conclusão desse estudo.

**Aos colegas do Departamento de
Enfermagem
da Universidade Estadual de
Londrina**
pela colaboração e apoio na
realização deste trabalho.

**Aos meus companheiros na gestão
HUnido Cláudio, Sylvio e Lelbe,**

por terem apoiado todas as
iniciativas da equipe de enfermagem
do HURNPR na busca de um cuidar com
qualidade.

**À Mariângela, Andreza, Magali,
Elizabeth Ursi, Iracema, Janete,
Cleusa, Solange, Marina Viana, Iara,
João Mauro, Clélia, Norma,
Inês Almeida, Elza, Mirian e Eleine,**
membros do Conselho de Enfermagem do
HURNPR, gestão 1994/2002.

Por acreditarem, apoiarem e
participarem ativamente nas mudanças
dos processos de trabalho da equipe
de enfermagem do HURNPR.

À Meire, secretária da Diretoria
de Enfermagem do HURNPR, por todo
o cuidado que teve comigo nestes
anos,
compartilhando as dificuldades e
as realizações.
Sua capacidade de trabalho e
disciplina
foram fundamentais no alcance das
metas.

**Ao Marcos Dorigão, Marina
Natsuko, Neuza, Mara, Rejane,
Toninho, Valéria, Zeni,
Francisco, Milton e D^a Cida,**

equipe da Assessoria de
enfermagem,
por auxiliarem na transformação
dos sonhos em realidade, pois
sempre estavam a postos para que
tudo transcorresse
da melhor forma possível.

A criatividade do grupo
possibilitou a reformulação e
implantação de modernos processos
de trabalho.

**Aos Enfermeiros, Técnicos e
Auxiliares de Enfermagem, Técnicos
Administrativos, Contínuos e Equipe
de Serviços Gerais do HURNPR,**
que souberam, apesar de todas as
dificuldades, enfrentar com firmeza
todos os desafios, buscando sempre a
qualidade da assistência de
enfermagem.

**Aos meus amigos do HURNPR
Beth Caldas, Ana Rocker,
Aylton, Telma, Luiz, Leonir, Cássia,
Inês Ceolin, Valéria Sguario,
Rosângela Ponce, Fabiana, Damaris,
Hilda Cristina e muitos outros...**
por partilharem comigo a

empreitada de implantar o
programa de qualidade no HURNPR.

À Lurdinha, amiga especial,
que ao assumir o Escritório de
Qualidade do HURNPR,
possibilitou a continuidade do
programa,
além de sempre estar por perto e
torcendo por mim.

Aos companheiros do HURNPR,
Bernadete Lopez, Renata Belei,
Nilza, Ana Luíza,
Nelson Giácomo, Jorge Gomi,
Diórgenes Balbino, Maruza, Greg,
D^a Amy, Hilário, Geremias,
Diorgenes Vivan
e muitos outros...
por acreditaram e apoiarem todas
as iniciativas da equipe de
enfermagem do HURNPR.

À minha amiga **Maria Helena**
Guariente,
docente do curso de enfermagem da
UEL, ao vir para o HURNPR
"de bolsa e tudo mais..." , trouxe a
pesquisa para a prática
profissional.

À Márcia Benevenuto,
mais do que amiga, minha irmã em
Londrina. Nosso compartilhar tem
sido cheio de emoções, mas
principalmente de muitas alegrias.
Você é muito preciosa para mim e
minha família.

Companheiros do PROFAE,
Cordoní, Fátima, Sonia Petris, Mara,
Nádia, Selma, Dina, Gislaine, André,
Janaína, Supervisoras da AR, Tutoras
do NAD e muitos outros...
pelo companheirismo, aprendizagem,
apoio e incentivos recebidos,
além das grandes amizades
solidificadas.

Ao David, Andreza e Eleine,
pelo compartilhar de bibliografias.

Aos amigos da Pós-Graduação
Simone, Júlia, Inês Gimenez,
Cristina Fontes, Zeneide, Iwa e
Andrea,
juntas compartilhamos muitas
experiências no caminhar desta

jornada, nas aulas, viagens,
refeições e nas horas de reflexões.
Quando relembrar de bons momentos,
com certeza vocês estarão neles.

**Aos professores e amigos do Curso
de Enfermagem
da Universidade Norte do Paraná,**
pela confiança, apoio e por
compartilharmos esses momentos de
conquistas, vocês no mestrado,
Gladys, Iara e eu no doutorado,
estamos chegando ao final e com
certeza, todos seremos vitoriosos.

À Édna,
por me atender, mesmo com o tempo
urgindo, com profissionalismo e
principalmente, por transformar
momentos que seriam
de pura tensão em divertimento.

À Vera, Azucena, Mariana e Rosana,
pela disponibilidade e carinho ao
realizarem as versões do resumo
nas línguas inglesa e espanhola.

**À Bibliotecária Aparecida de
Lourdes Mariani,**
pelo eficiente trabalho de
organização das referências.

À Vera Portella,
pelo profissionalismo e prontidão
na revisão gramatical deste
trabalho.

**Familiares, Professores, Amigos,
Colegas, Colaboradores e todos**
que compartilharam e compartilham
comigo os caminhos da vida,
a realização desse trabalho era um
sonho, que muitas vezes parecia
inatingível, portanto agradeço
carinhosamente a cada um
que contribuiu para que o mesmo se
tornasse realidade.

RESUMO

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem** – o processo de avaliação em hospital universitário público. Londrina, PR, 2004. 201f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

Tem-se como objetivo geral descrever e analisar as etapas percorridas para implantação do processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem desenvolvido em um hospital universitário público. E como objetivos específicos, descrever a implementação do Programa de Qualidade Total e analisar os resultados das entrevistas, da observação do ambiente e da auditoria nas anotações de enfermagem realizadas em 2002, com pacientes internados em uma unidade médico-cirúrgica masculina do referido hospital. Trata-se de um estudo descritivo que utilizou o método quantitativo e o referencial teórico sobre qualidade total, auditoria e acreditação hospitalar. Os dados analisados provêm das três etapas do processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem que consistiu na realização de entrevistas com 20% dos pacientes internados; na observação do ambiente onde o paciente estava inserido, incluindo nessa etapa a realização do exame físico, verificando *in loco* se os cuidados checados na prescrição de enfermagem foram realizados; e na auditoria das anotações de enfermagem efetuada nos prontuários dos mesmos pacientes entrevistados. Todos os critérios utilizados para coletar e analisar as informações foram discutidos e elaborados com os enfermeiros. Conclui-se que a equipe de enfermagem dessa instituição implementou vários processos de trabalho, utilizando-se das ferramentas preconizadas nos princípios da Qualidade Total. As políticas de contenção de gastos implementadas pelo governo estadual impediram a reposição de pessoal e retiraram alguns benefícios que o trabalhador de enfermagem já havia conquistado, provocando revoltas e, trazendo consequências na organização e na manutenção dos processos de trabalho. A análise nos relatórios da unidade médico-cirúrgica masculina, demonstrou que a equipe atingiu, na opinião do paciente, o índice de prestar uma assistência de enfermagem segura nos itens referentes à Higiene e Conforto Físico, Atividades Físicas, Sono e Repouso. Para os itens referentes à Segurança Física e Nutrição e Hidratação alcançou o nível de assistência adequada, mas para os itens de Eliminações e Necessidades Emocionais alcançou o índice de assistência limítrofe. Para os itens de Necessidades Espirituais e Sociais os indicadores foram para uma assistência sofrível, demonstrando a pequena atenção que a equipe presta a esses aspectos. A análise referente à observação do ambiente também demonstrou que a equipe alcançou níveis de assistência adequada nos itens de Eliminações e Utilização de Equipamentos. Para os itens Atividade Física, Segurança Física a classificação da assistência foi segura, enquanto que para os itens de Higiene e Conforto Físico a classificação da assistência permaneceu sempre limítrofe. Mas o índice mais crítico foi em relação ao item Oxigênio e Ventilação que sempre permaneceu em assistência sofrível. Quanto aos resultados das auditorias realizadas nas anotações de enfermagem observou-se que, embora a equipe apresentasse melhora no preenchimento dos impressos, nunca atingiu o padrão estabelecido. O modelo de controle de qualidade utilizado nesse estudo mostrou ser um instrumento valioso para identificar a qualidade da prática assistencial executada pela equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade Total em enfermagem, Auditoria em enfermagem, Acreditação Hospitalar.

ABSTRACT

HADDAD, M. C. L. **Quality of nursing assistance** – the evaluation process developed in a public university hospital. Londrina, PR, 2004. 201f. Dissertation (Doctorate degree in Fundamental Nursing) University of São Paulo – Nursing School of Ribeirão Preto.

The main goal of this study is to describe and analyze the stages that take place through the implementation of the evaluation process in nursing care assistance developed in a public university hospital. As specific goals, it describes the implementation of the Total Quality Program and analyses results of interviews, environment observations and auditing nurses' notes made in 2002 concerning patients admitted at the male medical-surgical unit of a public university hospital. It is a descriptive study in which a qualitative method was used as well as the theoretical reference on the total quality, auditing and hospital accrediting. The analyzed data were obtained from the three stages of the evaluation process of nursing assistance which consisted of interviews with 20% of the hospital patients; observation of the environment where the patient was inserted, and within this stage also the performance of the physical exams by checking *in loco* whether the prescribed nursing care was carried out; and auditing the nurses' notes made in the medical reports of the interviewed patients. The criteria used to collect and analyze the information were discussed and elaborated together with the nurses. The conclusion was that the nursing team of that institution has implemented several working processes using the tools recommended by the Total Quality principles. State Government spending restraints impeded personnel replacement and took off from the nursing workers some benefits already achieved, what caused revolt and difficulties to the maintenance of the working process within the organization. The analysis of the reports of the male medical-surgical unit has proved that, in the patients' opinion, the nursing team has reached the levels of a safe nursing care as far as Hygiene, Physical Comfort, Physical Activities, Sleep and Rest items were concerned. The team reached the level of adequate care for Physical Safety, Nutrition and Hydration items, although for the items Elimination and Emotional Needs the team reached the minimum care level. Items such as Spiritual and Social Needs reached the level of sufferable care, revealing low attention of the team to these aspects. The analysis of the environment observation also indicated that the team has reached the level of an adequate care for items such as Elimination and Equipment Utilization. Physical Activities and Physical Safety Care were classified as safe. Hygiene and Physical Comfort items maintained the classification of minimum care. The most critical index was the item related to Oxygen and Ventilation which remained as sufferable. As far as the results of auditing of the nurses' observations are concerned it was observed that although the team's performance improved in filling the forms it has never reached the established pattern. The quality control model used in this study proved to be a valuable instrument to identify the quality of the services of the nursing team.

KEY-WORDS: Total Quality in nursing, nursing Auditing, hospital Accrediting.

RESUMEN

HADDAD, M. C. L. **Calidad de la asistencia de enfermería:** el proceso de evaluación en el hospital universitario público. Londrina, PR, 2004. 201f. Tesis de Doctorado en Enfermería Fundamental – Universidad de San Pablo - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto.

Se tiene por objetivo general describir y analizar las etapas recorridas para implantación del proceso de evaluación de la calidad de la asistencia de enfermería desarrollado en un hospital universitario público. Y por objetivos específicos describir la implementación del Programa de Calidad Total y analizar los resultados de las entrevistas, de la observación del ambiente y la auditoría en las anotaciones de enfermería realizados el 2002, con pacientes ingresados en una unidad médico-quirúrgica masculina del referido hospital. Se trata de un estudio descriptivo basado en un método cuantitativo y un referencial teórico sobre calidad total, auditoría y certificación del hospital. Los datos analizados provienen de las tres etapas del proceso de evaluación de la calidad de la asistencia de enfermería, que consistió en la realización de entrevistas al 20% de los pacientes ingresados; en la observación del ambiente donde el paciente estaba inserido; incluyendo en esa etapa la realización del examen físico, para comprobar in loco si los cuidados indicados en la prescripción de enfermería fueron realizados; y en la auditoría de las anotaciones de enfermería efectuadas en los prontuarios de los mismos pacientes entrevistados. Todos los criterios utilizados para obtener y analizar las informaciones fueron discutidos y elaborados con los enfermeros. Se concluye que el equipo de enfermería de la institución implementó varios procesos de trabajo, haciendo uso de herramientas preconizadas en los principios de la Calidad Total. Las políticas de contención de gastos adoptadas por el gobierno del Estado impidieron la contratación de personas para ocupar cargos vacantes y retiraron algunos beneficios que el trabajador de enfermería ya había logrado, lo que provocó una insatisfacción que tuvo consecuencias en la organización y manutención de los procesos de trabajo. El análisis de los informes de la unidad médico-quirúrgica masculina demostró que el equipo, en la opinión del paciente, alcanzó el índice adecuado para dar una asistencia de enfermería segura en los puntos referidos a Higiene y Confort Físico, Actividades Físicas, Sueño y Reposo. Para los puntos referidos a Seguridad Física, Nutrición e Hidratación, alcanzó el nivel de asistencia adecuada, pero en los puntos de Eliminaciones y Necesidades Emocionales alcanzó un índice de asistencia límite. Para los puntos de necesidades Espirituales y Sociales los indicadores fueron de una asistencia soportable, lo que demuestra la poca atención que presta el grupo a esos aspectos. El análisis correspondiente a la observación del ambiente demostró que el grupo alcanzó niveles adecuados en los puntos de Eliminaciones y Utilización de Equipos. Para los puntos Actividad Física y Seguridad Física la clasificación de la asistencia fue segura, mientras que para los puntos de Higiene y Confort Físico la clasificación de la asistencia permaneció siempre en el límite. Pero el índice más crítico fue el relacionado a Oxígeno y Ventilación que siempre se mantuvo en asistencia soportable. En cuanto a los resultados de las auditorías realizadas en las anotaciones de enfermería se observó que, aunque el grupo presentase mejora al rellenar los impresos, nunca alcanzó el padrón establecido. El modelo de calidad utilizado en el presente estudio demostró que es un instrumento valioso para identificar la calidad de la práctica asistencial realizada por el grupo.

PALABRAS-CLAVES: Calidad Total en enfermería, Auditoría en enfermería, Certificación del hospital.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 PROBLEMA, JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 BASES CONCEITUAIS DA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	12
2.2 PRINCÍPIOS DA QUALIDADE TOTAL	16
2.3 O PROCESSO DE AUDITORIA	40
2.4 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	51
3 OBJETIVOS	66
3.1 GERAL	67
3.2 ESPECÍFICO	67
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	69
4.1 TIPOS DE ESTUDO	70
4.2 LOCAL DE ESTUDO	71
4.3 ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM IMPLANTADO NO HURNPR	74
4.4 PROCESSO DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS NAS ETAPAS DA ENTREVISTA, OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE E AUDITORIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	81
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	82
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83

5.1 ETAPAS PERCORRIDAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HURNPR	84
5.1.1 GERÊNCIA DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS	89
5.1.2 GERÊNCIA DOS RECURSOS HUMANOS	101
5.1.3 GERÊNCIA DOS RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	118
5.1.4 ORGANIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA	121
5.1.5 INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL	123
5.1.6 DIFICULDADES ENCONTRADAS	126
5.2 ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HURNPR	131
5.2.1 O PROGRAMA DE QUALIDADE DO HURNPR – QUALISAHUDE	132
5.2.2 IMPLANTAÇÃO DA ASSESSORIA DE CONTROLE DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM — ACQAE	146
5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS, DA OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE ONDE O PACIENTE ESTAVA INTERNADO E DA AUDITORIA NAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS EM 2002 COM PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE MÉDICO-CIRÚRGICA MASCULINA DO HURNPR	166
5.3.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS EM 2002 COM PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE MÉDICO-CIRÚRGICA MASCULINA DO HURNPR	166
5.3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES REALIZADAS NO AMBIENTE ONDE O PACIENTE ESTAVA INTERNADO	173
5.3.3 ANÁLISE DO PROCESSO DE AUDITORIA RETROSPECTIVA, REALIZADA EM 2002 NAS ANOTAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE MÉDICO-CIRÚRGICA MASCULINA DO HURNPR	177
6 CONCLUSÕES	186

7 REFERÊNCIAS	190
----------------------------	------------

ANEXOS

ANEXO A – FORMULÁRIO PARA O ROTEIRO DE ENTREVISTA DO PACIENTE INTERNADO NO HURNPR	203
ANEXO B – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PELO USUÁRIO INTERNADO	207
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA IDENTIFICAR A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HURNPR	209
ANEXO D – FORMULÁRIO DO ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES DO AMBIENTE DO PACIENTE INTERNADO NO HURNPR	210
ANEXO E – FORMULÁRIO PARA AUDITORIA DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DO HURNPR	214
ANEXO F – MODELOS DE RELATÓRIOS ELABORADOS PELA ASSESSORIA DE CONTROLE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	220
ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ, DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA	223
ANEXO H – RELATÓRIO DA “OFICINA DE TRABALHO PARA ANALISAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE MASCULINA”	224

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1 S	Primeiro Senso
4 S	Quarto Senso
5 S	5 Sensos
5 S SaHUdável	Programa dos “5 S” implantado no HURNPR
ACQA	Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem
AHC	Ambulatório do Hospital de Clínicas
ANA	Associação de Enfermeiras Americanas
APM	Associação Paulista de Medicina
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CQE	Comissão de Qualidade em Enfermagem
CQH	Controle de Qualidade Médico Hospitalar
CQTE	Controle da Qualidade por toda Empresa
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz
EUA	Estados Unidos da América
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GEMA	Grupo de Estudos de Metodologia de Assistência de Enfermagem

GEPA	Grupo de Estudos de Padrões e Auditoria
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministro da Saúde
GQT	Gerenciamento da Qualidade Total
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
HUnido	Nome da chapa que concorreu as eleições no HURNPR em 1994
HURNPR	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
HUTEC	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico do HURNPR
IAHCS	Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde
IPASS	Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde
JCAHO	<i>Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations</i>
MS	Ministério da Saúde
NAD/UEL	Núcleo de Apoio Docente/Universidade Estadual de Londrina
NUPE	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPS	Organização Panamericana da Saúde
PACQS	Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde
PCO2	Concentração do Gás Carbônico no sangue
PDCA	<i>Plan, Do, Check e Action</i>
PROFAE	Projeto de Profissionalização do Trabalhador da Área de Enfermagem
PROHASA	Programa de Estudos Avançados Hospitalar e de Sistemas de Saúde

QT	Qualidade Total
QualisaHUde	Programa de Qualidade do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SaHUde	Boletim informativo do HURNPR
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEQ	Sistema Einstein de Qualidade
SOBREAS	Sociedade Brasileira de Enfermeiros Auditores em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TQ	<i>Total Quality</i>
TQC	<i>Total Quality Control</i>
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP/SP	Universidade de São Paulo / Campus São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI/NEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI/PED	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

1 Introdução

1 Introdução

A enfermagem no contexto da globalização mundial desenvolve-se em diversos países com enfoque voltado para o cuidado com qualidade. No Brasil, apesar do enfoque estar na essência da prática, observa-se que há poucos estudos referentes à qualidade do cuidado. Existe, contudo, no código do consumidor descrito na Lei nº 8.078 de setembro de 1990, a orientação aos usuários sobre a escolha de serviços de qualidade, que ofereçam sistemas de controle e segurança (BRASIL, 1990).

Quanto aos direitos do consumidor, os autores do preâmbulo do código de ética dos profissionais de enfermagem (COREN/PR, 2003) afirmam que o código está centrado na clientela, pressupondo que os trabalhadores de enfermagem estão aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade.

Schmadl (1979) ressalta que o objetivo de um programa de garantia de qualidade é assegurar ao usuário um grau específico de excelência por meio de medição e avaliação dos componentes estruturais, das metas do processo de enfermagem e dos resultados apresentados pelo usuário, seguido das alterações necessárias ao desenvolvimento da assistência de enfermagem.

Enfoca-se aqui o conceito de eficácia, visando à execução de uma assistência de enfermagem segura, que na visão de Gil (1999, p. 24) é

[...] realizar bem, com a melhor qualidade possível as ações que planejamos ou programamos. Para isso precisamos acompanhar ou monitorar todos os movimentos ou passos de nossas ações durante a sua execução, a fim de identificarmos possíveis falhas no decorrer do processo.

1 Introdução

Conceitos de que bens e serviços devem ser realizados na perspectiva do cliente são preconizados em programas de Qualidade Total instituídos no contexto industrial e muito bem transferidos para a área da saúde. Malik (1996), Cianciarullo (1997), Matsuda, Évora e Boan (2000) e o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) preconizam que o cliente e sua família devem opinar sobre a qualidade dos serviços prestados.

O Ministério da Saúde — MS — considera a qualidade na execução dos serviços como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde, desde 1978, quando juntamente com a Organização Panamericana de Saúde — OPS — publicou os Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem na prevenção, promoção e recuperação da saúde, com o objetivo de orientar a qualidade e o controle das ações (BRASIL, 1978).

Em 2000, este órgão instituiu o Programa de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, com a finalidade de contribuir para o aperfeiçoamento e qualificação da gestão e assistência através do intercâmbio entre instituições hospitalares, difundindo adequadas experiências de gestão e assistência hospitalar. O programa se desenvolveu através da construção de uma rede nacional de parceiros formados por hospitais colaboradores que prestavam serviços de boa qualidade ao Sistema Único de Saúde — SUS —. Esses hospitais, após serem avaliados pelo MS, foram cadastrados como Centros Colaboradores, com objetivo de prestar assessoria a Hospitais Clientes, que se constituíram em instituições que

1 Introdução

apresentavam problemas em sua gestão e que, também foram selecionados pelo Ministério da Saúde. Essa assessoria foi gratuita e o MS financiou todos os custos com transporte e capacitação dos profissionais envolvidos no programa (BRASIL, 2000).

O referido programa funcionou até o início de 2003 e, atualmente (maio/04), encontra-se em processo de avaliação pelo MS, a fim de verificar se será transformado em uma política pública para o aperfeiçoamento da gestão de serviços de assistência hospitalar.

O uso da metodologia da qualidade torna-se particularmente valioso quando consideramos a situação atual da gestão de serviços de saúde no país, ou seja, a escassa utilização de planejamento estratégico, a inexistência de um sistema de informações confiável, a ausência de um sistema de gestão fundamentado na melhoria de processo e centrado em resultados, a carência de indicadores de desempenho e de qualidade, enfim, a inexistência de uma cultura de qualidade voltada para a qualificação da sua estrutura organizacional e, principalmente, para a satisfação dos seus clientes e usuários (MALIK, 1996).

O conceito de qualidade também está relacionado com a humanização no atendimento, tão preconizada, porém pouco executada. A noção de qualidade do trabalho em saúde é composta tanto pela competência técnica quanto pela capacidade de interagir. Um grande número de queixas e demandas dos usuários pode ser resolvida, ou pelo menos minimizada, quando o usuário se sente ouvido, compreendido, acolhido, considerado e respeitado pelos profissionais que o estão atendendo.

1 Introdução

O processo de humanização fundamenta a relação paciente/profissional em princípios de autonomia, justiça e equidade. Não se limita apenas a tratar bem e educadamente. Extrapola esse limite, criando vínculos afetivos. É considerar o indivíduo como ser humano e não objeto de uma prática, identificado como sujeito participante do processo na construção permanente do sistema e da própria saúde.

Humanizar é adotar uma prática, na qual o profissional e o usuário consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. O processo de humanização envolve o trabalho de equipe multidisciplinar, a identificação das melhorias que consideram necessárias e a participação ativa dos usuários na avaliação da qualidade dos serviços que são oferecidos.

Gualda (1997, p. 23) afirma que

[...] nas últimas décadas a enfermagem tem procurado formas de compreender o ser humano e aprender o significado do cuidado e do cuidar, através da apropriação de teorias, conceitos e métodos gerados, desenvolvidos e utilizados em outras áreas do conhecimento que fazem parte das ciências humanas, tais como a filosofia, psicologia, sociologia e antropologia, dentre outras. Esta aproximação tem sido benéfica para um atendimento mais humano do cuidado à saúde e tem desvendado aspectos obscuros da humanização no contexto profissional.

Estudo realizado por Melo et al. (1999) demonstrou que na mesma velocidade que a enfermagem vem se desenvolvendo, os clientes também estão mais exigentes quanto aos cuidados que recebem da equipe de enfermagem, mesmo os pacientes atendidos ambulatorialmente.

1 Introdução

Na enfermagem sempre existiu um controle informal da qualidade da assistência, representada pela preocupação secular dos enfermeiros em seguir os procedimentos à risca, acreditando que com isto garantir-se-iam os resultados desejados. De acordo com Cianciarullo (1997), a partir da organização das atividades de enfermagem, sob a denominação de processo de enfermagem, os enfermeiros desenvolveram um sistema formal que fundamentou a avaliação da qualidade dessas ações e, portanto, a avaliação constitui-se num processo técnico e político, auxiliado por diversas áreas do conhecimento.

O processo de avaliação deve ser dinâmico, exigindo ações e tomadas de decisão; tornando-se necessário o uso de instrumentos capazes de identificar a opinião do cliente sobre o cuidado recebido, bem como adoção de estratégias que permitam avaliar a estrutura, o processo e o resultado do trabalho de enfermagem.

Donabedian (1980), fundamentado na teoria de sistemas, foi o primeiro autor a propor que a avaliação dos serviços de saúde deveria abranger análises na estrutura dos serviços, nos processos de trabalho e nos resultados dos mesmos. Desse modo, a estrutura corresponde aos recursos necessários ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, categorias e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnicos administrativos.

A avaliação da estrutura identifica as características gerais condicionantes da prestação da atenção à saúde, indicando que melhores

1 Introdução

condições estruturais seriam um primeiro condicionante de qualidade em saúde. Essa avaliação parte do pressuposto que, garantindo as condições mínimas ideais de funcionamento dos serviços de saúde, tem-se facilitada a obtenção de resultados favoráveis. Entretanto a simples garantia de melhores condições estruturais não garantem a qualidade dos resultados. Essa avaliação tem se mostrado de menor importância do que a avaliação do processo e do resultado (CARVALHO; ROSEMBURG; BURALLI, 2000).

Os mesmos autores salientam ainda que a avaliação do processo de trabalho corresponde à avaliação das atividades da equipe de saúde no tratamento do paciente. O critério aplicado é o grau em que o tratamento se identifica com os padrões de qualidade estabelecidos pelos respectivos serviços e profissões. Os resultados do processo envolvem boa parte da complexidade do tratamento e dependem diretamente dos aspectos éticos e da qualidade dos recursos humanos, pois por meio da interação profissional/paciente e da prática dos conhecimentos técnicos-científicos poderá ocorrer a melhor ou maior qualidade da assistência.

A avaliação dos resultados é a análise dos produtos finais em termos de saúde e a satisfação do usuário interno e externo. É o item mais complexo de se medir, pois envolve indicadores diversos e fatores psicológicos, sociais e econômicos que podem afetar os resultados.

A partir dessa concepção a etapa de análise dos dados oriunda da realidade se faz primordial. Nesse sentido, Araújo et al. (1978) afirmam que verificar sem interpretar, sem orientar e sem criticar é tarefa ineficaz e não

1 Introdução

interessa aos métodos científicos. Os fatos devem ser analisados detalhadamente, incluindo as condições favoráveis à melhoria do serviço.

Malik (1996) reforça que sistemas de controle da qualidade são mais dinâmicos, pois buscam verificar qual a qualidade do procedimento realizado, de acordo com critérios traduzidos como aquilo que se considera apropriado. Os procedimentos devem ser checados durante sua execução, mas com maior frequência, após estarem terminados.

Para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem no sistema de saúde, necessita-se de instrumentos aperfeiçoados de medição e avaliação que reflitam as linhas de pensamento qualitativas e as quantitativas.

1.1 PROBLEMA, JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

A autora desta pesquisa, quando foi eleita em 1994 para Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná — HURNPR —, Órgão Suplementar da Universidade Estadual de Londrina — UEL — encontrou a equipe de enfermagem desmotivada, com baixa auto-estima e pouco capacitada para enfrentar os desafios da modernização gerencial que se fazia necessária naquele hospital.

Nos primeiros dois anos, buscou-se intensamente o conhecimento para o aprimoramento dos processos de trabalho, identificando-se os clientes internos e externos e, principalmente, resgatando-se a auto-estima da equipe, para juntos promoverem uma mudança no fazer e no ser dos

1 Introdução

profissionais da enfermagem do HURNPR.

O primeiro planejamento estratégico elaborado juntamente com a equipe previa que as reformulações nas atividades administrativas seriam realizadas nos dois primeiros anos de gestão. Essa etapa, tão necessária para modernização dos processos de trabalho, levou quatro anos, sendo necessário dedicar outros quatro anos para alcançar os objetivos iniciais que, além do aprimoramento dos processos administrativos, era também, prestar uma assistência de enfermagem de qualidade, através do desenvolvimento humano e técnico-científico de todas as categorias funcionais que compõem a equipe de enfermagem.

A fim de atingir os objetivos acima propostos, o Conselho de Enfermagem decidiu implantar, em 1998, a Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem — ACQAE — com as finalidades de monitorar os processos de trabalho e a qualidade da assistência de enfermagem; garantir ao usuário o direito de ter uma assistência de enfermagem segura e direcionar a educação continuada de acordo com as necessidades de aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.

Decorrente do sistema de avaliação efetivado pela ACQAE implementou-se estratégias de treinamento e comprometimento da equipe para o desenvolvimento do processo de trabalho com qualidade (HADDAD et al., 1999).

Em 2002, após quatro anos de implantação desse processo de avaliação da qualidade do serviço de enfermagem do HURNPR, observou-se que o mesmo era um instrumento gerencial eficiente. Diante disso,

1 Introdução

estabeleceu-se como problema para esta pesquisa: o processo de Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem implantado no HURNPR permitiu identificar os aspectos Qualitativos da Assistência Prestada? E como hipótese: o processo de Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem implantado no HURNPR forneceu dados que permitiram identificar se o padrão de qualidade estabelecido por enfermeiros da instituição estava sendo atingido.

Este estudo foi desenvolvido no sentido de demonstrar que o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada em hospital universitário público é possível, desde que tenha o envolvimento da alta gerência e a participação ativa de todas as categorias profissionais que compõem a equipe de enfermagem.

2 Revisão de Literatura

2 Revisão de Literatura

Considerando que para avaliar seus processos de trabalho a equipe de enfermagem da instituição, onde este estudo foi realizado, se utiliza dos métodos de Auditoria, Acreditação Hospitalar e Qualidade Total, optou-se por fazer uma revisão da literatura buscando informações relativas a esses métodos.

2.1 BASES CONCEITUAIS DA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os conceitos de qualidade nos remetem ao início do século XX onde os artesãos já controlavam a qualidade de seus produtos. Mas, com a revolução industrial e o aumento da produção, apareceu a figura do inspetor de equipamentos e os departamentos de controle de qualidade despontaram como uma elite que controlava as ações dos operários para que o produto tivesse a qualidade exigida pelo cliente (RODRIGUES; LEAL; HARGREAVES, 1997).

As informações mais remotas sobre o uso do processo de avaliação na saúde encontram-se na Grécia antiga. Os filósofos clássicos já se referiam ao uso de padrões de conhecimentos na área médica, situada com certo destaque entre os múltiplos ofícios que perfaziam a divisão de trabalho nas cidades. Nessa época, Platão em um dos seus diálogos políticos assinalou que, em qualquer arte, o fundamento da excelência é a existência de medidas e proporções corretas (NOGUEIRA, 1994).

Cordoni Junior (2000) em texto de orientação para análise de programas e serviços de saúde faz referência que a avaliação formal foi

2 Revisão de Literatura

realizada em exércitos chineses por volta do ano de 2000a.C. e que Sócrates também fez avaliações como parte do seu processo de aprendizado mas, somente com o desenvolvimento das ciências naturais no século XVII, a avaliação pode se firmar como uma prática sistemática e campo de conhecimento. A partir do século XIX, a Inglaterra e os Estados Unidos da América (EUA) iniciaram as avaliações de programas de saúde ligadas ao sistema educacional.

Na área da saúde, Abrahan Flexner em 1910 foi o precursor na avaliação de programas de saúde ao realizar trabalho de acreditação de 155 escolas médicas nos EUA e Canadá. Flexner julgou severamente tais instituições, o que acarretou o fechamento de algumas escolas e profundas transformações no ensino e práticas médicas. Portanto, esse estudo demarcou o início da chamada medicina científica dominante até os dias atuais (MENDES, 1984).

Contandriopoulos et al. (1997) dividem a evolução histórica da avaliação em quatro estágios, sendo que a passagem de um estágio para o outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos. O primeiro estágio corresponde à medida dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores, onde, fundamentalmente, o avaliador é um especialista que tem que dominar a técnica de construir e manusear os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. O segundo estágio se fortalece nos anos 20 e 30, tratando-se de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. O

2 Revisão de Literatura

terceiro estágio é fundamentado no julgamento, onde a avaliação deve permitir a análise de uma intervenção. O quarto estágio ainda está emergindo e a avaliação é realizada como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser medida.

Como a partir da década de 50 houve uma grande expansão dos serviços de saúde devido ao rápido desenvolvimento tecnológico da prática médica, elevando os custos das novas técnicas, além de responsabilizar os governos pelo financiamento da atenção à saúde, esta área tornou-se um campo de estudos e de práticas dentro do movimento que consolidou os serviços como objeto de um campo científico (CORDONI JUNIOR, 2000).

Entretanto, somente a partir da década de 60 é que encontramos estudos abordando a qualidade nos serviços de saúde como um fato de abrangência mundial que traz a avaliação como um dos instrumentos para medir os esforços dirigidos à obtenção da qualidade (MALIK, 1996; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; CORDONI JUNIOR, 2000).

No período acima assinalado, a área da saúde que mais se desenvolveu é aquela que procura assegurar a qualidade dos serviços hospitalares, utilizando a acreditação como principal instrumento avaliativo.

Dentre as várias pesquisas realizadas destaca-se a fecunda produção de Donabedian na década de 80; os estudos realizados para a acreditação hospitalar desenvolvidos nos Estados Unidos da América — EUA — e os esforços realizados pela Organização Panamericana da Saúde — OPS —

2 Revisão de Literatura

que editou em 1996 o Manual de Gerencia da Qualidade, no qual Novaes (1996) sintetiza grande parte dos conhecimentos desenvolvidos na América Latina.

Na década de 80, ainda que timidamente, o Brasil desperta para a qualidade de produtos e serviços devido aos recursos financeiros escassos e aos custos cada vez maiores. Além disso, a variada gama de pressões vindas do governo, das indústrias, dos clientes, da rápida evolução da tecnologia médica, fez com que as instituições de saúde avaliassem sua forma de administrar e adotassem um gerenciamento de qualidade.

Os fundamentos da gestão de qualidade adotados em nosso país, em sua maioria, estão calcados nos princípios de Deming e Juran que focam o atendimento no cliente, portanto, buscam a melhoria contínua dos produtos e serviços através do aprimoramento dos processos de trabalho e do desenvolvimento de todos os indivíduos envolvidos nesses processos (MALIK, 1996).

Existe um consenso na área da saúde que atribui a Florence Nightingale os primeiros esforços no desenvolvimento de uma prática assistencial com qualidade (MALIK, 1996; ZANON, 2001).

2 Revisão de Literatura

2.2 PRINCÍPIOS DA QUALIDADE TOTAL

No modelo de desenvolvimento econômico capitalista e industrial o valor de um produto ou serviço depende também do oferecimento de garantia de qualidade. Os mecanismos para garantir essa qualidade modificaram-se ao longo do tempo, acompanhando as transformações dos processos de produção de bens e serviços.

A filosofia da qualidade é entendida por Brocka B. e Brocka M. (1994) como uma nova abordagem da administração e é marcada por princípios, idéias e crenças que buscam, em última instância, a satisfação dos clientes, dos trabalhadores (administração e funcionários), dos fornecedores e dos acionistas.

O termo qualidade tem sido utilizado para nominar várias definições de processos de gestão que utilizam essa filosofia, tais como, Qualidade Total (TQ — *Total Quality*), Controle da Qualidade Total (TQC — *Total Quality Control*), Gerenciamento da Qualidade Total (TQM — *Total Quality Management*) e Controle da Qualidade por toda Empresa — CQTE — (NOGUEIRA, 1994; BERWICK; GODFREY; ROESSNER, 1994; ANTUNES, 1997).

O adjetivo *Total*, utilizado para qualificar o controle ou a gestão da qualidade, significa que o processo ocorre em toda a instituição, ou seja, envolve da alta direção até os trabalhadores da linha de produção (NOGUEIRA, 1994; BERWICK; GODFREY; ROESSNER, 1994).

2 Revisão de Literatura

O controle de qualidade iniciou-se, na década de 30, com a aplicação de gráficos de controle utilizados em um laboratório de sistemas de comunicação. Durante a segunda guerra, através da utilização desse método os EUA conseguiram produzir suprimentos militares mais baratos e em grande quantidade (MALIK; SCHIESARI, 1998).

O gerenciamento da qualidade surgiu no contexto industrial, a partir de pensadores americanos que desenvolveram estudos nos EUA a fim de aprimorar os processos de controle de qualidade e produção industrial. Esses estudiosos foram convidados a participar da reconstrução da indústria japonesa no pós guerra. Acredita-se que o sucesso na implantação dos princípios de qualidade no Japão ocorreu devido às características culturais locais calcadas em princípios éticos e religiosos, onde o homem é bom por natureza, o respeito à hierarquia é muito valorizado, além do nível de escolarização ser elevado (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Nos anos 60, a prestação de serviços se expandiu, sendo reconhecida também como produto, passível de padronização nos aspectos de garantia de qualidade. Além da sua importância no setor privado, a qualidade ganhou destaque também nos serviços prestados no setor público, como parte dos direitos sociais da população e defendidos pelos movimentos dos consumidores. Nesse período, os serviços de saúde expandiram-se rapidamente, sendo necessário reorganizar seus processos de trabalho, principalmente nos países mais desenvolvidos, a fim de garantir qualidade com menor custo (NOVAES, 2000).

2 Revisão de Literatura

A garantia de prestação de serviços com qualidade está interligada à gestão da qualidade e devido às necessidades enfrentadas pelas instituições de saúde na implantação e gerenciamento deste novo modelo de gestão, vários estudos foram elaborados, fundamentados em teorias e metodologias utilizadas nas indústrias. Parte dos princípios e práticas que fundamentaram a gestão de qualidade total deve-se às contribuições de alguns estudiosos como Deming, Juran, Crosby e Ishikawa, entre outros (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Deming era americano, formou-se em física e desenvolveu o método de controle estatístico da qualidade em produção a partir de pesquisas realizadas na área de agricultura. Foi considerado o teórico da gestão da qualidade, uma vez que discutia mais as idéias do que as propostas práticas de operacionalização do Gerenciamento com Qualidade Total — GQT —. Na década de 50, treinou os gerentes japoneses no campo de controle estatístico da qualidade. Para este pesquisador a qualidade consiste em atender às necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar. Sua contribuição mais importante foi definir a variabilidade dos processos em termos de causas especiais e causas comuns. Para ele as causas comuns representam 94% dos casos de variações desnecessárias e costumam ser de responsabilidade dos gerentes (NOGUEIRA, 1994; MALIK; SCHIESARI, 1998).

Os 14 pontos fundamentais do método Deming (1990) resumem suas principais contribuições:

2 Revisão de Literatura

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

2 Revisão de Literatura

Essas diretrizes representaram na época, e ainda representam, uma verdadeira revolução dentro das organizações, levando-as a profundas transformações no relacionamento com seus clientes, fornecedores e empregados. Deming alertava para os obstáculos a serem enfrentados e o longo caminho a percorrer até a real implementação da nova filosofia. Ressaltava que este enfoque não necessariamente atinge todos os empregados, pois muitos têm dificuldades em empregar a metodologia ou em aceitar os princípios. Outras vezes não conseguem o envolvimento da alta direção, restringindo-se somente aos operários e média gerência (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Outro estudioso no gerenciamento da qualidade total foi Juran, que nasceu na Romenia, mas formou-se em engenharia elétrica e trabalhou em uma companhia de telecomunicações nos EUA. Teve uma carreira semelhante a de Deming e também assessorou a indústria japonesa na década de 50, introduzindo naquele país o conceito de controle de qualidade total, através do agrupamento de três processos gerenciais básicos, ou seja, o planejamento, a manutenção e a melhora da qualidade, a chamada trilogia de Juran. Este modelo na visão do pesquisador pouco difere das práticas financeiras tradicionalmente utilizadas. A definição de qualidade para Juran era adequação ao uso, ou seja, aquilo que atende às necessidades do cliente, livre de defeitos ou erros e essa premissa precisa ser incorporada ao processo desde o início (NOGUEIRA, 1994; MALIK; SCHIESARI, 1998; ZANON, 2001).

De acordo com Juran e Gryna (1991) os componentes da trilogia de Juran são:

2 Revisão de Literatura

1) PLANEJAMENTO DA QUALIDADE:

- a) Determine quem são os clientes.
- b) Determine as necessidades dos clientes.
- c) Desenvolva as características dos serviços que respondam às necessidades dos clientes.
- d) Transfira o plano para o nível operacional.

2) CONTROLE DA QUALIDADE:

- a) Avalie o desempenho do serviço.
- b) Compare o desempenho real com os objetivos do serviço.
- c) Atue sobre a diferença.

3) MELHORA DA QUALIDADE:

- a) Estabeleça a infra-estrutura.
- b) Identifique os projetos de melhoria.
- c) Estabeleça os projetos dos times.
- d) Forneça aos times recursos, treinamento e motivação para diagnosticar as causas, estimule a implantação das soluções, estabeleça controles para garantir os ganhos.

Nogueira (1994) em seu livro **Perspectivas da qualidade em saúde**, analisa no capítulo dois (2) as diferenças dos estudos realizados pelos autores acima citados, ressaltando que havia muita rivalidade entre eles, mas

2 Revisão de Literatura

que suas experiências se complementaram e foram fundamentais no desenvolvimento de metodologias para a implantação e gerenciamento da qualidade total, como também, para a reorganização das empresas no Japão. Os princípios desenvolvidos por eles são os mais utilizados nas instituições brasileiras que implantaram o modelo de gestão da qualidade total.

Malik e Schiesari (1998) afirmam que Crosby também foi um estudioso do modelo de gerenciamento com qualidade, defendendo a tese de um sistema de gerenciamento estratégico integrado para alcançar a satisfação do cliente, envolvendo todos os trabalhadores, gerentes e técnicos. Esse sistema utiliza métodos quantitativos para aprimorar continuamente os processos da organização, instituindo o conceito de defeito zero. A maior contribuição deste autor foi a quantificação da qualidade em termos financeiros, fazendo com que os gerentes entendessem que atingir a qualidade tem custo menor do que não atingi-la.

Segundo os autores acima mencionados os princípios de qualidade defendidos por Crosby são os seguintes:

- 1) A definição de qualidade é a conformidade com os padrões.
- 2) O sistema de qualidade é a prevenção.
- 3) O padrão de desempenho é o defeito zero.
- 4) A mensuração da qualidade é o preço da não conformidade.

Os estudos desenvolvidos por Ishikawa (1993) contribuíram sobremaneira no aprimoramento do modelo de gerenciamento da qualidade

2 Revisão de Literatura

total, através do desenvolvimento de ferramentas que auxiliassem no monitoramento dos processos de controle de qualidade.

Ishikawa nasceu no Japão, formou-se em química e desenvolveu o diagrama de causa e efeito (conhecido no Brasil como o diagrama espinha de peixe), ferramenta fundamental para a compreensão dos processos e de seus efeitos. Também desenvolveu o conceito de círculos de controle de qualidade.

Para ele, a qualidade pode ser obtida, com a utilização de ferramentas, por qualquer trabalhador. Redefiniu o conceito de cliente e fornecedor, considerando que os funcionários são os clientes e fornecedores internos que recebem e repassam os resultados dos seus trabalhos como insumos. Com essa visão, ressaltou a necessidade de implantação de programas de educação continuada, objetivando a capacitação de todos os envolvidos no processo de trabalho.

Em relação aos círculos de qualidade, recomendou que os mesmos devem ser constituídos por um pequeno grupo de trabalhadores com a finalidade de controlar a qualidade no local de trabalho, de maneira voluntária, contribuindo para o aprimoramento e desenvolvimento do empreendimento; criando um ambiente de trabalho harmônico, além de exercitar as capacidades humanas. Esse grupo deverá integrar as atividades de controle de qualidade em toda a empresa.

Os princípios gerais do modelo proposto por Ishikawa (1993) são:

2 Revisão de Literatura

- 1) Atividade voluntária.
- 2) Autodesenvolvimento.
- 3) Atividades em grupo.
- 4) Participação de todos os empregados.
- 5) Utilização das técnicas de Controle de Qualidade — CQ —.
- 6) Atividades estritamente ligadas à realidade do trabalho.
- 7) Vitalidade e continuidade nas atividades de CQ.
- 8) Desenvolvimento mútuo.
- 9) Originalidade e criatividade.
- 10) Consciência da qualidade, dos problemas e do melhoramento.

Na década de 90, Donabedian (1990) ampliou o conceito de qualidade nos serviços de saúde, criando os sete pilares da qualidade, denominando-os de:

- 1) **EFICÁCIA** – a habilidade de melhorar o cuidado.
- 2) **EFETIVIDADE** – o alcance do grau atingível na busca da melhoria.
- 3) **EFICIÊNCIA** – a habilidade de obter melhor resultado ao menor custo.
- 4) **OTIMIZAÇÃO** – o mais vantajoso balanço entre custo e benefícios.

2 Revisão de Literatura

- 5) **ACEITABILIDADE** – conformidade com as preferências do paciente com relação ao acesso, às relações pessoal/paciente, aos efeitos e aos custos do cuidado.
- 6) **LEGITIMIDADE** – conformidade com as preferências sociais no que se refere a tudo anteriormente mencionado.
- 7) **EQÜIDADE** – igualdade na distribuição dos cuidados.

O conceito que emerge das idéias fundamentais, defendidas por esses autores, define a qualidade como os atributos que um produto ou serviço devem ter para atender ou superar as expectativas do usuário.

O modelo de Gestão da Qualidade Total — GQT — marca um novo momento do desenvolvimento das forças produtivas em nível mundial, mediante a utilização mais humanizada da ciência do que aquela possibilitada pelos métodos tayloristas, que promoveram ativamente a separação técnica e social do trabalho entre funções intelectuais de planejamento e as funções operacionais de produção. As relações da interface produção/comercialização/consumo mudaram radicalmente, fazendo desaparecer contraposições entre os conceitos econômicos tradicionais como os de mercadoria e serviços. Assim, um produto ou serviço, com garantia de qualidade, envolve tanto a materialidade típica de um bem quanto a relação imediata de uso do trabalho vivo que o caracteriza (NOGUEIRA, 1994).

Para Malik e Schiesari (1998), as críticas que se fazem ao modelo de gestão com qualidade total são de cunho ideológico ou referem-se,

2 Revisão de Literatura

fundamentalmente, à transposição de mais um modelo não nacional. Afirmam que esse modelo de gerenciamento e suas variações disseminaram-se de tal forma através da mídia e da valorização dos produtos com rótulos de qualidade fornecidos pelas indústrias que, atualmente observamos a contaminação da sociedade pelo termo qualidade, permitindo assim que quaisquer intenções a esse respeito sejam não só bem-vindas, como também desejadas.

Já para Picchiali (1998) os problemas gerados pela implantação de programas de qualidade total não são só técnicos, mas também, os fortes impactos e mudanças comportamentais e organizacionais que provocam.

No Brasil o movimento pela qualidade total iniciou-se na década de 70, através dos estudos desenvolvidos por Vicente Falconi Campos, na Fundação Cristiano Ottoni, em Minas Gerais. O Professor Falconi é engenheiro, especializou-se nos EUA e no Japão, assessorou várias empresas e indústrias brasileiras na implantação do modelo de gerenciamento com qualidade total (ZANON, 2001).

Até o início dos anos 90 não existia no Brasil qualquer preocupação formal com a qualidade dos serviços médico-hospitalares que, além de mal distribuídos, eram em geral de baixa qualidade, provocando insatisfações e, às vezes, danos à população. A partir da implantação do Código de Defesa do Consumidor, em setembro de 1990, iniciou-se um novo momento no relacionamento hospital-usuário, assegurando ao usuário poderes para exigir segurança, qualidade, efetividade e eficácia (BRASIL, 1990).

2 Revisão de Literatura

As primeiras instituições de saúde a implantarem os GQT foram empresas privadas, buscando neste modelo uma forma de melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário, reduzir custos, adequar os recursos financeiros diminuídos pelas políticas de saúde adotadas pelo governo.

Em todas as experiências de implantação de GQT em instituições hospitalares identificadas no levantamento bibliográfico deste estudo, verificou-se que a equipe de enfermagem constitui-se no serviço com maior adesão ao novo modelo de gerenciamento. Acredita-se que isto tenha ocorrido devido às características dos serviços de enfermagem que desenvolvem suas atividades 24 horas por dia, todos os dias da semana, por ser o elo de ligação entre paciente/família/equipe de saúde e por se constituírem na maior equipe de profissionais que atuam nos serviços hospitalares, tornando-se um grupo fundamental para ser envolvido para garantir o sucesso do GQT.

Fonseca et al. (1994) descrevem os caminhos percorridos na implantação do GQT em uma instituição hospitalar privada de grande porte, destacando as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem que era constituída por 533 trabalhadores. O modelo foi implantado através de uma assessoria internacional e envolveu toda a empresa. Inicialmente foram sensibilizados todos os colaboradores através de cursos de formação para qualidade, realizados no horário de trabalho, com duração de 10 a 20 horas, a fim de difundir a linguagem e as ferramentas da qualidade dentro da instituição. Também foram formados grupos internos para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Como resultados, descreveram que, em dois

2 Revisão de Literatura

meses, verificou-se grande mobilização da equipe, com inserção do pessoal de enfermagem na estruturação de oito grupos setoriais envolvendo todas as áreas do hospital e todas as categorias funcionais. Esses autores iniciaram estudos para construção de indicadores de qualidade para o serviço de enfermagem e, gradativamente, as ferramentas da qualidade foram sendo incorporadas ao processo de trabalho.

Em Porto Alegre — RS —, em um hospital particular de médio porte, um grupo de enfermeiros utilizou uma ferramenta do GQT para analisar o processo de recebimento, arquivamento e devolução dos exames eletrodiagnósticos dos pacientes que se internavam na instituição, pois foram identificados muitos problemas devido ao extravio desses exames. Através da análise do processo, foi possível identificar as causas do problema e implantar um sistema de controle através de uma planilha de registro de entrega e devolução dos exames nos locais onde o paciente era atendido. Em seis meses, o grupo alcançou os objetivos e nenhum exame foi extraviado. A partir deste estudo, o método de controle foi implantado eletronicamente (MULLER; DELZIOVO; RUTTA, 1994).

Antunes (1997) realizou estudo em uma instituição hospitalar privada de grande porte que havia implantado o GQT há 6 anos. Seu objetivo foi verificar se os princípios da qualidade propostos por Deming e as recomendações neles contidos estavam sendo empregados na administração do serviço de enfermagem daquela instituição. Observou que, para implantação do novo modelo de gestão, a instituição foi assessorada por duas empresas

2 Revisão de Literatura

brasileiras que inicialmente sensibilizaram, através de cursos, a alta direção e a média gerência sobre os princípios da qualidade total. Destacou que na primeira etapa o pessoal de nível de apoio não foi inserido no processo, considerando que embora isto não tenha prejudicado o resultado final, contraria os princípios da GQT.

O autor acima citado relatou que a instituição implantou grupos de gerenciamento da qualidade, designando monitores da qualidade nas unidades de serviços, mas que, mesmo utilizando-se desta estratégia, houve pequena participação dos médicos nos círculos de qualidade.

Destacou ainda, que o serviço de enfermagem da instituição foi totalmente reorganizado, sendo readequadas ou elaboradas novas normas e rotinas de trabalho, implementados manuais de orientação para pacientes e familiares e instituídos os encontros trimestrais para analisar o andamento do processo de implantação do GQT.

Antunes (1997) concluiu que, apesar dos bons resultados obtidos pela equipe de enfermagem da referida instituição, a implantação não seguiu todas as etapas ou recomendações consideradas importantes na implantação do GQT, como também, nem todos os princípios de Deming foram cumpridos na íntegra.

O hospital Israelita Albert Einstein — SP — foi um dos primeiros a instituir a GQT, e, desde 1989, tem desenvolvido estratégias gerenciais voltadas para identificar as necessidades de seus clientes internos e externos, a

2 Revisão de Literatura

fim de atendê-las ou superá-las através da prestação de serviços com pessoal qualificado e utilização de tecnologia de ponta. A alta administração envolveu-se no processo e também foi assessorada por uma empresa internacional para implantar o Sistema Einstein de Qualidade — SEQ — (RAMOS et al., 1994).

A equipe de enfermagem desta instituição também participou ativamente na implantação, do novo modelo de administração primeiramente envolvendo as suas gerências, formando a Comissão de Qualidade em Enfermagem — CQE —, que se fundamentou em bibliografias e visitas a instituições internacionais, estabelecendo as metas para este serviço alcançar os princípios de qualidade pretendidos. Analisaram os relatórios elaborados pelo Serviço de Atendimento ao Cliente — SAC —, identificando seus problemas e desenvolveram várias estratégias que foram implementadas ao longo dos anos, tais como o gerenciamento de risco, realizado através da notificação de ocorrências adversas verificadas nos procedimentos de enfermagem; implantação do sistema de classificação de pacientes por grau de dependência da enfermagem; implantação de indicadores de qualidade, entre outras.

O HURNPR também implantou o modelo de gestão com qualidade total, em 1994, que foi denominado de QualisaHUde. A diretora de enfermagem e a chefe da divisão de educação e treinamento da enfermagem foram as responsáveis pela implantação do programa dentro da instituição enquanto o escritório de qualidade não estava funcionando. As estratégias utilizadas e o processo de implantação do referido programa estão descritos na etapa de resultados e discussão desta tese, no item 5.2.1.

2 Revisão de Literatura

Verificou-se, nas várias experiências relatadas anteriormente, que o uso de ferramentas da qualidade são extremamente necessárias para a implantação e manutenção do GQT. As ferramentas da qualidade devem ser entendidas como técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desenvolvimento dos processos de trabalho. As principais ferramentas utilizadas nas instituições de saúde são:

- ▶ Diagrama de tendência.
- ▶ Gráficos de dispersão.
- ▶ Diagrama de controle.
- ▶ Folha de verificação.
- ▶ Diagrama de causa e efeito.
- ▶ Histograma.
- ▶ *Brainstorming*.
- ▶ Fluxograma.
- ▶ Diagrama de Pareto.
- ▶ PDCA (*Plan, Action, Check e Do*).
- ▶ “5 S” (*Seiri / seleção, Seiton / ordenação, Seiso / limpeza, Seiketsu / higiene e Shitsuke / auto-disciplina*).

Para este estudo, a fim de fundamentar as discussões dos resultados, optou-se por apresentar somente o *Brainstorming*, o PDCA e o “5 S”, ferramentas utilizadas pelo HURNPR na implantação de seu programa de

2 Revisão de Literatura

qualidade total. Os conteúdos apresentados a seguir foram transcritos da apostila fornecida no curso de sensibilização para a qualidade total ministrado na instituição, e elaborada por Haddad e Beltrame (1996).

O *Brainstorming* é uma técnica através da qual se faz uma pergunta acerca de determinado problema e enumeram-se as possíveis causas para o seu aparecimento. A técnica permite abordar o problema inicial, com posterior processamento do mesmo, possibilitando esgotar as causas de determinado problema a partir da visão do grupo, além de permitir a participação de todo o grupo na solução do problema.

■ ETAPAS DA TÉCNICA:

- 1) Reunir o grupo.
- 2) Escolher um problema comum ao grupo e relacionado à rotina de trabalho das pessoas.
- 3) Fazer perguntas a respeito do problema.
- 4) Estimular os membros do grupo, para exposição e discussão livre das possíveis causas do problema.
- 5) Verificar a necessidade de quantificar as causas do problema.
- 6) Comprovar numericamente a relevância dessas causas.
- 7) Discutir as possíveis soluções.

2 Revisão de Literatura

O ciclo PDCA, também conhecido por ciclo de Deming, é um método de gerenciamento sistemático das atividades. O PDCA inclui planejamento, execução, verificação e ação corretiva ou padronizada. Esse método pode ser utilizado tanto para tarefas de rotina quanto para um novo projeto.

■ PLANEJAR (*P – Plan*)

Dos quatro elementos do ciclo PDCA, o planejamento deve ser reconhecido como o mais importante deles, porque qualquer falha na sua concepção implica no comprometimento de todas as ações desenvolvidas nas demais fases do ciclo. O planejamento deve ser feito de maneira participativa, de modo que o plano resultante tenha o comprometimento de todos. Deve compreender duas etapas fundamentais:

- ▶ DEFINIÇÃO DE METAS – apesar de desafiadoras, deve-se ter o cuidado de estabelecer metas possíveis de serem alcançadas e sobre as quais haja plena concordância dos executantes.
- ▶ DEFINIÇÃO DE MÉTODOS – toda meta estabelecida deve vir acompanhada do método para atingi-la. A responsabilidade de definir o método é da gerência.

■ EXECUTAR (*D – Do*)

Na etapa do executar, todos devem conhecer o plano, as metas e os métodos, além de concordar com eles. Se for necessário, deve-se treinar

2 Revisão de Literatura

os agentes na execução do método escolhido para alcançar as metas estabelecidas na fase do planejamento.

■ VERIFICAR (C – *Check*)

Já na etapa do verificar, é necessário acompanhar os resultados obtidos na execução do planejamento para verificar se as metas estão sendo atingidas. O acompanhamento pode ser feito por gráficos, relatórios, *check-list*, etc.

■ AÇÕES CORRETIVAS/PADRONIZAÇÃO (A – *Action*)

Caso as metas não sejam atingidas, há necessidade de se buscar as causas. Em seguida, deve-se implementar medidas que eliminem o problema e *rodar* novamente o PDCA na busca da melhoria contínua. Se as metas foram atingidas, a melhoria ou inovação deve ser mantida através da sua padronização e incorporação às rotinas de trabalho.

O "5 S" é um método educacional, desenvolvido no Japão, que foi interpretado no Brasil como 5 Sensos, ou seja, Senso de Utilização/Seleção, Senso de Ordenação, Senso de Limpeza, Senso de Saúde e Senso de Autodisciplina.

O "5 S" compreende o cultivo de valores inerentes a cada indivíduo. É uma questão de prática que envolve a participação de todos para a transformação do ambiente no qual se trabalha, se produz e se vive, em espaços

2 Revisão de Literatura

mais agradáveis, limpos e seguros. É um caminho para o despertar do senso de qualidade.

Os benefícios do "5 S" são:

- ▶ Liberar espaços físicos.
- ▶ Reduzir custos, estoques, desperdício, acidentes de trabalho, tempo de procura de um material e a necessidade de controle.
- ▶ Agilizar informações.
- ▶ Aumentar a produtividade.
- ▶ Melhorar o *layout* do ambiente.
- ▶ Reduzir o cansaço físico e mental e o retrabalho.
- ▶ Melhorar a imagem dos colaboradores e da organização.
- ▶ proporcionar o aperfeiçoamento contínuo.

Para implantar o "5 S", torna-se necessário sensibilizar os trabalhadores através de cursos que apresentem as estratégias adotadas para esse programa. É importante, também, discutir com os colaboradores as questões culturais de nosso país e esclarecer quais são os objetivos da instituição na implantação desse modelo de organização. As etapas de implementação do "5 S" devem ocorrer numa seqüência, conforme apresentado abaixo:

2 Revisão de Literatura

1) SENSO DE UTILIZAÇÃO – SELEÇÃO

- ▶ Separar o necessário do desnecessário.
- ▶ Selecionar objetos, equipamentos, arquivos (inclusive os de informática), eliminando dados e relatórios ultrapassados.
- ▶ Verificar se existe algum material que não é utilizado, mas que serve para outras pessoas ou setores.
- ▶ Liberar espaços e reduzir estoques.
- ▶ Ter somente o necessário e na quantidade certa.

Este é o senso que provoca maior movimentação das equipes e envolve toda a instituição ou setor, com manuseio de documentos, equipamentos e móveis, portanto, alguns critérios devem ser observados para que o processo de reorganização não se torne posteriormente um transtorno.

■ CRITÉRIOS DE BOAS PRÁTICAS DO "1 S":

- A chefia imediata deverá coordenar todo o processo ou delegá-lo para um colaborador que seja respeitado pela equipe.
- No início da atividade, reunir o grupo para definir as funções de cada colaborador.
- Definir o que é útil do que é inútil.
- Elaborar uma relação dos bens patrimoniais descartados.

2 Revisão de Literatura

- Destinar uma área para descarte de equipamentos e móveis.
- Selecionar e arquivar os documentos legais e os referentes à memória da instituição. Quem melhor conhece as normas são os próprios colaboradores da área.
- Sugerir que os colaboradores também reflitam sobre suas atitudes no local de trabalho, restabelecendo novos vínculos.

2) SENSO DE ORDENAÇÃO

- ▶ Definir um local certo para cada coisa e identificar visivelmente esses locais. É importante ter arquivos que todos compreendam. Todos os materiais devem estar disponíveis para o uso.
- ▶ Estabelecer estoques de materiais adequados ao consumo semanal ou diário, quando for o caso.
- ▶ Padronizar nomes de materiais e equipamentos, definindo os locais para os mesmos.
- ▶ Expor visualmente as áreas críticas ou de perigo.
- ▶ Recomendar que nas mesas de trabalho permaneçam somente os materiais que estão sendo utilizados naquele período.
- ▶ Elaborar ou readequar e divulgar normas de trabalho.

2 Revisão de Literatura

Para organização de materiais utilizados no ambiente de trabalho recomenda-se a seguinte classificação:

- Objetos e dados necessários usados constantemente — colocar mais próximos do local de trabalho.
- Objetos e dados necessários usados ocasionalmente — colocar um pouco mais afastados do local de trabalho.
- Objetos e dados necessários usados raramente, mas necessários — colocar separados, mas em um local determinado.
- Objetos e dados sem uso potencial — encaminhar para descarte.
- Objetos e dados desnecessários, mas potencialmente úteis ou valiosos — encaminhar para reaproveitamento em outro local da instituição.

3) SENSO DE LIMPEZA

- ▶ Identificar e eliminar as fontes de sujeira.
- ▶ Estimular que cada um resolva seus próprios problemas, não delegando para outro essa responsabilidade.
- ▶ Estimular a manutenção da limpeza no local de trabalho.
- ▶ Manter materiais e equipamentos permanentemente em condições de uso.
- ▶ Manter sempre limpos os locais de uso comum, tais como banheiros, refeitórios, vestiários, etc..

2 Revisão de Literatura

- ▶ Estimular o comportamento do *não sujar*.
- ▶ Manter sinceridade e respeito nas relações interpessoais.

4) SENSO DE SAÚDE

- ▶ Manter condições de trabalho físicas e mentais saudáveis à saúde.
- ▶ Estimular atitudes favoráveis para manutenção de ambiente amistoso e agradável.
- ▶ Promover qualidade de vida no trabalho.
- ▶ Promover atividades físicas dentro da instituição.

5) SENSO DE AUTODISCIPLINA

- ▶ Estimular a prática dos "4 S" anteriores.
- ▶ Incentivar a tomada de decisão.
- ▶ Estimular a criatividade.
- ▶ Incentivar e auxiliar na autodisciplina dos colaboradores.
- ▶ Compartilhar conhecimento.
- ▶ Estimular e proporcionar o desenvolvimento pessoal, cultural, científico e acadêmico.

Somente quando "5 S" for continuamente praticado é que seus efeitos acontecerão e serão visíveis para toda a comunidade.

2 Revisão de Literatura

2.3 O PROCESSO DE AUDITORIA

A auditoria constitui-se na avaliação sistemática e formal de uma atividade por alguém não envolvido diretamente na sua execução, para determinar se esta atividade está alcançando os objetivos propostos (PEREIRA; TAKAHASHI, 1991).

Por outro lado, Cerqueira (1977) salienta que a auditoria em enfermagem é o processo pelo qual as atividades de enfermagem são examinadas, mensuradas e avaliadas, utilizando-se de padrões pré-estabelecidos, realizada através de revisões das anotações de enfermagem que constam do prontuário do paciente. A regra internacional para determinar o número de prontuários avaliados é de até 50 altas/mês, onde todos os prontuários devem ser examinados; mais de 50 altas/mês somente 10% dos prontuários e todos os prontuários de óbitos devem passar por processo de auditoria. Porém, a administração da instituição deverá definir, juntamente com um estatístico, o critério de escolha e o número de prontuários que devem ser analisados para obter informações fidedignas.

A auditoria tem sua origem na área contábil, cujos fatos e registros datam do ano 2600a.C. Na área da saúde, surge em 1918 nos EUA, quando é verificada a qualidade da assistência prestada ao paciente através do registro em prontuário. Um dos primeiros trabalhos de auditoria de enfermagem é datado de 1955 e também foi desenvolvido no mesmo país. As finalidades da auditoria são identificar problemas na estrutura, no processo e no resultado, fornecendo informações que possibilitem ações que melhorem a qualidade da

2 Revisão de Literatura

assistência, além de fundamentar a tomada de decisões importantes, auxiliando no planejamento e na avaliação de programas de educação continuada, dentre outros (KURCGANT, 1976).

Na enfermagem, os tipos de auditoria mais utilizados são a *auditoria retrospectiva*, realizada após a alta do paciente, em que se utiliza o prontuário para avaliação e a *auditoria operacional ou concorrente* que é feita enquanto o cliente está hospitalizado ou em atendimento ambulatorial (CERQUEIRA, 1977).

Para Saupe, Horr e Cerqueira (1983) a auditoria retrospectiva é orientada para o exame das atividades numa revisão dos resultados finais dos cuidados prestados. Consiste na auditoria do prontuário do paciente/cliente, após a alta, tendo por base o exame dos registros que constam dos documentos do prontuário. A desvantagem desse método é que dados obtidos não reverterão em benefício desse paciente/cliente, mas sim, para a assistência de forma global.

Já a auditoria operacional ou concorrente é orientada para uma revisão dos cuidados prestados, dentro de um esquema preventivo de resultados finais de menor qualidade. Esse processo pode ser realizado através do confronto entre o número de exames realizados e os exames definidos em protocolos de atendimentos; através da avaliação feita pelo paciente e sua família em formulários preenchidos na alta ou no final do atendimento ambulatorial e também em pesquisas realizadas junto a equipe multiprofissional (PEREIRA; TAKAHASHI, 1991).

2 Revisão de Literatura

As autoras, acima citadas, classificam a auditoria em *interna*, quando for realizada por pessoal da própria instituição e *externa*, quando for feita por pessoal externo ao hospital.

A auditoria interna tem como vantagem realizar uma avaliação com maior profundidade, pelo conhecimento da estrutura administrativa, da cultura organizacional, das tecnologias implantadas e expectativas dos serviços, permitindo sugerir soluções apropriadas. Como desvantagem, pode criar dependência administrativa, limitando a avaliação, dificultando as conclusões e as recomendações finais do trabalho, além de também haver envolvimento afetivo do auditor com os indivíduos realizadores do trabalho, invalidando-o.

Já a auditoria realizada por equipe externa tem a vantagem de gozar de independência administrativa e afetiva, mas como desvantagem, o auditor não vivenciar a realidade da instituição, podendo elaborar um trabalho superficial que apresente sugestões pouco adequadas à solução dos problemas existentes.

O processo de auditoria ainda pode ser temporário ou permanente, dependendo também dos objetivos estabelecidos para a avaliação. Esses métodos têm vantagens e desvantagens e sua escolha vai depender dos objetivos determinados para a auditoria. Além disso, as atividades de auditoria requerem recursos humanos e materiais específicos para este fim, que vão depender do tamanho da instituição e da abrangência do processo a ser realizado (KURCGANT, 1976).

2 Revisão de Literatura

É importante ressaltar que o perfil do auditor deve incluir características como ser ético, discreto, possuir senso crítico, capacidade de análise, organização, além de comprovado conhecimento teórico-prático.

O grupo de auditores deve ser constituído por enfermeiros conscientes e comprometidos com a qualidade da assistência de enfermagem, além de possuírem larga experiência profissional, estarem familiarizados com os padrões de qualidade estabelecidos pela instituição e terem muita habilidade no relacionamento interpessoal (CIANCIARULO, 1997).

A execução do processo de auditoria exige envolvimento da equipe e, principalmente, maturidade para identificar, aceitar e implementar estratégias que garantam uma assistência de enfermagem de qualidade.

Várias experiências na área da enfermagem vêm sendo realizadas no Brasil, como por exemplo, no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo onde se executa, desde 1983, um processo de auditoria que foi aprimorado ao longo dos anos. O mesmo fundamenta-se nos padrões de assistência de enfermagem determinados na instituição, que são as normas do Sistema de Assistência de Enfermagem — SAE — (ANDREONI; GUALDA, 1998).

Cerqueira (1977) desenvolveu uma metodologia para controlar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em unidades de internação médico-cirúrgica de um hospital escola, através da aplicação da auditoria operacional. Juntamente com os enfermeiros da instituição, adaptou o modelo preconizado por Carter em 1972 para avaliar o padrão de qualidade da

2 Revisão de Literatura

assistência de enfermagem, e assim, elaboraram indicadores de qualidade que foram utilizados na auditoria dos registros de enfermagem e na avaliação do paciente e de seu ambiente. Os dados referentes aos pacientes foram obtidos através de entrevista, do exame físico realizado por auditores e da observação do ambiente onde o paciente estava internado. Foram realizadas auditorias durante 6 semanas. Os resultados demonstraram que esse modelo de avaliação permitiu identificar a qualidade da assistência de enfermagem prestada. Os dados foram coletados por enfermeiros auditores e alunos de enfermagem, devidamente capacitados e supervisionados pela autora da pesquisa.

Saupe, Horr e Cerqueira (1983) realizaram estudo para avaliar a qualidade das anotações de enfermagem através da aplicação da auditoria retrospectiva nos prontuários dos pacientes internados em um hospital universitário. Utilizaram um instrumento que determinava os padrões de qualidade e as normas estabelecidas para os registros de enfermagem, sob a forma de indicadores, sem considerar o grau de dependência do paciente, idade, sexo, ou outra variável. Para cada indicador, o instrumento previa uma coluna SIM, quando estava presente em 100% das anotações; uma coluna NÃO, marcada sempre que houvesse a omissão do registro, mesmo que uma única vez; e outra coluna NÃO SE APLICA, quando fosse o caso, sendo que esta coluna não interferiu na avaliação final. Os critérios utilizados para análise dos dados foram os preconizados por Carter *apud* Cerqueira (1977). As autoras concluíram que o método permitiu identificar que houve melhora no desempenho do pessoal de enfermagem no cumprimento dos padrões de qualidade, estabelecidos para os registros de enfermagem naquela instituição.

2 Revisão de Literatura

Os dois estudos, acima mencionados, fundamentaram o desenvolvimento da metodologia adotada na implantação da ACQAE do HURNPR.

Francisco (1990) realizou pesquisa utilizando a auditoria nas anotações de enfermagem contidas em prontuários de pacientes internados em clínicas médicas e cirúrgicas de um hospital universitário, através de amostragem e escolha aleatória desses prontuários. Estabeleceu como pressuposto conceitual os Padrões Mínimos para a Assistência de Enfermagem orientados para a qualidade das ações de enfermagem que devem ser prestadas livre de risco, apropriadas e continuas.

Para a coleta dos dados, o autor utilizou um formulário composto por quatro partes, sendo a primeira destinada a anotações referentes à identificação do paciente; a segunda parte com três questões e respostas de múltipla escolha referentes ao exame do prontuário (impressos e registros); a terceira parte também com três questões relacionadas à avaliação da assistência de enfermagem, referentes à aplicação do processo de enfermagem, ao atendimento das necessidades físicas, terapêutica, psicossocio-espirituais, de reabilitação e ambientais; e a quarta parte destinada às observações do avaliador. Os resultados demonstraram que esse modelo de avaliação permitiu identificar a qualidade das ações de enfermagem executadas na instituição do estudo. As auditorias foram realizadas pelo pesquisador juntamente com alunos de enfermagem, por ele treinados.

Silva et al. (1990) descreveram os caminhos percorridos pela

2 Revisão de Literatura

equipe de enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo na implantação e desenvolvimento do Grupo de Estudos de Padrões e Auditoria — GEPA — em Enfermagem, implantado em 1982, para assessorar o Departamento de Enfermagem na mensuração da qualidade da assistência de enfermagem prestada na instituição. A auditoria realizada nos registros de enfermagem, contidos nos prontuários dos pacientes, era do tipo retrospectiva. Na primeira etapa o grupo elaborou seu regimento, incluindo as competências dos auditores, bem como determinou as finalidades da auditoria e os critérios a serem observados. A equipe construiu um instrumento fundamentado nos padrões assistenciais, passíveis de mensuração retrospectiva, adotados para cada unidade de internação. Para minimizar a subjetividade e atingir uma homogeneidade dos dados coletados, foram descritos os critérios e valores a serem observados para o preenchimento do instrumento de auditoria.

Esse processo comprovou-se válido para analisar a qualidade da assistência de enfermagem e foi sendo reavaliado e readequado ao longo dos anos, a fim de envolver e sensibilizar os enfermeiros da instituição, quanto à importância do processo de controle de qualidade por meio da auditoria (SILVA, 1990; CINCIARULLO, 1997; CINCIARULLO; FUGULIN; ANDREONI, 1998; CINCIARULLO; GUALDA; MELLEIRO, 1998; ANDREONI; GUALDA, 1998).

No hospital mencionado, Cinciarullo (1997) realizou estudo onde analisou e classificou os resultados referentes à qualidade da assistência de enfermagem implementada em três unidades pediátricas, através da auditoria retrospectiva realizada nas anotações de enfermagem contidas nos prontuários.

2 Revisão de Literatura

Os dados foram levantados através de um instrumento que foi elaborado fundamentado nos padrões da assistência implementados nas referidas unidades e nas normas operacionais relativas ao processo de enfermagem definidas naquela instituição. A análise dos resultados possibilitou identificar que quanto às anotações de enfermagem e execução da prescrição médica, a equipe atingiu os valores acima dos padrões estabelecidos. Mas em relação às atividades próprias da enfermagem referentes a aplicação do processo de enfermagem, percebeu-se uma maior dificuldade em atingir os parâmetros preestabelecidos.

Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998) e Cianciarullo, Gualda e Melleiro (1998), realizaram estudos semelhantes nas unidades de hemodiálise e perinatal da mesma instituição. Foram elaborados pelo GEPA os padrões e critérios de análise das anotações de enfermagem, fundamentados na teoria das necessidades humanas básicas de Horta (1979), categorizando-os de acordo com as necessidades afetadas e terapêutica indicada. Também foram elaborados critérios para analisar os recursos estruturais daquelas unidades.

As autoras descrevem que a auditoria realizada concentrou-se no método de análise retrospectiva, mas o GEPA também realizou auditorias operacionais *in loco* a fim de verificar como se processava a assistência de enfermagem, relacionando os critérios estabelecidos pela unidade com a execução dos procedimentos e a estrutura do processo. Os estudos permitiram identificar as atividades onde a equipe superou os padrões de qualidade, como também em quais procedimentos apresentaram deficiências, garantindo a

2 Revisão de Literatura

possibilidade de análise e readequação do processo de trabalho da equipe de enfermagem, com redefinição das estratégias de educação continuada.

No Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNPR) da Universidade Estadual de Londrina, Haddad et al. (1999) implantaram um processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem que utilizou a auditoria retrospectiva nas anotações de enfermagem e auditoria operacional através da realização de entrevista com os pacientes e observação do ambiente. As auditorias eram executadas utilizando-se instrumentos elaborados pela ACQAE, que se fundamentou na teoria das necessidades humanas básicas de Horta (1979). Os padrões de qualidade estabelecidos para a assistência de enfermagem e os instrumentos de análise foram discutidos e aprovados pelo grupo de enfermeiras(os) da instituição.

A implantação desse processo possibilitou à equipe de enfermagem do HURNPR identificar que a qualidade da assistência prestada oscilava entre adequada e sofrível, sendo necessário estabelecer novas estratégias de treinamento e comprometimento da equipe para o desenvolvimento do processo de trabalho com qualidade, obtendo-se nas avaliações posteriores, melhora nos resultados. Esse estudo é o objeto desta tese.

A execução do processo de auditoria exige envolvimento da equipe e, principalmente, maturidade para identificar, aceitar e implementar estratégias que garantam uma assistência de qualidade.

2 Revisão de Literatura

Em qualquer um dos tipos, o procedimento básico da auditoria consta da elaboração de um plano auditorial que proponha a forma de realização da auditoria, através da coleta dos dados que serão analisados frente ao padrão estabelecido. Os resultados devem ser expressos em um relatório analítico que apresente parecer de natureza técnica sobre o que foi auditado e sugestões que visem o aperfeiçoamento, ou mesmo, a correção de problemas encontrados.

Quando da elaboração dos relatórios é importante ressaltar que o documento deve ser resumido, auto-explicável, agregar o maior número de informações possíveis, apresentar os dados de forma que os resultados do mês anterior e de serviços semelhantes possam ser comparados. Para sua elaboração deve-se usar cores claras e discretas para destaque dos dados; colocar data no rodapé das folhas do relatório; usar letra *Times New Roman* ou *Arial* de tamanho 8 a 10 e usar gráficos e tabelas auto-explicáveis, somente se forem necessários para ressaltar as informações.

O relatório deverá ser encaminhado à direção geral, diretores de área, enfermeiros de serviço para serem analisados e servirem de subsídios para implementar ações de melhoria nos processos de trabalho, readequações no planejamento do serviço de educação continuada, redução de custos, etc..

Souza (2001), Presidente da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Auditores em Saúde — SOBREAS —, afirmou que a qualidade da assistência somente poderá ser verificada quando for medida através da avaliação de resultados obtidos com a recuperação e satisfação do paciente, constatação de uso racional dos recursos materiais, estabelecidos em evidências

2 Revisão de Literatura

e através de dados estatísticos que são elaborados através da auditoria operacional e retrospectiva efetivada nos registros dos profissionais envolvidos.

O Conselho Federal de Enfermagem publicou a resolução nº 266 em 2001, com o objetivo de regulamentar as atividades do enfermeiro auditor em saúde, demonstrando a necessidade de regulamentação desta atividade, devido à demanda das instituições de saúde pública e privada na empregabilidade desses profissionais. A resolução estabelece que o enfermeiro auditor é o responsável pela análise de todos os custos pertinentes aos procedimentos de enfermagem que, de maneira geral, compreendem 80% das despesas do prontuário do paciente (SOUZA, 2001).

A Presidente da SOBREAS ressaltou ser necessário que essa ramificação da profissão deixe de estar associada como atividade coercitiva, de fiscalização ou como instrumento que objetiva a redução de custos da assistência à saúde de qualquer maneira.

As várias experiências implementadas e que se encontram documentadas neste estudo podem servir de modelo para outras instituições e profissionais que acreditam que avaliar o processo de maneira sistematizada é um caminho para garantir assistência com qualidade.

2 Revisão de Literatura

2.4 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Uma outra forma de avaliação, gestão e garantia de qualidade que tem se mostrado importante e muito utilizada na área da saúde são os processos *de acreditação*, utilizados fundamentalmente para hospitais, mas com recentes propostas de sua extensão para redes de serviços de atenção básica à saúde.

O termo acreditação não foi encontrado nos dicionários, apenas a palavra *acreditado* que significa

[...] que se acreditou, cuja veracidade, existência ou ocorrência é aceita; que se considera provável ou possível; bem conceituado; digno de confiança; qualificado; autorizado ou reconhecido por um país ou entidade internacional junto a outro[...] (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 68).

A acreditação hospitalar é um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, nos processos e nos resultados com o objetivo de estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua de qualidade (ZANON, 2001).

Essa proposta se desenvolveu primeiramente nos EUA nos anos 20 e 30, por iniciativa das associações médicas daquele país com objetivo de desenvolverem instrumentos que lhes garantissem condições mínimas de atuação profissional, devido aos interesses dos proprietários dos hospitais privados. Tratava-se, portanto, de uma modalidade de defesa profissional, fortemente inserida na lógica geral de atuação profissional e de organização do

2 Revisão de Literatura

sistemas de atenção à saúde americana. Esse foi o embrião da proposta da acreditação hospitalar, surgindo como um método de avaliação da estrutura dos serviços hospitalares que predominou até a década de 50, contribuindo significativamente para a implantação ou melhoria dos padrões de qualidade daquelas instituições de saúde (NOVAES, 2000).

Em 1951, foi criada nos EUA pelo *American College of Surgeons*, *American College of Physicians* e *American Hospitals Association* a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* — JCAHO —, que até hoje existe, e é responsável pela realização de um processo de avaliação dos hospitais e outros serviços de saúde, utilizando-se de metodologia padronizada, incluindo questionários, entrevistas e observações, que resultam em uma classificação da instituição avaliada, com aprovação total, parcial, condicionada ou rejeição. O conceito obtido nessa avaliação e a participação nos sistema de monitoramento posterior constituem-se em um dos mais importantes instrumentos formais de garantia de qualidade para os hospitais americanos e parte ativa na negociação de acordos financeiros, busca de clientela e acordos de trabalho com os profissionais de saúde (NOVAES, 2000).

No início de 1960 e, especialmente na década de 70, os processos de avaliação dos serviços de saúde se aprimoraram devido à realização de estudos antropológicos que incluíram os indivíduos e grupamentos sociais como base metodológica para a avaliação desses serviços.

Em 1981, a Organização Mundial da Saúde — OMS —, preocupada com a qualidade da assistência à saúde e com a finalidade de

2 Revisão de Literatura

disseminar idéias sobre a avaliação dos serviços, publicou um documento que estabeleceu os princípios gerais, os objetivos, os principais componentes e as limitações do processo avaliativo em serviços de saúde (REIS et al., 1990).

Na década de 90, estudos realizados por Novaes (1993) e financiados pela Organização Panamericana de Saúde — OPS — identificaram que 70% das instituições hospitalares da América Latina e Caribe possuíam menos de 70 leitos. Observaram que os grandes hospitais públicos e privados instalados nessas regiões eram de excelência, mas um número significativo deles não poderia passar por um processo de avaliação mínima de garantia de qualidade. O instrumento utilizado para avaliar essas instituições foi elaborado em 1991 pela OPS e Federação Latino Americana de Hospitais, constituindo-se em um modelo de acreditação de hospitais que foi discutido e aprovado em diversos países sendo considerado apropriado e flexível para as características daquelas regiões.

Novaes (2000) afirma que a maioria dos hospitais dos EUA já implantaram e ultrapassaram a fase da avaliação da estrutura e dos procedimentos clínicos, mas na América Latina e Caribe, verifica-se que esse processo está sendo implantado gradativamente e de acordo com a realidade e condições de cada país.

No Brasil, a organização do programa de acreditação hospitalar iniciou-se em 1992, mas somente em 1994 foi elaborado o Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde — PACQS — com a participação da Academia Nacional de Medicina, do Colégio Brasileiro de

2 Revisão de Literatura

Cirurgiões, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e, ainda, da Federação Nacional das empresas de Seguros Privados e de Capitalização — FENASEG —. Em 1997 o PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação — CBA — e ao grupo acima mencionado inseriu-se a Fundação Cesgranrio, introduzindo no consórcio uma faceta de avaliação educacional, vocação clara de alguns sistemas de acreditação de profissionais. Dessa nova configuração também passaram a participar profissionais de saúde ligados diretamente à assistência hospitalar (SCHIESARI, 1999).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde com o objetivo de promover a cultura da qualidade. Estabeleceu, ainda, a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde, liderada pelo coordenador daquele programa com a participação de representantes da profissão médica, provedores de serviços, consumidores e órgãos técnicos relacionados ao controle de qualidade. É a primeira vez que os consumidores são incluídos na discussão do processo de acreditação de serviços de saúde no Brasil. Da preocupação do governo brasileiro com as questões do gerenciamento da qualidade constavam as propostas de Reforma do Estado Brasileiro que recebeu do Banco Mundial verba específica, destinada para a implantação desse modelo (SCHIESARI, 1999).

De acordo com estudo realizado pela autora acima citada, na década de 90, surgiram no Brasil muitas iniciativas isoladas de implantação de programas de acreditação hospitalar. A primeira delas foi realizada pela Associação Paulista de Medicina — APM —, onde um grupo estudou a

2 Revisão de Literatura

avaliação de hospitais com a intenção de classificá-los com estrelas, de maneira semelhante à que ocorre com hotéis. A intenção era de estimular os hospitais a desenvolverem programas de qualidade e, não necessariamente, realizar acreditação, pois a sistemática de avaliação não se assemelhava a esse modelo, apesar da existência de um roteiro de visitas inspirado em instrumentos de acreditação. Dessas discussões participaram, além da APM, o Conselho Regional de Enfermagem, o Sindicato dos Hospitais, entre outras instituições, dando origem ao Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar — CQH — no Estado de São Paulo, vinculado à Associação Paulista de Medicina e ao Conselho Regional de Medicina.

Zanon (2001) descreve que, desde 1991, a CQH conferiu Selo de Conformidade a 14 hospitais que cumpriram todas as etapas no manual de conformidade da instituição, embora tenham sido avaliadas mais de 100 instituições em todo o Estado de São Paulo.

No Rio Grande do Sul, foi o Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde — IAHCS — que, estimulado pela OPS, assumiu em 1995 a responsabilidade de conduzir pesquisa a respeito da determinação de padrões de qualidade hospitalar. Este instituto, juntamente com a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, o SEBRAE/RS e outras instituições de renome naquele estado criaram o Programa Gaúcho de Acreditação. Verificou-se nesse programa a presença do estado, dos prestadores de serviço, dos fornecedores e da universidade, demonstrando o pioneirismo do grupo na implantação desse sistema de avaliação dos serviços de saúde (QUINTO NETO; GASTAL, 1997).

2 Revisão de Literatura

Já no Estado do Paraná, o programa de acreditação foi criado em 1996, através do Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde — IPASS —, com participação ampla das diferentes entidades ligadas à saúde, desde a Associação Brasileira de Enfermagem, a Associação Médica Paranaense, a Associação Paranaense de Controle de Infecção Hospitalar, os Conselhos Regional de Enfermagem, de Farmácia e de Medicina, a Federação dos Hospitais, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, a Federação das Misericórdias e Universidade do Paraná. A Secretaria Estadual de Saúde somente iniciou o processo de discussão (SCHIESARI, 1999).

Alguns dos programas citados foram criados depois da realização do I Seminário Nacional sobre acreditação, realizado em Brasília em 1992, com objetivo de divulgar os resultados da pesquisa realizada com apoio do Banco Mundial para identificar experiências brasileiras em garantia da qualidade em saúde. A pesquisa concluiu ser urgente a necessidade de introduzir no país um sistema independente de acreditação de hospitais. Nesse evento, promovido pela OPS, reuniram-se todas as entidades nacionais da área da saúde. Após análise do manual de acreditação da OPS e de diferentes propostas a respeito do modelo de acreditação apropriado para o país, conclui-se que controlar a qualidade dos serviços de saúde era relevante e oportuno; a acreditação era um modelo válido para controlar a qualidade; o manual de acreditação proposto seria um instrumento/documento básico para iniciar o processo e os participantes comprometeram-se em levar a discussão para suas entidades, o que se efetivou conforme descrito nas experiências acima citadas (SCHIESARI, 1999).

2 Revisão de Literatura

Segundo Malik e Schiesari (1998), as entidades participantes deste evento constituíram um conselho e um grupo menor tornou-se a comissão técnica, ou seja, o Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar, criado a partir de incentivos da OPS.

Na tentativa de unificar as várias iniciativas que se desenvolveram no Brasil, em 1997, o então ministro de saúde, contratou o Dr. Humberto Moraes de Novaes, especialista na implantação de programas de acreditação hospitalar na América Latina para desenvolver a acreditação no âmbito do Ministério da Saúde, o que resultou na elaboração do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, fundamentado no manual de acreditação da OPS que estabeleceu padrões e critérios para realização de auditorias em instituições hospitalares. Esses critérios também nortearam o programa de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar (BRASIL, 2000).

Em 2001, o Ministério da Saúde considerando que o Programa Nacional de Acreditação Hospitalar constituiu-se em um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais, foi aceito nacionalmente, reconhecendo a Organização Nacional de Acreditação — ONA — através da portaria GM/MS nº 538/2001 (BRASIL, 2001).

A ONA é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter normativo, cujo conselho de administração conta com representantes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde — CONASS —, do

2 Revisão de Literatura

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde — CONASEMS —, de entidades privadas, de prestadoras e compradoras de serviço de saúde que têm como missão a promoção do desenvolvimento do Programa de Acreditação Hospitalar, visando aprimorar a qualidade da assistência a saúde no território nacional. O Ministério da Saúde é um parceiro da ONA em todas as fases do processo, desde a habilitação das empresas acreditadoras até a certificação dos hospitais e regulamentaram suas relações por convênio, definindo-se suas obrigações e direitos (BRASIL, 2003).

A ONA (2001) estabeleceu as seguintes categorias para certificação das instituições de saúde:

- ▶ Organização Prestadora de Serviços de Saúde Não Acreditada.
- ▶ Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada e Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada Plena — certificado com validade de dois anos.
- ▶ Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada com Excelência — certificado com validade de três anos.

As instituições acreditadoras cadastradas na ONA em 2004, com capacidade para desenvolver atividades de capacitação e treinamento, diagnóstico organizacional e avaliação para certificação são: o Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde — PR —, a Fundação Carlos Alberto Vanzolini — SP —, os Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde — RG —, o Consórcio Brasileiro de Acreditação de

2 Revisão de Literatura

Sistemas e Serviços de Saúde — RJ —, *Det Norske Veritas* — Noruega —, Instituto Qualisa de Gestão — SP — e *Germanischer Lloyd Certification South America* — Alemanha — (ONA, 2004).

Essas instituições acreditadoras poderão, a qualquer momento, durante o processo de preparação ou durante a visita de avaliação, recorrer ao fórum de jurisprudência, a fim de esclarecer aspectos omissos no manual ou nas normas técnicas que dão suporte ao modelo do processo e que poderão ser acessadas pelo site da ONA (BRASIL, 2003).

De acordo com as informações obtidas no site da ONA (www.ona.org.br, acessado em 26/05/04), 33 instituições hospitalares foram acreditadas no Brasil.

O instrumento de avaliação adotado pela ONA é o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar que se encontra em sua 4ª edição e incorporou as experiências acumuladas nas dezenas de avaliações realizadas nos hospitais brasileiros (www.ona.org.br, acessado em 26/05/04). Na primeira parte do manual estão descritos os princípios gerais e as diretrizes orientadoras do processo de acreditação, buscando dar conhecimento às organizações hospitalares, candidatas ao processo, além de indicar as ações dos avaliadores/instituições acreditadoras.

A parte II do manual apresenta a sistematização da metodologia de avaliação das organizações prestadoras de serviços hospitalares e o instrumento de avaliação que está subdividido em níveis, padrões, seções e

2 Revisão de Literatura

subseções. Nesta parte também estão incluídas as orientações específicas a serem adotadas pelos avaliadores em casos de situações peculiares e a relação bibliográfica sobre o processo de acreditação hospitalar.

O método de avaliação utiliza três níveis de padrões de qualidade pré-estabelecidos, sendo:

■ NÍVEL 1 — EXIGÊNCIAS MÍNIMAS

Específico para avaliar a segurança e a estrutura. Os critérios de análise estão fundamentados nas normas legais do exercício profissional e outras características imprescindíveis para a prestação da assistência médico-hospitalar.

■ NÍVEL 2 — PADRÕES DE QUALIDADE NO ATENDIMENTO

Referem-se aos aspectos de organização que buscam identificar se as instituições, além de cumprirem as exigências mínimas, adotam boas práticas na organização da assistência médico-hospitalar, bem como têm o paciente no foco central de sua atuação.

■ NÍVEL 3 — PADRÕES DE EXCELÊNCIA

Os critérios de avaliação definidos para este nível identificam se as instituições adotam sistematicamente a melhoria contínua do seu atendimento e atingem padrões de excelência na prestação da assistência médico-hospitalar.

2 Revisão de Literatura

O padrão deve ser integralmente cumprido para que seja aceita a conformidade naquele nível. Agrega, também, o conceito de homogeneidade, implicando que todas as áreas do hospital devem satisfazer um determinado nível. Para ser acreditada a instituição deve atender, pelo menos, os padrões estabelecidos para o nível 1.

O instrumento de avaliação é composto por sete seções com seus fundamentos. A lógica é a que as seções interagem, permitindo que a organização seja avaliada de forma sistêmica.

Para cada subseção existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões avaliam a estrutura, os processos e os resultados dentro de um único serviço, setor ou unidade. Cada padrão apresenta uma definição e uma lista de itens de orientação alinhados com os itens considerados pertinentes aos princípios. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e estes, com princípios específicos cuja constatação é fundamentada em itens considerados pertinentes a eles.

Os itens apontam as fontes onde os avaliadores procuram as evidências ou o que a organização pode apresentar para indicar como atende os requisitos de um determinado padrão. Esses itens norteiam o processo de visita e a preparação da instituição a ser acreditada.

Os padrões estabelecidos no Manual de Acreditação Hospitalar para avaliação do serviço de enfermagem permite identificar se este serviço está desenvolvendo uma assistência de boa qualidade, conforme transcrito abaixo:

2 Revisão de Literatura

SERVIÇO DE ENFERMAGEM — Equipe de Enfermagem responsável pela assistência contínua ao paciente nas 24 horas, desde a internação até a alta e que compreende: previsão, organização e administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes, de modo sistematizado, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão.

■ ENFERMAGEM – NÍVEL 1

► PADRÃO

O serviço possui técnico habilitado; os procedimentos e controles dos pacientes internados são registrados no prontuário; a distribuição da equipe consta de escala de acordo com a habilitação requerida e ajustada às necessidades do serviço.

► ITENS DE ORIENTAÇÃO

- Responsável técnico habilitado.
- Supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado, nas diferentes áreas.
- Chefia do serviço coordena a seleção e dimensionamento da equipe de enfermagem.
- Número de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem compatível com as necessidades de serviço.
- A escala assegura a cobertura da assistência prestada e a disponibilidade de pessoal nas 24 horas em atividades descontinuadas.

2 Revisão de Literatura

- Registros de enfermagem no prontuário, completos, legíveis e assinados, que comprovem a realização da terapêutica medicamentosa, resultados de intervenções da enfermagem, orientações e cuidados prestados.
- Procedimentos técnicos básicos para a execução das tarefas de enfermagem.
- Comissões obrigatórias de enfermagem.

■ ENFERMAGEM – NÍVEL 2

▶ PADRÃO

Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s), disponível(is) e aplicado(s); desenvolve suas ações baseadas em procedimentos voltados para a melhoria de processos assistenciais; dispõe de um programa de capacitação e educação continuada; as ações de enfermagem são auditadas através de registros no prontuário; dispõe de estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial.

▶ ITENS DE ORIENTAÇÃO

- Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s), disponível(is) e aplicado(s).
- Procedimentos padronizados, como protocolos clínicos, para as patologias de maior prevalência.

2 Revisão de Literatura

- Programa de capacitação e educação continuada, com evidências de melhorias.
- Grupos de trabalho para a melhoria de processos, integração institucional, análise crítica dos casos atendidos, melhoria da técnica, controle de problemas, minimização de riscos e efeitos indesejáveis.
- Procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos.
- Estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial.

■ ENFERMAGEM – NÍVEL 3

▶ PADRÃO

Participa ativamente do modelo assistencial, baseado em enfoque multiprofissional e interdisciplinar; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistema de análise da satisfação dos clientes internos e externos e de avaliação do serviço; sistema de informação baseado em dados e indicadores que permitam análises comparativas com referenciais e monitoramento de resultados.

▶ ITENS DE ORIENTAÇÃO

- Avaliação sistemática dos procedimentos de enfermagem que demonstre os resultados dos cuidados prestados e a coerência das condutas adotadas.

2 Revisão de Literatura

- Indicadores epidemiológicos utilizados no planejamento e na definição do modelo assistencial.
- Comparação de resultados com referenciais e análise do impacto gerado junto à comunidade.

Verifica-se, também, no manual de acreditação que os padrões estabelecidos para os serviços onde a equipe de enfermagem atua sistematicamente, tais como nos setores de internação, referência e contra referência, atendimento ambulatorial emergência, centro cirúrgico, obstetrícia, neonatologia, tratamento intensivo, hemoterapia, serviços de apoio diagnóstico, processamento de materiais e esterilização e higiene, foram elaborados considerando a qualificação e o perfil do trabalhador, integração entre a equipe de saúde, uso de manuais de normas ou protocolos de atendimento, instrumentos de monitoramento dos resultados, entre outros, permitindo a avaliação criteriosa do processo de trabalho.

Em 2000, a equipe de enfermagem do HURNPR realizou amplo estudo do Manual de Acreditação Hospitalar, considerando-o como um bom instrumento para ser utilizado na avaliação e no aprimoramento do serviço. Para tanto, estabeleceu como uma das diretrizes para o serviço de enfermagem no ano de 2001, o cumprimento do nível 2 do referido manual. Na etapa de análise e discussão dos resultados desta tese, serão descritas as formas como este processo foi realizado por essa equipe.

Objectives

3

3 Objetivos

3.1 GERAL

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

3.2 ESPECÍFICOS

- ▶ Reconstruir historicamente o processo de implantação da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em um hospital universitário público.
- ▶ Descrever o processo de implantação do Programa de Qualidade Total desenvolvido em um hospital universitário público.
- ▶ Descrever e analisar as etapas percorridas para a implantação da Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem implementada em um hospital universitário público.
- ▶ Analisar os resultados das entrevistas realizadas em 2002, com pacientes internados na unidade médico-cirúrgica masculina de um hospital universitário público.

3 Objetivos

- ▶ Analisar o processo de observação, realizado em 2002, nas unidades de internação médico-cirúrgica masculina de um hospital universitário público.

- ▶ Analisar o processo de auditoria retrospectiva, realizado em 2002, nas anotações da equipe de enfermagem da unidade médico-cirúrgica masculina de um hospital universitário público.

4 Procedimientos

4 Procedimentos Metodológicos

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo que analisa todas as etapas percorridas na implantação do processo de avaliação da Assistência de Enfermagem prestada no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná — HURNPR —. Para analisar os relatórios da unidade médico-cirúrgica masculina, elaborados em 2002 pela Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem — ACQAE —, utilizou-se o método quantitativo e o referencial teórico sobre auditoria.

A pesquisa descritiva delinea o que é, aborda também a descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente (MARCONI; LAKATOS, 1999).

Para Rampazzo (2002), a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona atos ou fenômenos do mundo físico e, especialmente, do mundo humano, sem a interferência do pesquisador. Este método procura descobrir com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

Segundo Polit e Hungler (1995), o método quantitativo envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando-se de procedimentos estatísticos.

4 Procedimentos Metodológicos

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná — HURNPR —, que é um hospital universitário público com 294 leitos, todos à disposição do Sistema Único de Saúde — SUS —. Atende, no nível ambulatorial e de internamento, todas as especialidades médicas e possui equipamentos de alta tecnologia instalados em uma construção antiga com várias adaptações.

O HURNPR além das unidades de internação médico-cirúrgicas para adulto (ala masculina e feminina) mantém setores diferenciados, a exemplo do pronto-socorro, da unidade de fisiologia; unidade de isolamento para pacientes portadores de moléstias infecto-contagiosas, com ala específica para pacientes portadores do HIV; maternidade para gestantes de alto risco; pediatria, unidades de tratamento intensivo para adultos, neonatos e pediátricos, sete salas de cirurgias, unidade de recuperação anestésica com quatro leitos, entre outras. O atendimento ambulatorial é realizado nas instalações do Ambulatório do Hospital de Clínicas — AHC —, localizadas no campus da Universidade Estadual de Londrina — UEL —, há 12 km distantes do HURNPR.

Em média, mensalmente, internou 1.000 pacientes, realizou 7.900 atendimentos no pronto socorro, 9.100 atendimentos ambulatoriais e 600 cirurgias. A média de ocupação de seus leitos foi de 93%, o tempo de permanência foi de 7,2 dias, a taxa de mortalidade geral foi de 4,3%, a taxa de mortalidade pós-operatória foi de 1,39% e os índices de infecção hospitalar

4 Procedimentos Metodológicos

aproximaram de 5,02%, considerados adequados para hospitais universitários (HURNPR, 2002).

A comunidade hospitalar era constituída de 1.650 funcionários, 350 docentes e 1500 alunos de cursos de graduação e pós-graduação (HURNPR, 2002).

No serviço de enfermagem estavam lotados 818 servidores, sendo 100 enfermeiros, 117 técnicos de enfermagem, 428 auxiliares de enfermagem e 35 atendentes. Sua infra-estrutura administrativa era adequada às características de hospital universitário (HURNPR, 2002).

Neste estudo quando for feita a referência à equipe de enfermagem, deve-se considerar que a mesma foi composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, contínuos e auxiliares de serviços gerais.

A equipe de enfermagem prestava assistência utilizando a metodologia de assistência nas etapas do histórico de enfermagem e prescrição de enfermagem. Em alguns setores, tais como nas unidades de terapia intensiva adulto, infantil e neonatal também foi executada a evolução de enfermagem.

Para alcançar um dos objetivos específicos deste estudo, que é analisar o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de internação de grande porte, escolheu-se a unidade de internação médico-cirúrgica masculina que compreende 28% dos leitos da instituição.

4 Procedimentos Metodológicos

Essa unidade possui 83 leitos onde são internados pacientes do sexo masculino com idade superior a 12 anos, com diagnósticos clínicos e cirúrgicos. No ano em que esse estudo foi realizado, a taxa de ocupação foi de 92%; a equipe de enfermagem era constituída de 82 servidores de enfermagem, sendo oito enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, 55 auxiliares de enfermagem, quatro técnicos administrativos e dez auxiliares de serviços gerais. Quanto ao grau de dependência dos pacientes em relação ao cuidado de enfermagem, 5% dos pacientes foram classificados no grau I e os demais distribuíram-se, igualmente entre os graus II, III e IV, demonstrando ser uma unidade que desenvolve um processo de trabalho muito intenso (HURNPR, 2002).

A estrutura física da unidade é pavilhonar e os pacientes estão distribuídos em enfermarias de seis leitos, sem considerar o grau de dependência. Os banheiros estão centralizados no corredor, bem como os dois postos de enfermagem.

Os relatórios analisados referem-se ao processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem realizado nos meses de março, junho, setembro e dezembro de 2002, perfazendo um total de 216 pacientes entrevistados e o mesmo número de prontuários auditados. Escolheu-se esse ano pelo fato do processo já estar instalado e todas as modificações já terem sido realizadas há pelo menos um ano.

4 Procedimentos Metodológicos

4.3 ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM IMPLANTADO NO HURNPR

Os dados analisados no item 5.3, dessa tese, provêm das três etapas do processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem (entrevista, observação do ambiente e auditoria nas anotações de enfermagem), implantado no HURNPR, desde 1998. Este processo foi realizado pela equipe da ACQAE que envolve duas enfermeiras com perfil de avaliadores e 12 alunos do 4º ano do curso de graduação em enfermagem da UEL, previamente treinados para esta atividade.

O processo de avaliação, que utiliza a auditoria retrospectiva e operacional, foi realizado em todas as unidades de internação do HURNPR abrangendo os 294 leitos. Para as unidades que prestam atendimento especializado, tais como a maternidade e as Unidades de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, foram incluídos mais alguns itens de avaliação específicos para estes serviços, conforme pode ser verificado nos instrumentos de coleta das informações (Anexos A, D e E). Nessas unidades a avaliação foi feita logo após o paciente receber alta da UTI adulto e, para as crianças com dificuldade de comunicação, a entrevista foi realizada com a mãe ou responsável, também logo após a alta da unidade especializada.

Com a assessoria de um docente do departamento de Matemática Aplicada da Universidade Estadual de Londrina, foram analisados

4 Procedimentos Metodológicos

os parâmetros e os números de pacientes que deveriam ser entrevistados, a fim de garantir estatisticamente a fidedignidade da amostra.

Para calcular o tamanho da amostra de pacientes que deveriam ser entrevistados pela ACQAE, considerou-se dois níveis probabilísticos, sendo o nível de significância ($\alpha = 5\%$) e o de erro amostral ($d = 5\%$), o que determina uma amostra mínima de 384 elementos, independente do tamanho e do tipo da população (BUSSAB; MORETTIN, 2002).

Considerou-se, também, que a população a ser estudada era de pacientes internados nas várias clínicas do HURNPR, tratando-se de uma população heterogênea, portanto de uma amostragem estratificada (DOWNING; CLARK, 1998). Outro fator considerado para determinar o tamanho da amostra foi que a porcentagem de internações nas várias clínicas era uniforme, permitindo tomar a decisão de estabelecer que a amostra seria composta por 20% dos pacientes internados em cada clínica. Para definir a amostra eram calculados 20% das internações efetivadas naquela unidade no mês anterior, identificando o número de pacientes e prontuários a serem avaliados no mês da realização da avaliação.

As avaliações foram realizadas em todos os setores de internação a cada três meses, perfazendo um total de quatro avaliações anuais.

1º) A PRIMEIRA ETAPA do processo de avaliação consistiu na realização de **ENTREVISTAS** com 20% dos pacientes, no 5º dia de internação, seguindo um roteiro pré-elaborado, que foi discutido e validado por enfermeiros

4 Procedimentos Metodológicos

do hospital (Anexo A). Considerando que as estratégias utilizadas para construção e validação dos instrumentos de avaliação constituem-se em um dos objetivos desse estudo, as mesmas estão descritas no item 5.2.2.

Os pacientes que participaram da avaliação eram conscientes e orientados e sua escolha foi aleatória, realizada através de sorteio entre os pacientes internados até aquela data e que preencheram esses pré-requisitos. Considerando que a maternidade do HURNPR presta atendimento exclusivo a gestantes de alto risco, naquela unidade as avaliações foram realizadas no 5º dia de internação na sala de pré-parto e no 2º dia de puerpério.

Este critério foi adotado considerando que após cinco dias de internação o paciente já se familiarizou com a dinâmica de funcionamento da unidade onde está internado.

Optou-se pela técnica de entrevista, devido ao limitado nível cultural dos pacientes e baixo retorno dos instrumentos de avaliação adotados pelo programa de qualidade do HURNPR (Anexo B) e que são preenchidos espontaneamente pelo cliente.

Para Rampazzo (2002), a entrevista é um encontro entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. Trata-se de uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica, expressando verbalmente as informações necessárias para o entrevistador.

Polit e Hungler (1995) afirmam que a vantagem de usar a

4 Procedimentos Metodológicos

entrevista como método de coleta de informações é que a taxa de respostas tende a ser elevada, pois os participantes preferem responder a entrevistas do que questionários, principalmente no caso de instrumentos enviados pelo correio. As entrevistas, por sua vez, facilitam a compreensão por parte dos respondentes, devido à presença do entrevistador para determinar se as perguntas foram entendidas de maneira correta. Estes autores destacam que muitas pessoas simplesmente não conseguem preencher um questionário, como as crianças, idosos, pessoas cegas, entre outras. Este é o caso dos pacientes do HURNPR que, em sua maioria, são pessoas de baixo nível educacional, comprovado através de estudos elaborada pelo serviço de estatística do hospital (HURNPR, 2002).

A elaboração do instrumento de entrevista constitui tarefa que demanda tempo, requerendo muita atenção aos detalhes. As perguntas devem ser claras e concisas, devem estar na seqüência, numa ordem psicologicamente significativa e de uma forma a estimular a colaboração e a expressão da verdade. O instrumento precisa passar por um pré-teste, com uma pequena amostra de respondentes, sendo então revisado quando necessário (POLIT; HUNGLER, 1995).

Os instrumentos utilizados no HURNPR foram previamente testados com 100 pacientes, demonstrando que os mesmos respondiam aos objetivos da pesquisa. Após o pré-teste foi necessário fazer pequenos ajustes na redação de alguns sub-itens, afim de torná-los mais compreensíveis para o paciente.

4 Procedimentos Metodológicos

As entrevistas foram realizadas ao lado do leito, após consentimento por escrito do paciente e apresentação do entrevistador. O objetivo e sigilo da entrevista foram explicados, solicitando sinceridade nas informações, e foi estimulada a liberdade de expressão.

Foram estabelecidos conceitos positivos e negativos para qualificar e quantificar as respostas dos pacientes. Os critérios adotados para análise das entrevistas foram os índices de classificação sugeridos por Carter *apud* Saupe e Horr (1982), conforme apresentado no quadro abaixo:

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	ÍNDICE DE POSITIVIDADE
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% a menos de positividade

QUADRO 1 – Critérios de classificação da qualidade de assistência de enfermagem adotados no HURNPR. Londrina, 2002.

As informações coletadas nas entrevistas eram lançadas em uma planilha eletrônica elaborada especificamente para esse fim. Os índices de positividade foram calculados por percentagem.

2º) Concomitante à entrevista, foi realizada a **SEGUNDA ETAPA** do processo de avaliação, constituída da **OBSERVAÇÃO** do ambiente onde o paciente estava inserido, condições dos materiais e equipamentos, também seguindo um roteiro pré-definido (Anexo D).

4 Procedimentos Metodológicos

Além da observação do ambiente, nessa etapa também era realizado o exame físico do paciente para identificar as condições gerais do mesmo, com enfoque especial nos aspectos relacionados no roteiro de observação, verificando *in loco* se os cuidados checados na prescrição de enfermagem foram realmente realizados.

Polit e Hungler (1995) afirmam que a observação permite a obtenção de informações necessárias aos pesquisadores como evidência da eficácia do trabalho realizado pela equipe de enfermagem ou como indicações de aperfeiçoamento das práticas da enfermagem, pois possuem flexibilidade para definir a unicidade da observação.

Na vida cotidiana, a observação é um dos meios mais freqüentes utilizados pelo ser humano para conhecer e compreender pessoas, coisas, acontecimentos e situações, aplicando os órgãos dos sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade (RUDIO, 2001).

O processo de observação sistematizada e o exame físico foram realizados pela equipe da ACQAE seguindo todos os princípios éticos e, também, o que se preconiza na referência bibliográfica apresentada neste estudo.

Os critérios para proceder a análise desta etapa foram os mesmos estabelecidos para avaliar os resultados das entrevistas, descrito acima.

4 Procedimentos Metodológicos

3º) A TERCEIRA ETAPA da avaliação consistiu na **AUDITORIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM** efetuada nos prontuários dos mesmos pacientes que foram entrevistados, seguindo um instrumento específico (Anexo E).

Este roteiro foi criado com base nos instrumentos elaborados por Cianciarullo (1997) adaptados conforme a realidade deste hospital. Os critérios de análise estão fundamentados na teoria das necessidades humanas básicas de Horta (1979).

Nesse estudo são consideradas anotações de enfermagem todos os registros efetuados no impresso utilizado pela equipe de enfermagem, denominado no HURNPR de Prescrição de Enfermagem. Portanto, essas anotações referem-se à elaboração da prescrição de enfermagem, as anotações referentes aos cuidados que foram prestados, as anotações das observações identificadas pela equipe e as anotações das informações prestada pelo paciente ou acompanhante.

Considerando que esta etapa da avaliação também se constituiu em um dos objetivos desse estudo, as estratégias utilizadas para construir e validar o instrumento de auditoria das anotações de enfermagem, bem como os critérios de análise dos dados, estão descritos no item 5.2.2.

4 Procedimentos Metodológicos

4.4 PROCESSO DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS NAS ETAPAS DA ENTREVISTA, OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE E AUDITORIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Uma vez coletadas as informações, estas foram repassadas para uma planilha eletrônica — Excel, elaborada especificamente para cada instrumento, a fim de produzir tabelas e quadros auto-explicativos (Anexo F).

Essas planilhas foram desenvolvidas pelo técnico administrativo lotado na ACQAE, sob orientação da enfermeira coordenadora desta assessoria, a fim de que os dados produzidos nesse serviço pudessem ser analisados e entendidos facilmente pela equipe de enfermagem dos setores onde os mesmos foram coletados.

Os critérios para análise da prescrição de enfermagem também foram discutidos e elaborados em conjunto com os enfermeiros em oficinas de trabalho. Foram definidos níveis de avaliação para o preenchimento da prescrição de enfermagem que variam de 1 a 5 sendo classificados da seguinte forma: **1** – não se aplica, **2** – completo, **3** – incompleto, **4** – não preenchido e **5** – incorreto.

Consideraram-se bons resultados quando a análise dos prontuários indicava que pelo menos 80% das prescrições de enfermagem foram preenchidas completamente; até 15% para preenchimento incompleto; menor que 5% para prescrições não preenchidas e 0% para elaboração incorreta. Estes

4 Procedimentos Metodológicos

índices foram fundamentados nos estudos de Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998).

No Anexo E encontra-se o instrumento utilizado para realizar a auditoria retrospectiva nas anotações de enfermagem com os respectivos critérios para analisar o preenchimento da mesma.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Universidade Estadual de Londrina e foi aprovado em 11 de novembro de 2002 (Anexo G).

Seguindo a resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, todos os pacientes e familiares que foram entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido que se encontra no Anexo C (BRASIL, 1996).

5 Análise e Discussão

5 Análise e Discussão dos Resultados

Para proceder à análise e à discussão dos resultados, optou-se por descrever todas as etapas percorridas pela equipe de enfermagem na implantação do processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada no HURNPR. Em itens específicos estão descritos como ocorreu a inserção da equipe de enfermagem no programa de qualidade implementado na instituição e, a implantação da Assessoria de Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem. Pretende-se demonstrar aos leitores que, embora o caminho a percorrer seja longo, é possível implantar o Gerenciamento da Qualidade Total — GQT —, desde que tenha o envolvimento de toda a comunidade hospitalar, ou seja, da alta direção e dos trabalhadores de todas as categorias profissionais.

5.1 ETAPAS PERCORRIDAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HURNPR

Considerando que a escolha dos dirigentes do HURNPR é feita através de processo eleitoral realizado com toda a comunidade universitária, constituída por servidores do hospital, professores e alunos do CCS, esse é um dos primeiros desafios enfrentados por todos os candidatos à direção do hospital.

A composição da chapa eleitoral é discutida entre vários grupos interessados na condução gerencial do hospital e o cuidado maior que deve ser tomado é com a composição do grupo, pois os perfis profissionais e as

5 Análise e Discussão dos Resultados

características pessoais devem manter uma estreita relação para garantir o sucesso do grupo tanto no processo eleitoral como também no decorrer do mandato. Os três docentes e o técnico administrativo que compuseram a chapa HUnido, antes de constituírem a chapa, discutiram intensamente suas características pessoais, os motivos de desejarem administrar o HURNPR, entre outras questões, e estabelecerem regras de convivência. Construíram o plano de governo, juntamente com um grupo de apoio composto por docentes e técnicos administrativos.

O processo eleitoral transcorreu como em qualquer outra eleição e tornou-se acirrado devido à disputa com a outra chapa. O que faz a diferença na escolha dos eleitores são as propostas dos candidatos, além das relações pessoais que se estabelecem nas visitas em busca de votos e apoio à candidatura.

Mezomo (2001) afirma que estamos em tempos de mudanças profundas e radicais, e as organizações que não souberem antevê-las ou simplesmente resistirem às mudanças serão destruídas. Isto somente poderá ocorrer se a alta gerência mantiver um bom relacionamento entre seus membros. As diferenças são salutares, mas seguir a missão estabelecida pela instituição é necessário, portanto, a alta direção deve praticar a gerência participativa entre seus membros, tornando-se exemplo para o restante da instituição.

A diretoria eleita foi composta pelo Diretor Superintendente, Diretor de Enfermagem, Diretor Clínico e Diretor Administrativo que assumiram a gerência da instituição por um mandato de quatro anos, podendo ser

5 Análise e Discussão dos Resultados

reconduzidos ao cargo para mais um mandato, também através de processo eleitoral, o que realmente aconteceu. Portanto, esta diretoria exerceu dois mandatos.

Em função do processo eleitoral, os gestores tinham uma visão clara das necessidades e dos problemas do hospital, fruto de discussões e propostas para melhoria dos processos de trabalho enviadas por servidores, docentes, residentes e alunos de graduação. Desde a campanha eleitoral, o grupo de gestores já havia inserido em seu plano de governo a intenção de adotar o modelo de gestão da qualidade total.

As instituições públicas de saúde têm um ciclo gerencial preestabelecido, considerando que os gestores são eleitos por tempo definido. Portanto, devem realizar as mudanças em um curto tempo, sem perder a sua própria identidade (MENDES, 1994).

A garantia de gestão com qualidade em um hospital público necessita situar-se num plano estratégico em relação às suas funções dentro da rede municipal e estadual de saúde, além de subordinar-se à missão político-institucional de promover a equidade no conjunto dos serviços oferecidos (NOGUEIRA, 1994).

Uma das primeiras ações desenvolvidas pela diretoria eleita foi escolher os servidores que iriam ocupar os cargos de confiança. Nessa fase ocorreram muitas especulações e foi necessário cuidado nas indicações. Foram considerados os perfis profissionais para o serviço, pois observou-se que, em

5 Análise e Discussão dos Resultados

instituições públicas, a cultura organizacional estimula que não ocorram mudanças significativas no processo gerencial.

Os indivíduos que assumem os cargos de média gerência devem possuir características de líder, a fim de influenciar, guiar e direcionar o processo gerencial. Para Marquis e Huston (1999), os líderes devem obter seu poder por intermédio da influência, da concentração nos processos grupais, na coleta de informações, no *feedback*, na delegação de poderes e dar ênfase às relações interpessoais.

Como tudo era novo para os quatro diretores, inclusive as relações com a Reitoria, Centro de Ciências da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, foi necessário familiarizar-se com os processos de trabalho em andamento.

A capacitação e compromisso da alta e média gerência permitem que haja uma administração estratégica, incrementando as ações de gestão. A administração estratégica se baseia na visão do todo, com ênfase nas ações locais, permitindo o desenvolvimento de ações simultâneas e sinérgicas, todas comprometidas com os objetivos gerais da instituição (BERWICK; GODFREY; ROESSNER, 1994; MENDES, 1994; ANTUNES, 1999).

Uma das dificuldades iniciais enfrentadas por essa administração foi a transferência do ambulatório do hospital — AHC — para o campus universitário, distante 12 km do HURNPR. Essa é uma das dificuldades que persiste até hoje, embora minimizada o ideal é o ambulatório permanecer mais

5 Análise e Discussão dos Resultados

próximo do hospital, facilitando o atendimento adequado aos clientes internos e externos.

A linha mestra dessa administração foi o investimento em processos de aperfeiçoamento, capacitação e profissionalização dos servidores e docentes da instituição, por acreditar que através deles o hospital iria alcançar seu pleno desenvolvimento e desempenho. Isto demonstrou ser adequado, pois em 2001 o HURNPR recebeu do Ministério da Saúde o prêmio *Qualidade Hospitalar*.

O compromisso da alta gerência de promover um desenvolvimento educacional global, diversificando as estratégias educacionais, com variação de cursos que proporcionem conhecimentos técnicos e outros que promovam o desenvolvimento pessoal, não é nada casual dentro da filosofia da gestão da qualidade, faz parte da própria essência dessa filosofia de gestão, conforme é recomendado por estudiosos no assunto (DEMING, 1990; JURAN; GRUNA, 1991; ISHIKAWA, 1993; BERWICK; GODFREY; ROESSNER, 1994; NOGUEIRA, 1994; MALIK; SCHIESARI, 1998; ANTUNES, 1999; ZANON, 2001; MEZOMO, 2001).

A equipe de enfermagem do HURNPR além de participar ativamente da readequação ou implantação de vários processos de trabalho junto com as outras diretorias do hospital desenvolveu um planejamento estratégico próprio que envolveu todos os setores que possuem pessoal de enfermagem.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Considerando que o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem envolveu vários aspectos organizacionais e políticos, optou-se por apresentar em tópicos as conquistas e dificuldades vivenciadas por essa equipe, referentes às áreas administrativas, de recursos humanos, de recursos materiais e equipamentos, de estrutura física e integração docente-assistencial.

5.1.1 GERÊNCIA DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

Entre as primeiras ações da diretoria de enfermagem do HURNPR destaca-se a formação do Conselho de Enfermagem através da escolha dos servidores para a ocupação dos cargos de confiança da Diretoria de Enfermagem, de acordo com as especificidades dos serviços e do perfil profissional para o cargo.

Marquis e Huston (1999) afirmam que o líder da equipe de enfermagem deve ser criativo, responder às necessidades de aprimoramento dos serviços a fim de garantir uma adequada seleção e manutenção de uma equipe de enfermagem coesa, pois um serviço de alta qualidade depende de uma boa formação dessa equipe. Todo enfermeiro é um líder e um administrador em algum nível, portanto, necessita-se de profissionais com visão de futuro, que assumam riscos, sejam astutos politicamente, que participem das mudanças, aceitem e respeitem as diferenças, mantenham-se atualizados em relação às novas tecnologias, entre outras características.

5 Análise e Discussão dos Resultados

A formação desse Conselho teve como objetivo direcionar as atividades de enfermagem, implementando uma gestão participativa onde as decisões passaram a ser tomadas em grupo, visando atender às necessidades do serviço de maneira global.

Esse colegiado foi composto por:

- ▶ Diretora de Enfermagem.
- ▶ Chefas das Divisões de Atendimento, Internamento, Centro Cirúrgico e Centro de Material, Materno-infantil, Unidade de Terapia Intensiva Adulto I e II, Pronto-Socorro, Educação e Treinamento.
- ▶ Gerência de Enfermagem do Ambulatório do Hospital de Clínicas — AHC —
- ▶ Coordenação do Serviço Noturno.
- ▶ As Assessorias de Enfermagem: Planejamento e Controle, Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem e Controle de Recursos Materiais, que foram implantadas no decorrer dos anos.

A gestão participativa é definida por Bork et al. (2003) como um conjunto harmônico de sistemas, condições organizacionais e comportamentos gerenciais que provoca e incentiva a participação de todos no processo de administração das informações, dos recursos financeiros e humanos, obtendo o comprometimento com os resultados, medidos pelos termômetros da eficiência, eficácia e qualidade.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Para Zanon (2001), são as pessoas que fazem o diferencial de qualquer organização e elas precisam participar e deter parte do poder de decisão sentindo-se importantes, pois, só assim, assumirão a responsabilidade pela produção da qualidade. Os que produzem devem saber porque o fazem e ainda devem sentir-se um pouco donos, responsáveis e culpados por tudo o que acontece na organização. Ressalta que o gestor que implanta esse processo deve reconhecer que o mesmo exige e pressupõe, principalmente, da alta direção, muita abertura, sensibilidade, clarividência e dedicação dos envolvidos por tratar-se de um processo contínuo que sempre tem novos desdobramentos.

A atuação dos líderes no modelo GQT deve-se iniciar nas mudanças pessoais, pois eles são os responsáveis pela melhoria do sistema organizacional, cultivando corporações saudáveis, tornando os liderados parceiros do sucesso (ANTUNES,1999).

O conselho de enfermagem estabeleceu várias estratégias de comunicação com o objetivo de otimizar os processos de trabalho, entre elas estão as:

- ▶ Reuniões semanais entre os membros do conselho de enfermagem.
- ▶ Reuniões mensais da diretora de enfermagem com todos enfermeiros e representante do departamento de enfermagem da UEL.
- ▶ Reuniões bimensais dos chefes de divisão com os enfermeiros das divisões de enfermagem e respectivos serviços.
- ▶ Reuniões anuais da diretoria de enfermagem, de caráter público, para toda a comunidade do HURNPR e UEL.

5 Análise e Discussão dos Resultados

As reuniões ocorreram conforme o planejado, ao longo dos anos, sendo que os resultados das mesmas foram registrados em atas específicas. Essas estratégias demonstraram serem eficazes, pois foram garantidas as participações das categorias profissionais em todos os processos de gestão da diretoria de enfermagem, com direito a voz e voto.

A comunicação eficaz, vertical e horizontal é muito importante nos processos de trabalho da equipe de enfermagem. No final da década de 70, Kron já recomendava que as mudanças que afetarem os trabalhadores devem ser comunicadas, assim como o que se espera de cada um deles. Ressaltou que os benefícios para os clientes internos e externos devem ser divulgados, assim como deve ser comunicado que todos terão a oportunidade de se capacitarem no desenvolvimento das novas práticas. A autora recomendou que sejam mantidos abertos os canais de comunicação, ouvindo as queixas e críticas da equipe (KRON, 1978).

Quando se implanta o programa de GQT a instituição deve comunicar-se como nunca se comunicou anteriormente.

Estudo realizado por Picchiali (1998) em dois hospitais de grande porte da cidade de São Paulo identificou que uma das causas de dificuldades na implantação do programa de qualidade ocorreu devido à falta de comunicação entre a alta e média direção e os trabalhadores assistenciais, incluindo nessa categoria a equipe médica e de enfermagem.

Segundo Mezomo (2001), mesmo que não haja grandes

5 Análise e Discussão dos Resultados

novidades as reuniões devem ocorrer periodicamente, nem que seja para comunicar que tudo está ocorrendo conforme o planejado. Afirmou que as próprias dificuldades da organização devem ser comunicadas, pois os trabalhadores têm necessidade de observar e sentir a transparência em todas as ações da administração.

O primeiro planejamento estratégico elaborado pelo conselho de enfermagem do HURNPR, em 1994, identificou um número reduzido e alta rotatividade de pessoal; elevado índice de absenteísmo; baixa qualificação profissional; área física hospitalar inadequada tanto para o atendimento aos usuários quanto para a área administrativa; ausência de padronização de materiais básicos para a assistência de enfermagem; integração docente-assistencial com deficiências; inexistência de mecanismos que permitissem identificar o grau de satisfação dos clientes internos e externos. Havia também a necessidade de planejar a administração para cumprir as atividades que constavam nas propostas eleitorais, bem como, as detectadas durante o processo eleitoral.

O plano de trabalho discutido e aprovado pela equipe de enfermagem pautou suas ações pelas seguintes bases gerenciais:

- ▶ Prestar assistência de enfermagem segura e com qualidade.
- ▶ Adotar a gestão participativa.
- ▶ Incentivar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional da equipe de enfermagem, bem como elevar a auto-estima do grupo.

5 Análise e Discussão dos Resultados

- ▶ Promover a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem através do gerenciamento humanizado das relações de trabalho e da atenção à saúde.
- ▶ Implementar novas tecnologias administrativas que contemplassem a adequação racional dos recursos disponíveis e agilidade nas decisões.
- ▶ Organizar o gerenciamento nas áreas de recursos humanos, materiais, equipamentos e estrutura física pertinentes à equipe de enfermagem.
- ▶ Desenvolver indicadores de qualidade e produtividade do serviço de enfermagem.
- ▶ Incentivar e promover a integração docente-assistencial.
- ▶ Implementar a pesquisa como estratégia de readequação da prática profissional.

Para Gil (1999), planejar significa definir objetivos a atingir e decidir quais desses objetivos têm prioridades. Significa escolher o melhor caminho para atingi-los, alocando os recursos necessários. Planejar é elaborar um plano de ação fundamentado em prioridades definidas, em recursos disponíveis ou a serem conseguidos.

Malik e Schiesari (1998) afirmaram que há uma relação intrínseca entre a avaliação, o planejamento e o desenvolvimento de programas de qualidade, bem como uma falta de definição de limites entre essas áreas de conhecimento. Apesar das diferenças, ambos os métodos apresentam a possibilidade de representação gráfica do processamento dos problemas,

5 Análise e Discussão dos Resultados

tornando a análise menos complexa e mais acessível aos envolvidos. As estratégias de gerência participativa e descentralizada, tão importantes na área da saúde, permitem identificar afinidades entre as áreas. Embora haja especificidades entre os métodos, é desejável a associação de ambos, visando à complementaridade de finalidades, técnicas e resultados. O planejamento estratégico seria aplicado ao desenho das macropolíticas e macroestratégias, enquanto o GQT seria utilizado no processamento dos problemas locais e diários.

No processo de avaliação para a tomada de decisão, o principal objetivo é que ele produza respostas para as perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado.

Anualmente, a equipe de enfermagem do HURNPR elaborou o planejamento estratégico de suas atividades, realizado por unidade de trabalho com a participação de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de serviços gerais, escriturários e contínuos. O planejamento era reavaliado a cada quatro meses, redirecionando as atividades, quando necessário, com vistas a atingir os resultados propostos. A partir de 2000, o Conselho de Enfermagem passou a determinar as diretrizes gerais para elaboração do planejamento, a fim de garantir o desenvolvimento de todas as unidades de serviço.

Antunes (1997) ressalta que o planejamento é importante em todo o processo de qualidade, tornando-se indispensável na identificação e na solução dos problemas encontrados no processo de trabalho, bem como na

5 Análise e Discussão dos Resultados

introdução de novas tecnologias e novos métodos.

Refletir sobre os processos de trabalho é também avaliar e avaliar é planejar e estabelecer novos objetivos. Portanto os critérios de avaliação que condicionam seus resultados devem estar sempre subordinados às finalidade e objetivos previamente estabelecidos para qualquer prática, seja ela educativa, social, política ou de outra natureza (GADOTI, 1995).

No HURNPR, a equipe de enfermagem aplicou todos os conhecimentos adquiridos nos cursos promovidos pelo QualisaHUde, utilizando-se de muitas ferramentas do GQT tanto para analisar como, também, para aprimorar os seus processos de trabalho. Na primeira fase o PDCA foi a ferramenta mais usada, pois permitia que os problemas fossem identificados, analisados e as estratégias de ação eram elaboradas e, posteriormente, seus efeitos eram checados e novo processo de análise se iniciava.

Para Brocka B. e Brocka M. (1994) o ciclo PDCA é a ferramenta mais utilizada no planejamento para a qualidade, por tratar-se de um método para acompanhar a evolução e as mudanças do processo. É usado, primordialmente, na fase de desenvolvimento, mas também é utilizável em outras etapas do controle da qualidade.

O enfermeiro deve possuir conhecimentos sobre o ciclo PDCA ou das técnicas de planejamento enquanto processo, utilizando-os como ferramenta gerencial que se inicia com as necessidades de mudança, passando pela identificação dos problemas, elaboração de objetivos e metas para, após

5 Análise e Discussão dos Resultados

outras etapas intermediárias, chegar à avaliação e ao replanejamento (ANTUNES, 1997).

Com a intenção de desenvolver o trabalho participativo e a resolução dos problemas detectados no serviço de enfermagem foram realizadas pela divisão de educação e treinamento 14 oficinas de trabalho, utilizando-se de metodologias pedagógicas interativas e problematizadoras. Os temas discutidos, e em alguns casos construídos nas oficinas, foram: elaboração dos planejamentos estratégicos anuais, desenvolvimento de liderança em enfermagem, gerenciamento de conflitos, construção do projeto pedagógico do curso técnico de enfermagem do HURNPR, elaboração e aprovação dos padrões e critérios para se avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, entre outros.

Os autores que descrevem sobre controle de qualidade nos serviços de saúde recomendam a capacitação em massa e contínua de todos os trabalhadores da instituição (DEMING, 1990; JURAN; GRYNA, 1991; ISHIKAWA, 1993; MALIK; SCHIESARI, 1998; ANTUNES, 1999; MEZOMO, 2001; ZANON, 2001).

A equipe de enfermagem do HURNPR esteve presente em todas as iniciativas do hospital, participando das comissões e grupos de trabalho instituídos. Entre essas estão a comissão de controle de infecção hospitalar — CCIH —, comissão de uniformes, comissão de quimioterapia, representação nas conferências municipais e estaduais de saúde, comissão executiva do programa de qualidade, comissão de suporte nutricional, comissão de avaliação

5 Análise e Discussão dos Resultados

de prontuários, comissão de avaliação de óbitos, comissão de padronização de medicamentos, comissão de padronização de normas e rotinas, entre outras.

Santos (1995) considera que as comissões implantadas nos serviços de saúde, e que possuem critérios de qualidade definidos, podem ser denominadas de estratégias de garantia da qualidade institucional.

A comissão de ética em enfermagem do HURNPR foi reativada em 1996, contando com a participação de 11 representantes, sendo sete profissionais de enfermagem, dois discentes e dois docentes do departamento de enfermagem da UEL.

É fundamental que a instituição desenvolva e implemente princípios éticos nos processos de trabalho, pois a gestão com qualidade privilegia o respeito mútuo, a opinião dos clientes internos e externos, a aceitação das diferenças, a qualidade de vida no trabalho e fora dele. É necessário que o discurso de qualidade tenha correspondência com a prática vivenciada na instituição (BERWICK; GODFREY; ROESSNER, 1994; MONTE, 1998; MEZOMO, 2001).

Enfermeiros e técnicos administrativos foram inseridos em todos os grupos de trabalho instituídos por ocasião do Projeto REFORSUS - Desenvolvimento e implementação de modelo de modernização gerencial para grandes estabelecimentos de saúde, financiado pelo Ministério da Saúde que foi implementado, em 2000 e 2001, pela Fundação Getúlio Vargas (FGV, 2000, 2001).

5 Análise e Discussão dos Resultados

Foram informatizados vários processos de trabalho em parceria com a gerência de informática, impulsionando a modernização dos processos de trabalho tais como o gerenciamento de internação hospitalar, o boletim informativo, o controle de dietas, o registro de pacientes, a prescrição médica, a prescrição de enfermagem, os sistemas de controle de cursos e treinamentos, o banco de dados da diretoria de enfermagem, entre outros.

No centro cirúrgico implantou-se um programa informatizado para elaboração da agenda cirúrgica e dos relatórios de cirurgias realizadas e/ou suspensas. Essas informações estão disponíveis em rede para a instituição.

No centro de material, o controle passou do registro manual para o sistema informatizado, integrado ao sistema de rede do hospital.

Fuchs (1995) refere que a meta na utilização da informática em saúde é prover as informações necessárias para que as pessoas que lidam com esse setor possam tomar as melhores decisões. Ressalta que para avaliar os serviços é necessário não somente um sistema de informação, mas utilizar-se de um diagnóstico situacional do sistema, definindo os padrões assistenciais e critérios de funcionamento para as unidades de serviços. Portanto, o sistema de informação deverá ser flexível e servir de referência para o processo de avaliação e, conseqüentemente, para a tomada de decisão.

O enfermeiro precisa considerar a tecnologia da informação como um instrumento que pode auxiliá-lo, entre outros aspectos, no planejamento da assistência, na tomada de decisão, na comunicação, no

5 Análise e Discussão dos Resultados

gerenciamento dos recursos humanos, de materiais e equipamentos, além de ser uma ferramenta eficiente no ensino e na pesquisa de enfermagem (SANTOS S.; SANTOS I., 2004).

A equipe de enfermagem atuou junto à comunidade externa, realizando, sempre que solicitada, palestras sobre educação em saúde. Os enfermeiros acompanharam as visitas de aluno de nível médio, de cursos técnicos e auxiliares de enfermagem e de graduação de outras universidades.

A equipe também atuou e assessorou a comissão organizadora do vestibular da UEL, no planejamento e no eventual atendimento de emergências naquela ocasião. Considerando que o hospital localiza-se a 1 km do aeroporto de Londrina — PR —, anualmente integra a comissão organizadora e atua no curso de resgate em situações de emergências promovido pelo Infraero de Londrina.

De acordo com Mendes (1994) os hospitais públicos e universitários por prestarem atendimento especializado, formarem recursos humanos e gerarem conhecimentos, como também por sua vocação social, devem assumir o seu compromisso social com a comunidade onde estão inseridos, atendendo às solicitações da mesma.

A equipe de enfermagem do HURNPR, ao longo desses anos, aplicou os processos de avaliação recomendados por Donabedian (1980), pois avaliou-se a estrutura dos serviços, todos os seus processos de trabalho, além de analisar os resultados dos mesmos. Muitos processos foram aprimorados, o

5 Análise e Discussão dos Resultados

que garantiu uma melhor assistência de enfermagem.

Entretanto, observou-se que um processo está intimamente relacionado com o outro, além da confirmação de que mesmo adequando a estrutura física, os problemas nos processos de trabalho podem continuar. Isto foi identificado no pronto-socorro que teve sua área física reformada, mas devido à super lotação não foi possível manter os processos de trabalho organizados, e continuou desenvolvendo um trabalho desintegrado dos serviços de saúde do município e região.

O apoio do Diretor Superintendente foi fundamental para que o modelo GQT fosse implementado no serviço de enfermagem, bem como as parcerias estabelecidas com a Direção Clínica e Administrativa.

5.1.2 GERÊNCIA DOS RECURSOS HUMANOS

Entre os muitos desafios enfrentados pelo Conselho de Enfermagem esteve o gerenciamento dos recursos humanos, considerando que a qualidade da assistência de enfermagem depende diretamente do envolvimento dos trabalhadores. Conforme já foi descrito anteriormente, a equipe encontrava-se desmotivada e com baixa auto-estima, entre outros problemas já citados no item 5.1.1.

A Assessoria de Enfermagem no Planejamento e Controle foi criada em 1996 com o objetivo de auxiliar nesse gerenciamento através do levantamento de indicadores de recursos humanos, bem como para desenvolver

5 Análise e Discussão dos Resultados

e acompanhar as ações implementadas na área. Entre as atividades realizadas destacaram-se: o estudo de cálculo de pessoal que resultou na elaboração de uma metodologia própria, identificação do quantitativo e da capacitação do pessoal das unidades de serviço, levantamento e análise dos índices de absenteísmo, verificação e análise do perfil do trabalhador em readequação funcional e perfil escolar dos recursos humanos. Essa assessoria também era responsável pela elaboração e análise dos relatórios expedidos pelo serviço de enfermagem.

Os aspectos quantitativos e qualitativos do pessoal de enfermagem requerem a atenção dos gestores de serviços de enfermagem, em virtude das implicações que o dimensionamento inadequado desses recursos causa sobre o resultado da qualidade da assistência de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI, 2000).

O dimensionamento de pessoal deve ser feito observando-se o perfil da clientela assistida, a filosofia e a política da instituição, a estrutura física das unidades, os processos de trabalho realizado pela equipe de enfermagem, a capacitação técnica dos trabalhadores, a jornada de trabalho da equipe, a análise das causas do absenteísmo, entre outros itens. Também deve ser utilizado o sistema de classificação de pacientes, que determina o grau de dependência do mesmo em relação à equipe de enfermagem (GAIDZINSKI; KURCGANT, 1998).

Em 1998, foi implantado no HURNPR um sistema de classificação do grau de dependência do paciente, desenvolvido por uma

5 Análise e Discussão dos Resultados

enfermeira como resultado de sua monografia do curso de especialização. Esse trabalho foi publicado na revista Latino Americana de Enfermagem (MARTINS; HADDAD, 2000).

Estabeleceu-se como meta o número de 30 horas de treinamento por funcionário/ano. Foram realizados vários programas de educação, utilizando-se metodologias pedagógicas problematizadoras, além de serem consideradas a característica da clientela e sua experiência profissional. Os trabalhadores realizaram seus cursos dentro da instituição em horário de trabalho e, conforme as características dos cursos ou eventos, tinham liberação parcial ou total de carga horária. O serviço de enfermagem possuía uma verba para financiar a participação de enfermeiros e profissionais de nível médio em eventos científicos locais, regionais e nacionais.

Embora alguns autores tenham definições distintas para conceituar a educação continuada, a educação permanente e a educação em serviço, concorda-se com Leite e Pereira (1991) que afirmaram que o importante é, o processo de educação ocorrer sistematicamente dentro da instituição. Portanto, nesse trabalho adotou-se a mesma conceituação para os dois termos, ou seja, a educação do trabalhador deve se desenvolver no local de trabalho, propiciando novos conhecimentos que o capacite para a execução adequada do trabalho e que o prepare para futuras oportunidades de ascensão profissional, objetivando o crescimento pessoal e o profissional.

Entre os treinamentos, destaca-se o programa de 40 horas de capacitação para funcionários recém-admitidos, objetivando a integração desse

5 Análise e Discussão dos Resultados

trabalhador à filosofia e aos processos de trabalho do hospital. Também se realizaram cursos de formação de multiplicadores nas áreas de atendimento à parada cardíaco-respiratória, capacitação para o uso da informática, assistência de enfermagem ao adulto e à criança politraumatizada, cálculo e administração de medicamentos, tratamento de feridas, manejo e promoção do aleitamento materno, entre muitos outros. A figura abaixo demonstra as horas de treinamentos e ou capacitação realizadas ao longo desses anos.

Fonte: Divisão de Educação e Treinamento da Diretoria de Enfermagem do HURNPR. Londrina, 2002.

FIGURA 1 – Distribuição das horas de treinamento interno, externo e número de servidores treinados na Diretoria de Enfermagem do HURNPR. Londrina, 1996 a 2001.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Para que a educação continuada se torne efetiva é necessário crer no seu valor como instrumento de crescimento da equipe e, ainda, estabelecer uma política que seja coerente com a filosofia da educação (LEITE; PEREIRA, 1991).

Marquis e Houston (1999) afirmam que a meta da educação continuada é o desenvolvimento de uma aprendizagem que indique mudanças de comportamento no local de trabalho. Para que isso ocorra recomendam que o contexto do treinamento seja semelhante ao processo de trabalho; é imprescindível proporcionar treinamentos práticos e problematizadores da atividade profissional, de modo que o trabalhador seja capaz de generalizar os conhecimentos adquiridos.

Apesar de todas as estratégias adotadas no desenvolvimento dos recursos humanos, encontrou-se dificuldades em envolver os trabalhadores nos programas de educação em serviço. As queixas decorreram, entre outras, das dificuldades das chefias em liberarem o servidor para freqüentarem os cursos nos horários de trabalho.

Na maioria dos treinamentos o índice de faltas girou em torno de 15 a 20% das inscrições prévias, mesmo sendo solicitadas justificativas das faltas, o trabalhador não comunicava com antecedência sua ausência para que fosse encaminhado outro servidor para o treinamento.

A garantia da qualidade nos processos de trabalho depende da motivação, da criatividade e do envolvimento de seus trabalhadores que, por sua

5 Análise e Discussão dos Resultados

vez, devem contar com a existência de oportunidades para aprender e praticar novas habilidades tanto nos aspectos técnicos como no desenvolvimento pessoal. A instituição deve investir no desenvolvimento de seus trabalhadores, e não só na tecnologia, através de um processo de educação contínua, visando o pleno desenvolvimento de todos (MEZOMO, 2001).

No HURNPR funcionam programas de ensino de primeiro e segundo graus e curso pré-vestibular ministrados pela UEL. A direção do hospital, entendendo a importância desses programas, oferece salas de aula, facilita o horário dos professores que, em sua maioria, são funcionários do próprio hospital e, quando possível, libera o servidor em duas horas da sua jornada de trabalho semanal para frequentar as aulas. Vários trabalhadores da equipe de enfermagem concluíram o ensino de primeiro e segundo graus.

Os servidores também foram estimulados a frequentar cursos de pós-graduação em nível de especialização e mestrado, usufruindo licenças parciais ou integrais previstas no regimento geral da UEL. Através dessa estratégia, 100% dos enfermeiros concluíram o curso de especialização, oito ingressaram em programas de mestrado, três no doutorado e dois concluíram o mestrado.

Estudos realizados por Ingersol, Macinstosh e Williams (2000) demonstraram que os enfermeiros assistenciais aprimoram sua atuação profissional após concluírem cursos de mestrado ou doutorado, além de influenciarem a tomada de decisão na área da saúde por meio dos resultados de suas pesquisas e ações de enfermagem apoiadas em estudos teóricos.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Com objetivo de profissionalizar os servidores mais antigos, o Conselho de Enfermagem realizou, em 1996, o curso de auxiliar de enfermagem para os atendentes, usando a problematização como método de ensino. Atualmente, o hospital tem em seus quadros somente 12 atendentes de enfermagem em fase de pré-aposentadoria. Em 2001, iniciou-se o curso para técnico de enfermagem, estabelecendo como meta profissionalizar todos os auxiliares em técnicos até o ano de 2003, o que foi atingida.

As metodologias problematizadoras vêm se consolidando como uma opção para a formação de recursos humanos na enfermagem. Esta concepção pedagógica parte da base de que o indivíduo é um ser historicamente determinado com acúmulo de conhecimentos, de referenciais, de valores, de crenças em sua experiência de vida. Nesta concepção, o indivíduo é considerado, em sua totalidade, como um agente de transformação de sua realidade social, desenvolvendo suas capacidades e habilidades intelectuais, motoras e emocionais para transformar e recriar o seu contexto (BORDENAVE; PEREIRA. 1986).

Considerando a transformação do processo de trabalho orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde, exigiu-se dos trabalhadores de enfermagem de nível médio competências para enfrentar os novos problemas com flexibilidade, capacidade de atuar de forma polivalente e de tomar decisões. Isto significa a necessidade de investir de forma eficiente no capital humano, ampliando as capacidades e potencialidades dos trabalhadores como sujeitos

5 Análise e Discussão dos Resultados

que se transformam e, conseqüentemente, transformam sua realidade (TORREZ, 2000).

Com o objetivo de inserir, de forma sistematizada e organizada a prática do método científico no processo de trabalho, foi implantado, em 1999, o Núcleo de Pesquisa em Enfermagem — NUPE — que forneceu apoio científico e administrativo para a execução, apresentação e publicação de pesquisas (GUARIENTE; HADDAD, 2000).

Entre as muitas atividades desenvolvidas nesse setor, no período de 4 anos, destacaram-se a apresentação de 347 trabalhos em eventos científicos regionais nacionais e internacionais, a elaboração de 129 projetos de pesquisa iniciados, 37 trabalhos publicados, 27 aguardando publicação e cinco trabalhos foram premiados nesses eventos.

O NUPE promoveu, anualmente, um encontro científico na semana de enfermagem, abordando temas relevantes para os profissionais da área. Naquela oportunidade, também foram apresentados os trabalhos de pesquisa elaborados por enfermeiros, alunos do curso técnico de enfermagem, docentes e alunos do curso de graduação em enfermagem da UEL.

Guariente (2003), coordenadora desse núcleo, afirmou que o maior benefício dessa estratégia é a possibilidade de inserir o raciocínio investigativo na prática profissional. O desenvolvimento de pesquisas por enfermeiros assistenciais torna o exercício profissional comprometido com a qualidade de vida e de saúde da população, além de valorizar a profissão e seus

5 Análise e Discussão dos Resultados

profissionais.

A pesquisa em enfermagem é importante porque legitima o seu fazer, busca novas formas de cuidar, aproxima as dimensões teóricas e práticas do trabalho de enfermagem, contribuindo para a qualidade de vida da população, além de produzir o saber substantivo e dar sustentação à prática da enfermagem (ECHER et al., 1998).

Todas as normas e rotinas referentes aos procedimentos de enfermagem foram revisadas e atualizadas, trabalho este que propiciou a elaboração do Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos de Enfermagem, publicado em 2003 pela editora da UEL (VIANA et al., 2003). O Manual de Atendimento à Parada Cardio-Respiratória também foi publicado (BELTRAME et al., 1999).

Foram elaboradas e implementadas as rotinas para o tratamento de feridas, técnicas de medicação em pediatria, procedimentos de enfermagem no setor de diagnóstico por imagem, técnicas de isolamento e precauções em serviços de saúde. O manual de normas para o tratamento de feridas transformou-se em trabalho científico que foi publicado por Nonino, Haddad e Meneghin (2001).

Os manuais de normas e procedimentos constituem-se em importantes fontes de informação e de transmissão de conhecimentos, portanto, devem ser atualizados periodicamente (ANTUNES, 1997).

5 Análise e Discussão dos Resultados

Para Silva (1991) os manuais são necessários, pois permitem que sejam consultados quando houver dúvidas na execução de algum procedimento de enfermagem, bem como explicitam as responsabilidades dos profissionais quanto aos cuidados.

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar determina como padrão de qualidade para o serviço de enfermagem no nível 2 a manutenção de manuais de normas e rotinas de enfermagem atualizados e aplicados (BRASIL, 2003).

A própria filosofia da qualidade recomenda que os serviços tenham manuais ou protocolos para orientar os funcionários no desempenho de um atendimento eficaz.

O hospital também estimulou o desenvolvimento dos seus servidores através da realização de visitas técnicas em outras instituições hospitalares públicas e privadas. Esta atividade foi executada em grupos de profissionais de áreas e níveis técnicos diversificados. Após as visitas o grupo discutia as observações realizadas em outras realidades com objetivo de aprimorar os processos de trabalho dentro do HURNPR. A equipe de enfermagem esteve representada nas 11 visitas realizadas.

Essa técnica permite identificar e avaliar as instituições que são referências nas suas áreas de atuação. Trata-se de um procedimento simples, de baixo custo, possibilitando transferir suas experiências para as instituições visitantes. Mirshawka (1994) recomenda que os gestores que desejam aprimorar seus processos de trabalho utilizem esta técnica.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Em relação à saúde física e mental do trabalhador, vários aspectos na organização do trabalho foram implementados. Mesmo a planta física sendo inadequada, móveis e equipamentos ergonômicos foram adquiridos, os materiais de enfermagem eram de boa qualidade e em quantidade suficiente, os processos de trabalho foram planejados em conjunto e de forma racional. O HURNPR possui um serviço de atendimento ao servidor na área médica em 3 especialidades, serviço social e odontologia. Todo trabalhador com dificuldade de ordem emocional, social, profissional, entre outras, é atendido e acompanhado até sua alta. Quando necessário, o trabalhador é encaminhado para atendimento especializado. A UEL mantém vários programas de atendimento ao trabalhador tais como atendimento multiprofissional ao dependente químico, às trabalhadoras na fase do climatério, ao pré-aposentado, aos servidores diabéticos e hipertensos. Em 2001, foi implantada a creche do HURNPR com capacidade para atender até 150 crianças na faixa etária de 4 meses a 6 anos de idade (HADDAD et al., 2001).

O Conselho de Enfermagem sempre se preocupou com a saúde física e mental dos trabalhadores lotados na diretoria de enfermagem por considerar que esse aspecto é fundamental para garantir um atendimento com qualidade. Estabeleceu, em 1994, que uma das metas principais do serviço de enfermagem seria garantir o desenvolvimento pessoal dos seus colaboradores. Para tanto, além dos treinamentos já citados anteriormente, foram realizados vários cursos, oficinas de trabalho, palestras, atividades em grupos que abordaram os temas sobre autoconhecimento, comunicação, relacionamento interpessoal, desenvolvimento da auto-estima, globalização, empregabilidade,

5 Análise e Discussão dos Resultados

ergonomia no trabalho, entre outros.

Considerando todas as dificuldades enfrentadas no gerenciamento da equipe de enfermagem do HURNPR e, objetivando entenderem a psicodinâmica do trabalho em saúde, a diretora de enfermagem e, posteriormente, oito enfermeiros inscreveram-se e concluíram o curso de especialização em Psicologia Organizacional na UEL. O aprendizado adquirido nesse curso foi fundamental no desenvolvimento do modelo de gestão da qualidade. Os comentários descritos abaixo estão fundamentados na pesquisa elaborada por Haddad (1998).

Nesta pesquisa a autora analisou a psicodinâmica dos processos de trabalho da equipe de enfermagem do HRNPR, identificando que embora o trabalho da equipe fosse direcionado para um cuidado integral necessitou ser fragmentado para melhorar a organização e a produtividade do serviço, especializando os funcionários em executores de funções específicas. Assim, enquanto um trabalhador realizava cuidados básicos de alimentação e higiene, o outro administrava os medicamentos e outro executava os curativos, etc..

Segundo Borsoi e Codo (1995), esta é uma divisão de trabalho semelhante à de uma linha de montagem na qual quem circula é o funcionário. Desta forma, os trabalhadores se transformam em força de trabalho a ser objetivada e comprada de acordo com a demanda da função. Por decorrência, o trabalho de cuidar adquire o caráter de mercadoria que produz efeitos danosos na saúde e no psiquismo do trabalhador de enfermagem.

5 Análise e Discussão dos Resultados

A dinâmica deste trabalho não leva em consideração os problemas do trabalhador, em sua maioria mulheres que enfrentam no seu cotidiano dificuldades de toda ordem, fora e dentro do trabalho, mas espera-se do profissional que ele jamais expresse junto ao paciente seus dissabores, ao contrário, espera-se serenidade. O modelo de mãe cuidadosa e abnegada é introjetado pela enfermagem.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) afirmam que a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é no aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora.

Este autor ressaltou que contra o sofrimento, a ansiedade e a insatisfação se constroem sistemas defensivos. Apesar de vivenciado, o sofrimento não é reconhecido pelo trabalhador. Se a função primeira dos sintomas de defesa é aliviar o sofrimento, seu poder de ocultação volta-se contra os seus criadores. Pois sem conhecer a forma e o conteúdo desse sofrimento é difícil lutar eficazmente contra ele. Ressalta, ainda, que a ideologia defensiva é funcional no nível do grupo, de sua coesão, de sua coragem e é importante também para o trabalho, pois é a garantia da produtividade.

Belland e Passos (1978) consideram que as necessidades pessoais do trabalhador de enfermagem e sua ansiedade em relação às circunstâncias com as quais ele se defronta geralmente prejudicam o tipo de atendimento que ele sabe dar e que gostaria de poder dar, podendo causar um

5 Análise e Discussão dos Resultados

sofrimento no profissional.

Nos dias atuais, o número de pacientes que necessitam de tratamento especializado aumentou, exigindo uma assistência mais eficaz e, também com o desenvolvimento tecnológico observa-se que o trabalho da enfermagem tem causado um grande desgaste físico e psicológico aos trabalhadores. Esses, na maioria das vezes, não sabem nem identificar o que está acontecendo, mas reagem faltando ao serviço, em muitos casos agredem os próprios pacientes ou seus colegas e superiores, não seguem as normas e rotinas da empresa. Em decorrência da sobrecarga de trabalho e do sofrimento psíquico podem apresentar doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, distúrbios ortopédicos, neurológicos, gástricos e psicológicos, entre outros (HADDAD, 2000).

Acrescidas a esses fatores encontram-se as dificuldades sócio-econômicas enfrentadas por esses profissionais, pois como o trabalho de enfermagem recebe baixa remuneração, torna-se necessário que o funcionário mantenha duas jornadas de trabalho para poder sustentar sua família e ter uma vida digna. Nesse contexto, há uma baixa qualidade de vida no trabalho, além do aumento dos riscos de iatrogenias e acidentes de trabalho.

A participação dos enfermeiros no curso de especialização organizacional e o estudo realizado por Haddad (1998) foram fundamentais para a tomada de decisão de contratar a assessoria de um psicólogo organizacional que auxiliasse a equipe no gerenciamento do sofrimento provocado pelo trabalho e pelas mudanças no modelo de gerenciamento.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Foram realizadas consultorias com dois psicólogos organizacionais que desenvolveram trabalhos com um grupo representativo de 18 enfermeiros escolhidos pelos seus pares. O mesmo processo foi desenvolvido com um grupo de 40 auxiliares de enfermagem, divididos em dois sub-grupos. O Conselho de Enfermagem também recebeu essa assessoria e participou de cinco oficinas, onde foram analisadas, vivenciadas e discutidas as dificuldades de relacionamento do grupo, as estratégias de convivência e resolução dos conflitos. Essa assessoria transcorreu por dois anos e trouxe resultados positivos para equipe de enfermagem.

Para que a equipe de saúde possa prestar uma assistência adequada aos pacientes, tendo seus sentimentos de impotência profissional, ansiedade e medo minimizados, necessita receber apoio e acompanhamento de uma equipe interdisciplinar composta por profissionais especializados que possa auxiliar o servidor na identificação do seu sofrimento e no entendimento da dinâmica do trabalho em saúde, assim como desenvolver programas de prevenção e manutenção da qualidade de vida no trabalho (HADDAD, 2000).

Para garantir a qualificação do auxiliar em técnico de enfermagem, o Conselho de Enfermagem do HURNPR, em parceria com os Departamentos de Enfermagem e Saúde Comunitária da UEL, está atuando no Componente I e II do Projeto de Profissionalização do Trabalhador da Área de Enfermagem — PROFAE —, promovido pelo Ministério da Saúde, desde 2001.

O PROFAE é uma iniciativa do Ministério da Saúde e está sendo desenvolvido em todo país com apoio financeiro do Banco Interamericano de

5 Análise e Discussão dos Resultados

Desenvolvimento e do Ministério do Trabalho e Emprego. Em relação à qualificação profissional dos trabalhadores de enfermagem, o PROFAE já qualificou cerca de 180 mil trabalhadores de enfermagem, empregados em estabelecimentos de saúde públicos, privados e filantrópicos. O Componente I objetiva melhorar a qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar tanto pela oferta de cursos de qualificação profissional de auxiliar e técnico de enfermagem para esses profissionais, bem como pela oferta de escolarização em nível de conclusão do ensino fundamental na modalidade de educação de jovens e adultos (NUNES et al., 2002).

Já o Componente II, objetiva assegurar a viabilidade e sustentabilidade do Componente I, capacitando pedagogicamente os enfermeiros que são os professores dos cursos de nível médio. A capacitação é realizada através de curso à distância, mas com várias atividades presenciais. A Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Osvaldo Cruz — ENSP/FIOCRUZ — é quem coordenada e certifica esse curso de especialização. A UEL vem participando dessa proposta através do Núcleo de Apoio Docente — NAD/UEL — com atuação de docentes do curso de enfermagem. O curso técnico de enfermagem do HURNPR é campo de estágio para alunos do curso de especialização que ainda não estão ministrando aulas no PROFAE. O trabalho de conclusão de curso de um grupo de alunos do NAD/UEL propôs e implementou a reformulação do projeto pedagógico do curso técnico de enfermagem do referido hospital (NUNES et al., 2002).

O serviço de enfermagem do HURNPR, devido à divulgação das

5 Análise e Discussão dos Resultados

suas experiências em eventos científicos e publicação de vários trabalhos, passou a ser solicitado para realização de palestras, receber visitas de profissionais de outras instituições, prestar consultoria e assessoria, proporcionar estágios para profissionais, etc.. Considerando todas essas solicitações e o desejo de estender sua área de atuação para acompanhar as mudanças atuais, além de valorizar sua força de trabalho, implementou a prestação desses serviços. Foi feito um planejamento de como essa atividade iria se desenvolver, considerando os aspectos referentes à programação e à carga horária das atividades, remuneração do trabalho, estratégias de divulgação, entre outros. Toda a prestação desses serviços era regulamentada através da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico do HURNPR — HUTEC — e as atividades eram executadas fora do horário de trabalho do servidor.

Foram realizados vários cursos, sendo que dois se destacaram, pois foram direcionados para auxiliares de clínicas veterinárias onde foram ministrados conteúdos sobre os cuidados na administração de medicamentos e higiene do ambiente. Muitos profissionais realizaram seus estágios acompanhados por enfermeiro especialista e várias assessorias foram executadas. A experiência demonstrou que os enfermeiros têm potencial para serem empresários, considerando que aceitaram os desafios, demonstrando criatividade para desenvolver as atividades solicitadas. Os recursos advindos da prestação de serviço permitiram executar readequações na sala de treinamento (FERNANDES; HADDAD; GUARIENTE, 2002).

A prestação de serviço, segundo Kotler (1993, p. 555) “são

5 Análise e Discussão dos Resultados

atividades ou benefícios que uma parte pode oferecer a outra e que são essencialmente intangíveis e não resultam em propriedade de algo”. Para Kaiser (1999) a área empresarial surge para o profissional de enfermagem como um novo mercado financeiro em que o enfermeiro pode ser dono do seu próprio negócio.

Hansen (2001) afirma que a universidade ainda reluta em enfrentar seu posicionamento na sociedade, pois parece ter dificuldades de encarar a si mesma como empresa, mas também não consegue fugir dos modelos de administração das empresas que existem na sociedade.

Através de todas as atividades de educação continuada desenvolvidas com a equipe de enfermagem do HURNPR, foi possível confirmar que o envolvimento e desenvolvimento dos recursos humanos são os maiores desafios para a implementação do modelo GQT, tornando-se necessário utilizar várias estratégias de envolvimento para inseri-los nos processos. A participação da média gerencia é fundamental para implementar esse modelo de gestão.

5.1.3 GERÊNCIA DOS RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Com a estabilização econômica e o incremento de recursos financeiros do Ministério da Saúde nos hospitais universitários, o HURNPR elaborou vários projetos para adquirir subsídios e financiamentos a fundo perdido, objetivando equipar seus serviços, o que possibilitou equipar as unidades de terapia intensiva adulto e infantil, o pronto-socorro, o centro cirúrgico, a radiologia, entre outros.

5 Análise e Discussão dos Resultados

O hospital, através de recursos próprios, também adquiriu vários equipamentos e mobiliários com objetivo de readequar as áreas, proporcionando melhores condições de atendimento e trabalho.

A introdução de novas tecnologias tem exercido um impacto nos serviços de saúde. Portanto, é imprescindível que os enfermeiros desenvolvam uma visão ampliada dos problemas que o gerenciamento desses equipamentos provoca, empreendendo ações adequadas, a fim de dar garantia à qualidade assistencial (ORTIZ; GAIDZINSKI, 1999).

Castilho e Leite (1991) ressaltam que a atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais e equipamentos deve ser executada com o objetivo de garantir a qualidade da assistência de enfermagem e as condições de trabalho da equipe de saúde. Portanto, o enfermeiro deve estar atento ao funcionamento e aos aspectos de manutenção preventiva dos equipamentos, bem como quanto à quantidade e qualidade do material médico-hospitalar, a fim de minimizar os riscos para o paciente e evitar a descontinuidade do tratamento.

A equipe de enfermagem também realizou diversas parcerias com a Diretoria Administrativa para estabelecer uma política racional de consumo de materiais e equipamentos. Essa parceria efetivou-se através da Assessoria de Enfermagem no Controle de Recursos Materiais.

Instituída em julho de 1998, a assessoria foi criada com os objetivos de avaliar a qualidade dos equipamentos e materiais descartáveis, centralizar o parecer técnico e organizar a distribuição desses produtos.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Considerando que os gastos com materiais médico-hospitalares representam uma despesa de 30 a 40% nos custos das instituições de saúde, tornando o seu gerenciamento uma preocupação para os administradores. Entretanto, a grande diversidade de materiais, bem como sua utilização, exigem profissionais de enfermagem diretamente ligados às áreas de seleção, compra e distribuição desses produtos (CASTILHO; LEITE, 1991).

A otimização dos processos de trabalho em saúde ocorre com a utilização de materiais adequados e com qualidade, portanto, a avaliação de produtos deve ser feita por um enfermeiro que seja o elo de ligação entre o nível técnico, fornecedores e a instituição. Para avaliação dos produtos recomenda-se a utilização de um roteiro pré-elaborado que, indique o padrão de qualidade desejado para o produto (MARX; MORITA, 1998).

A assessoria de enfermagem no controle de recursos materiais do HURNPR ainda tem a responsabilidade de gerenciar a seção de envasamento e distribuição de soluções anti-sépticas e as centrais de distribuição de material médico-hospitalar, que são três, em todo o hospital. A implantação dessas centrais otimizou o processo de trabalho da equipe de enfermagem, através da confecção e distribuição de *kits* de materiais, bem como a expedição de materiais por paciente, com vistas ao maior controle e economia.

Na maioria dos hospitais de grande porte, essas atividades são de responsabilidade da farmácia. No HURNPR estabeleceu-se uma parceria com esse setor, a fim de realocar os funcionários da equipe de enfermagem com problemas de saúde que, de acordo com a orientação da medicina do trabalho,

5 Análise e Discussão dos Resultados

não poderiam mais atuar junto ao paciente. Essa estratégia garantiu a interação dos trabalhadores da farmácia com os da enfermagem que tinham relacionamentos muito conflituosos, além de facilitar a implantação de sistemas informatizados de controle.

O trabalho científico que aborda as atividades desenvolvidas nessa assessoria recebeu a premiação de melhor trabalho científico no 7º ENFTEC — Encontro de Enfermagem que discute as tecnologias inovadoras implementadas na enfermagem (ENFTEC, 2000). Também mereceu reportagem na Revista Nursing, n. 40, vol. 4 de Setembro de 2001, na sessão de Atualidades Nursing, com o Título: Enfermagem reduz custos e desperdícios de materiais, através de gerenciamento implantado (ENFERMAGEM..., 2001).

5.1.4 ORGANIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA

O HURNPR funciona em uma construção do tipo pavilhonar, constituída por 3 blocos interligados. O prédio é antigo, foi reformado e adaptado de um hospital destinado para o tratamento da tuberculose.

No hospital encontram-se áreas reformadas ou construídas dentro das normas determinadas pela vigilância sanitária, tais como as unidades de terapia intensiva adulto e infantil, hemodiálise, centro cirúrgico, banco de leite humano, entretanto, outras áreas são antigas e inadequadas tais como as unidades de internação adulto que possuem enfermarias de seis leitos com banheiros distantes das unidades.

5 Análise e Discussão dos Resultados

O sistema elétrico e hidráulico das unidades que não foram reformadas é antigo, necessitando de reparos e vigilância constantes. Considerando que sempre há uma reforma no corpo do hospital, os transtornos são grandes para os clientes internos e externos.

O HURNPR elaborou um plano de desenvolvimento e readequação da área física, estabelecendo prioridades. Todas as reformas e ampliações nas áreas físicas são discutidas entre os diretores do hospital, a assessoria de engenharia e profissionais envolvidos no setor, definindo prazos e critérios para a readequação das áreas.

Em 2000, foram concluídas as instalações do prédio de três andares que abrigou todas as diretorias e vários serviços que ocupavam espaços nobres dentro do hospital. Também foram concluídas as instalações da creche do hospital que se localiza fora das dependências da instituição.

O financiamento dessas obras foi obtido junto ao Ministério da Saúde, Governo do Estado e com recursos próprios.

A equipe de enfermagem participou do planejamento e da implementação das reformas e construções de diversos setores, entre eles destacam-se: unidade de terapia intensiva adulto, endoscopia digestiva, ala pediátrica da unidade de moléstias infecciosas, ambulatório do HURNPR, quimioterapia, centro cirúrgico e centro de material, hospital-dia, aids, unidade de tomografia computadorizada, unidade de tratamento dialítico, centro cirúrgico e centro de material do AHC, UTI pediátrica, hemodiálise, banco de leite humano,

5 Análise e Discussão dos Resultados

bloco administrativo, creche para filhos dos servidores do hospital, sala de treinamento, pronto-socorro, adequações e melhoria da estrutura física de várias unidades de internação e atendimento.

A plena utilização dos recursos físicos e tecnológicos de uma instituição está fundamentada em um plano diretor de obras e aquisição de equipamentos. Portanto, os hospitais devem manter um comitê formado por profissionais que atuem na instituição e que sejam representativos perante seu grupo. Esse comitê deve elaborar e acompanhar o desenvolvimento do plano diretor. Recomenda-se que o grupo tenha uma visão futurista e estabeleça prioridades para a expansão da área física, considerando o desenvolvimento da tecnologia e aumento na demanda de atendimento (MENDES, 1994; ANTUNES et al., 2002).

5.1.5 INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL

O HURNPR, por tratar-se de um hospital universitário, é campo de estágio para os cursos de graduação da UEL e cursos de nível médio que solicitam estágios, por meio de convênios firmados entre a UEL e instituições afins. Constitui-se em uma importante estrutura para a formação acadêmica, possibilitando a articulação entre conhecimento científico e a prática profissional.

O Colegiado do Curso de Enfermagem da UEL implantou, em 2001, o currículo integrado a fim de promover profundas transformações no ensino, aliado ao compromisso institucional de formar enfermeiros críticos e

5 Análise e Discussão dos Resultados

reflexivos. Esse processo possibilitou a integração das disciplinas dos ciclos básico e profissionalizante, propiciando a redefinição dos conteúdos essenciais do curso, readequando o tempo dedicado ao ensino dos mesmos. Permitiu uma articulação maior entre ensino e serviço, inserindo o aluno precocemente nos serviços de saúde, onde poderá vivenciar a demanda de saúde da população assistida pelo Sistema Único de Saúde — SUS —. No último semestre do curso, inseriu o internato de enfermagem que se desenvolve na rede hospitalar e na rede básica de saúde. Os internos de enfermagem são supervisionados pelos enfermeiros dos serviços onde realizam seus estágios (GIL et al., 1996).

Os enfermeiros assistenciais participaram ativamente da construção do currículo integrado do curso de graduação de enfermagem da UEL, em especial, do planejamento e implementação do internato de enfermagem na área hospitalar.

As instituições de saúde devem assumir uma parcela de responsabilidade na formação do aluno, por meio da preparação do campo de estágio e da orientação do aluno no exercício da prática executada por seus profissionais (RODRIGUES, 1993).

Haddad, Souza e Vannuchi (1996) realizaram uma pesquisa junto aos enfermeiros do HURNPR para identificar o grau de satisfação do grupo quanto ao internato de enfermagem. Concluíram que os enfermeiros reconheceram e desempenharam o papel de orientador do estágio, destacando em seus depoimentos as palavras parceiro, orientador, companheiro e colaborador. Ressaltaram que a experiência foi produtiva e a participação na

5 Análise e Discussão dos Resultados

construção do internato foi fundamental para o desenvolvimento do mesmo.

O objetivo da integração docente assistencial, no nível de graduação ou pós-graduação, é adequar a formação dos profissionais às reais necessidades de saúde da população. Isto poderá ocorrer através do contato dos profissionais técnicos de saúde com alunos e docentes, promovendo o aperfeiçoamento dos padrões assistenciais das instituições envolvidas (RODRIGUES, 1993).

Foram oportunizados diversos campos para realização de estágios extracurriculares tanto para alunos do curso de técnico e graduação em enfermagem como, também, graduandos dos cursos de administração de empresas, informática e jornalismo.

Rosa (1994) destaca a importância dos alunos conhecerem precocemente a complexidade do trabalho em saúde para desenvolverem atitudes de respeito e de compromisso que devem existir na relação entre eles, pois, dessa maneira, estarão desenvolvendo seu potencial de futuros educadores.

São também desenvolvidos, em conjunto com professores e alunos do CCS, vários programas de extensão à comunidade tais como atendimento multidisciplinar prestado a grupos de dependentes químicos, diabéticos, gestantes, crianças em pré-operatório, lesado medular, asmáticos, aidéticos adulto e infantil, hipertensos, casais em planejamento familiar, prevenção de câncer ginecológico, ostomizados, portadores de chagas, entre outros.

5 Análise e Discussão dos Resultados

O HURNPR, com o objetivo de incrementar a relação docente-assistencial, destina 1% do seu faturamento para o CCS aplicar no desenvolvimento científico dos seus docentes.

5.1.6 DIFICULDADES ENCONTRADAS

A equipe de enfermagem desenvolveu-se mesmo enfrentando problemas que, muitas vezes, dificultaram o alcance das metas estabelecidas, conforme apresentado a seguir:

- ▶ Número de funcionários insuficiente para atender à demanda de atendimento.
- ▶ Falta de recursos para pagamento de horas-extras.
- ▶ Absenteísmo elevado em alguns setores da enfermagem.
- ▶ Falta de participação dos servidores em eventos e treinamentos realizados no HURNPR.
- ▶ Falta de apoio psicológico e emocional para a equipe de enfermagem.
- ▶ Baixos salários.
- ▶ Número expressivo de servidores com duplo emprego.
- ▶ Aumento dos servidores de enfermagem que necessitaram ter suas funções readaptadas ou readequados.
- ▶ Resistência na implantação de processos de trabalho informatizados.
- ▶ Resistência na implantação de sistemas de controles.
- ▶ Dificuldades de estabelecer parcerias com alguns serviços de outras diretorias.

5 Análise e Discussão dos Resultados

- ▶ Lentidão nos processos institucionais como licitações, reformas, consertos de alguns equipamentos, entre outros.
- ▶ Espaço físico inadequado e com poucas condições de conforto para o paciente, considerando que as enfermarias disponíveis possuem seis leitos.
- ▶ Distância de 12 km do AHC ao HURNPR.
- ▶ Constantes reformas e adequações de áreas físicas.
- ▶ Super lotação em algumas unidades do hospital.
- ▶ Equipamentos de informática em número insuficiente.
- ▶ Falta de programas de informática adequados à necessidade dos setores de enfermagem.
- ▶ Greve dos docentes, alunos e funcionários em Junho de 2000 e por 4 meses, em 2001.

Mas os problemas acima relacionados decorreram do fato de que, em março de 1999, as Instituições Públicas de Ensino Superior do Estado do Paraná assinaram contrato de autonomia provisória com o Governo do Estado, garantindo o montante da folha de pagamento referente ao exercício do ano anterior para efetuar o pagamento do pessoal e também o custeio de manutenção e investimentos.

Considerando este fato, o conselho de administração da UEL promoveu várias medidas de contenção e reajuste que atingiram os servidores, entre as quais, a suspensão dos pagamentos de horas extras e finais de semana remunerados, suspensão do pagamento em substituição de servidores em férias, não concessão de uniformes, retirada de folga prêmio para servidores do serviço noturno e o não preenchimento de vagas desocupadas.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Essas medidas proporcionaram uma economia significativa para a UEL, mas atingiram profundamente os processos de trabalho do hospital, pois os servidores da área da saúde através de campanhas sindicais, realizadas em anos anteriores, tinham conquistado vários dos benefícios citados acima. Por vários meses os servidores se mostraram revoltados com as medidas de contenção e de várias formas expressaram seu descontentamento, observado, principalmente, no aumento do absenteísmo não previsto.

Diante das várias dificuldades encontradas pelo hospital, em agosto de 2000, o Conselho de Administração liberou o fornecimento de uniformes e a contratação de pessoal para as vagas em aberto nas categorias profissionais que prestavam atendimento direto ao paciente tais como médicos, pessoal de enfermagem, técnicos de laboratório, entre outros, mas não autorizou a contratação de pessoal que executava atividades de limpeza e administrativas.

Estudos realizados pela equipe de enfermagem demonstraram que aumentou a gravidade dos pacientes que procuravam o serviço, sendo necessário ampliar o quadro de pessoal, o que não foi autorizado, mesmo após a apresentação de informações que comprovaram essa necessidade.

Outra dificuldade encontrada no gerenciamento de pessoal, a mais freqüente e que causou grandes problemas foi o elevado absenteísmo não previsto, que girou em torno de 8% ao mês.

Análise criteriosa, realizada com apoio do Núcleo de Bem Estar da Comunidade, demonstrou um aumento dos servidores que necessitavam ser readaptados ou readequados devido a problemas de saúde.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Várias estratégias foram adotadas para resolver as dificuldades acima citadas tais como acompanhamento do servidor pelo serviço social e médico, readaptações e readequações nos locais de trabalho. Entretanto, observou-se que o problema só foi solucionado com a ampliação do quadro funcional. Em 2003, algumas vagas para contratação foram liberadas pelo governo estadual.

Considerando todos os fatores acima mencionados, observou-se muitas dificuldades na implementação do modelo de GQT que foi o primeiro a ser criticado pelos trabalhadores. Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas naquele período, a equipe de enfermagem manteve suas metas iniciais e atingiu todos os objetivos estabelecidos.

O modelo econômico e político vigente constitui-se em fatores dificultadores na implantação e na sustentação do GQT. Para se atingir a qualidade em serviços públicos de saúde, não basta apenas corrigir as distorções existentes, mas atingir os pontos nevrálgicos que são os próprios modelos da administração pública. Para tanto, é necessária uma reorganização do modelo, no qual supõem-se mudanças de funções, responsabilidades, relações de trabalho, dentre outras (KORBES, 1994).

Ao comentar o controle de qualidade total nas áreas da saúde, Pádua et al. (1995) afirmam que um dos fatores que contribuem para a pequena utilização dos conceitos de GQT em hospitais públicos pode estar relacionado à complexidade organizacional; à articulação entre os vários serviços; ao dimensionamento reduzido de pessoal; à percepção negativa do servidor sobre o

5 Análise e Discussão dos Resultados

que ganhará com o advento de tal modelo e, principalmente, o envolvimento da alta gerência pode significar, em alguns casos, um obstáculo dentro do andamento normal do programa.

Picchiali (1998), descrevendo sobre os fatores limitadores dos programas de qualidade em saúde, afirmou que devido à importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, que é altamente pessoal, lidando geralmente com questões críticas de vida, morte e sofrimento humano, exige uma base complexa de conhecimentos e de tecnologia necessários ao diagnóstico e tratamento. Tais profissionais têm, tradicionalmente, assumido altos níveis de independência funcional, assim, muitos constituem-se em uma fonte de resistência à imposição de abordagens formais para assegurar a qualidade da assistência.

O mesmo autor afirma que a divisão do trabalho em tarefas específicas faz com que os profissionais não observem o todo e avaliem que sua unidade ou especialidade é a mais importante dentro da instituição. Para essas pessoas, o esforço de melhoria da qualidade pode parecer altamente ameaçador e destruidor. Tais resistências não são causadas por falta de inteligência ou de boas intenções, mas por estarem concentradas em suas funções especializadas, e assim, tendem a perder a visão das implicações maiores da inovação e da mudança.

Antunes (1999) ressalta que a cultura organizacional é formada por crenças e valores muitas vezes diferentes daqueles estabelecidos na filosofia da qualidade. Recomenda que para que se tenha êxito na implantação desse

5 Análise e Discussão dos Resultados

modelo de gestão faz-se necessário que as lideranças das instituições estejam devidamente preparadas e conscientes da sua responsabilidade na condução do processo.

O processo de avaliação da qualidade de um serviço é uma função subsidiária da gerência, não sendo uma prática neutra ou uma atividade essencialmente técnica, desprovida do componente político. O ato de avaliar é dotado de uma concepção que o ator social tem de um processo e reflete o quanto ele deseja produzir transformações no âmbito de sua atuação. Portanto, a avaliação é um processo contínuo de sucessivas aproximações da realidade, referente à toda ordem de questões relacionadas à nossa atuação (GIL, 1999).

5.2 ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HURNPR

Considerando que a equipe de enfermagem do HURNPR participou ativamente da implantação do programa de qualidade na instituição, reconhecendo ser esta uma estratégia adequada para envolver toda a equipe na revisão dos seus processos de trabalho, serão apresentadas, sucintamente, as etapas percorridas pela direção do hospital para implantação do referido programa.

5 Análise e Discussão dos Resultados

5.2.1 O PROGRAMA DE QUALIDADE DO HURNPR – QUALISAHUDE

O hospital adotou um programa de gestão da qualidade, iniciado em 1994, através de convênio com a Associação Paulista de Medicina — APM — para comparação de indicadores de qualidade e produtividade em vários hospitais do Brasil. A instituição recebeu um convite daquela associação e incluiu-se no programa enviando mensalmente dados referentes aos indicadores de mortalidade, infecção hospitalar, tempo de permanência, média de ocupação dos leitos, número de servidores por leito, entre outros. Esses dados eram comparados com os indicadores de outros hospitais. O HURNPR recebia trimestralmente um relatório informando sua classificação em relação aos outros hospitais. De uma certa forma, a instituição só alimentava os dados para um banco de informações, mas não recebeu nenhuma contrapartida nos aspectos de melhoria no seu processo gerencial.

Mirshawka (1994) destaca que a comparação dos indicadores de qualidade de uma instituição com outra, com características semelhantes, é salutar. Esse processo denominado de *Benchmarking* é adotado por algumas instituições como uma estratégia, para aprimorar seus serviços por comparação com os melhores no seu setor, buscando adaptar ou até copiar as suas melhores práticas.

A diretoria do HURNPR, antes de decidir-se pela implantação do GQT, visitou várias instituições, na cidade e região, que implantaram esse modelo de gestão. A diretora de enfermagem juntamente com mais quatro funcionários da média gerência de outras áreas freqüentaram um curso de

5 Análise e Discussão dos Resultados

qualidade total ministrado pelo SEBRAE. Após análise criteriosa dos aspectos facilitadores e dificultadores, optaram por implantar o programa sem assessoria externa por entenderem que, como se tratava de uma instituição hospitalar pública e de ensino, as características organizacionais e culturais deveriam ser tratadas cuidadosamente e os clientes internos seriam inseridos voluntariamente e ao longo do processo.

O programa denominado QualisaHUde recebeu esse nome através de concurso junto a comunidade hospitalar, tendo por objetivos disseminar e implementar os conceitos de uma cultura organizacional voltada para a qualidade.

O QualisaHUde era coordenado pela Comissão Executiva da Qualidade, composta pelo Superintendente, Diretores de Enfermagem, Clínico e Administrativo, Diretor do Centro de Ciências da Saúde — CCS —, um representante da divisão de recursos humanos, um dos gerentes do Ambulatório do Hospital de Clínicas — AHC —, responsável pelo escritório de qualidade, um docente do CCS e por oito representantes dos servidores, sendo dois de cada diretoria. O Diretor Superintendente era o presidente dessa comissão que se reunia semanalmente para definir e acompanhar os rumos do programa.

A direção do hospital sempre se preocupou em estar à frente do processo, demonstrando comprometimento e envolvimento na implantação do modelo de GQT, conforme é recomendado nas literaturas pertinentes (NOGUEIRA, 1994; ANTUNES, 1997; MALIK; SCHIESARI, 1998; ZANON, 2001).

5 Análise e Discussão dos Resultados

O processo de melhoria da qualidade exige e supõe a liderança da alta direção que deve criar e compartilhar a visão e a missão da empresa, fixar diretrizes, estabelecer o enfoque no cliente, definir valores e suscitar elevadas expectativas. Isto tudo ocorrerá somente se a diretoria estiver visivelmente envolvida e comprometida, inclusive na caracterização das dimensões éticas e sociais da instituição (MEZOMO, 2001).

A comissão executiva do programa realizou uma oficina com todos os chefes de serviços e representantes de funcionários e alunos para fazer o diagnóstico da instituição. Nesse evento foi apresentado o programa de qualidade a ser implantado e o Superintendente explicitou que o programa só teria sucesso se tivesse o envolvimento de toda a comunidade universitária. A oficina foi coordenada por dois docentes do CCS, com experiência em gestão de serviços de saúde, e contou com a participação de 85% dos convidados.

Naquela oportunidade, foi revista a missão da instituição. Após os trabalhos em pequenos grupos, foram identificados 103 pontos críticos que na assembléia geral foram agrupados em problemas na estrutura física, na qualificação e quantidade dos recursos humanos, na quantidade e condições dos equipamentos, no relacionamento com a reitoria da Universidade Estadual de Londrina — UEL — e com a integração docente assistencial. Nesse encontro, decidiu-se que os problemas seriam discutidos com mais profundidade nos fóruns específicos que foram planejados para acontecer durante a implantação do programa de qualidade. Esses fóruns aconteceram e utilizaram como ferramenta o PDCA proposto por Deming (1990).

5 Análise e Discussão dos Resultados

Berwick, Godfrey e Roessner, (1994), Antunes (1997), Malik e Schiesari (1998), Mezomo (2001) e Zanon (2001) afirmam que o diagnóstico das condições do hospital, realizado por todos os profissionais inseridos na comunidade institucional, é primordial antes da implantação do GQT, pois permite colher informações que poderão ser mensuradas no decorrer do processo, como também, identificar os problemas que devem ser discutidos e trabalhados prioritariamente.

Mendes (1994) relatou que o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que hoje é referência nacional para hospitais universitários, realizou, em 1984, um diagnóstico institucional com a participação da comunidade universitária e, já naquela época, constatou a necessidade de buscar um modelo gerencial que envolvesse as áreas de prestação de serviços, apoio técnico, apoio administrativo e dos usuários internos e externos. Identificaram que o apoio administrativo era a base de todas as ações. No decorrer dos anos aquela instituição implantou várias estratégias gerenciais, inclusive utilizando-se de ferramentas gerenciais do GQT focalizadas no desenvolvimento e valorização de pessoal.

As atividades desenvolvidas pelo QualisaHUde, desde sua implantação constam da realização de cursos de sensibilização ministrados para 90% dos servidores do hospital e para outras instituições que aprovaram esta estratégia de sensibilização. Esses treinamentos foram ministrados por servidores do hospital que, após serem capacitados, construíram coletivamente o programa do curso. Foram realizados 63 cursos de 12 horas, utilizando-se de

5 Análise e Discussão dos Resultados

estratégias pedagógicas interativas. Ao todo, foram sensibilizados 1.995 trabalhadores, sendo que 93% avaliaram os cursos com conceitos que variaram de ótimo a bom.

A educação continuada é um dos primeiros processos a ser reorganizado após a decisão de implantar o GQT, pois todos os trabalhadores, da alta gerência aos servidores da linha de frente, devem estar afinados com a nova filosofia, além de que esses cursos/oficinas/eventos devem ser transformados em espaços de discussão dos problemas enfrentados pela instituição na definição das estratégias que garantam a inserção no processo de todas as categorias funcionais.

Deming (1990) recomenda, em seus princípios 6 e 13, a instituição de treinamentos e o auto-aprimoramento de todos. Ishikawa (1993) também recomenda, em seus princípios gerais, o autodesenvolvimento e a participação de todos os trabalhadores da empresa, demonstrando ser esta uma das ferramentas fundamentais na implantação desse modelo de gestão.

De acordo com Nogueira (1994) nos treinamentos deve-se utilizar metodologias pedagógicas problematizadoras e interativas, considerando que todos os envolvidos são trabalhadores da instituição e a conhecem detalhadamente. Afirmou que a avaliação dos cursos geralmente é muito boa devido às expectativas dos trabalhadores em relação às perspectivas de participação no novo processo de gerenciamento.

Antunes (1997), Malik e Schiesari (1998) e Zanon (2001) reforçam que é fundamental a sensibilização da comunidade interna antes da

5 Análise e Discussão dos Resultados

implantação do novo modelo gerencial, pois os trabalhadores poderão, juntamente com a alta direção, traçar os rumos do GQT através da formação do grupo gestor da qualidade composto por representantes dos vários setores e dos vários níveis hierárquicos.

O QualisaHUde, através do escritório de qualidade, também promoveu vários cursos, palestras e apresentações de peças teatrais, objetivando disseminar a cultura da qualidade conforme é recomendado por Deming (1990), Juran e Gryna (1991) e Ishikawa (1993).

O programa realizou a cada dois anos avaliações junto aos clientes internos constituídos por servidores, docentes e alunos, utilizando um formulário pré-elaborado, que continha perguntas abertas e fechadas que indicavam a qualidade dos serviços prestados no hospital. Os resultados foram analisados pela Comissão Executiva que propôs estratégias para solucionar os problemas identificados.

Também foram efetuadas avaliações mensais junto aos pacientes e seus familiares durante a internação e nos atendimentos em pronto-socorro e ambulatório. O formulário também era pré-elaborado (Anexo B) e possuía perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao usuário expressar sua impressão sobre a assistência recebida. Os resultados ainda foram analisados na Comissão Executiva e propostas foram sugeridas.

Todos os pacientes que se identificaram receberam uma carta do Superintendente, agradecendo a colaboração no preenchimento do

5 Análise e Discussão dos Resultados

formulário. Os servidores, docentes e alunos que prestaram bom atendimento e foram citados por pacientes também receberam uma carta de agradecimento do Superintendente.

Embora os resultados das avaliações realizadas com os clientes externos e internos apresentassem conceitos de ótimo e bom que variaram entre 75 a 85%, o hospital, com exceção do serviço de enfermagem, não possuía, formalmente instalados, sistemas de garantia de qualidade e de auditoria de processo, dificultando identificar a eficácia de seus procedimentos, sobretudo aqueles voltados à sua área médico-hospitalar (HURNPR, 2002).

As pesquisas de opinião são amplamente utilizadas por instituições de saúde para avaliar, entre outros aspectos, as necessidades, preferências e desejos dos clientes. Zanon (2001) afirma que, apesar da avaliação da satisfação do cliente ser um dogma para os consultores em qualidade, os resultados das pesquisas de opinião devem ser interpretados com muita cautela, devido ao grau de incerteza que apresentam. Observa-se que as expectativas dos clientes são condicionadas por suas experiências anteriores, pelas necessidades conscientes, pelos desejos inconscientes e pela vivência com as pessoas em que confiam. O que a instituição imagina que os clientes desejam ou precisam é condicionado pelos paradigmas e sistemas de valores inseridos na cultura da empresa.

Para Malik e Schiesari (1998), comentar a satisfação do usuário do setor público é tarefa desafiadora, pois a oferta de serviços não ocorre de forma homogênea, inclusive para serviços especializados e de alta complexidade

5 Análise e Discussão dos Resultados

em que prevalece a falta de opção. Consideram que essa desigualdade de condições entre prestadores e consumidores de saúde pode resultar em avaliações de satisfação distorcidas. Afirmam, também, que houve avanços nos processos de avaliação da satisfação do cliente, embora somente se obtém respostas daquilo que se perguntou, assim, se as respostas são pouco conclusivas, talvez o problema esteja nas perguntas.

Silva (1994) observou que embora os pacientes possam não estar preparados para avaliar os cuidados quanto aos aspectos técnicos e à competência profissional, quando lhes oferecem oportunidades, expressam sua opinião referente à interação com a equipe de saúde e o impacto que as ações assistenciais lhes causaram. Ressaltou que embora a mensuração da satisfação do paciente seja um componente importante, constitui-se apenas em um dos indicadores a serem utilizados para o controle, considerando que a qualidade só poderá ser atribuída quando a análise da assistência contemplar seus aspectos globais.

A centralização do processo de qualidade no paciente constitui-se numa estratégia porque concilia os esforços de entender suas necessidades com os sistemas que apoiam a melhoria contínua da qualidade dos serviços, terminando com a soberania do médico que, muitas vezes, determina que a qualidade só pode ser entendida e definida por ele (MEZONO, 2001).

Apesar dos bons resultados das pesquisas, o foco do Programa QualisaHUde foi trabalhar com os pontos negativos, pois estes oferecem inúmeras oportunidades de aperfeiçoamento e mobilizaram grandes esforços no

5 Análise e Discussão dos Resultados

sentido de superar as dificuldades, através de ações do programa ou da própria direção, e tornaram possível utilizar as informações como instrumento gerencial, de modo que clientes internos e externos fossem beneficiados com o resultados.

A Comissão Executiva do QualisaHUde fundamentou-se na trilogia de Juran (JURAN; GRZYNA, 1991) para elaborar todos os instrumentos de avaliação aplicados para os clientes internos e externos. Os conceitos fundamentais deste autor referem-se ao planejamento, à manutenção e melhora da qualidade, através da identificação de quem são seus clientes internos e externos, determinando as necessidades dos mesmos e as estratégias dos serviços que respondam às suas necessidades. Esse processo deve ocorrer através da análise do desempenho dos setores com objetivo de promover a melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Para garantir a qualidade dos processos de trabalho, a Comissão Executiva do QualisaHUde definiu que o hospital entraria no programa Nacional de Acreditação Hospitalar em 2003, sendo que desde 2001, vem desenvolvendo estratégias para sensibilizar seus colaboradores na implantação desse modelo de avaliação. O hospital, através do escritório de qualidade, realizou um diagnóstico de suas condições, de acordo com os critérios estabelecidos pelo programa nacional de acreditação hospitalar. Verificou que os vários serviços encontram-se classificados entre os três níveis de padrão de qualidade, sendo necessário fazer muitos ajustes, antes de solicitar a visita da comissão avaliadora.

O escritório de qualidade juntamente com a diretoria de

5 Análise e Discussão dos Resultados

enfermagem, também elaborou todo o material instrucional e implementou o programa “5 S - SaHUdável”, conhecido como os 5 sentidos da qualidade.

A implantação do “5 S” foi um dos acontecimentos mais marcantes na instituição, pois todos os setores da diretoria administrativa, ala administrativa das diretorias de enfermagem, superintendência e clínica, cinco unidades de internação e o pronto-socorro aderiram ao programa e realizaram o “1S e 2S” na mesma semana. Utilizaram todas as estratégias recomendadas na literatura quando da utilização desta ferramenta.

Com aplicação do “5 S”, 30 toneladas de equipamentos e móveis que não eram mais utilizados e estavam depositados em vários locais do hospital, foram devolvidos para a UEL. Muitos materiais e equipamentos retornaram ao almoxarifado, demonstrando que havia um descontrole na requisição daqueles produtos. Também foram identificados outros processos de trabalho que eram realizados de maneira inadequada. Os setores se reorganizaram, muitos passaram por reforma em sua área estrutural para garantirem um *layout* mais agradável.

As atividades desenvolvidas no “5 S” foram filmadas em todas as etapas e o serviço de documentação científica da instituição elaborou um vídeo educativo que é utilizado nos cursos de sensibilização, ministrado aos novos colaboradores da instituição.

Foram implantadas comissões para realizar trimestralmente as verificações das áreas que adotaram o “5 S”. Essas comissões eram constituídas

5 Análise e Discussão dos Resultados

por funcionários que foram voluntariamente capacitados para executarem essa atividade, conforme recomendado por Ishikawa (1993).

Vários servidores foram treinados, mas somente 36,5% das áreas aderiram ao “5 S – SaHUdável”, pois a inclusão no programa era voluntária. Em alguns setores foram relatadas dificuldades tais como a não adesão de toda a equipe, principalmente dos médicos, inviabilizando a continuidade do setor no programa. O escritório de qualidade juntamente com a Comissão Executiva discutiu estratégias para ampliar a abrangência do programa “5 S” através da sensibilização e envolvimento das chefias imediatas.

Também foi observado por Antunes (1997) a pequena adesão dos médicos na implantação do GQT em uma instituição hospitalar privada e de grande porte em um município do Estado de São Paulo.

Nogueira (1994), Berwick, Godfrey e Roessner (1994), Malik e Schiesari (1998), Mezomo (2001) e Zanon (2001) afirmam que a categoria médica tem dificuldade em se envolver nos programas de qualidade devido aos seus compromissos extra-institucionais. Ressaltam, ainda, que a resistência da equipe médica em participar de programas de qualidade está relacionada aos mecanismos de controle que são inseridos nos seus processos de trabalho. A atitude dessa categoria profissional tem sido um dos problemas enfrentados por muitas das instituições que implantaram o GQT, inviabilizando, em alguns setores, a manutenção do processo, como foi o caso do Centro Cirúrgico do hospital em estudo.

5 Análise e Discussão dos Resultados

De acordo com Nogueira (1994) o comportamento da classe médica vai se modificar espontaneamente no decorrer do tempo, quando esses profissionais forem envolvidos na gestão dos serviços onde atuam, possibilitando de um lado o conhecimento dos aspectos organizacionais e de outro a aproximação com um trabalho em equipe.

O próprio Deming (1990) afirmou que nem todos os trabalhadores aderem à nova filosofia devido às dificuldades que encontram em empregar a metodologia ou em aceitar todos os princípios propostos nesse modelo de gestão.

Embora seja impraticável envolver todos os funcionários ao longo do processo de implantação do GQT, recomenda-se desenvolver estratégias de inserção dos mesmos, convocando-os sempre para cursos, oficinas, discussão de novas rotinas e determinação de padrões para avaliação da qualidade, envolvendo-os em todas as oportunidades possíveis (MARQUIS; HUSTON, 1999).

Utilizando-se da ferramenta dos círculos de qualidade descrita por Ishikawa (1993), foram formados no HURNPR vários grupos para estudar e propor estratégias para solução de problemas identificados no atendimento em portaria, recepção, triagem, telefonia e referentes à poluição sonora no ambiente hospitalar, entre outros.

Como parte das atividades de saúde e autodisciplina recomendadas no “5 S” foram criados, em parceria com a Casa de Cultura da

5 Análise e Discussão dos Resultados

UEL, os corais HU em Canto e Vozes do AHC, envolvendo colaboradores das duas unidades. Os ensaios dos corais ocorreram em dois dias da semana, fora do horário de trabalho, e demonstraram ser uma estratégia adequada na inter-relação dos servidores.

Nogueira (1994) ressalta que a liderança para qualidade deve ser criativa e inovadora ao escolher e utilizar as formas de comunicação. No HURNPR foram implementadas diversas estratégias de comunicação, desde a utilização de cartazes, murais específicos, malas diretas, reuniões com alunos recém-chegados à instituição, entre outras. A publicação mensal do Boletim SaHUde também foi uma estratégia utilizada para divulgar todas as atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas pela comunidade universitária, bem como divulgar as atividades realizadas pelo QualisaHUde.

Apesar de todos os avanços no gerenciamento e controle da qualidade, ainda falta consolidar a cultura da qualidade em todos os processos de trabalho desenvolvidos no hospital (HADDAD et al., 2001).

Entender e reconhecer a atividade hospitalar como um negócio e compatibilizar esse conceito com a função social do hospital exige uma gestão institucional ética e competente. Constitui-se em um desafio adaptar uma organização tão complexa como o hospital ao novo paradigma da qualidade e implantar o controle da qualidade total. Para instituições públicas, mais do que um desafio, trata-se de uma questão de sobrevivência.

Para Zanon (2001), os hospitais são organizações tradicionais que apresentam forte resistência as mudanças, porque estas quase sempre

5 Análise e Discussão dos Resultados

implicam em alterações na distribuição do poder dentro da instituição. Essa resistência manifesta-se em todos os níveis, já que as mudanças podem colocar em risco o poder adquirido durante vários anos.

O prêmio *Qualidade 2000*, outorgado ao HURNPR pelo Ministério da Saúde, o reconhecimento pela UNICEF de *Hospital Amigo da Criança* e da instituição fazer parte do seleto grupo dos *Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar* do Ministério da Saúde são reflexos de todas as atividades desenvolvidas pelo programa QualisaHUde, além de demonstrar o comprometimento dos servidores, docentes, residentes e alunos com as atividades desenvolvidas pelo hospital.

A equipe de enfermagem através do Conselho de Enfermagem do setor de educação e treinamento e enfermeiros que aceitaram o convite participaram ativamente da implantação do QualisaHUde, inclusive treinando os multiplicadores e construindo juntamente com eles o curso de *Sensibilização para a Qualidade Total*.

Vários estudos realizados demonstraram que a equipe de enfermagem é a primeira a aderir à filosofia da qualidade, verificando que, devido às características do serviço de enfermagem, os princípios da qualidade são rapidamente inseridos nos processos de trabalho, pois de uma certa forma, é uma maneira de institucionalizar o que já é executado (SILVA, 1994; MIRSHAWKA, 1994; ANTUNES, 1997; MONTE, 1998; MEZOMO, 2001).

Em 2001, o Ministério da Saúde financiou uma assessoria da

5 Análise e Discussão dos Resultados

Fundação Getúlio Vargas (SP) — FGV — para o HURNPR com objetivo de aprimorar seus processos de trabalho. Toda a estrutura administrativa e assistencial foi avaliada por especialistas.

A área de GQT foi analisada por Ana Maria Malik, docente da FGV e da Escola de Saúde Pública da USP, diretora do Programa de Estudos Avançados Hospitalar e de Sistemas de Saúde — PROHASA —, além de ser especialista no desenvolvimento de gestão da qualidade. A consultora avaliou que o QualisaHUde foi implantado dentro das normas estabelecidas na literatura, descrevendo em seu relatório que no HURNPR a estratégia do GQT já havia sido implantada e que os problemas encontrados eram referentes às características de hospital universitário e público. Recomendou que a comunidade interna deveria implementar, rapidamente, estratégias para adequar os processos de trabalho e a área física dentro das normas estabelecidas pelo Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, para solicitar a avaliação da ONA (FGV, 2001).

5.2.2 IMPLANTAÇÃO DA ASSESSORIA DE CONTROLE DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM — ACQAE

Devido ao seu envolvimento com o QualisaHUde, a equipe de enfermagem amadureceu e reorganizou-se como elemento integrador da equipe de saúde. Todos trabalhadores tiveram a oportunidade de se capacitarem e irem em busca de um instrumento de mensuração da qualidade da assistência de enfermagem mais eficiente. A equipe já utilizava o planejamento estratégico e o

5 Análise e Discussão dos Resultados

PDCA como ferramentas gerenciais, identificando que necessitava de informações, em tempo real, que permitissem a integração dos dados produzidos pelo serviço de enfermagem e por outras assessorias e serviços, tornando-os um instrumento gerencial eficaz na tomada de decisão.

Acreditando que aquilo que é medido é administrado e que a satisfação do cliente reflete a qualidade do atendimento, e em busca de aprimoramento de processos de trabalho que garantissem uma assistência de enfermagem segura, o Conselho de Enfermagem implantou, em 1998, a Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem — ACQAE — com objetivos de:

- ▶ Elaborar padrões de qualidade para a assistência de enfermagem.
- ▶ Monitorar indicadores de qualidade do serviço de enfermagem.
- ▶ Revisar métodos de controle da assistência de enfermagem.
- ▶ Direcionar o treinamento em serviço de acordo com as necessidades de aperfeiçoamento da equipe.
- ▶ Inserir alunos do 4º ano do curso de enfermagem no processo de avaliação.

Inicialmente, a ACQAE foi implantada por uma enfermeira que realizou um amplo levantamento bibliográfico para definição do processo e elaboração dos instrumentos que deveriam ser utilizados. Nessa fase, foram

5 Análise e Discussão dos Resultados

identificados os estudos realizados por Cianciarullo (1997), Saupe, Horr e Cerqueira (1983) que se apresentaram como os mais eficientes e passíveis de serem adaptados à realidade do serviço de enfermagem do HURNPR. Após dois meses, devido à complexidade do processo, foi necessário designar para aquela assessoria mais uma enfermeira e um técnico administrativo.

No modelo de avaliação para a tomada de decisão, o objetivo principal é ele se constituir em um elemento efetivamente capaz de produzir respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. Sendo assim, o avaliador interno passa a ter uma posição decisiva no desenrolar do processo (NOVAES, 2000).

Adami e Maranhão (1995) afirmam que a avaliação constitui-se num processo intencional, técnico e político, portanto isento de neutralidade, auxiliado por diversas áreas do conhecimento e que pode ser aplicado a qualquer prática profissional, a uma organização, a uma rede de serviços, a um programa ou a uma atividade específica.

As enfermeiras designadas para implantarem a ACQAE foram selecionadas considerando-se o perfil de auditor recomendado por Cianciarullo (1997), ou seja, ter experiência assistencial de pelo menos cinco anos, ser ético, discreto, possuir senso crítico, capacidade de análise e organização, além de comprovado conhecimento em informática.

Após intensa discussão e considerando as características da equipe de enfermagem e o perfil da clientela atendida no HURNPR, o Conselho

5 Análise e Discussão dos Resultados

de Enfermagem definiu os métodos de avaliação e a periodicidade com que o processo deveria ser executado, a fim de garantir a fidedignidade das informações.

Estabeleceu-se que o processo de avaliação da assistência de enfermagem seria realizado através da análise da opinião dos pacientes, levantada por meio de entrevistas, da observação do ambiente onde o paciente estava inserido e através da auditoria retrospectiva, executada nas anotações da equipe de enfermagem. Depois de vencida essa etapa, passou-se a discutir quais seriam os padrões de qualidade a serem estabelecidos para os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem.

Para Malik e Schiesari (1998), o processo de avaliação ocorre a partir de padrões previamente estabelecidos, comparando-os com o que é encontrado nos serviços e verificando se os mesmos atingiram ou não os critérios preconizados.

Como a mensuração de dados quantitativos exige que os gerentes reduzam a subjetividade e aumentem a validade e confiabilidade das medidas, a definição dos padrões de qualidade que a equipe de enfermagem do HURNPR adotou foi obtida após a realização de oficinas de trabalho junto ao grupo de enfermeiros. Decidiu-se adotar os Padrões Mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, em 1978 (BRASIL, 1978), por entender que, mesmo tendo sido elaborados há mais de 20 anos, esses expressaram os padrões de qualidade buscados pela equipe de enfermagem do HURNPR, a partir de 1998, conforme descrito abaixo:

5 Análise e Discussão dos Resultados

- ▶ A enfermagem presta assistência livre de riscos ao cliente nas suas necessidades físicas, previamente identificadas, considerando as características individuais e assegurando os recursos indispensáveis.
- ▶ A enfermagem presta assistência às necessidades terapêuticas do cliente num contexto multiprofissional, aplicando os princípios científicos nos diferentes níveis de complexidade.
- ▶ A enfermagem assiste o cliente nas suas necessidades espirituais, emocionais e sociais, respeitando seus valores, utilizando os recursos da instituição, da família e da comunidade.
- ▶ A enfermagem assegura que o ambiente onde se proporcionam os cuidados ao cliente seja confortável e livre de riscos e orienta-o para proteger-se das agressões do meio ambiente.
- ▶ A Assistência de Enfermagem prestada às necessidades de reabilitação do cliente desenvolve-se no sentido da reintegração ao meio social com a sua participação, de sua família e da comunidade.

Marquis e Huston (1999) definem um padrão como sendo uma condição ou nível de excelência inicial predeterminada que envolve um modelo a ser seguido e praticado. Os padrões possuem características distintas, são estabelecidos por uma autoridade ou um colegiado de especialistas e são comunicados, discutidos e revisados com os demais colaboradores da

5 Análise e Discussão dos Resultados

instituição. Pelo fato dos padrões serem utilizados como instrumentos de medidas necessitam ser passíveis de mensuração.

Considerando que não há um só conjunto de padrões, cada organização e profissão deve fixar padrões e objetivos que sirvam como guias aos profissionais quando do provimento de atendimento seguro e eficaz.

Os autores acima citados relatam que, desde os anos 30, a Associação de Enfermeiras Americanas — ANA — vem desempenhando um papel central no estabelecimento de padrões profissionais, pois, em 1973, fixou os Padrões para Prática de Enfermagem, que oferecem um meio de determinar a qualidade da assistência de enfermagem que o cliente está recebendo, independente do serviço ser prestado apenas por um enfermeiro ou por um enfermeiro auxiliado por um profissional de nível médio.

Antes de elaborar os critérios que seriam utilizados na auditoria das anotações de enfermagem, foi necessário realizar um reconhecimento dos processos de trabalho nos setores que seriam avaliados, pois observou-se que embora o HURNPR possua um manual de normas e rotinas para o serviço de enfermagem, cada unidade realiza suas atividades de acordo com as características da equipe de saúde e o perfil do paciente.

Considerando que as enfermeiras da ACQAE já haviam feito um amplo levantamento bibliográfico, fez-se uma apresentação para os enfermeiros dos instrumentos que foram elaborados por elas, mas fundamentados nos estudos realizados por Cianciarullo (1997), Saupe, Horr e Cerqueira (1983).

5 Análise e Discussão dos Resultados

Divididos em pequenos grupos e por áreas afins, os enfermeiros analisaram os instrumentos que continham os critérios para análise das anotações de enfermagem (Anexo E). Em assembléia, cada grupo apresentou suas sugestões que foram acatadas ou modificadas após a discussão. Essa atividade foi desenvolvida em três oficinas de quatro horas cada uma.

O mesmo processo foi realizado para analisar os instrumentos que seriam utilizados na entrevista com o paciente (Anexo A) e na observação do ambiente onde o mesmo estava inserido (Anexo D). Com o aprendizado adquirido nas oficinas anteriores e considerando que os instrumentos eram complementares, foram necessários somente dois encontros para discutir e aprovar os referidos instrumentos.

Na implementação de novos processos de trabalho os enfermeiros devem ser inseridos desde o planejamento, a fim de garantir a implantação e sustentação dos mesmos. Gestão participativa implica em distribuir as responsabilidades e, ao mesmo tempo, dar voz aos indivíduos da organização (MALIK; SCHIESARI, 1998, ANTUNES, 1999, MEZOMO, 2001).

A metodologia da assistência de enfermagem adotada no HURNPR foi implantada há 22 anos e, ao longo desse período, foi sendo reformulada e adequada à realidade da instituição e das novas tecnologias científicas, através das pesquisas realizadas pelo Grupo de Estudos de Metodologia de Assistência do HURNPR — GEMA —. O grupo é constituído por enfermeiros e docentes que são os responsáveis por implementar e aprimorar a aplicação da metodologia de assistência de enfermagem na

5 Análise e Discussão dos Resultados

instituição.

Devido às dificuldades na execução da evolução de enfermagem de forma sistematizada, atualmente, somente são desenvolvidas as etapas do histórico e da prescrição de enfermagem. Nas unidades de terapia intensiva adulto, infantil e neonatal é realizado a evolução de enfermagem. Os alunos de graduação durante o período de estágio também realizam a evolução de enfermagem.

A fundamentação científica que embasou as discussões nas oficinas foi apoiada nos estudos desenvolvidos pelo GEMA que, por sua vez, fundamentou-se na teoria das necessidades humanas básicas de Horta (1979), assim descrita:

- ▶ Necessidades ambientais — variações de temperatura, ruídos, luz, estímulos externos, segurança, limpeza e conforto.
- ▶ Necessidades espirituais, emocionais e sociais — respeito às crenças religiosas, necessidade de afeto, segurança, relações interpessoais, prestígio, valorização pessoal, respeito, dignidade, apoio moral, auto-estima e auto-expressão.
- ▶ Necessidades físicas — oxigenação, água, alimentação, eliminação (pele, pulmões, intestinos e rins), exercícios, descanso e sono.
- ▶ Necessidades terapêuticas — diagnóstico e tratamento, alívio de sintomas e prevenção de complicações.

5 Análise e Discussão dos Resultados

- ▶ Necessidade de reabilitação — física, psíquica e social, compensação das limitações, segurança e continuidade no tratamento, auto-cuidado e reintegração ao meio social.

A elaboração dos três instrumentos utilizados no processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada no HURNPR, fundamentou-se nos princípios acima descritos.

Constam do cabeçalho do instrumento elaborado para realizar a **ENTREVISTA** os dados de identificação do paciente, diagnóstico, grau de dependência da enfermagem, data da entrevista e identificação do entrevistador. O instrumento foi categorizado em nove áreas, de acordo com a necessidade afetada, sendo higiene e conforto físico, atividades físicas, sono e repouso, segurança física, nutrição e hidratação, eliminações, necessidades emocionais, necessidades espirituais e necessidades sociais.

No roteiro utilizado para fazer a **OBSERVAÇÃO** e a análise do ambiente onde o paciente está inserido, constam no cabeçalho os dados de identificação do paciente, diagnóstico, grau de dependência da enfermagem, data e identificação do observador. O instrumento foi dividido em sete categorias, de acordo com a necessidade afetada, sendo avaliadas as condições de higiene e conforto físico, atividades físicas, segurança física, nutrição e hidratação, oxigenação e ventilação, eliminações e utilização de equipamentos.

Os dois instrumentos possuem duas colunas para anotações das repostas positivas ou negativas, uma coluna para a anotação dos itens que não

5 Análise e Discussão dos Resultados

se aplicam naquela avaliação e outra coluna para o auditor fazer suas observações, especificando os desvios encontrados.

O cabeçalho do instrumento elaborado para realizar a **AUDITORIA RETROSPECTIVA** nas anotações de enfermagem contém espaços para anotar os dados de identificação do paciente, diagnóstico, grau de dependência da enfermagem, data da avaliação e identificação do auditor. O instrumento foi dividido em seis itens, permitindo analisar o preenchimento dos dados de identificação do paciente, da prescrição de enfermagem, das anotações nos relatórios de enfermagem, das anotações dos controles de enfermagem, da execução de ordens médicas e as condições de alta.

Foram acrescentados aos três instrumentos itens específicos para avaliar as unidades de terapia intensiva adulto, infantil e neonatal, pediatria e maternidade.

Nos instrumentos acima mencionados as categorias e ou itens foram divididos em vários sub-itens, conforme os critérios estabelecidos para analisar o padrão de qualidade da categoria ou do item. No instrumento utilizado na auditoria, cada sub-item tem seu critério de análise para o preenchimento das anotações de enfermagem .

Para melhor compreensão, sugere-se verificar os instrumentos contidos nos Anexos A, D e E.

Depois de estabelecidos os padrões de qualidade e os critérios de avaliação, os instrumentos foram testados com 100 pacientes, conforme

5 Análise e Discussão dos Resultados

recomendado por Marconi e Lakatos (1999). Após o pré-teste foram realizados somente pequenos ajustes na redação dos critérios de análise, mas a forma geral foi mantida na íntegra.

Os critérios para definir a amostra já foram descritos na etapa de procedimentos metodológicos, apresentados no item 4.3 desta tese.

Donabedian (1981) recomenda que as instituições estabeleçam seus padrões, critérios e normas de maneira que possam ser adotadas para avaliar serviços com características diferentes, mas devem possuir pontos em comum no que diz respeito aos indicadores de qualidade. Destacou que o primeiro passo para avaliar a qualidade do cuidado deve ser a definição do significado da qualidade, considerando que existem múltiplas variantes dessa definição e que cada uma é legítima dentro do seu contexto. A qualidade pode ser avaliada, utilizando-se métodos objetivos para determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência. Para o autor, o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que os desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

O processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem no HURNPR foi realizado trimestralmente em todas as unidades de internação bem como nas unidades de terapia intensiva adulto e infantil.

A primeira etapa do processo consistiu nas entrevistas realizadas com os pacientes que se encontravam no 5º dia de internação os

5 Análise e Discussão dos Resultados

quais foram escolhidos aleatoriamente e através de sorteio. Esses critérios respaldaram-se na intenção de abranger os pacientes com conhecimento e percepções definidas acerca dos diferentes turnos de trabalho e, conseqüentemente, com capacidade de opinar sobre o atendimento prestado. A entrevista foi realizada ao lado do leito, após consentimento por escrito do paciente e apresentação do entrevistador. O objetivo e sigilo da entrevista foram explicados, quando foi solicitada sinceridade nas informações e estimulada a liberdade de expressão. Além da entrevista, realizou-se o exame físico do paciente para identificar as condições gerais do mesmo.

Matsuda, Evora e Boan (2000) afirmam que a enfermagem tem que ouvir a opinião dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados prestados, utilizando-se dessa estratégia como ferramenta para implementar novos métodos de trabalho que se adaptem aos serviços e resultem em atendimentos humanizados e com qualidade.

O sucesso das ações em saúde depende do paciente que é parte integrante do processo, portanto, ouvir sua opinião é fundamental para os serviços que implantam a gestão com qualidade (NOGUEIRA, 1994; MALIK, 1996; MEZOMO, 2001).

A segunda etapa do processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem implementado no HURNPR consistiu na observação do ambiente onde o paciente estava inserido, fazendo-se averiguações das condições da área física, materiais e equipamentos de uso do doente.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Para Adami e Maranhão (1995) a observação sistematizada consiste em um método que pode e deve ser utilizado para avaliar a qualidade assistencial do serviço de enfermagem, seja ele hospitalar ou ambulatorial.

A observação sistemática, também definida como planejada, estruturada ou controlada, é realizada em condições controladas para se responder a propósitos que foram previamente definidos. Requer planejamento e necessidade de operações específicas para o seu desenvolvimento tais como definição do campo onde será realizada a observação, do tempo e da duração da observação, bem como os instrumentos que serão utilizados e como será registrada a informação obtida (RAMPAZZO, 2002).

A terceira etapa do processo de avaliação consiste na auditoria das anotações de enfermagem efetuada nos prontuários dos pacientes que foram entrevistados.

Segundo Oberdá Neto (2004) a auditoria é uma ferramenta de gestão que visa monitorar e verificar a eficácia da implementação da política da qualidade e/ou ambiental de uma organização, buscando melhorar sistematicamente os resultados da sua organização. O fundamento das auditorias é buscar a conformidade dos processos, reduzindo e prevenindo as não conformidades.

A auditoria aumenta o conhecimento dos enfermeiros sobre a prática da enfermagem, permitindo que eles percebam que suas responsabilidades e a capacidade de decidir e agir estão além da prescrição médica (KRON; GRAY, 1989).

5 Análise e Discussão dos Resultados

De acordo com Cianciarullo (2001) o uso contínuo do processo de auditoria retrospectiva contribui para avaliar os problemas dos pacientes, permitindo a promoção de ações seguras e intervenções adequadas.

Todo o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem do HURNPR foi realizado pelas enfermeiras da ACQAE e por alunos do 4º ano do curso de graduação em enfermagem da UEL, devidamente capacitados e supervisionados pelas mesmas.

Cada auditor realizou a entrevista, fez a observação do ambiente e analisou o prontuário do mesmo paciente, garantindo ao avaliador uma visão geral da assistência de enfermagem prestada. Em média, foram utilizadas uma hora para a realização da entrevista e observação do ambiente onde o paciente estava internado e, duas horas, para auditar as anotações de enfermagem.

Na avaliação dos resultados das entrevistas e do processo de observação do ambiente foram utilizados os mesmos critérios adotados por Carter *apud* Saupe e Horr (1982) já descritos no item 4.3. Para melhor visualização do leitor, os critérios estão sendo reapresentados. Considera-se uma assistência de enfermagem **DESEJÁVEL** quando o item atingir 100% de respostas positivas. A assistência é **ADEQUADA** quando o item atingir de 90 a 99% de respostas positivas. A assistência é classificada em **SEGURA** quando o item atingir de 80 a 89% de respostas positivas. A assistência é denominada de **LIMÍTROFE** quando o item atingir de 71 a 79% de respostas positivas e a assistência é considerada **SOFRÍVEL** quando o item apresenta respostas positivas menor que 70%.

5 Análise e Discussão dos Resultados

A auditoria das anotações de enfermagem foram realizadas nos registros referentes aos cinco primeiros dias de internação e nos registros efetuados no último dia de internação, incluindo a alta. Para fazer a auditoria das anotações de enfermagem foram definidos níveis de avaliação para o preenchimento que variam de 1 a 5, sendo classificados da seguinte forma: **1** – não se aplica, **2** – preenchimento completo, **3** – preenchimento incompleto, **4** – não preenchido e **5** – preenchimento incorreto.

Conforme já foi mencionado na etapa dos procedimentos metodológicos, item 4.3., nesse estudo são consideradas anotações de enfermagem todos os registros efetuados no impresso utilizado pela equipe de enfermagem, denominado no HURNPR de Prescrição de Enfermagem. Portanto, essas anotações referem-se à elaboração da prescrição de enfermagem, as anotações referentes aos cuidados que foram prestados, as anotações das observações identificadas pela equipe e as anotações das informações prestada pelo paciente ou acompanhante.

Os avaliadores analisavam item por item de cada prescrição de um mesmo paciente, ou seja, auditavam separadamente 6 prescrições e conforme o resultado (preenchimento completo, incompleto, etc.) lançavam o número correspondente nas caselas da planilha eletrônica, referente ao dia avaliado. O programa foi planejado para calcular os resultados por percentagem.

Consideram-se bons resultados quando a análise dos prontuários indicar que pelo menos 80% do item avaliado foi preenchido completamente; até 15% para preenchimento incompleto; menor que 5% para

5 Análise e Discussão dos Resultados

informações não preenchidas e 0% para elaboração incorreta. Esses índices estão fundamentados nos estudos de Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998).

Após processamento das informações pela ACQAE, os relatórios foram encaminhados para a Diretoria de Enfermagem até o 5º dia útil do mês vigente.

Para Kron (1978) os controles estão relacionados com os registros e relatórios, pois permitem análises para tomada de decisões, além de mostrarem o progresso que o serviço está fazendo na obtenção de seus objetivos, demonstrando onde existem os estrangulamentos e as deficiências.

Esses relatórios foram analisados no máximo até o 25º dia útil do mês, em oficinas de trabalho, juntamente com a Diretora de Enfermagem, dois auxiliares de cada turno de trabalho, chefia de divisão e enfermeiros da unidade que foi avaliada, um responsável pela ACQAE e um enfermeiro da Divisão de Educação e Treinamento. O grupo, em reunião específica, analisou os dados levantados, identificou as causas dos problemas, estabelecendo as estratégias de ação, definindo o cronograma e o responsável pelas atividades propostas. Nessas oficinas o PDCA era a ferramenta utilizada.

Padilha (1994) recomenda que as gerências de enfermagem utilizem o ciclo PDCA como ferramenta, por considerá-lo um método gerencial adequado para controlar o processo de melhoria, permitindo comparar os resultados obtidos entre o mesmo serviço ou com serviços semelhantes.

Esse tipo de análise permite identificar as necessidades de

5 Análise e Discussão dos Resultados

abordagens especiais nos processos de trabalho e de educação continuada, no âmbito de cada unidade, no conjunto de unidades ou no hospital como um todo (CIANCIARULLO; FUGULIN; ANDREONI, 1998)

As oficinas foram realizadas em local confortável e tiveram, em média, quatro horas de duração. Foram utilizadas estratégias interativas e problematizadoras para apresentação e análise dos dados.

Os encontros eram realizados entre os grupos de trabalhadores que pertenciam à mesma divisão de serviços e ou unidades com o mesmo perfil, a fim de permitir análises de desempenho entre unidades com processos de trabalho semelhantes. No final do encontro os participantes emitiram por escrito, mas de forma anônima, sua opinião sobre o mesmo.

Foram elaboradas atas em todas as oficinas que eram encaminhadas aos setores para conhecimento dos demais trabalhadores. Essas atas também foram apresentadas nas oficinas seguintes (Anexo H).

A qualidade da assistência de enfermagem só será alcançada quando toda a equipe estiver tecnicamente preparada e compromissada com o desenvolvimento adequado de suas ações, considerando que o comportamento e o desempenho individual geram impactos diretos na qualidade dos serviços. Portanto, cada componente da equipe deverá ter a oportunidade de visualizar claramente as características e a influência do seu desempenho para o alcance da qualidade (SILVA, 1994; PADILHA, 1994).

Questões sobre a qualidade dos processos assistenciais devem

5 Análise e Discussão dos Resultados

desencadear reflexões em grupos de trabalho, permitindo identificar e dissecar a dinâmica de alguns processos onde a discussão irá determinar a estratégia a ser adotada para alcançar a qualidade. Dessa forma, a qualidade significa algo que os envolvidos nas ações assistenciais estarão constantemente preocupados em auferir para dar maior satisfação aos usuários dos serviços (NOGUEIRA, 1994).

A inserção de alunos do curso de enfermagem ocorreu em 2001, através de estágio extracurricular. O processo seletivo dos alunos constou de uma prova teórica abordando conhecimentos gerais em enfermagem, elaboração de prescrição de enfermagem para dois casos clínicos, sendo um de adulto e o outro infantil e três questões abertas, identificando os interesses e disponibilidades individuais em participar desse estágio. Os acadêmicos também foram entrevistados pelas enfermeiras da ACQAE, a fim de avaliar as expectativas do aluno e apresentar as características do trabalho. Participaram da seleção aproximadamente 33 acadêmicos, mas foram selecionados apenas 10 alunos do 4º ano do curso de graduação em enfermagem da UEL que assumiram o compromisso de realizar estágio por um ano.

Os alunos receberam 30 horas de treinamento, onde foram abordadas as bases conceituais da avaliação de serviços de saúde, a fundamentação teórica das três modalidades de avaliação utilizadas pela assessoria. Os acadêmicos acompanharam as enfermeiras auditoras em três avaliações; após constatação de que estavam preparados, iniciaram o processo de avaliação acompanhados pela auditora, somente deixando de serem acompanhados quando foi identificado que estavam aptos para desenvolver o

5 Análise e Discussão dos Resultados

processo de avaliação sozinhos.

Considerando que a auditoria de prontuários era realizada na própria assessoria, durante o período das 10 às 20 horas, os alunos foram permanentemente supervisionados pelas enfermeiras auditoras. Era estabelecido no início do mês o número de avaliações que cada aluno deveria realizar semanalmente, sendo que esse número nunca excedeu a dois prontuários.

Reuniões científicas foram realizadas a cada dois meses com o objetivo de abordar e discutir temas sobre planejamento e controle da assistência, além da discussão de casos auditados.

As atividades desenvolvidas pelos alunos foram definidas juntamente com os docentes do curso de enfermagem, disciplina de administração em enfermagem e enfermeiros da ACQAE.

A presença efetiva do acadêmico na ACQAE favoreceu a integração docente-assistencial, oportunizando ao aluno vivenciar o trabalho da equipe de enfermagem e enriqueceu as atividades desenvolvidas na assessoria através de discussões e sugestões.

Para Matos (1995) o enfermeiro de serviço reúne um conjunto de experiências e vivências que devem ser aproveitadas na orientação de alunos em campos de estágio, bem como, os freqüentes questionamentos dos alunos permitem o aprimoramento dos processos de trabalho.

5 Análise e Discussão dos Resultados

O método mais adequado para o desenvolvimento de atitudes é a assimilação do ambiente, daí a importância de proporcionar aos acadêmicos a oportunidade de participação direta no trabalho assistencial, para que observem por si mesmos os problemas, a realidade física, social e cultural da comunidade. Dessa forma, estarão aprendendo a valorizar os aspectos sociais, em equilíbrio com os conhecimentos biológicos, para a compreensão do processo saúde doença em suas dimensões individuais e coletiva (ROSA, 1994).

Silva (1994) descreveu que o controle da qualidade, embora possa parecer o último passo de um processo, constitui-se apenas no elo de uma cadeia que alimenta continuamente e impulsiona as organizações para o desenvolvimento, pela melhoria de seus processos e resultados.

Todos os objetivos estabelecidos na implantação dessa assessoria foram alcançados, mas, principalmente, foi possível identificar e discutir coletivamente a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem do HURNPR, estabelecendo estratégias reparadoras em tempo real. Muitos processos de trabalho foram modificados a fim de garantir o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem segura.

5 Análise e Discussão dos Resultados

5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS, DA OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE ONDE O PACIENTE ESTAVA INTERNADO E DA AUDITORIA NAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS EM 2002 COM PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE MÉDICO – CIRÚRGICA MASCULINA DO HURNPR

Considerando que a unidade médico-cirúrgica masculina é a maior unidade de internação do HURNPR e que nesse setor foram realizados todos os testes de implantação do processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, optou-se por analisar os relatórios elaborados pela ACQAE referentes a essa unidade no ano de 2002. Pretende-se apresentar, nesta etapa da tese, como eram processadas, pelo Colegiado de Enfermagem as análises dos relatórios elaborados pela ACQAE.

5.3.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS EM 2002 COM PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE MÉDICO-CIRÚRGICA MASCULINA DO HURNPR

A entrevista é a primeira etapa do processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem realizada no HURNPR. O método foi escolhido pela equipe de enfermagem por considerá-lo uma estratégia adequada para comparar as informações dos pacientes com as descritas nas anotações de enfermagem.

O Quadro 2 apresenta a classificação da assistência de enfermagem e a síntese numérica dos resultados obtidos nas entrevistas

5 Análise e Discussão dos Resultados

realizadas com os pacientes internados na unidade médico-cirúrgica masculina, em 2002.

Nº	ITENS	MÊS AVALIAÇÃO / %				CLASSIFICAÇÃO ASSISTÊNCIA %
		MARÇO	JUNHO	SETEMBRO	DEZEMBRO	
1	Higiene e conforto físico	86	87	89	90	88,0
2	Atividade física	78	80	93	90	85,2
3	Sono e repouso	79	80	90	81	82,5
4	Segurança física	81	95	95	95	91,5
5	Nutrição e hidratação	93	93	98	98	95,5
6	Eliminações	78	79	86	71	78,5
7	Necessidades emocionais	77	73	83	80	78,2
8	Necessidades espirituais	46	21	28	32	31,7
9	Necessidades sociais	30	28	38	35	32,7

CLASSIFICAÇÃO: DESEJÁVEL - 100%; ADEQUADA - 90 a 99%; SEGURA - 80 a 89%;
LIMÍTROFE - 70 a 79%; SOFRÍVEL - < 70%

QUADRO 2 – Classificação da assistência de enfermagem e a síntese numérica dos resultados das entrevistas realizadas com pacientes internados na unidade médico-cirúrgica masculina do HURNPR. Londrina-PR, 2002.

Em relação aos itens de **HIGIENE E CONFORTO FÍSICO**, **ATIVIDADES FÍSICAS**, **SONO E REPOUSO** verificou-se que a assistência de enfermagem prestada classificou-se em **SEGURA**. Quanto à **SEGURANÇA FÍSICA**, **NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO**, classificaram-se em **ADEQUADA**. Os itens referentes às **ELIMINAÇÕES** e **NECESSIDADES EMOCIONAIS** foram classificados em **LIMÍTROFE**. Os itens

5 Análise e Discussão dos Resultados

NECESSIDADES ESPIRITUAIS e **NECESSIDADES SOCIAIS** foram classificados em **SOFRÍVEL**.

Esses resultados demonstraram que a equipe de enfermagem dessa unidade atingiu a meta de prestar uma assistência segura na maioria dos itens, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Conselho de Enfermagem. Mas continuaram apresentando dificuldades referentes aos cuidados prestados na categoria das **ELIMINAÇÕES**. Na coluna de observações dos formulários foram registradas informações dos pacientes, relatando que houve demora em fornecer a *comadre* e o *papagaio* quando solicitados. O mesmo acontecendo na realização da higiene íntima que deveria ter sido realizada após as eliminações.

Observou-se que apesar do assunto ter sido discutido nas oficinas, onde os funcionários reconheceram que houve falhas na execução desses cuidados, o índice não se alterou de uma avaliação para outra. Isto demonstra que para esses cuidados o enfermeiro deve exercer maior supervisão, pois se tratam de procedimentos cuja realização pode causar sensações desagradáveis no trabalhador, fazendo com que o mesmo não realize o cuidado conforme é recomendado no manual de normas e rotinas. A supervisão de enfermagem no HURNPR é definida como uma atividade pela qual se avaliam os processos de trabalho com a finalidade de orientar a equipe de enfermagem na promoção de ajustes necessários.

A satisfação do usuário está relacionada à percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de

5 Análise e Discussão dos Resultados

insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Pode também estar relacionado aos aspectos de infraestrutura material dos serviços e com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A categoria das **NECESSIDADES EMOCIONAIS** apresentou variações entre a classificação **SEGURA** e a **LIMÍTROFE**, demonstrando que, embora a equipe apresentasse atenção quanto a esses aspectos, ainda tem dificuldades em mantê-los na classificação de execução com segurança.

Carraro (2001b, p. 148) afirma que, em muitas instituições, o processo de trabalho na enfermagem está voltado para o atendimento da demanda do serviço, refletindo na prática assistencial que aponta a falta de consideração com o ser humano em sua essência humana. Afirma que o ser humano pensa e age, mas de forma dicotomizada e, em alguns momentos, age de forma desumana, muitas vezes até irracionalmente. Ressalta que "[...] se faz necessário que a equipe de enfermagem *esteja e seja* junto ao ser humano e não apenas *faça* as atividades de assistência *para* o ser humano [...]"

Quanto às categorias referentes às **NECESSIDADES ESPIRITUAIS** e **NECESSIDADES SOCIAIS**, verificou-se que a equipe de enfermagem não utilizou os recursos da instituição que possui capela ecumênica com escala de pastores e padres para atendimento ao paciente. O mesmo aconteceu com as **NECESSIDADES SOCIAIS**, pois verificou-se que os pacientes não foram apresentados aos seus companheiros de quarto, bem como não reconheceram as categorias profissionais da equipe de enfermagem, não identificando, em

5 Análise e Discussão dos Resultados

muitos casos, nem mesmo o enfermeiro supervisor. Os pacientes informaram, em muitas entrevistas, que desconheciam que no hospital havia um local para realizar atividades recreativas. Observou-se que a equipe de enfermagem valorizou pouco esses aspectos.

Considerando que a autora desta pesquisa, quando diretora de enfermagem, participou de várias oficinas onde os relatórios eram discutidos; verificou que quando os resultados desses itens foram discutidos, os trabalhadores reconheceram que houve falhas e, muitas vezes, justificaram com comentários de que o material e o número de pessoal eram insuficientes para a realização desses cuidados. Em relação ao material, verificou-se que o comentário não era real. Mas em relação ao número de pessoal, observou-se que essa equipe sempre trabalhou em defazagem de pelo menos dois trabalhadores por turno de trabalho, conforme já foi explicitado no item 5.1.6.

Pesquisa realizada por Matsuda, Évora e Boan (2000) demonstrou que, embora os enfermeiros reconheçam a importância da assistência de enfermagem ser planejada e implementada com enfoque no cliente, destacam as dificuldades em efetivar essa estratégia devido à escassez de recursos humanos, à falta de incentivos da instituição e à falta de valorização pela equipe dos aspectos interacionais com o cliente.

Carraro (2001b) é enfática ao afirmar que as relações interpessoais mostram-se prejudicadas nas instituições de saúde seja entre a equipe e o pacientes, entre o paciente e seus familiares ou mesmo entre os companheiros de hospitalização. São poucas as oportunidades em que

5 Análise e Discussão dos Resultados

transparece uma relação terapêutica entre paciente e profissional e, quando isso acontece, essas experiências positivas se perdem frente à expressão de muitos eventos negativos.

Cabe ressaltar que analisando-se os índices apresentados no Quadro 2, observou-se que os mesmos não têm alterações significativas entre uma avaliação e outra, demonstrando que embora nas primeiras oficinas de análise dos relatórios tenham sido estabelecidas metas para melhorar o desempenho da equipe, a mesma não apresentou melhora significativa nos itens referentes às necessidades espirituais e sociais. Na época, várias estratégias de educação continuada foram implementadas, mas mesmo assim não surtiram efeitos.

De acordo com Zanon (2001) um dos pontos vulneráveis dos processos de avaliação é a sua insuficiência na investigação das causas. Não é possível inferir apenas pela análise de indicadores rotineiramente usados. Recomenda a realização de estudos controlados para determinar com maior segurança a relação causal entre os processos e resultados.

O Conselho de Enfermagem do HURNPR, aprofundando sua análise, considerou que é naquela unidade que os funcionários novos são sempre inseridos, pois como o processo de trabalho da mesma é muito intenso, os trabalhadores antigos, quando têm oportunidades solicitam transferência do setor. Mesmo garantindo o treinamento de 40 horas para todo trabalhador recém-contratado, observou-se que os índices não obtiveram alterações significativas. Esses mesmos resultados foram verificados nas enfermarias do

5 Análise e Discussão dos Resultados

pronto-socorro que também têm um processo de trabalho intenso. Na época, concluiu-se que, além das estratégias de treinamento, a unidade necessitava de ampliação no seu quadro de pessoal.

Cianciarullo (1997) ressalta que através do controle da qualidade da assistência de enfermagem prestada é possível estabelecer ações corretivas imediatas, mas alguns casos exigem um estudo detalhado das causas que o provocam os problemas e, das melhores estratégias para solucioná-los.

A equipe de enfermagem do Hospital Universitário da USP de São Paulo também obteve resultados insatisfatórios e que, mesmo sendo trabalhados, houve necessidade de uma intervenção global, uniforme e abrangente em todas as unidades de enfermagem da referida instituição. Esses resultados desencadearam treinamentos para toda equipe e atualização do manual de normas e rotinas, entre outras ações (CIANCIARULLO, 2001).

Berwick, Godfrey e Roessner (1994) ressaltam que a função de controle da qualidade fundamenta-se em oferecer os primeiros sinais de aviso de que um processo está começando a se desviar, assinalando causas especiais de variações não previstas e que exigem intervenções em tempo real.

5 Análise e Discussão dos Resultados

5.3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES REALIZADAS NO AMBIENTE ONDE O PACIENTE ESTAVA INTERNADO

A observação do ambiente onde o paciente estava internado consistiu na segunda etapa do processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem realizada no HURNPR. Essa etapa foi inserida no processo de avaliação com a finalidade de verificar se o ambiente e os equipamentos de uso do paciente estavam de acordo com a prescrição de enfermagem, sendo considerada uma estratégia complementar na coleta das informações.

O Quadro 3 apresenta a classificação da assistência de enfermagem e a síntese dos resultados das observações realizadas no ambiente onde os pacientes estavam internados.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Nº	ITENS	MÊS AVALIAÇÃO / %				CLASSIFICAÇÃO ASSISTÊNCIA %
		MARÇO	JUNHO	SETEMBRO	DEZEMBRO	
1	Higiene e conforto físico	80	72	75	81	77
2	Atividade física	73	90	96	95	88,5
3	Segurança física	88	89	89	90	89
4	Nutrição e hidratação	77	64	71	74	71,5
5	Oxigenação e Ventilação	50	57	65	100	68
6	Eliminações	80	96	100	100	94
7	Utilização de equipamentos	95	90	92	100	94

CLASSIFICAÇÃO: DESEJÁVEL - 100%; ADEQUADA - 90 a 99%; SEGURA - 80 a 89%;
 LÍMITROFE - 70 a 79%; SOFRÍVEL - < 70%

QUADRO 3 – Classificação da assistência de enfermagem e a síntese numérica dos resultados das observações realizadas no ambiente onde os pacientes estavam internados. Londrina-PR, 2002.

Observou-se que os itens referentes às **ELIMINAÇÕES** e À **UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS** foram classificados no nível **ADEQUADO**, demonstrando que há uma preocupação da equipe em manter drenos, sondas e ostomias permeáveis, além de utilizar os equipamentos de forma adequada.

É importante ressaltar que a equipe de enfermagem mantinha um bom relacionamento com o setor de manutenção, que atendia prontamente às solicitações de conserto de material e equipamentos.

Quando se comparam os resultados referentes ao item **ELIMINAÇÕES** do Quadro 2 com o do Quadro 3, verifica-se que o mesmo foi

5 Análise e Discussão dos Resultados

classificado em **LIMÍTROFE** no primeiro e adequado no segundo. Isso é explicado pelo fato de que as perguntas respondidas pelo paciente referem-se aos aspectos de atendimento dessas necessidades, enquanto que no instrumento preenchido pelo auditor as perguntas referem-se às condições de manutenção de drenos, sondas e ostomias, portanto, são informações complementares e não comparáveis.

As categorias de **ATIVIDADE FÍSICA** e **SEGURANÇA FÍSICA** foram classificadas como **ADEQUADAS**, demonstrando a preocupação da equipe em resguardar a segurança do paciente. Esses aspectos foram constantemente abordados nos treinamentos, principalmente nos cursos promovidos pelo QualisaHUde.

Em relação aos itens de **HIGIENE E CONFORTO FÍSICO, NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO** verificou-se que foram classificados em **LIMÍTROFES**. Quando esses resultados foram apresentados nas oficinas, percebeu-se que os trabalhadores ficaram incomodados, pois tratavam-se de cuidados que não exigiam uso de equipamentos ou materiais especializados, mas sim, a atenção do funcionário. Justificaram o descaso nesses cuidados pela falta de pessoal além de reconhecerem que os cuidados referentes aos procedimentos técnicos como controles de sondas e drenos e realização de curativos, entre outros, são cobrados pela equipe médica, portanto, esses registros devem estar completos e ser auto-explicativos. Esses mesmos resultados também foram identificados por Cianciarullo (1997) durante auditoria realizada nas anotações de enfermagem de uma unidade pediátrica de um hospital escola.

5 Análise e Discussão dos Resultados

A análise dos resultados dos processos cuidadosos constitui-se em um dos aspectos mais importantes dos processos de controle. Saber usar os resultados obtidos parece ser tão difícil quanto a execução do plano de sua implementação (CIANCIARULLO; FUGULIN; ANDREONI, 1998).

Observou-se que o item **OXIGÊNIO E VENTILAÇÃO** foi classificado em **SOFRÍVEL**, confirmando que esse é um problema crônico na instituição, pois os cuidados com inaladores, catéteres de oxigênio e cuidados com a traqueostomia são temas constantemente discutidos nas oficinas da equipe de enfermagem, nas reuniões com a CCIH e com a equipe médica.

Silva e Pinheiro (2001) recomendam que o enfermeiro, como líder da equipe, deve transformar seu papel de supervisor que busca apurar e registrar falhas, punir os culpados, naquele que busca descobrir e eliminar as causas das falhas, estimulando a participação do pessoal nas decisões e na melhoria contínua, pensando mais a longo prazo e desenvolvendo tecnicamente as pessoas da sua equipe.

Os enfermeiros presentes nas oficinas também ficaram chateados com esses resultados e juntamente com os funcionários justificaram os problemas atribuindo-os à falta de pessoal e também ao tamanho e estrutura física da unidade que mantém a área de serviços distante das enfermarias. O tema foi intensamente discutido na oficina de setembro o que demonstrou ser efetivo, pois na avaliação de dezembro apresentou 100% de melhora.

Para Kron (1978) nenhuma mudança ocorrerá até que o

5 Análise e Discussão dos Resultados

indivíduo fique insatisfeito consigo mesmo e com o modo de fazer algo. Essa sensação de insatisfação proporciona estímulos para fazê-los querer experimentar alguma coisa diferente.

5.3.3 ANÁLISE DO PROCESSO DE AUDITORIA RETROSPECTIVA, REALIZADA EM 2002 NAS ANOTAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE MÉDICO-CIRÚRGICA MASCULINA DO HURNPR

A terceira etapa do processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem constituiu-se na auditoria das anotações de enfermagem realizada nos prontuários dos pacientes que foram entrevistados.

O Quadro 4 apresenta a síntese dos relatórios elaborados em 2002, demonstrando os índices de preenchimento.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Nº AVALIAÇÕES ITENS		CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO															
		COMPLETO				INCOMPLETO				NÃO PREENCHIDO				INCORRETO			
		mar	jun	set	dez	mar	jun	set	dez	mar	jun	set	dez	mar	jun	Set	dez
I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		60	75	80	80	23	14	13	18	1	1	0	1	16	10	7	1
II. ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		55	72	77	85	28	21	14	11	7	2	3	3	10	5	6	1
III. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		47	54	57	60	47	38	36	32	5	8	7	6	1	0	0	1
IV. CONTROLES DE ENFERMAGEM		57	58	59	60	27	29	28	29	15	13	12	10	1	0	1	1
V. EXECUÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA		53	63	63	65	26	21	23	26	7	4	5	3	14	12	9	6
VI. CONDIÇÕES DE ALTA		0	0	0	23	33	0	0	77	67	100	100	0	0	0	0	0
MÉDIA		45,3	53,6	56	62,6	30,6	20,5	19,0	32,0	17,0	21,3	21,1	3,8	7,0	4,5	4,5	1,6

CRITÉRIOS ANÁLISE:

COMPLETO - ACIMA DE 80%

INCOMPLETO - MENOR QUE 15%

NÃO PREENCHIDO - MENOR QUE 5%

INCORRETO - 0%

QUADRO 4 – Síntese dos resultados das auditorias efetuadas nas anotações realizadas pela equipe de enfermagem da unidade médico-cirúrgica masculina do HURNPR. Londrina-PR, 2002.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Observou-se que embora houvesse melhora no preenchimento das anotações de enfermagem, a média de bons resultados não foi alcançada em nenhuma avaliação.

No item referente aos **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** verificou-se que mesmo essas informações sendo preenchidas eletronicamente, ainda faltaram informações sobre os aspectos de identificação do paciente, e nos meses de março e junho os índices de preenchimento **INCORRETO** foram mais elevados.

Cianciarullo et al. (2001) também detectaram os mesmos problemas referentes ao preenchimento dos itens de identificação do paciente quando realizaram auditoria nas anotações de enfermagem efetuada em um hospital universitário.

Quanto ao item **ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM** constatou-se **MELHORA** no preenchimento no decorrer dos meses. Como o preenchimento desse item é de responsabilidade dos enfermeiros, esperava-se que a sua elaboração não apresentasse problemas, considerando que os enfermeiros recebem do grupo GEMA, sempre que solicitados treinamento e assessoria. Um representante desse grupo também participou das oficinas de análise dos relatórios e juntamente com os profissionais presentes estabeleceram metas e realizaram treinamentos, visando aperfeiçoar o preenchimento desse documento.

Thomaz e Guidardello (2002), ao realizarem estudo com o objetivo de identificar os problemas apresentados por enfermeiros com relação à

5 Análise e Discussão dos Resultados

operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital escola, concluíram que a maioria dos enfermeiros realiza e acredita em sua importância para o planejamento da assistência de enfermagem. Entretanto, apontaram várias dificuldades na implementação do processo tais como problemas na realização do exame físico conforme normas definidas na instituição; no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem; no cumprimento da prescrição de enfermagem pela própria equipe e pela falta de tempo, de conscientização e de preparo da equipe para implementar a prescrição de enfermagem.

Em relação aos itens referentes as **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**, **CONTROLES DE ENFERMAGEM** e **EXECUÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**, verificou-se que no decorrer das avaliações estes itens apresentaram **MELHORA** no seu preenchimento, mas nunca atingiram a meta ideal. Considerando que esses itens são preenchidos pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, observou-se que há necessidade da supervisão constante do enfermeiro no preenchimento dos mesmos.

Quanto ao item de **CONDIÇÕES DE ALTA**, observou-se que este **NUNCA** foi preenchido corretamente.

Gonçalves (2001) afirmou que as anotações de enfermagem incompletas ou incorretas podem ser interpretadas como deficiência na qualidade da assistência sem que isso seja verdadeiro.

O estudo realizado por Thomaz e Guidardello (2002) apontou

5 Análise e Discussão dos Resultados

que a equipe de enfermagem não faz a leitura da prescrição de enfermagem, além de apresentar dificuldades em dar continuidade na implementação da assistência entre os turnos de trabalho. Concluiu que os problemas apresentados não são só de ordem estrutural, mas também de ordem técnica. Os mesmos problemas foram identificados no HURNPR.

Nas oficinas para análise dos relatórios elaborados pela ACQAE, o grupo de enfermeiros e funcionários das unidades avaliadas ficava perplexo com os resultados demonstrados; em algumas oficinas foi necessário mostrar prontuários com as anotações incorretas ou incompletas.

A justificativa da equipe de enfermagem para os problemas identificados no preenchimento da prescrição de enfermagem e anotações de enfermagem recaía sempre sobre as características de ser um hospital escola e a muitas pessoas manipularem os documentos dos pacientes, afirmando que no momento de realizar as anotações o prontuário não se encontrava na unidade.

Outra justificativa apresentada era referente ao número reduzido de pessoal. Também foi mencionada as características da estrutura física da unidade com falta de local para fazer as anotações, pois em cada enfermaria só havia uma mesinha e uma cadeira para uso de todos os profissionais e alunos.

Os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos são sinônimos de eficiência e eficácia dos gerentes, pois vinculam-se à definição de seus níveis de responsabilidade organizacional em virtude das implicações que o dimensionamento inadequado desses recursos causa nos resultados da assistência prestada. Os serviços sofrem o impacto das políticas públicas de

5 Análise e Discussão dos Resultados

ajustes impostas pela contenção de gastos públicos (LAUS, 2003).

Os enfermeiros relataram que as falhas podem estar relacionadas ao excesso de trabalho, pois muitas vezes ocorre um número elevado de internações ao mesmo tempo. Relataram, também, que a implantação da prescrição de enfermagem informatizada auxiliou na racionalização do tempo de execução da mesma, mas por ser elaborada no posto de enfermagem, longe do paciente, possibilita o erro em seu preenchimento.

Quanto as anotações de alta, relataram que quando o paciente recebe a alta do médico, a enfermagem fornece as orientações referentes à terapêutica que seguirá no domicílio, mas como aguarda o transporte ou o acompanhante, as anotações ficam para ser preenchidas no momento da saída do paciente e, quando isso ocorre, a equipe de enfermagem está envolvida em outras atividades, deixando de fazer a anotação naquele momento e então o prontuário é recolhido sem o preenchimento da mesma.

Lopes (1998) realizou estudo para identificar as distorções nas anotações de enfermagem, concluindo que a maioria dos erros encontrados são rotineiramente ensinados nos cursos de graduação em enfermagem e nos cursos de técnicos e auxiliares de enfermagem. Portanto, esses erros não deveriam acontecer e, se estão acontecendo, imputa a falha à falta de supervisão direta dos enfermeiros. Ressaltou que o rodízio dos enfermeiros pode aumentar as dificuldades no processo de supervisão.

Verificou-se que o preenchimento de documentos é um problema

5 Análise e Discussão dos Resultados

sério para a equipe de enfermagem do HURNPR, sendo considerado a prioridade no planejamento de treinamentos. Trimestralmente foram ministrados cursos de anotações de enfermagem para técnicos e auxiliares de enfermagem. Com objetivo de sensibilizar e esclarecer os funcionários foram promovidas três mesas redondas com advogados e especialistas na área da enfermagem para debater sobre as responsabilidades do trabalhador nos cuidados prestados. Naquela oportunidade, os funcionários foram informados sobre o uso legal das anotações de enfermagem em caso de processo judicial.

É crescente a preocupação com o sub-registro e a conscientização da importância de documentar a assistência de enfermagem prestada, como respaldo legal, por exigência da lei do exercício profissional, bem como para assegurar a qualidade e continuidade da assistência global. O registro escrito retrata a qualidade do atendimento de enfermagem aos pacientes, reflete o grau de preparo dos profissionais e favorece a continuidade do trabalho tanto nos diferentes plantões quanto nas diferentes áreas de assistência da instituição (CARRARO, 2001a).

A Figura 2 apresenta os índices médios de preenchimento das anotações de enfermagem no decorrer dos meses, demonstrando que há progressão no preenchimento de anotações completas. Observou-se que houve uma correlação entre os graus de preenchimento incompleto e não preenchimento, pois quando um aumentava o outro diminuía, permitindo inferir que os trabalhadores dominam a técnica, porém não a executam de maneira correta.

5 Análise e Discussão dos Resultados

FIGURA 2 – Índices médios de preenchimento das anotações de enfermagem realizadas na unidade médico-cirúrgica masculina do HURNPR. Londrina, 2002.

Observou-se nas oficinas que tanto os enfermeiros como os técnicos e auxiliares de enfermagem reconheceram os problemas e as causas das dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na prestação de uma assistência de enfermagem com padrões de qualidade estabelecidos pelo próprio grupo. Trimestralmente estabeleceram metas de melhoria, e mesmo com dificuldades para alcançar os padrões de qualidade estabelecidos, persistiram na busca de estratégias que melhorassem e mantivessem os padrões de qualidade estabelecidos.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Considerando que a equipe de enfermagem é a que assume maior número de tarefas frente ao paciente, é sua responsabilidade obter maior número de informações no que se refere ao paciente, não só dentro do próprio serviço como também em relação aos demais. Quanto mais informações corretas se fizerem de forma adequada sobre o paciente tanto mais organizado será o serviço e, conseqüentemente, maior será a segurança oferecida a quem dele necessita (FAVERO et al., 1983).

Limitações e obstáculos sempre existiram e continuarão a existir, mas nem por isso deve-se realizar um trabalho meramente intuitivo e rotineiro. A equipe de enfermagem deve acreditar, compreender e assumir os registros de enfermagem no prontuário do paciente, pois através dessas informações do cuidado a ele prestado é que o trabalho será mostrado, contribuindo com o desenvolvimento da profissão, mesmo que o processo de enfermagem não esteja formalmente sistematizado.

Conclusão 6

6 Conclusões

A implantação do processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem no HURNPR permitiu identificar e discutir em tempo real os processos de trabalho. Entretanto, trata-se de um processo que requer a atenção constante da equipe sobre o seu desempenho, sendo necessário o envolvimento de todos para manter os objetivos centrais de prestar uma assistência de enfermagem segura, sem aumentar ou incitar os conflitos entre as equipes.

A equipe de enfermagem do HURNPR implementou vários processos de trabalho, utilizando-se das ferramentas preconizadas nos princípios da Qualidade Total, sendo que a mais executada foi o PDCA por ser um processo simples e fácil de ser usado por todos os membros do grupo.

O “5S” foi outra ferramenta da Qualidade Total muito utilizada, pois seus princípios são claros e vão ao encontro dos princípios de higiene e organização tão preconizados na enfermagem.

O desenvolvimento pessoal e profissional da equipe de enfermagem foi uma das estratégias implementadas, pois 100% dos enfermeiros concluíram o curso de especialização, oito iniciaram o mestrado e dois, o doutorado. Todos os auxiliares de enfermagem concluíram o curso técnico de enfermagem, excluindo 12 atendentes de enfermagem que se encontravam em fase de aposentadoria. Um grande número de trabalhadores concluíram o ensino de nível médio nos programas desenvolvidos pela UEL. Vários cursos de educação continuada foram desenvolvidos ao longo dos anos e de acordo com a necessidade de aprimoramento dos processos de trabalho.

6 Conclusões

As políticas de contenção de gastos implementadas pelo governo estadual, a partir de 1999, impediram a reposição de pessoal e retiraram alguns benefícios que o trabalhador de enfermagem havia conquistado anteriormente, provocando revoltas dos servidores, trazendo consequências na organização e na manutenção dos processos de trabalho com qualidade.

A implantação da ACQAE permitiu uma avaliação constante da prática executada pela equipe de enfermagem do HURNPR, realizando um processo contínuo de reflexão-ação-reflexão dos processos de trabalho, envolvendo e comprometendo todos os funcionários na melhoria e na manutenção de uma assistência de enfermagem com qualidade.

A avaliação dos relatórios elaborados pela ACQAE realizada em conjunto pela gerência e trabalhadores, em oficinas, permitiu uma análise dos problemas de maneira científica e não uma avaliação efetuada pelo senso comum. Esse método possibilitou que as estratégias de solução dos problemas fossem elaboradas e pactuadas coletivamente.

A análise realizada nos relatórios da unidade médico-cirúrgica masculina do HURNPR, elaborados em 2002, demonstrou que a equipe de enfermagem atingiu, na opinião do paciente, os níveis de prestar uma assistência de enfermagem segura nos itens referentes a higiene e conforto físico, atividades físicas, sono e repouso. Para os itens referentes à segurança física e nutrição e hidratação alcançou o nível de assistência adequada, mas para os itens de eliminações e necessidades emocionais alcançou o índice de assistência limítrofe. Para os itens de necessidades espirituais e sociais os

6 Conclusões

indicadores foram para uma assistência sofrível, demonstrando a pequena atenção que a equipe presta a esses aspectos.

A análise efetuada nos relatórios referentes à observação do ambiente também demonstrou que a equipe de enfermagem alcançou níveis de assistência adequada nos itens de eliminações e utilização de equipamentos. Para os itens atividade física, segurança física a classificação da assistência foi segura. Enquanto que para os itens de higiene e conforto físico a classificação da assistência permaneceu sempre limítrofe. Mas o índice mais crítico foi em relação ao item oxigênio e ventilação que sempre permaneceu em assistência sofrível.

Quanto aos resultados das auditorias realizadas nas anotações de enfermagem observou-se que, embora a equipe apresentasse melhora no preenchimento dos impressos, nunca atingiu o padrão estabelecido. Verificou-se que o grupo tem conhecimento das normas de preenchimento das anotações de enfermagem, mas por vários motivos apresentados nas oficinas, não realizou as anotações conforme o estabelecido nos padrões de qualidade elaborados por eles próprios.

O modelo de controle de qualidade utilizado nesse estudo mostrou ser um instrumento valioso para identificar a qualidade da prática assistencial executada pela equipe. Tornou-se uma ferramenta gerencial importante no direcionamento das mudanças efetivadas nos processos de trabalho da equipe de enfermagem do HURNPR para alcançar a qualidade no assistir, no ensinar e no pesquisar em enfermagem.

7

Referências

7 Referências

- ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 47-55, 1995.
- ANDREONI, S.; GUALDA, D. M .R. Padrões e critérios como indicadores no processo de controle de qualidade assistencial: relato de experiência. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 13-17, out.1998.
- ANTUNES, A.V. Liderança para a qualidade na enfermagem. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 2, n.15, p. 22-26, ago. 1999.
- ANTUNES, A. V. **O gerenciamento da qualidade na enfermagem**. 1997. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- ANTUNES, E. et al. Gestão da tecnologia biomédica: tecnovigilância e engenharia clínica. Paris: Acodess, 2002.
- ARAÚJO, M.V. et al. Auditoria em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 466-77, 1978.
- BELLAND, I. L.; PASSOS, J. Y. **Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais**. São Paulo: EDUSP, 1978. v.1.
- BELTRAME, C. et al. **Manual de atendimento à parada cardio-respiratória**. Londrina: Eduei. 1999.
- BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- BORK, A. M. T. et al. Da teoria para o dia a dia: a estrutura de decisão compartilhada do sistema de enfermagem. In: _____. **Enfermagem de excelência: da visão a ação**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003. cap. 5, p. 69-87.
- BORSOI, I. C. F. ; CODO, W. Enfermagem, trabalho e cuidado. In: CODO, W. **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995. cap. 8, p. 39-51.

7 Referências

BRASIL. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.mj.gov.br/DPDC/servicos/legislacao/pdf/cdc.pdf>. Acesso em: 16 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, Artigo 4. **Consentimento livre e esclarecido.** Brasília, DF, 1996.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar.** 4. ed. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Organização Nacional de Acreditação. **Diretrizes do sistema e do processo de acreditação.** Disponível em: <<http://www.ona.org.br/>>. Acesso em: 26 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Seminário Nacional do Programa de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**, 1. , Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BROCKA, B.; BROCKA, M. S. **Gerenciamento da qualidade.** São Paulo: Makron Books, 1994.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística básica.** São Paulo: Saraiva, 2002.

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

CARRARO, T. E. Humanização: subsídios para a metodologia da assistência de enfermagem. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. **Metodologia para a assistência de enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001b. cap. 4, p.147-157.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 24, p. 72-85, 2000.

7 Referências

CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. cap. 6, p. 73-87.

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

CIANCIARULLO, T. I. A avaliação do sistema de assistência de enfermagem como base do desenvolvimento do conhecimento na enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. cap.16, p.293-302.

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

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

CINCIARULLO, T.I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. **C&Q**: indicadores de qualidade - uma abordagem perinatal. São Paulo: Icone, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ. **Código de ética dos profissionais de enfermagem aprovado pela resolução COREN-160/93 de 12/5/93**. Disponível em:<<http://www.corenpr.org.br/coren.htm>>. Acesso em: 05 mar. 2003.

CORDONI JUNIOR, L. **Texto de orientação para avaliação de programas e serviços de saúde**. Londrina, 2000. Digitado

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuição da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

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

DOWNING, D.; CLARK, J. **Estatística aplicada**. São Paulo: Saraiva, 1998.

7 Referências

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? **American Journal of Public Health**, Washington, v. 71, n. 4, p. 409-412, 1981.

_____. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality: explorations in quality assessment and monitoring.** Chicago: Health Administration Press, 1980. v.1

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Northfield, v.114, p. 1115-8, 1990.

ECHER, I. C. et al. Criação da comissão de pesquisa do grupo de enfermagem do hospital de clínicas de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 56-59, jan.1998.

ENFERMAGEM reduz custos e desperdício de materiais através de gerenciamento implantado. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 4, n. 40, p.5, set. 2001. Seção Atualidades.

ENFTEC, 7., 2000. São Paulo. **Anais ...** São Paulo: Centro de Estudos de Enfermagem 8 de agosto, 2000. 1CD.

FÁVERO, N. et al. A importância da comunicação como um instrumento administrativo: especial referência à anotação de enfermagem. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, v.31, n. 1/2, p. 4-7, 1983.

FERNANDES, M. V. et al. **Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem.** Londrina: Eduep, 2003.

FERNANDES, M. V.; HADDAD, M. do C. L.; GUARIENTE, M. H. D. Enfermeiras de hospital de ensino na prestação de serviços. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 4, n. 55, p.14-17, dez. 2002.

FONSECA, C. A. et al. Gestão de qualidade: perspectivas de mudanças na enfermagem. In: ENFTEC, 4., 1994, São Paulo. **Anais ...** São Paulo: [Centro de Estudos de Enfermagem 8 de agosto], 1994. p. 151-155.

FRANCISCO, M. T. R. **Auditoria em enfermagem:** padrões, critérios de avaliação e instrumentos. São Paulo: CEDAS, 1990.

FUCHS, L. Informática em saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 2 p. 75-77, mar. 1995.

FUGULIN, F. M. T; GAIDZINSKI, R. R. Horas de assistência de enfermagem: análise comparativa de parâmetros. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 23, p. 30-34, abr. 2000.

7 Referências

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Projeto REFORSUS**: desenvolvimento e implementação de modelo de modernização gerencial para grandes estabelecimentos de saúde. Rio de Janeiro, 2000.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Relatório do projeto de modernização gerencial proposto para o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná**. Rio de Janeiro, 2001.

GADOTI, M. Concepção dialética da avaliação. In: DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. 5. ed. Campinas: Autores Associados, 1995. p.1-5.

GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. **Revista Nursing**, v.1, n. 2, p.28-34, jul. 1998.

GIL, C. R. R. Avaliação em saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 5, n. 19, p. 23-5, jul. 1999.

GIL, R. et al. Reformulações no ensino da enfermagem: análise e reflexões de uma experiência em construção. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 15, p. 11-15, nov. 1996.

GONÇALVES, V. L. M. Anotações de enfermagem. In: CIANCIARULO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. cap.12, p. 221-233.

GUALDA, D. M. R. Humanização do processo de cuidar. In: CINCIARULLO, T. I. **C&Q: teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: Ícone, 1997. p. 23-30.

GUARIENTE, M. H. D. M. Assessoria em pesquisa em enfermagem. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 6, n.67, p. 14-15, dez. 2003. Seção Entrevista.

GUARIENTE, M. H. D. M.; HADDAD, M. do C. L. A inserção do método científico na prática e na reflexão dos enfermeiros de campo. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 23, p.16-18, 2000.

HADDAD, M. do C. L. Proposta de implantação de um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 307-13, dez. 1998.

HADDAD, M.do C. L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Espaço para a Saúde**, v.1, n.2, 2000. Disponível em: http://www.ccs.br/espacoparasaude/v1n2/artigos_resumos1.htm. Acesso em: 26 abr. 2004.

7 Referências

HADDAD, M. do C. L.; BELTRAME, C. **Apostila do curso de sensibilização para a qualidade total do HURNPR**. Londrina, 1996.

HADDAD, M. do C. L. et al. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada em um hospital de ensino. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 5, n.19, p. 27-8, jul. 1999.

HADDAD, M. do C. L. et al. Os desafios de gerenciar um hospital universitário público. In ALMEIDA, M. **A universidade possível: experiências de gestão universitária**. São Paulo: Cultura, 2001. p.173-189.

HADDAD, M. do C. L.; SOUZA, J. M. M.; VANNUCHI, M. T. O. Internato de enfermagem: opinião dos enfermeiros de um hospital escola. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 15, p. 93-97, nov. 1996.

HANSEN, G. L. Limites e potencialidades das novas modalidades de gestão universitária. In: ALMEIDA, M. **A universidade possível: experiências de gestão universitária**. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2001. p. 285-304.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ. Serviço de Atendimento Médico e Estatística. **Relatório anual - 2002**. Londrina, 2002.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2001.

INGERSOL, G. L.; MACINSTOSH, E.; WILLIAMS, M. Nurse sensitive outcomes of advanced practice. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 32, n. 5, p. 1272-1281, 2000.

ISHIKAWA, P. **Controle de qualidade total**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JURAN, J. M.; GRYNA, F. **Controle da qualidade, conceitos, políticas e filosofia da qualidade**. São Paulo: Mc-Graw-Hill, 1991. v. 1.

KAISER, S. N. Tornar-se empresário é o novo segmento para o profissional de enfermagem. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 2, n. 13, p.5, 1999. Seção Atualidades.

KORBES, G. A. A administração para a qualidade através do investimento em recursos humanos. **Revista Hospital Administração e Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 310-313, nov./dez., 1994.

7 Referências

KOTLER, P. Administração de serviços. In: KOTLER, P. et al. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. São Paulo: Atlas, 1993. p. 555.

KRON, T. **Manual de enfermagem**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.

KURCGANT, P. Auditoria em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 8, p. 106-124, 1976.

LAUS, A. M. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem para unidades de internação médicas e cirúrgicas no hospital das clínicas da faculdade de medicina de Ribeirão Preto - USP**. 2003. 212 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LEITE, M. M. J.; PEREIRA, L. L. Educação continuada em enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. cap.12, p. 147–163.

LOPES, C. M. Auditorias e distorções: ênfase nas atividades de anotação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 1, p.105-122, 1998.

MALIK, A. M. **Avaliação, qualidade, gestão...** para trabalhadores da área de saúde e outros interessados. São Paulo: SENAC, 1996.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: FSP/USP, 1998.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisas**. São Paulo: Atlas, 1999.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARTINS, E. P.; HADDAD, M. do C. L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em graus de dependência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p.74-82, 2000.

MARX, L. C. ; MORITA, L. C. **Manual de gerenciamento de enfermagem**. São Paulo: Rufo, 1998.

7 Referências

- MATOS, E. T. Relação ensino/prestação de cuidados. **Revista Nursing**, Lisboa, n. 95, p. 9-11, dez. 1995.
- MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M.; BOAN, F. S. O foco no cliente no processo de atendimento de enfermagem: visão dos enfermeiros. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 29, p. 16-20, out. 2000.
- MELO, M. R. C. et al. O Sistema Único de Saúde e as ações do enfermeiro em uma instituição hospitalar brasileira. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Mexico, v. 6, n. 6, p. 408-414, 1999.
- MENDES, E. El futuro de los hospitales públicos: Brasil. In: PAGANINI, J. M.; NOVAES, H. M. **El hospital público**: tendencias y perspectivas. Washington: OPAS, 1994. p. 77-95.
- MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**: sua implantação no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC, 1984.
- MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001.
- MIRSHAWKA, V. **Hospital**: fui bem atendido!!! São Paulo: Makron Books, 1994.
- MONTE, A. D. A. S. **Serviços de enfermagem hospitalar**: caracterização e métodos avaliativos da assistência. 1998. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- MULLER, I. T.; DELZIOVO, E. G. ; RUTTA, R. Análise de processo e implantação de controle de qualidade com os exames do cliente. In: ENFTEC, 4., 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo: [Centro de Estudos de Enfermagem 8 de agosto], 1994. p. 161-170.
- NOGUEIRA, R. P. **Perspectiva de qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- NONINO, E. P. M.; HADDAD, M. do C. F. L.; MENECHIN, P. Curativos: como escolher?. **Revista de Ciências da Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p.95-101, 2001.
- NOVAES, H. M. Implantación de programas de garantia de la calidad en los hospitales de Americana Latina y Caribe. **Educación Medica y Salud**, Mexico, v. 7, n. 3, p.357-375, 1993.

7 Referências

_____. **Manual de gerencia de calidad**. Washington: OPS, 1996.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

NUNES, E. F. P. A. et al. PROFAE: promovendo a educação profissional em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania**. Brasília, DF, 2002. p. 167-172.

OBERDÁ NETO, G. **Desmistificando o processo de auditoria**. Disponível em: <<http://www.banasqualidade.com.br>>. Acesso em: 05 maio 2004.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. 4. ed. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/acreditacao/manuais/index.asp>>. Acesso em: 22 jun. 2004.

ORTIZ, D. C. F; GAIDZINSKI, R. R. O custo do material de consumo na visão dos profissionais de enfermagem. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 2, n. 18, p. 28-34, nov. 1999.

PADILHA, M. I. C. S. A qualidade total como recurso pra a avaliação de enfermagem. **Revista Hospital, Administração e Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 275-279, 1994.

PÁDUA, G. G.; ALMEIDA, A.V.; COLTRO, A. Qualidade e produtividade nos serviços médico-hospitalares: a metodologia de desenvolvimento e implantação do programa de controle de qualidade total (PCQT) no hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 16-27, jan./fev., 1995.

PEREIRA, L. L.; TAKAHASHI, R.T. Auditoria em enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. cap.17, p. 215-222.

PICCHIAI, D. **Mudanças em instituições hospitalares**: análise do processo e estudo da ação do administrador hospitalar. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1998. (Série Relatórios de Pesquisa.)

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**, 3. ed. Porto alegre: Artes médicas, 1995.

7 Referências

QUINTO NETO, A.; GASTAL FILHO, F. L. **Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

RAMOS, M. L. et al. Formação da comissão de qualidade em enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein. In: ENFTEC, 4., 1994, São Paulo. **Anais ...** São Paulo: [Centro de Estudos de Enfermagem 8 de agosto], 1994. p. 355-359.

RAMPAZZO, L. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: Loyola. 2002.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde – notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 51-61, 1990.

RODRIGUES, F. F. A.; LEAL, M. L.; HARGREAVES, L. **Qualidade em prestação de serviços**. Rio de Janeiro: SENAC, 1997.

RODRIGUES, M. A. Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 15-24. abr.1993.

ROSA, A. R. O componente acadêmico dos projetos UNI. In: KISIL, M.; CHAVES, M. (eds.). **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Kellogg, 1994. cap. 3, p.25-36.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SANTOS, M. L. D. **Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em hospitais gerais de Salvador**. 1995. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C. Impacto da informática na administração em enfermagem: relato de experiência. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 7, n. 69, p. 41-46, fev. 2004.

SAUPE, R.; HERR, L. Auditoria em enfermagem. **Revista de Ciências da Saúde**. Florianópolis, v. 1, n.1, p. 23, 1982.

SAUPE, R.; HERR, L.; CERQUEIRA. Subsídios para a implantação de um programa de auditoria em enfermagem. **Revista de Ciências da Saúde**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 80-95, 1983.

7 Referências

SCHIESARI, L. M. C. **Cenários da acreditação hospitalar no Brasil**: evolução histórica e referências externas. 1999. 162 f. (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHMADL, J. C. Quality assurance: examination of the concept. **Nursing Outlook**, Philadelphia, v. 27, n. 7, p. 426-35, 1979.

SILVA, L. M.; FORMIGLI, L. A. Avaliação em saúde; limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n. 10, 80-91, jan./mar., 1994.

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

SILVA, S. H. **Controle da qualidade de enfermagem**: implementação de um modelo. 1994. 243 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, S.H. et al. Auditoria em enfermagem: implantação e desenvolvimento no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 199-209, ago. 1990.

SILVA, V. E. F. Manuais de enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. cap. 5, p. 59-72.

SOUZA, M. P. Auditoria em saúde: avaliação e controle. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 4, n. 43, p.14-15, dez. 2001. Seção Entrevista.

THOMAZ, V. A.; GUIDARDELLO, E. B. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. **Revista Nursing**, São Paulo, n. 54, p. 28-34 2002.

TORREZ, M. N. F. B. Formação de pessoal auxiliar de enfermagem em “larga escala”: a experiência brasileira. In: SENA, R. R. **Educación**: de enfermería in América Latina. Colombia: Universidade Nacional, 2000. p.66-77.

ZANON, U. Qualidade da assistência médico-hospitalar. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

Anexos

ANEXO A

FORMULÁRIO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA DO PACIENTE INTERNADO NO HUNPR

Universidade Estadual de Londrina
Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
Diretoria de Enfermagem
Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PACIENTE INTERNADO

Iniciais do nome _____ nº do registro _____ Clínica _____
Hora _____ Enf./Leito _____ Sexo _____ Idade _____ Grau de dependência _____
Unidade _____ Religião: _____
Data da internação ____/____/____ Data da entrevista ____/____/____
Diagnóstico: _____ Nome do entrevistador: _____

HIGIENE E CONFORTO FÍSICO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Você toma banho diariamente?				
2. Você é mudado de posição constantemente?				
3. Há respeito com a sua privacidade? É colocado biombo, fechado a porta para trocar ou fazer higiene íntima nos pacientes?				
4. Você escova os dentes diariamente?				
5. Você penteia os cabelos diariamente?				
6. Os curativos são realizados diariamente?				

ATIVIDADES FÍSICAS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Você tem ajuda para deambular quando precisa?				
2. Você foi orientado a andar no primeiro dia após a cirurgia?				

SONO E REPOUSO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Faz silêncio à noite?				
2. Faz silêncio após as refeições e nas horas do repouso?				
3. A iluminação do quarto é adequada e sob controle?				
4. A temperatura do quarto é confortável para você?				
5. A ventilação do quarto é adequada?				
6. O leito é adequado para repouso?				

Anexo A

SEGURANÇA FÍSICA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Você é acompanhado(a) pela enfermagem quando sai da unidade?				
2. As medicações são administradas pela equipe de enfermagem?				
3. A enfermagem espera você engolir o medicamento?				
4. É realizada medicação para dor, náusea ou vômito quando solicitada e prescrita?				
5. Houve queda de paciente na enfermaria?				

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Você tem ajuda para alimentar-se quando necessário?				
2. Você tem garrafa de água exclusiva?				
3. Você foi orientado a ficar de jejum para realizar exames?				

ELIMINAÇÕES	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. O seu intestino está funcionando adequadamente? (como em casa).				
2. Quando precisa da comadre ou papagaio é atendido prontamente?				
3. É feita a higiene íntima após as eliminações?				
4. Os coletores de drenos, sondas e ostomias são substituídos quando estão quase cheios?				

NECESSIDADES EMOCIONAIS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Você é tratado(a) com gentileza?				
2. Você ou o(a) acompanhante estão orientados quanto às normas e regulamentos do hospital? (horário de visitas, funcionamento da igreja e atividades de recreação)				
3. Você foi orientado quanto às normas e rotinas da unidade? (horário de refeições, banhos e locais dos telefones públicos)				
4. Todos os procedimentos que realizaram foram explicados? (punção venosa, sondagem nasogástrica, sonda vesical de demora, exames, etc..)				
5. Você se sente a vontade para fazer perguntas ao pessoal de enfermagem?				
6. A equipe de enfermagem tem bom relacionamento / educação, boa comunicação com você?				
7. Seus pertences estão guardados adequadamente? (documentos, roupas, objetos de valor e pessoais)				
8. Você pediu para conversar com alguém da sua família e a enfermagem providenciou?				

Anexo A

NECESSIDADE ESPIRITUAIS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. A enfermagem comunicou que o hospital dispõe de assistência religiosa? (padre e pastor)				
2. Você foi atendido quando solicitou assistência religiosa?				

NECESSIDADES SOCIAIS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Você foi apresentado aos seus companheiros de quarto quando foi internado nesta unidade?				
2. Você foi apresentado a equipe de enfermagem?				
3. Há atividades recreativas promovidas no setor?				

MATERNIDADE	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Você recebeu apoio e orientação de enfermagem no pré-parto e parto?				
2. As mamas estão em boas condições? (sem hiperemia, calor, rubor, dor e ingurgitadas)				
3. Você foi orientada para manter os mamilos limpos antes e após a amamentação?				
4. Há fornecimento de absorventes sempre que necessário?				
5. A quantidade e característica dos lóquios são controlados?				

INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Você foi informada sobre o aleitamento? (vantagens, manejo, etc..)				
2. Você iniciou o aleitamento na 1ª meia hora após o nascimento?				
3. Você foi orientada como amamentar e como manter a lactação?				
4. Você foi orientada quanto à exclusividade do leite materno?				
5. Você foi encorajada ao aleitamento sob livre demanda?				
6. Você está orientada quanto a não utilização de chupetas ou bicos artificiais?				
7. Há orientação sobre encaminhamentos a grupos de apoio ao aleitamento?				
8. A criança está em alojamento conjunto?				

Anexo A

UTI PEDIÁTRICA, UNIDADE DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Você foi orientada sobre o estado de saúde de sua criança?				
2. Você foi orientada e encorajada a permanecer na unidade enquanto seu filho encontra-se internado?				

PEDIATRIA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. A criança está com acompanhante 24 horas por dia?				
2. A mãe está orientada para participar dos cuidados de higiene e alimentação da criança?				
3. A pele está cuidada? (sem assaduras, monilíase, escabiose, etc..)				
4. A criança é transportada com segurança? (maca, cadeira de rodas, berço, etc..)				
5. Os brinquedos oferecidos são apropriados e seguros para a idade?				
6. Estão sendo oferecidos ou restringidos líquidos, conforme indicação?				
7. A criança alimenta-se em posição correta? (sentada ou com apoio)				
8. A criança é tratada com carinho?				
9. A criança possui creme dental infantil ou colutório?				

CONDIÇÕES DE ALTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Recebeu orientação de alta? (retorno, receita encaminhamentos e auto cuidado)				

ANEXO B

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PELO USUÁRIO INTERNADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ

PROGRAMA DE QUALIDADE - QualisaHUde

AVALIAÇÃO PELO USUÁRIO INTERNADO (VERSÃO 3)

PREZADO(A) USUÁRIO(A)

Respondendo este questionário, você estará contribuindo para melhorar o atendimento médico hospitalar. Após preenchê-lo, coloque-o nas urnas localizada nos corredores do hospital. Você não precisa se identificar, mas, se quiser, poderá fazê-lo ao final. Sua opinião é importante e antecipadamente agradecemos pela participação.

A DIREÇÃO

ASSINALE COM UM X A SUA OPINIÃO	ÓTIMO	BOM	REGULAR	INSUFICIENTE	RUIM
Atendimento em recepção.					
Atendimento médico.					
Atendimento de enfermagem.					
Acomodações.					
Limpeza.					
Esclarecimentos que recebeu sobre a doença e o tratamento.					
Resultado do tratamento.					
Como você classifica este hospital.					

1- VOLTARIA A PROCURAR ESTE HOSPITAL, SE NECESSÁRIO?

SIM () NÃO ()

COMENTE:

Anexo B

2- RECOMENDARIA ESTE HOSPITAL PARA SEUS PARENTES/AMIGOS?

SIM () NÃO ()

3- APROVEITE ESTE ESPAÇO PARA SUGESTÕES E COMENTÁRIOS SOBRE O QUE MAIS CHAMOU A SUA ATENÇÃO, DURANTE O PERÍODO EM QUE ESTEVE INTERNADO(A) NESTE HOSPITAL.

4- ASSINALE A UNIDADE ONDE ESTEVE INTERNADO(A):

FEMININA () MASCULINA () MATERNIDADE () MI ()
S. HIDRATAÇÃO () PEDIATRIA () UTI-ADULTO () BERÇÁRIO ()
TISIOLOGIA () PRONTO SOCORRO () UTI-PEDIÁTRICA () UTI-NEONATAL ()

ESCREVA SEU NOME E ENDEREÇO SE DESEJAR

NOME: _____

RUA/AV.: _____

BAIRRO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____

DATA: ____/____/____.

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA IDENTIFICAR A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HURNPR

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações e estando esclarecido(a) sobre a pesquisa de satisfação com o serviço de Enfermagem do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNPR), que tem como objetivo identificar a qualidade do serviço prestado pela equipe de enfermagem e considerando os direitos a seguir relacionados:

1. Retirar meu consentimento e participação a qualquer momento sem que isso traga prejuízo à minha pessoa ou tratamento;
2. A segurança de que não serei identificado (a);
3. A utilização das informações obtidas será exclusivamente para fins desta pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa realizada pela Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, responsável por esta coleta de dados.

Londrina, ____ de _____ de 200__.

Nome e assinatura do entrevistador

COREN/Pr:

Respondente

RG. _____

ANEXO D

FORMULÁRIO DO ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES DO PACIENTE INTERNADO NO HUNPR

Universidade Estadual de Londrina
Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
Diretoria de Enfermagem
Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem

ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES / PACIENTE INTERNADO

Paciente (Iniciais) _____ nº do registro _____ Clínica _____
Hora _____ Enf./Leito _____ Sexo _____ Idade _____ Grau de Dependência _____
Unidade _____ Religião: _____
Data da internação ____/____/____ Data da observação ____/____/____
Diagnóstico: _____ Entrevistador: _____

HIGIENE E CONFORTO FÍSICO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. A boca está cuidada?				
2. Os cabelos estão em ordem?				
3. O paciente está barbeado?				
4. As unhas das mãos e dos pés estão cortadas?				
5. O cliente com drenos e sondas está livre de irritações de pele, obstruções nos tubos, etc..				
6. O paciente acamado está em posição correta?				
7. Os curativos estão limpos e secos?				
8. A cama do paciente está em ordem, limpa e seca?				

ATIVIDADES FÍSICAS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. O paciente dependente está com mudança de decúbito programada?				
2. Não houve formação de úlcera de pressão há mais de 24 horas?				
3. A tração ortopédica está colocada corretamente?				
4. Tábuas para os pés, sacos de areia, travesseiros ou suportes estão colocados adequadamente?				
5. Gessos, talas estão cuidados corretamente?				

Anexo D

SEGURANÇA FÍSICA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. O paciente está no quarto e no leito registrados. Sua identificação está correta (nome e clínica)?				
2. O paciente em cadeira de rodas ou poltrona está acomodado com segurança?				
3. As grades da cama estão posicionadas adequadamente?				
4. Passou mais de 24 horas sem queda do leito?				
5. As restrições estão limpas e sem garrotear a circulação do membro?				
6. Existe campainha de chamada ao alcance do paciente?				
7. O mobiliário do quarto é apropriado e seguro?				
8. O quarto está em ordem, livre de objetos acumulados (jornais, garrafas, restos alimentares, etc..)?				
9. Não há presença de materiais usados ou contaminados (comadre, papagaio, curativos e outros) próximo ao leito do paciente?				
10. O equipamento elétrico do quarto está em ordem e funcionando bem (luminárias, arandelas, ventilador e campainha)?				
11. O ambiente está limpo? (incluir mobiliário, ventilador e cama)				
12. Todos exames agendados foram realizados?				

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Os equipos de microgotas com reservatórios estão instalados há menos de 72 horas? (verificar data, horário e assinatura)				
2. Os equipos de PVC estão datados e instalados com menos de 24 horas?				
3. Os equipos de bombas infusoras estão instalados menos de 48 horas?				
4. Os equipos de soro estão sem sangue coagulado na parte interna?				
5. Os equipos de soro estão limpos e sem sangue coagulado externamente?				
6. Os equipos de soro estão identificados de forma correta?(data e horário)				
7. Os soros instalados estão com identificação correta e completa?				
8. Os scalps hidratados, scalps, catéter venoso periférico estão identificados com data, nome e horário?				
9. Os scalps hidratados, scalps e cateteres venosos periféricos estão instalados há menos de 72 horas?				
10. Os cateteres externos estão permeáveis e com soro conectados?				
11. Os membros superiores dos pacientes estão sem soroma?				
12. Os equipos de dieta foram instalados há menos de 24 horas?				
13. Os equipos de dieta estão limpos?				
14. Os equipos de dieta são coloridos e adequados à nutrição?				
15. A altura do frasco de dieta está há 40 cm da cabeça do paciente?				

Anexo D

OXIGENAÇÃO E VENTILAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Os inaladores estão mantidos secos e protegidos após utilização no intervalo de 6 horas?				
2. Os nebulizadores estão datados e instalados há menos de 24 horas?				
3. A traqueostomia está livre de secreções?				
4. O curativo da traqueostomia está limpo?				
5. O oxigênio está com quantidade e instalação correta?				

ELIMINAÇÕES	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Dreno de penrose está com coletor ou curativo adequado? (boa adaptação, mantendo volume adequado de preenchimento e sem provocar lesões de pele)				
2. Ostomias e bolsas coletoras estão bem adaptadas e com capacidade de enchimento adequado? (2/3 da capacidade)				
3. Dreno de porto-vac está sendo mantido em posição adequada e com pressão negativa dentro do recipiente coletor?				
4. O dreno de tórax está com identificação adequada e completa?				
5. O dreno de tórax está com instalação adequada?				
6. A sonda nasogástrica está em posição correta, fixada adequadamente e o saco coletor com volume adequado? (2/3 da capacidade)				
7. A sonda vesical de demora está fixada corretamente e com volume na bolsa coletora adequada? (2/3 da capacidade)				

UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS (MONITOR CARDÍACO, BOMBA INFUSORA, OXÍMETRO, RESPIRADORES, ETC.)	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. O equipamento usado está corretamente aplicado no doente?				

Anexo D

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. A incubadora está limpa, desinfetada e em perfeito funcionamento?				
2. A criança está em ambiente limpo, livre de odores desagradáveis, protegida contra excesso de ruídos?				
3. Há medidas de proteção contra correntes de ar?				

MATERNIDADE	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Há pulseira de identificação no antebraço da mãe e do bebê?				
2. A criança está sendo mantida em alojamento conjunto?				

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	OBSERVAÇÕES
1. Há prescrição de enfermagem para todos os pacientes?				
2. Há no mínimo, duas evoluções diárias, feitas pelo enfermeiro?				
3. Há registro de exame físico, por período, realizado pelo enfermeiro?				
4. Há registro de controles de sinais vitais e balanço hídrico, no mínimo com 04 anotações diárias?				
5. Os leitos possuem cabeceiras removíveis e grades laterais?				
6. Há colheita de urina com circuito fechado?				
7. Há roupa suficiente para a demanda?				
8. São prestados cuidados preventivos de úlceras de pressão?				
9. Há condições ideais dos drenos, coletores, sondas e cateteres, sem obstrução e local livre de irritação e infecção?				
10. Há orientação aos pacientes e familiares sobre rotinas terapêuticas e cuidados prestados?				
11. Há controle do nível de ruídos no setor?				
12. Há anti-sepsia das mãos do pessoal, antes e após procedimentos no setor?				

ANEXO E

FORMULÁRIO PARA AUDITORIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DO HUNPR

Universidade Estadual de Londrina
Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
Diretoria de Enfermagem
Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem

AUDITORIA DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente (Iniciais)_____ nº do registro_____ Clínica_____ Hora_____ Enf./Leito_____ Sexo_____
Idade_____ Grau de dependência_____ Unidade_____ Religião:_____ Data da internação____/____/____
Data da Alta____/____/____ Dias de internação_____ Diagnóstico_____ Avaliador:_____

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO: 1 – não se aplica 2 – completo 3 – incompleto 4 – não preenchido 5 – incorreto

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS
1. Os dados de identificação do paciente estão corretos?	Considerar nome, sexo, idade, dia de internação, grau de dependência, número de prontuário, diagnóstico, leito, clínica e número de atendimento.	
2. Os dados de identificação do paciente estão completos?	Considerar nome, sexo, idade, dia de internação, grau de dependência, número de prontuário, diagnóstico, leito, data, clínica e número de atendimento.	
3. Prescrição tem data, horário, nº Coren e assinatura?	Considerar a data, horário de elaboração, nome, número de Coren e assinatura da(o) enfermeira(o) que elaborou a prescrição de enfermagem.	

II. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS				
1. A primeira prescrição é feita pela mesma(o) enfermeira(o) que o admitiu?	Checar em qual horário que o paciente foi admitido e se a(o) enfermeira(o) abriu a prescrição de enfermagem em seu horário de atendimento					
2. A primeira prescrição revela a prioridade de atendimento?	A primeira prescrição está correlacionada as necessidades do cliente com a sua patologia. Considerar como prioridade de atendimento: banho, higiene oral, corporal e curativo.					
3. A prescrição de admissão permite conhecer as condições gerais do paciente?	A prescrição de admissão revela que a(o) enfermeira(o) realizou o exame físico e tomou consciência do Quadro do cliente descrevendo as principais alterações físicas, queixas principais, alterações no exame físico, etc..					
4. Há pelo menos uma prescrição diária para o paciente?	Verificar a existência de uma prescrição de enfermagem, elaborada diariamente conforme as necessidades do cliente.					
5. A prescrição indica o grau de dependência do paciente?	Todos os itens dos cuidados de enfermagem estão precedidos de verbos que indiquem uma ação (Fazer, Auxiliar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar).					
6. A prescrição indica cuidado de enfermagem especial (individual) de acordo a patologia e necessidade?	A prescrição de enfermagem é elaborada de forma individualizada, consistente, atualizada, acompanhado as necessidades do doente, apresentando-se dinâmica de acordo com a evolução do paciente.					
7. A prescrição indica ações referentes aos sinais e sintomas pertinentes a patologia e evolução do paciente?	A prescrição de enfermagem indica ações que sejam pertinentes aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, de acordo com sua patologia, permitindo que o auxiliar de enfermagem direcione suas observações, prevenindo atendimento tardio e complicações.					
8. Os cuidados prescritos foram checados e rubricados?	Todos os cuidados prescritos foram checados e rubricados de acordo com as normas da instituição.					
9. Os horários dos procedimentos foram preenchidos, respeitando as características do paciente e as necessidades de sua patologia?	Os horários dos procedimentos foram estabelecidos de acordo com as normas definidas pela instituição e descritas no manual elaborado pelo grupo GEMA.					

III. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS				
1. Há registro de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia?	Há checagem, registro ou orientação de realização de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia.					
2. Há registro de higiene corporal diária?	Há checagem, registro ou orientação de realização de higiene corporal pelo menos uma vez ao dia.					
3. Há registro de sinais vitais, pelo menos três vezes ao dia?	Deve existir controle de sinais vitais completo (pressão arterial, frequência cardíaca, pulso, temperatura e frequência respiratória) pelo menos 3 vezes ao dia, nos horários preconizados pelo grupo GEMA.					
4. O peso é controlado e anotado, uma vez ao dia, quando necessário?	Pacientes com cardiopatias, hepatopatias e com insuficiência renal, devem ter registro de controle do seu peso diariamente.					
5. As micções foram controladas e anotadas?	As micções foram registradas quanto a frequência e/ou volume, conforme determinado na prescrição de enfermagem, no período de 24 horas.					
6. As evacuações foram controladas e anotadas?	As evacuações foram registradas quanto a frequência e aspecto, conforme prescrição de enfermagem.					
7. Há registro de episódios eméticos?	Há registro de episódios eméticos tanto na parte anterior (anotações de enfermagem) como no verso da prescrição de enfermagem.					
8. A ingestão de líquidos foi controlada e anotada?	Foi anotado no verso da prescrição de enfermagem a quantidade de líquidos que o cliente ingeriu nos três períodos: manhã, tarde e noite.					
9. Os procedimentos invasivos estão registrados e datados?	Há registro da data que os procedimentos invasivos foram realizados pelas equipes médica e de enfermagem.					
10. A ingestão de alimentos foi controlada e anotada?	Há anotações no verso da prescrição de enfermagem e nos relatórios dos turnos. São descritos as quantidades da aceitação alimentar e o tipo de alimento ingerido de acordo com os horários determinados na prescrição de enfermagem. Caso haja anotação somente no verso da prescrição deve ser considerado.					
11. A Prescrição de enfermagem indica cuidados para exames e pré-operatórios?	A prescrição de enfermagem possui informação sobre data e horário de exames que serão realizados, conforme prescrição médica e agendamento. Há prescrição dos cuidados necessários para a realização de exames e procedimentos pré-operatórios.					
12. A Prescrição de enfermagem indicam cuidados pós- exames e pós-operatórios?	Há prescrição dos cuidados de enfermagem imediatos, necessários após a realização de cirurgias e exames.					
13. As anotações dos procedimentos controlados, possuem rubrica?	Os procedimentos preenchidos no verso da prescrição de enfermagem referentes às anotações dos SSVV, diurese, evacuação, drenos, sondas, (alimentação) possuem rubrica no campo destinado a este fim, pelo profissional que o executou em seu respectivo horário.					

IV. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS				
1. Há pelo menos uma anotação descritiva em cada plantão.	Deve haver em cada turno, pelo menos uma anotação de enfermagem, referente as condições gerais do paciente. O registro de intercorrências deve permitir a identificação dos problemas apresentados pelo paciente, bem como quais condutas foram tomadas e o resultados desses procedimentos.					
2. Há horário e rubrica em cada anotação.	Cada anotação de enfermagem (por turno e intercorrência) contém o horário em que foi realizada assim como a rubrica do profissional que a executou.					
3. As anotações respondem aos itens da prescrição?	As anotações de enfermagem respondem aos itens da prescrição de enfermagem referentes as intercorrências na execução dos atendimentos, observação de sinais e sintomas, alterações do estado do paciente, aspecto de lesões e alterações de exames físicos, etc..					
4. As anotações evidenciam prestação de cuidados de enfermagem.	As anotações de enfermagem são claras, concisas, relatam a execução de atendimento ao cliente com alguma peculiaridade.					
5. As anotações evidenciam observação de sinais e sintomas.	As anotações de enfermagem além de responder ao item de identificação de sinais e sintomas, também relatam outras observações referentes ao paciente.					
6. As anotações indicam quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem e alunos de enfermagem).	Cada item da prescrição de enfermagem possui rubrica indicando a categoria profissional do indivíduo que realizou o cuidado. Há carimbo de identificação do profissional.					
7. Existe uma anotação descritiva de admissão, transferência alta ou óbito.	Há anotação de enfermagem referente a admissão, transferência alta ou óbito do paciente, elaborada pela enfermeira(o) ou pelo auxiliar de enfermagem. Devem estar explícito as informações referentes as alterações detectadas no exame físico, tais como estado geral, nível de consciência, etc. e programação e / ou agendamento de exame, cirurgias ou outro procedimento.					
8. Há anotações referentes aos cuidados pré-operatórios.	Há anotações de enfermagem referentes aos cuidados pré-operatórios com antecedência de aproximadamente 18 horas ou conforme indicação cirúrgica.					
9. Há anotações referentes aos cuidados pós-operatórios.	Há anotações de enfermagem referentes aos cuidados pós-operatórios conforme necessidade do paciente.					
10. Há anotações referentes a intercorrências.	Existem anotações ressaltando a existência de intercorrências durante a internação e ou relato da ação tomada para sanar este problema.					
11. Aspecto e evolução de lesões cutâneas.	Os relatos de lesões cutâneas indicam a área e tamanho da lesão, tipo de tecidos encontrados na ferida, tipo e quantidade de exsudato observado, produto utilizado para limpeza, tratamento e tipo de cobertura utilizada. Considerar também as anotação referentes a evolução da ferida.					
12. Prescrição indica ações relacionadas ao atendimento de necessidades psicobiológicas.	Há na prescrição de enfermagem relato de convocação da família a pedido do paciente, ou outras solicitações do paciente.					
13. As anotações indicam as condições emocionais do paciente.	As anotações de enfermagem evidenciam o aspecto emocional do paciente referindo se este se encontrar comunicativo, apático, choroso, queixoso, saudosos, triste, alegre, etc..					

Anexo E

V. EXECUÇÃO DE ORDENS MÉDICAS	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS				
1. As medicações foram checadas?	Verificar na prescrição médica se todos horários correspondentes a medicações foram checados. Se foram suspensos ou circulados devem estar justificados.					
2. As medicações foram rubricadas?	Verificar na prescrição médica se todos horários de medicação checados possuem rubrica.					
3. Foram transcritas as solicitações médicas para a prescrição de enfermagem?	Verificar se todos cuidados especiais prescritos pelos médicos, foram transcritos para a prescrição de enfermagem.					
4. A prescrição médica indica as ações de enfermagem?	As prescrições médicas não devem conter solicitações de condutas pertinentes a enfermagem como por exemplo: mudança de decúbito, manter acesso venoso, sentar o paciente fora do leito, verificar frequência respiratória, anotar e controlar o volume de drenos, etc..					

VI. CONDIÇÕES DE ALTA	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS				
1. As anotações de alta indicam as condições físicas do paciente.	Nas anotações de alta é possível identificar o estado geral do paciente, nível de consciência, se estava com acompanhante, se deambula, etc..					
2. As anotações indicam orientações para continuidade do cuidado e tratamento no domicílio.	As anotações de alta descrevem as orientações fornecidas aos pacientes, referentes aos cuidados, medicações, nutrição, encaminhamentos, etc..					

MATERNIDADE	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS				
1. Loqueação e involução uterina foram registradas, pelo menos uma vez por período.	Há anotações do aspecto, coloração, odor e quantidade de lóquios, pelo menos uma vez ao dia na prescrição de enfermagem, assim como o controle da involução uterina.					
2. As condições das mamas foram registradas, pelo menos uma vez ao dia.	Há registro, pelo menos uma vez ao dia, quanto ao aspecto e condições das mamas, se os mamilos estão íntegros ou com fissuras, se o bebê está sugando, etc..					

Anexo E

ALOJAMENTO CONJUNTO	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS				
1. Há anotação de Aleitamento materno exclusivo.	Há anotações na prescrição de enfermagem se a criança está recebendo leite materno exclusivo, se está sugando bem e com técnica correta, se a mãe está bem orientada.					
2. O peso foi controlado, pelo menos uma vez ao dia.	O peso da criança foi verificado pelo menos uma vez ao dia, preferencialmente no período da manhã.					
3. Há participação da mãe nos cuidados com o Recém nascido.	Há anotações referentes ao quanto a mãe está envolvida com os cuidados da criança ou se aparentemente só está realizando alguns procedimentos com a criança.					
4. A prescrição de enfermagem indica grau de dependência do binômio mãe-filho?	Há registro do grau de dependência da assistência que o binômio mãe-filho, estão requisitando da equipe de enfermagem. Este grau de dependência deve estar descrito na prescrição de enfermagem do período da manhã.					

UTI I E II ADULTO, UTI PEDIÁTRICA E NEONATAL	CRITÉRIOS DE PREENCHIMENTO	DIAS AVALIADOS				
1. Há registro da realização do exame físico, pelo menos uma vez por período?	Há anotações do exame físico, realizado pelo menos uma vez no período, respeitando as necessidades da do paciente, sinais e sintomas e a patologia.					
2. Há registro de Pressão Arterial Média, pelo menos uma vez por período.	Há o registro da pressão arterial média, pelo menos uma vez por período.					
3. Há registro de Pressão Venosa Central, pelo menos uma vez por período.	Há o registro da pressão venosa central, pelo menos uma vez por período.					
4. Há registro de verificação da oximetria de 4/4 horas.	Há registro da verificação da oximetria a cada 4 horas ou conforme prescrição médica.					
5. Há registro de verificação do PCO2, através do oxícapnógrafo, pelo menos uma vez por período.	Há registro da verificação do PCO2, através do oxícapnógrafo, pelo menos uma vez por período.					
6. Há registro de aspirações orais e nasotraqueais.	Há registro do número de aspirações orais e ou nasotraqueais, que o paciente necessitou no período e qual era o aspecto da secreção aspirada.					
7. Há registro de mudança de decúbito programada.	As prescrições referentes a esse item foram checadas e colocado a rubrica do funcionário que executou o cuidado.					
8. Há registro da Oxigenoterapia prescrita.	Há registro do volume ou da concentração, bem como o início e término do tratamento com oxigênio. Estão prescritos os cuidados de enfermagem necessários com o uso de oxigênio, indiferente de qual método está recebendo.					

ANEXO F

MODELOS DE RELATÓRIOS ELABORADOS PELA ASSESSORIA DE CONTROLE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
ASSESSORIA DE CONTROLE DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

TÍTULO: ANÁLISE DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE: MASCULINA

NÚMERO DE PRONTUÁRIOS: 45

PERÍODO DE REALIZAÇÃO: MARÇO/2002

ITENS DE VERIFICAÇÃO	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO			
	COMPLETO	INCOMPLETO	NÃO PREENCHIDO	INCORRETO
I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	60,48%	23,17%	0,32%	16,03%
II. ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO	55,41%	27,88%	6,68%	10,02%
III. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	46,69%	47,40%	5,60%	0,31%
IV. CONTROLES DE ENFERMAGEM	56,88%	26,91%	15,28%	0,93%
V. EXECUÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA	52,59%	25,68%	6,91%	14,81%
VI. CONDIÇÕES DE ALTA	0,00%	33,33%	66,67%	0,00%
TOTAL GERAL DA PRESCRIÇÃO	45,34%	30,73%	16,91%	7,02%

CONSIDERADO ACEITÁVEL:

ACIMA DE 80%

MENOS DE 15%

MENOS DE 5%

0%

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
ASSESSORIA DE CONTROLE DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

TÍTULO: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

UNIDADE: MASCULINA

TOTAL DE INTERNAÇÕES: 81

NÚMERO DE PRONTUÁRIOS: 45

PERÍODO DE REALIZAÇÃO: MARÇO/2002

ITENS	DESEJÁVEL 100%	ADEQUADA 99-90%	SEGURA 89-80%	LIMÍTROFE 79-70%	SOFRÍVEL <70%	MÉDIA DE POSITIVIDADE POR ITEM
1. HIGIENE E CONFORTO FÍSICO	67%	0%	4%	4%	24%	86%
2. ATIVIDADES FÍSICAS	22%	0%	0%	0%	78%	78%
3. SONO E REPOUSO	36%	0%	33%	0%	31%	79%
4. SEGURANÇA FÍSICA	44%	0%	4%	16%	36%	81%
5. NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	89%	0%	0%	0%	11%	93%
6. ELIMINAÇÕES	58%	0%	0%	4%	38%	78%
7. NECESSIDADES EMOCIONAIS	31%	0%	20%	18%	31%	77%
8. NECESSIDADES ESPIRITUAIS	44%	0%	0%	0%	56%	46%
9. NECESSIDADES SOCIAIS	7%	0%	0%	0%	93%	30%
10. CONDIÇÕES DE ALTA	100%	0%	0%	0%	0%	100%
MÉDIA DA CLASSIFICAÇÃO GERAL	50%	0%	6%	4%	40%	73%

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
ASSESSORIA DE CONTROLE DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

TÍTULO: ANÁLISE DO ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES

UNIDADE: MASCULINA

TOTAL DE INTERNAÇÕES: 81

NÚMERO DE PRONTUÁRIOS: 45

PERÍODO DE REALIZAÇÃO: MARÇO/2002

ITENS	DESEJÁVEL 100%	ADEQUADA 99-90%	SEGURA 89-80%	LÍMITROFE 79-70%	SOFRÍVEL <70%	MÉDIA DE POSITIVIDADE POR ITEM
1. HIGIENE E CONFORTO FÍSICO	27%	0%	42%	4%	27%	80%
2. ATIVIDADES FÍSICAS	67%	0%	0%	0%	33%	73%
3. SEGURANÇA FÍSICA	33%	11%	33%	9%	13%	88%
4. NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	24%	0%	21%	21%	33%	77%
5. OXIGENAÇÃO E VENTILAÇÃO	50%	0%	0%	0%	50%	50%
6. ELIMINAÇÕES	80%	0%	0%	0%	20%	80%
7. UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	95%	0%	5%	0%	0%	100%
MÉDIA DA CLASSIFICAÇÃO GERAL	54%	2%	14%	5%	25%	78%

ANEXO G

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ, DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

LONDRINA, 11 DE NOVEMBRO DE 2002.

PARECER CEP 143/02

A SRA.
PROF^a MARIA DO CARMO LOURENÇO HADDAD
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
NESTA

Prezada Senhora,

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e **aprovou** o Projeto de Pesquisa "**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – O PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM HOSPITAL ESCOLA PÚBLICO**", bem como o Termo de Consentimento que está de acordo com a Res. 196/96 - CNS.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Nitza Maria Diniz
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

CONFERE COM O ORIGINAL

ANEXO H

RELATÓRIO DA “OFICINA DE TRABALHO PARA ANALISAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE MASCULINA”

1ª REUNIÃO PARA AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE MASCULINA

Data: 09/08/99

HORÁRIO: 14 – 17 HORAS

Participantes: 23

Enfermeiros: 8 (masculina, 3 conselho de enfermagem)

Auxiliar de enfermagem: 12

Técnico administrativo: 1

Interna de enfermagem: 2

Inicialmente a Diretora de Enfermagem apresentou ao grupo o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem adotado HURNPR.

Após, apresentou os dados obtidos no levantamento realizado na unidade masculina no período de abril a junho.

A seguir refletiu-se as causas dos problemas levantados e em pequenos grupos discutindo-se as propostas para sanar as dificuldades, conforme descrito abaixo:

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS	PROPOSTAS 09/08/99
a) Higiene e Conforto Físico	<ol style="list-style-type: none">1) Determinar período mais adequado para realização de banhos dos pacientes (M?).2) Fazer <u>curativo</u>, <u>tricotomia axilar</u>, <u>pedicure</u>, e <u>manicure</u>, por ocasião da realização do banho.3) Fazer higiene oral em todos os turnos.4) Lavar os cabelos dos pacientes 1x/dia com escovação.5) Providenciar materiais para favorecer higiene e conforto de pacientes (roupas, carrinhos de banho, tesoura, biombos, barbeador, roldanas, . . .6) Orientar pacientes para o auto-cuidado.
b) Atividade Física	<ol style="list-style-type: none">1) Conscientizar funcionários sobre mudança de decúbito e exercícios ativos.2) Adquirir materiais e equipamentos para prevenção de úlceras de pressão (roldanas, triângulos...).
c) Sono e Repouso	<ol style="list-style-type: none">1) Remanejar pacientes graves.2) Manutenção preventiva para arandelas.
d) Segurança Física	<ol style="list-style-type: none">1) Readequar nº de funcionários.2) Prever banheiros nos quartos na nova planta física.
e) Posição no Leito	<ol style="list-style-type: none">1) Readequar nº de funcionários.2) Priorizar cuidados.
f) Nutrição e Hidratação	<ol style="list-style-type: none">1) Solicitar à DND: recipientes adequados para manutenção de temperaturas da dieta / retirada de restos de dieta da cabeceira / encaminhamento de líquido para pacientes com restrição.2) Realizar troca de equipos, conforme rotina.

g) Eliminações Fisiológicas	1) Fazer curso de treinamento sobre Anotações de Enfermagem. 2) Cobrar horário de passagem de plantão.
h) Necessidades Emocionais	1) Incentivar trabalho em grupo, companheirismo, respeito, interesse, envolvimento.
i) Necessidades Espirituais	1) Respeitar as crenças individuais. 2) Divulgar atividades religiosas do hospital.
j) Oxigênio e Ventilação	1) Providenciar em torno de três torpedos e estoque de sonda para o setor
k) Anotações de Exame Físico	1) Fazer anotações no horário ocorrido. 2) Rever os processos de trabalho.
l) Utilização de Equipamentos	1) Solicitar manutenção preventiva dos equipamentos. 2) Utilizar aparelhos adequadamente (monitores, oxímetro, cardioversor e recarregar, se necessário (bomba infusora). 3) Limpar aparelhos após uso. Solicitar treinamento para manuseio de bombas infusoras, monitores, oxímetro, ...
m) Condições de Alta	1) Orientar pacientes para o auto-cuidado, retornos, medicações. 2) Encaminhar pacientes para ambulatório de Retorno Precoce de Alta

CONCLUSÃO

O grupo decidiu discutir esse documento com os colegas de equipe da unidade masculina, e reunir-se novamente em data a ser programada, para analisar os resultados do plano de ação para alcançar a execução de uma ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SEGURA.

Programado retorno da assessoria à unidade masculina em 09/10/99 para reavaliação da assistência de enfermagem.

PERCEPÇÕES DO GRUPO QUANTO AO ENCONTRO DE 09/08/99

Expectativa / Iniciando e caminhando / Um dos passos para o 5S / Produtiva / Reflexão a realidade profissional / Conscientização / Útil / Importante / Harmonia / A união faz a força / Política / Agradável/.