

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

ANA CLÁUDIA DE MORAES FAQUIM

**QUALIDADE DO CUIDADO E CONTEXTO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL
DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

UBERABA

2014

ANA CLÁUDIA DE MORAES FAQUIM

**QUALIDADE DO CUIDADO E CONTEXTO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL
DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem

Eixo temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Elizabeth Barichello

UBERABA

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Universitária, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, MG, Brasil)

F219q Faquim, Ana Cláudia de Moraes, 1975-
Qualidade do cuidado e contexto de trabalho do profissional de enfermagem
de um hospital oncológico/Ana Cláudia de Moraes Faquim. -- 2014.
98f.; il.: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.
Orientadora: Profª. Dra. Elizabeth Barrichelo.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Equipe de Enfermagem. 3. Qualidade.
I. Barrichelo, Elizabeth. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III.
Título.

CDU 616-083

ANA CLÁUDIA DE MORAES FAQUIM

**QUALIDADE DO CUIDADO E CONTEXTO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração “Organização e avaliação dos serviços de saúde”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, linha de pesquisa “O trabalho na saúde e na enfermagem”.

Aprovada em 16 de dezembro de 2014.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Elizabeth Barichello – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a Dr^a Ana Maria Laus
Universidade de São Paulo

Prof^a Dr^a Maria Helena Barbosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico aos meus filhos Gabriel, Fernando e Felipe, pelo amor incondicional e para incentivá-los ao crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus, por iluminar meu caminho e me fortalecer mentalmente nas horas difíceis.

Ao meu marido, André Luis Faquim, companheiro e amigo, agradeço pelo apoio e incentivo. Sem ele não chegaria a lugar algum. Obrigada por fazer parte da minha história.

Aos meus pais, Paulo e Vera, por terem me tornado forte e persistente.

Aos meus filhos, por serem minha inspiração e o motivo que me manteve firme até o final.

À Carmen Inácia Rosa, companheira preciosa em minha vida. Nunca conseguirei recompensar tanta dedicação e carinho aos meus filhos durante minhas ausências pelo estudo. Serei eternamente grata.

À minha família, pelo apoio e incentivo.

À Professora Ms Bibiane Dias Miranda, grande e eterna amiga, muito obrigada pelo incentivo na busca da sabedoria e do sucesso, por me acalmar e me guiar nos momentos difíceis.

À enfermeira Sandra Mara V. R. Silva, pelo apoio e por facilitar a concretização deste sonho.

À Professora Ms. Maria Beatriz Guimarães Ferreira, por me mostrar o caminho com sua sabedoria.

À minha orientadora Professora Dr^a Elizabeth Barichello, pela gratidão e paciência, ensinamento e confiança na construção deste trabalho.

Aos profissionais de enfermagem, pelo respeito durante as minhas visitas nas unidades para o trabalho de pesquisa.

Aos pacientes, pela colaboração para melhoria da assistência de enfermagem, mesmo diante de tanto sofrimento.

À enfermeira Dagmar Vituri, doutora em ciências, por permitir o uso do instrumento de avaliação do cuidado de enfermagem e por estar sempre disponível para esclarecer minhas dúvidas.

À Professora Dr^a Maria Helena Barbosa, pelo incentivo, apoio, orientações e ensinamentos.

À Professora Dr^a Ana Maria Laus, por ter aceitado compor a banca examinadora, participando com sua sabedoria da conclusão deste trabalho.

À Professora Dr^a Ana Lúcia Simões, pelas contribuições para este estudo.

Ao Professor Dr. Vanderlei José Hass, pela sabedoria e ensinamentos.

“A luta pela vida nem sempre é vantajosa aos fortes nem aos espertos. Mais cedo ou mais tarde, quem cativa a vitória é aquele que crê plenamente. Eu conseguirei!”

Hill

RESUMO

FAQUIM, Ana Cláudia de Moraes. **Qualidade do cuidado e contexto de trabalho do profissional de enfermagem em um hospital oncológico**. 2014. 98f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

A exigência por qualidade na saúde está maior e as instituições de saúde necessitam aperfeiçoar seus processos. Neste contexto, destacam-se a enfermagem, que se depara com a necessidade de melhorar suas ações. A avaliação da qualidade por meio de indicadores favorece a segurança do paciente, uma vez que busca pelo aprimoramento cada vez maior nas atividades desenvolvidas pela equipe. Nesse caso, avaliar o contexto de trabalho é extremamente importante para alcançar a qualidade nas atividades realizadas, e promover mudanças na busca de um favorável ambiente de trabalho. O objetivo da pesquisa é avaliar a qualidade do cuidado e o contexto de trabalho do profissional de enfermagem, em um hospital oncológico. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, com delineamento longitudinal prospectivo para a avaliação do cuidado de enfermagem, e com delineamento transversal para a avaliação do contexto de trabalho. Foi realizado nas unidades de internações da Oncologia Clínica e da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital oncológico, no município de Uberaba – MG. Foram entrevistados 40 profissionais de Enfermagem e avaliados os indicadores de 105 pacientes oncológicos adultos. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2014. Na coleta foi utilizado um Instrumento baseado em indicadores, para avaliação dos cuidados de enfermagem, e a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho aplicada aos profissionais de enfermagem das unidades do estudo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob Parecer nº 580.365/2014. Os dados oriundos da avaliação do cuidado de enfermagem foram apresentados na forma de distribuição de frequências absolutas e relativas. Para a avaliação do contexto de trabalho foram realizados a média e a mediana, os desvios-padrão e os valores máximos e mínimos. A comparação entre grupos foi realizada o teste *t*-Student. Para verificar associações utilizou-se a correlação de Pearson. A média de idade dos pacientes foi de 64,4 anos, predominando pacientes do sexo masculino. O desempenho para as equipes de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva foi de 67,4%, e na Unidade de Oncologia Clínica, 52,95%, ambas classificadas como assistência insuficiente. A média de idade dos profissionais de enfermagem foi de 32,5 anos. Predominaram técnicos de enfermagem do sexo feminino e casados. Do total dos participantes, 60,0% possuíam mais de um vínculo empregatício. A média dos fatores na Unidade de Oncologia Clínica foi: Condições de Trabalho (2,27), Organização do Trabalho (3,53) e Relação Socioprofissional (2,02), apresentando a Organização do Trabalho um resultado crítico e os outros dois fatores resultados satisfatórios; e na Unidade de Terapia Intensiva: Condições de Trabalho (2,55), Organização do Trabalho (3,65) e Relação Socioprofissional (2,36), classificando o contexto de trabalho dos três fatores como críticos, indicador de situação-limite. A partir destes resultados foi possível detectar competências e limitações, identificando os focos no contexto de trabalho que precisam de atenção, propondo condutas no sentido de garantir a qualidade da assistência prestada.

Descritores: Cuidados de Enfermagem. Equipe de Enfermagem. Qualidade.

ABSTRACT

FAQUIM, Ana Cláudia de Moraes. **Quality of care and work context of nursing staff in an oncology hospital.** 2014. 98f. Thesis (MS in Health Care) – Graduate Program in Health Care, Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, 2014.

The demand for quality health is higher and health institutions need to improve their processes. In this context, we highlight nursing, who is faced with the need to improve their actions. The assessment of quality through indicators favors patient safety since the search for ever greater improvement in activities developed by the team. In this case assess the work context is extremely important for achieving quality in activities, and promote changes in the pursuit of a favorable working environment. The research objective is to evaluate the quality of care and the work context of nursing staff in an oncology hospital. It is a quantitative, observational study with a prospective longitudinal design to evaluate nursing care, and cross-sectional design to evaluate the work context. This study was conducted in facilities of hospitalizations of Clinical Oncology and Intensive Care Unit of the Oncology Hospital, in Uberaba-MG. Forty nurses were interviewed and assessed indicators of 105 adult cancer patients. Data were collected in the period April-June 2014. In collecting an instrument based on indicators for evaluation of nursing care was used, and the Scale for Assessment of Work Context applied to professional nursing units of study. This study was approved by the Ethics Committee in Research of the Federal University of Triangulo Mineiro under Opinion No. 580.365/2014. Data from the evaluation of nursing care were presented in the form of distribution of absolute and relative frequencies. For evaluation of the work context to mean and median, standard deviation and maximum and minimum values was performed. The comparison between groups, Student's t test was performed. To investigate associations used the Pearson correlation. The average age of patients was 64.4 years, predominantly male patients. The performance for the nursing staff in the ICU was 67.4% and the unity of Clinical Oncology, 52.95% both classified as insufficient assistance. The average age of nurses was 32.5 years. Predominated technical nursing female and married sex. Of the total participants, 60.0% had more than one job. The average of the factors in the unit of Clinical Oncology was: Working Conditions (2.27), Labour (3.53) and Socio-Professional Relationship (2.02), with the Labour critical result and the other two factors satisfactory results; And in the Intensive Care Unit: Working Conditions (2.55), Labour (3.65) and Socio-Professional Relationship (2.36), classifying the work context of the three factors as critical, indicator-limit situation. Compared to the results it was possible to detect skills and limitations, identifying outbreaks in the context of work that need attention, proposing pipelines to ensure the quality of care.

Key words: Nursing Care. Nursing team. Quality..

RESUMEN

FAQUIM, Ana Cláudia de Moraes. **Calidad de la atención y el contexto de trabajo del personal de enfermería en un hospital de oncología**. 2014. 98F. Tesis (Maestría em Atención de Salud) – Programa de Postgrado en Atención de la Salud de la Universidad Federal Del Triángulo Mineiro, Uberaba, 2014.

La demanda de salud de calidad es superior y las instituciones de salud deben mejorar sus procesos. Destacamos la enfermería, que se enfrenta a la necesidad de mejorar sus acciones. La evaluación de la calidad a través de indicadores favorece la seguridad del paciente desde que contribuye para actividades desarrolladas por el equipo. En este caso, evaluar el contexto de trabajo es muy importante para lograr la calidad en las actividades, y promover cambios en la búsqueda de un entorno de trabajo favorable. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de la atención y el contexto de trabajo del personal de enfermería en un hospital de oncología. Es cuantitativo, observacional, con diseño longitudinal prospectivo para la evaluación de la atención de enfermería y cuantitativo transversal para la evaluación del contexto de trabajo. Se realizó en las instalaciones de las hospitalizaciones de Oncología Clínica y la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Oncología, en Uberaba-MG. Cuarenta profesionales de Enfermería fueron entrevistados y los indicadores de 105 pacientes adultos de cáncer evaluados. Los datos fueron colectados en el período abril-junio de 2014. Se aplicó un instrumento basado en indicadores para evaluación de la atención de Enfermería y la Escala de Evaluación de contexto de trabajo a los profesionales de Enfermería. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro bajo No. 580 365. Los datos de la evaluación de la atención de enfermería se presentaron en forma de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para la evaluación del contexto de trabajo, media y mediana, desviación estándar y valores máximos y mínimos. La comparación entre los grupos, se realizó el test t de Student. Para examinar las asociaciones utilizan la correlación de Pearson. La edad media de los pacientes fue de 64,4 años con un predominio de pacientes masculinos. El rendimiento para el personal de enfermería en la UCI fue de 67,4% y la unidad de Oncología Clínica, 52.95% tanto clasificado como insuficiente asistencia. La edad promedio de las enfermeras fue de 32,5 años. Predominaron las mujeres de enfermería técnica y sexo casada. Del total de participantes, el 60,0% tenían más de un empleo. El promedio de los factores en la unidad de Oncología Clínica fue: las condiciones de trabajo (2,27), Trabajo (3,53) y Relación Socio-Profesional (2.02), con el resultado fundamental del Trabajo y los otros dos factores Los resultados satisfactorios; Y en la Unidad de Cuidados Intensivos: Condiciones de trabajo (2,55), del Trabajo (3.65) y Relación Socio-Profesional (2.36), clasificando el contexto de trabajo de los tres factores como situación, indicador de límite crítico. Los resultados detectaran las habilidades y limitaciones, identificaran brotes en el contexto del trabajo que necesitan atención, proponiendo las tuberías para asegurar la calidad de la atención.

Descriptor: Cuidados de Enfermería. Equipo de enfermería. Calidad.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Os sete pilares da qualidade.....	22
Quadro 1. Conteúdo e domínio dos indicadores	38
Figura 2. Classificação da assistência de enfermagem, segundo percentual de positividade/adequação em relação ao padrão de qualidade	40
Gráfico 1. Comparação entre as classificações dos três dias de avaliação por setor	65
Quadro 2. Parâmetros quantitativos para interpretação dos dados da EACT	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos pacientes, segundo a variável faixa etária e sexo em um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014...	48
Tabela 2. Percentual de adequação total ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da UTI de um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014.....	49
Tabela 3. Percentual de adequação total ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da Unidade de Oncologia Clínica de um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014.....	50
Tabela 4. Média e percentual de adequação total das NHB ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da UTI de um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014.....	63
Tabela 5. Média e percentual de adequação total das NHB ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da Oncologia Clínica de um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014	63
Tabela 6. Distribuição numérica e percentual dos profissionais de enfermagem, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas. Uberaba – MG, 2014.....	66
Tabela 7. Distribuição numérica e percentual dos profissionais de enfermagem, segundo variáveis profissionais. Uberaba – MG, 2014.....	67
Tabela 8. Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os Fatores da Escala de Avaliação das Condições, Organização e Relações de Trabalho – EACT aplicada à Equipe de Enfermagem de um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014	68
Tabela 9. Médias, Medianas e Desvios-Padrão dos itens referentes ao fator Organização do Trabalho da EACT aplicado ao profissional de enfermagem de um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014	70
Tabela 10. Médias, medianas e desvios-padrão dos itens referentes ao fator Condições de Trabalho da EACT aplicados ao profissional de enfermagem de um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014	72

Tabela 11. Médias, Medianas e Desvios-Padrão dos itens referentes ao fator Relações Socioprofissionais da EACT aplicados ao profissional de enfermagem de um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014	74
Tabela 12. Comparação dos escores médios dos fatores da EACT dos profissionais de enfermagem em um hospital oncológico, considerando a categoria profissional e outro vínculo empregatício, Uberaba – MG, 2014.....	76
Tabela 13. Correlação de Pearson dos fatores da EACT dos profissionais de enfermagem em um hospital oncológico, considerando o tempo de experiência profissional e o tempo de trabalho na instituição do estudo. Uberaba, 2014	77
Tabela 14. Comparação entre o percentual de adequação total ao padrão de qualidade e classificação do cuidado de enfermagem com a média das dimensões analíticas do Contexto de Trabalho aplicada ao profissional de enfermagem da UTI e Oncologia Clínica de um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014.....	78

LISTA DE SIGLAS

ACM – A Critério Médico

AVC – Acesso Venoso Central

ACQAE – Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem

ACCBC – Associação de Combate ao Câncer do Brasil central

ANCC – *American Nurses Credentialing Center*

AVP – Acesso Venoso Periférico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

EACT – Escala de Avaliação do Contexto de trabalho

EUA – Estados Unidos

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

ITU – Infecção do Trato Urinário

NHB – Necessidades Humanas Básicas

OC – Oncologia Clínica

PA – Pressão Arterial

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SNE – Sonda Nasoenteral

SNG – Sonda Nasogástrica

SSVV – Sinais Vitais

T – Temperatura

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 QUALIDADE EM SAÚDE.....	21
1.2 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	24
1.3 INDICADORES DE QUALIDADE.....	25
1.4 CONTEXTO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM..	29
2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	32
3 OBJETIVOS.....	34
3.1 GERAL.....	34
3.2 ESPECÍFICO.....	34
4 MATERIAL E MÉTODO.....	35
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2 CAMPO DO ESTUDO.....	35
4.3 POPULAÇÃO.....	36
4.3.1 Pacientes.....	36
4.3.2 Profissionais de enfermagem.....	37
4.3.3 Critério de inclusão.....	37
4.3.4 Critério de exclusão.....	37
4.4 COLETA DE DADOS.....	38
4.4.1 Período de coleta de dados.....	38
4.4.2 Instrumento Registro de Busca Ativa para avaliação dos cuidados de enfermagem.....	38
4.4.3 Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho.....	40
4.4.4 Procedimentos da coleta de dados.....	41
4.4.4.1 Avaliação dos cuidados de enfermagem segundo o Instrumento Registro de Busca Ativa.....	41
4.4.4.2 Avaliação do contexto de trabalho dos profissionais de enfermagem.....	41
4.4.5 Aspectos éticos.....	42
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	42
4.5.1 Variáveis dependente.....	42
4.5.2 Variáveis explicativas.....	42

4.5.2.1 Relacionadas ao paciente.....	42
4.5.2.2 Relacionadas aos cuidados de enfermagem.....	43
4.5.2.3 Relacionadas ao profissional de enfermagem.....	45
4.5.2.4 Relacionados ao contexto de trabalho do profissional de enfermagem...	45
4.6 ANÁLISES DOS DADOS.....	46
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
5.1 AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	48
5.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL ONCOLÓGICO DE UBERABA – MG.....	65
5.3 AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO.....	68
5.4 QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E CONTEXTO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	78
6 CONCLUSÕES.....	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICES.....	89
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	89
APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL DR. HÉLIO ANGOTTI.....	91
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE BUSCA ATIVA.....	92
ANEXO A – REGISTRO DE BUSCA ATIVA.....	93
ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO – EACT.....	95
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO.....	97

1 INTRODUÇÃO

No contexto de alterações comportamentais da sociedade, a exigência por qualidade faz parte do dia a dia das pessoas que pretendem adquirir produtos e um bom atendimento, desse modo deixando de agir de forma passiva e tolerante (BARBOSA; MELO, 2008; LEÃO et al., 2012). A procura da qualidade em saúde parece ser maior, pela propensão que os agravos à saúde acarretam, pelo impacto que todas as ações realizadas nos serviços hospitalares têm nos efeitos esperados (LEÃO et al., 2012), considerando que a assistência à saúde atinge diretamente o ser humano (PETERLINI; ZAGONEL, 2005).

Diante da competitividade imposta pela globalização, às empresas prestadoras de serviço, dentre elas os hospitais, necessitam aperfeiçoar seus processos (SILVA et al., 2012). Diante disso, surgem os programas de gestão da qualidade na saúde. No Brasil podemos dizer que a gestão da qualidade ainda é iniciante, em virtude da falta de competitividade entre as organizações de saúde e de uma pequena participação social no que diz respeito aos direitos da população em relação aos serviços de saúde. As instituições e os profissionais de saúde enfrentam a complexa busca pela qualidade como prioridade em suas ações (CALDANA et al., 2013).

No atendimento hospitalar ocorre a participação de distintos profissionais de saúde que fazem parte de uma equipe multidisciplinar do ambiente terapêutico proposto pelas instituições (LEÃO et al., 2012). Dentre esses profissionais, destacam-se a enfermagem, que está inserida nas 24 horas de atendimento do paciente hospitalizado (CAMELO et al., 2009), cumprindo um importante papel nos serviços de saúde, por meio de suas ações, disponibilizando uma assistência individualizada que almeja a garantia da qualidade e da segurança para o paciente (CALDANA et al., 2013). Nessa concepção, podemos afirmar que qualidade em saúde é uma somatória de ações configurada por resultados eficazes, seguros e humanizados (LEÃO et al., 2012).

O atendimento com qualidade visa o principal objetivo dos serviços de saúde, ou seja, a busca da eficiência e efetividade (CAMELO et al., 2009). Desse modo, é solicitada da enfermagem uma atitude auto avaliativa, de reflexão acerca de suas condutas diante das práticas diárias, o que tende a promover uma mudança de paradigmas e, conseqüentemente, evolução da profissão (BARBOSA;

MELO, 2008). O profissional depara-se com a necessidade de aprimorar seus processos de trabalho para alcançar a qualidade da assistência (VITURI, 2009). Numa época em que a enfermagem se encontra permeada pela cientificidade e modernização das práticas, os saberes da área permitem a sistematização das ações, o registro de informações relativas à assistência prestada e a implantação de medidas avaliativas por meio do processo de enfermagem visando à qualidade assistencial (SENTONE et al., 2012).

A enfermagem é a primeira a conhecer os fatos diversos relacionados ao paciente. Isso ocorre devido à relação de confiança e proximidade que se consolida configuradamente em cuidados (LEÃO et al., 2012). O enfermeiro, como responsável pela coordenação da assistência, que deve ser realizada com comprometimento, para garantir a qualidade do cuidado, deve priorizar não apenas o “fazer”, e sim o “fazer bem-feito” (BARBOSA; MELO, 2008). O enfermeiro exerce o gerenciamento do cuidado, e a gestão da unidade assume a responsabilidade pelo trabalho da equipe e se torna o elo com os demais profissionais (LEÃO et al., 2012). Todavia, é necessário repensar as práticas diárias, valores e motivação para o trabalho, avaliando as condutas profissionais sob suas responsabilidades (BARBOSA; MELO, 2008).

A enfermagem identifica as necessidades dos pacientes não somente para intervir por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mas também para orientar a atuação de outros profissionais que realizam apenas visitas diárias (LEÃO et al., 2012). Cabe ressaltar que a SAE constitui uma eficiente ferramenta gerencial, capaz de direcionar os profissionais com competência técnica e científica, visto que permite o planejamento, a organização e o condicionamento dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem (FREITAS et al., 2014; SILVA et al., 2012).

A supervisão de enfermagem é uma ferramenta da atividade gerencial que influencia diretamente a assistência, utilizada na liderança da equipe, com grande importância na segurança e qualidade do cuidado. Contudo, observa-se sua aplicação de maneira empírica, assistemática e generalizada (SANTIAGO; CUNHA, 2011). O grande desafio está em alterar o processo de trabalho e o comportamento dos profissionais, sendo fundamental que as lideranças estejam preparadas e conscientes da sua importância no cuidado de enfermagem (SILVA et al., 2012).

A gerência precisa adaptar meios que lhe possibilitem dar sustentação e intervir adequadamente nos planos técnico, ético, organizacional e político, que constituem a ação. Um dos meios apontados é a avaliação. Para o planejamento e a tomada de decisão, o enfermeiro necessita de informações que na maioria das vezes são adquiridas por um processo de avaliação. Este apresenta várias dimensões, como: analisar os programas, as metas, o próprio desempenho e de outros profissionais. Assim, a avaliação é instrumento capaz de direcionar e identificar o impacto das ações no processo de atenção à saúde, monitorar os eventos, permitindo, deste modo, compreender melhor os aspectos positivos e negativos dos serviços, e orientar a distribuição adequada de recursos financeiros, humanos e materiais, com o propósito de oferecer a melhoria contínua da qualidade dos serviços. O pensamento de qualidade manifesta-se em todos os tipos de avaliação, uma vez que estes têm como finalidade a atribuição de um valor que, quando positivo, ostenta ter qualidade (PETERLINI; ZAGONEL, 2005).

A qualidade da assistência exige investimentos, tanto da organização quanto dos profissionais, pressupondo desenvolvimento contínuo que resulta da pesquisa e da inovação. Demandam ainda engajamento, compromisso, responsabilidade e liderança (LEÃO et al., 2012). Pode-se considerar a avaliação como processo contínuo no gerenciamento do cuidado mediando todas as atividades desenvolvidas, e é neste processo de avaliar, analisar e inovar que está a amplitude da ação, que se efetiva na capacidade de construção de conhecimentos atualizados (PETERLINI; ZAGONEL, 2005).

O processo de avaliação permite que o enfermeiro identifique em que nível os objetivos e as metas foram alcançados. Contudo, a avaliação constitui instrumento que torna possível o controle dos resultados e fornece informações necessárias que permitem a realimentação do processo de gestão, criando nova dinâmica para a prática profissional do enfermeiro que, desse jeito, esclarece o redirecionamento do cuidado. O resultado de um processo de avaliação é recomendado para a conscientização dos profissionais de saúde, que assim passam a compreender e refletir sobre suas deficiências e necessidades (PETERLINI; ZAGONEL, 2005). O *feedback* pode facilitar a compreensão e construção de conhecimentos, facilitando o desenvolvimento da qualidade da assistência dispensada pela equipe de enfermagem (MATTIAS et al., 2009).

A apreensão da história da enfermagem vivenciada desde as ações de Florence Nightingale, o conflito de credibilidade no momento atual associado às instituições de saúde no Brasil e a capacidade do profissional enfermeiro para favorecer a mudança dessa realidade, por meio da avaliação da qualidade do cuidado prestado, evidenciam a necessidade de ferramentas confiáveis para avaliação (VITURI; EVORA, 2014).

Nesse contexto da prática da enfermagem, apontam-se muitas críticas quanto ao uso de instrumentos em função de se desejar mensurar construtos e conceitos considerados abstratos e subjetivos. Essas críticas resultam da falta de conhecimento sobre o processo de medidas avaliativas, impedindo, assim, o avanço da ciência na área de enfermagem (VITURI; EVORA, 2014).

1.1 QUALIDADE EM SAÚDE

Em 1854, durante a Guerra da Crimeia, Florence Nightingale implantou o primeiro modelo de melhoria da qualidade em saúde. Suas estratégias, com rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem, reduziram a taxa de mortalidade no Hospital Scutari. No século XX, o Colégio Americano de Cirurgiões já utilizava os padrões mínimos para avaliar regularmente os cuidados prestados aos pacientes hospitalizados, o que fez com que a qualidade passasse a ter importância na área da saúde. Na década de 1960, foi criada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Instituição americana privada, projetada com o intuito de iniciar as concepções de qualidade. O elevado custo da assistência à saúde, o aumento dos processos judiciais por erros médicos, a maior imposição dos usuários, a necessidade de melhor organização dos serviços tornaram a qualidade prioritária na saúde. Essa situação levou a JCAH, nos anos 1980, a ampliar seu poder de ação, saindo do contexto hospitalar e passando a englobar todas as organizações de saúde, originando-se a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) (GABASSA, 2012).

Em 1988, Avedis Donabedian, médico e fundador do estudo da qualidade dos cuidados de saúde, iniciou a publicação de trabalhos demonstrando a preocupação com o tema qualidade e como avaliá-lo no âmbito da saúde. O autor parte da diretriz que “a qualidade é a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente/cliente/usuário” (GABASSA, 2012).

Neste sentido, Donabedian (1990) propõe que a qualidade do cuidado na área da saúde é definida por sete atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, e, ampliando os conceitos, chamou-os de sete pilares da qualidade.

Figura 1. Os sete pilares da qualidade



Fonte: Gabassa (2012).

Donabedian (1990) definiu eficácia como o melhor que podemos fazer, nas condições mais favoráveis, conforme o estado do paciente e as situações inalteráveis, na busca de melhorias e bem-estar na saúde.

A efetividade, ao contrário da eficácia, é o alcance da melhoria na saúde, ou o esperado para ser alcançado, nas simples situações da prática cotidiana. Na avaliação da qualidade, a efetividade pode ser mais diretamente caracterizada como o grau em que o cuidado atinge o estágio de melhoria na saúde, cujos estudos de eficácia têm classificado-o como atingível (DONABEDIAN, 1990).

Conseguir melhoria na saúde com menor custo significa que dos planos de cuidados eficazes, o mais barato é o mais eficiente. Sendo assim, eficiência é uma medida em que são alcançados os melhores resultados com o menor custo (DONABEDIAN, 1990), e tem como objetivo medir a relação do gasto realizado com o resultado atingido, por meio de um processo avaliativo, ou seja, a otimização, que emprega a relação custo-benefício do processo (PETERLINI; ZAGONEL, 2005). Às vezes instalar determinados benefícios aumenta de certa maneira o custo que os efeitos dos cuidados não são valorizados, em termos absolutos (DONABEDIAN, 1990).

A aceitabilidade na saúde depende de avaliações subjetivas do paciente de efetividade, eficiência e otimização. Os pacientes e familiares ajustam o cuidado recebido aos seus objetivos, expectativas e valores. A aceitabilidade possui ainda três elementos: acessibilidade dos cuidados, os atributos da relação paciente-médico e conveniências de cuidados.

A qualidade assistencial reflete na promoção, manutenção ou recuperação da saúde, na qualidade de vida e no respeito à dignidade humana (LEÃO et al., 2012). Donabedian (1990) descreve também a acessibilidade, componente do pilar da aceitabilidade, como um determinante importante na qualidade. A capacidade de um paciente conseguir o atendimento, quando necessário, e obtê-lo facilmente e convenientemente se torna um diferencial para os serviços de saúde.

A legitimidade seria como a aceitabilidade do cuidado para a comunidade em geral. O que a sociedade considera serem os melhores cuidados pode não ser o que as pessoas considerariam como ideal, em razão do desacordo sobre o que é equitativo ou justo. Equidade é um compromisso moral e um atributo do cuidado de grande importância, que merece ficar separado como um "pilar" da qualidade (DONABEDIAN, 1990).

Reconhecer a qualidade é imprescindível para o sucesso de uma instituição. Implantar um sistema de controle de qualidade não é fácil, pois alguns profissionais apresentam resistências a inovações. A avaliação dos processos produtivos tem que ser discutida e idealizada com todos os envolvidos diretamente no processo de melhoria, direcionando as ideias do grupo para a busca de resultados mais eficientes (CATIRA et al., 2009).

O *Institute of Medicine* (IOM) define qualidade como o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingir desfechos, tanto de indivíduos quanto de populações, e que são consistentes com o conhecimento profissional coerente.

A palavra qualidade apresenta conceitos subjetivos, por isso a dificuldade de escolher caminhos para avaliá-la (MS, 2009). Todavia, é um tema polêmico, entendido sob variados enfoques (BARBOSA; MELO, 2008). Vituri (2013, p.28) afirmou que “[...] qualidade é um conceito relativo e complexo, porém mensurável, desde que defina claramente qual aspecto se quer avaliar e quais serão os padrões de comparação”.

Wachter (2010) descreveu semelhantemente seis dimensões para qualidade em sistemas de saúde: segurança do paciente, efetividade, eficiência, oportunidade, equidade e objetivos centrados no paciente. Os profissionais de saúde devem valorizar as preferências do paciente, inclusive as sociais, na avaliação e garantia da qualidade, conciliando as diferenças existentes (DONABEDIAN, 1990).

1.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente, que é um subconjunto da qualidade, tornou-se uma imposição na rotina diária dos profissionais de enfermagem que buscam a melhoria dos cuidados prestados e, para que isso seja alcançado, é necessária uma sistematização das práticas e processos de trabalho associada à supervisão e à liderança do enfermeiro.

A complexidade dos processos assistenciais que agregam todos os profissionais de saúde requer atenção quanto à atuação individual de cada profissional. Um erro assistencial compromete a qualidade e, ainda que seja entendido como falha humana, é raro existir apenas um “culpado”, pois normalmente a falha se encontra no processo (LEÃO et al., 2012).

Os danos oriundos da falta de segurança no ambiente hospitalar levam à ocorrência de eventos adversos que se referem ao aparecimento de um problema de saúde, causado pelo cuidado, que pode ser definido como “[...] uma lesão não intencional que resulta em incapacidade temporária ou permanente, prolongamento do tempo de permanência ou até mesmo a morte, em consequência do cuidado prestado”, ou seja, não é causado pela doença de base (TORRES; CASTRO, 2007, p.1).

O gerenciamento dos eventos adversos fomenta a atividade racional na medida em que investiga a qualidade de padrões que influenciam seu acontecimento, causa alteração na conduta dos profissionais de enfermagem, provocando uma atitude mais cautelosa, e aumentando evidências de sua segurança. Isso pressupõe atuação nos processos e após o desfecho, ou seja, na ocorrência do evento adverso (TORRES; CASTRO, 2007).

Nos hospitais, é responsabilidade dos profissionais de saúde prestar uma assistência livre de imprudência, imperícia ou negligência. Entretanto, em muitas instituições ocorrem erros que podem causar danos aos pacientes (MIASSO; CASSIANI, 2000).

O cuidado de enfermagem são ações técnicas, e essas não podem ser avaliadas somente pelo seu resultado. Pois se a avaliação indicar assistência inadequada, a ação já foi realizada e o dano apurado. Neste caso, se o processo não foi bem-feito, trará prejuízos na maioria das vezes imediatos e irreversíveis ao paciente (PETERLINI; ZAGONEL, 2005).

Os serviços de saúde e de enfermagem são prejudicados por problemas sérios, relacionados a precárias condições de trabalho, recursos reduzidos, superlotação e longas esperas nos hospitais públicos, e erros médicos e falhas na assistência ao paciente têm se tornado cada vez mais frequentes (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). A conscientização do problema é necessária, educando os profissionais envolvidos quanto à importância da adoção de medidas preventivas que visem minimizar a ocorrência de falha (MIASSO; CASSIANI, 2000). Porém, nos deparamos com uma baixa adesão a essas medidas, que devem ser direcionadas para a formação e educação permanentes desses profissionais, juntamente com a elaboração de protocolos que poderão garantir uma prática segura (MENDONÇA, 2011). Meireles (2011) ressalta ainda a necessidade de atualizações constantes para as instituições de saúde e para as equipes de enfermagem, como forma de prevenção e minimização dos riscos (MEIRELES et al., 2011).

A avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem é indispensável para gerenciamento efetivo e eficaz da assistência, visto que favorece a prevenção de riscos, contribui para o planejamento de ações corretivas, o levantamento de estratégias educativas e o reajuste de meta com foco na segurança do paciente (VITURI; EVORA, 2014).

1.3 INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores são medidas utilizadas para facilitar o relato da existência de uma situação, analisar alteração ou tendência durante um intervalo de tempo e avaliar, em quesito de qualidade e quantidade, os processos executados. Desta

maneira, é confirmada a relação existente entre indicadores e serviços de saúde. Porém, a gerência de enfermagem não tem utilizado indicadores em suas ações, destacando apenas a utilização de uma pequena quantidade de ferramentas para a avaliação da qualidade do gerenciamento de pessoal em saúde. Neste caso, justifica-se a necessidade da construção de indicadores de qualidade para a avaliação do gerenciamento das ações de enfermagem (LIMA; KURGANCT, 2009).

Utilizar indicadores para avaliação da qualidade da assistência permite medir e comparar o resultado com o Índice de Conformidade Ideal (ICI). O emprego de indicadores pela enfermagem ajuda a prevenir eventos adversos, os quais refletem na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. Esses indicadores deveriam se tornar cada vez mais presentes nos serviços de enfermagem, buscando aumentar o nível de satisfação dos pacientes por meio do compromisso pelo atendimento de suas necessidades, visando melhoria da assistência prestada e compreensão da qualidade desse cuidado (CALDANA, G. et al., 2013).

Os indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem desenvolvido e validado por Vituri (2009) são baseados no construto das necessidades humanas básicas de segurança física, nutrição e hidratação, eliminações e nos padrões de registros de enfermagem.

Os dados colhidos originaram relatórios gerenciais, encaminhados aos diversos setores de enfermagem para o planejamento de ações educativas, levantando propostas para a melhoria da qualidade do cuidado, por meio de oficina com os funcionários das respectivas unidades. Um obstáculo verificado no processo de implementação do instrumento em questão é o fato de que as informações geradas levaram à elaboração de relatórios com grande abrangência de informações. Com o objetivo de desenvolver um método de avaliação mais objetivo, projetou-se o propósito de desenvolver um instrumento composto por indicadores de qualidade, baseado na concepção de eventos adversos, fundamentado em alguns dos itens de avaliação apresentados no instrumento adaptado por Haddad *et al.* (1999).

Indicadores de resultados como os eventos adversos são ferramentas fundamentais da qualidade por apontarem aspectos do cuidado que podem ser melhorados, tornando a assistência aos pacientes livre de riscos e falhas e, portanto, mais segura (NASCIMENTO et al., 2008). Franco (2010), em seu estudo para diagnosticar a percepção dos enfermeiros sobre os processos de qualidade,

identificou o índice de falhas técnicas de enfermagem como o indicador de maior relevância para a prática assistencial e o de maior importância para estratégia da instituição de saúde, sob o enfoque de melhoria contínua da assistência.

Cintra e colaboradores (2010), em sua pesquisa para levantar a opinião dos enfermeiros na utilização de indicadores de qualidade para a avaliação da assistência de enfermagem, identificaram a infecção hospitalar como o indicador mais citado pelos entrevistados e, na sequência, erros na administração de medicamentos, satisfação do cliente, controle de flebitis e prevenção de quedas — o quinto mais citado.

Os indicadores de qualidade abordados por Vituri (2009) discutem primeiramente a segurança física do paciente e os erros na assistência hospitalar relacionados à enfermagem, tais como identificação correta do leito do paciente, do risco de queda e dos acessos venosos.

A falha na administração de medicamentos pode estar relacionada ao primeiro indicador de qualidade descrito. O sistema de distribuição de medicamentos aos pacientes envolve vários profissionais e a equipe de enfermagem atua nesse sistema na administração propriamente dita dos medicamentos, constituindo o elo final. Torna-se geralmente a responsável pelos atos que marcam a transferência de um erro previsível para um erro real (MIASSO; CASSIANI, 2000).

A enfermagem é a maior promotora de assistência durante o período de internação hospitalar, contudo, tem função importante na prevenção de quedas de pacientes nesse ambiente, visto que a ocorrência deste evento pode aumentar os dias de internação, o valor do tratamento, causando desconforto ao paciente e perda da confiança referente à qualidade da assistência de enfermagem (CINTRA et al., 2010).

Identificar infecções hospitalares como problemas relativos à segurança do paciente tem aumentado sua importância e promovido a busca de estratégias de prevenção. Alguns centros de saúde têm proposto que algumas dessas infecções sejam consideradas eventos-sentinela, cada uma gerando a análise causa-raiz, ou seja, deliberada e extensa dissecação do evento, procurando causas subjacentes (WACHTER, 2010).

A prática de punção venosa necessita de cuidados e controle periódico, para prevenir a flebite (CINTRA et al., 2010). A verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas é o quarto indicador citado por Vituri (2013).

As infecções urinárias são as infecções hospitalares mais comuns, representando cerca de 40% nos Estados Unidos. É muito menos fatal, embora mais comum, que as infecções da corrente sanguínea e pneumonias hospitalares. A maioria dessas infecções está associada ao uso de sonda urinária, ao tempo de duração, à idade do paciente e ao histórico de malignidade. As estratégias para a prevenção das infecções urinárias estão inclusas como benefícios à manutenção do sistema de drenagem fechado, um adequado cuidado no manuseio da sonda e a sua remoção o mais cedo possível (WACHTER, 2010). O controle das eliminações urinárias é um dos indicadores abordados por Vituri (2013).

O controle dos registros de enfermagem, como indicador de qualidade, tem como finalidade documentar e fornecer informações relacionadas aos cuidados prestados, garantindo a comunicação entre os profissionais da equipe e a continuidade da assistência, condição indispensável para compreender o paciente de maneira global. Além disso, proporciona segurança, pois entende-se que o que está registrado é o que foi realizado. Esses registros estão presentes em todas as etapas da sistematização, fornecendo informações para o planejamento, a implementação e a avaliação da assistência (GONÇALVES, 2001).

Os dados da anotação de enfermagem contribuem para a tomada de decisões do enfermeiro, portanto, se eles não forem fidedignos e claros, poderá ocorrer super ou subvalorização dos problemas relacionados ao paciente, por falta de medidas concretas (GONÇALVES, 2001). Além disso, contribui para informações relacionadas a questões jurídicas, de pesquisas, de educação, e permite que membros da equipe de saúde tomem ciência das decisões e ações (MATSUDA et al., 2007).

O controle de indicadores de qualidade deve ser discutido com os trabalhadores inseridos no processo, focalizando-o para que os profissionais identifiquem, por meio de suas atividades, pontos fundamentais a serem avaliados (CATIRA et al., 2009). Os indicadores de desenvolvimento, além de serem à base de sustentação da profissão de enfermagem, constituem um marco na evolução da prática profissional (FRANCO et al., 2010).

A implementação de um sistema de avaliação nas instituições hospitalares por meio de indicadores é essencial para fornecer assistência eficiente, no alcance da qualidade e segurança, produtividade da equipe de saúde, valorização profissional, planejamento de ações estratégicas e satisfação do cliente. A preocupação com a qualidade do cuidado tornou-se uma exigência legal, um diferencial competitivo e uma questão ética e moral (VITURI, 2013).

Freitas (2014), em seu estudo para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem, apontou que, para a prestação de serviços de qualidade, são necessários, além da utilização de indicadores que permitam a avaliação de resultados, o comprometimento, o envolvimento e o desenvolvimento dos profissionais envolvidos no processo de melhoria contínua e, ainda, o atendimento das expectativas dos trabalhadores, direcionadas à realização de gestão do cuidado.

Cintra e colaboradores (2010) concluíram que os enfermeiros conhecem os indicadores de qualidade, e acham essencial o uso destes para tornar melhor o cuidado, apresentando preocupação com a assistência, a educação, pesquisa e o gerenciamento. A aplicação de indicadores de qualidade desperta em cada enfermeiro o sentimento de cidadania e responsabilidade para com o paciente.

1.4 CONTEXTO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O ser humano é um diferencial competitivo dentro das organizações. Entretanto, as boas condições de trabalho podem beneficiar a criatividade e a produtividade dos profissionais. A busca pela satisfação e a qualidade de vida está cada vez maior no cotidiano dos trabalhadores. Nesse caso, avaliar o contexto de trabalho, partindo da análise dos próprios funcionários, suas condições, organizações e relações socioprofissionais, é extremamente importante para alcançar qualidade nas atividades realizadas e promover mudanças na busca de um ambiente laboral favorável (SZNITOWSKI; SOUZA; LEINTER, 2012).

A história da enfermagem vem de conhecimentos empíricos, e seus profissionais têm realizado suas atividades sem reflexão sobre a sua atuação, apesar de todas as mudanças referentes aos conhecimentos dos direitos adquiridos pelos pacientes e familiares, da responsabilidade e dever dos serviços e do avanço da tecnologia na área da saúde. Como desfecho desse enfoque, a

enfermagem tem prestado ao paciente um cuidado mecanizado, deixando de atingir seus objetivos assistenciais. Esse contexto contribui para a insatisfação do profissional e, conseqüentemente, o declínio do cuidado de enfermagem. Neste caso, é impossível alcançar a satisfação dos pacientes, sem que a equipe de enfermagem apresente um contexto de trabalho satisfatório (REGIS; PORTO, 2011).

O comportamento organizacional e o trabalho de enfermagem comprometido e qualificado podem melhorar a qualidade e a segurança da assistência hospitalar (AIKEN et al., 2012). Contudo, a carga de trabalho da equipe de enfermagem e a segurança do paciente incluem aspectos relacionados à preocupação com o número insuficiente de profissionais (DALL'AGNOL; MARCK, 2013). Silva e colaboradores (2012) constataram em sua revisão bibliográfica que os indivíduos são a peça principal para iniciativas organizacionais que visem à qualidade do atendimento.

Padronizações do processo de trabalho por meio de protocolos, definindo critérios e objetivos, destacaram evidente o papel do enfermeiro como agente determinante, apontando as divergências e orientando o correto, promovendo assim o controle permanente de todo o processo, incluindo a introdução de ações corretivas, esclarecendo quanto ao compromisso ético e legal, mediante a educação continuada efetiva e integral da equipe de enfermagem (GODOI et al., 2008; PRADO, ASSIS, 2011; SETZ, D'INNOCENZO, 2007).

Uma pesquisa multicêntrica, realizada nos Estados Unidos (EUA) e em países europeus, concluiu que a associação entre a qualidade e a segurança da assistência de enfermagem nos hospitais é semelhante nesses países. Assim, qualquer medida para melhorar o ambiente de trabalho e a qualidade dos cuidados nesses países poderia ser eficaz em outros lugares. Nos EUA foi possível observar que apesar do pessoal de enfermagem qualificado, a assistência só melhora se o hospital também apresenta um bom ambiente de trabalho (AIKEN et al., 2012).

Para oferecer qualidade na assistência de enfermagem é necessário também um adequado dimensionamento de recursos humanos e um quadro de enfermeiros competentes e atualizados. Não é possível adquirir qualidade assistencial se os enfermeiros trabalham em jornadas duplas, em condições insalubres, mal remunerados, e se não houver investimentos em aperfeiçoamento profissional e recursos institucionais. Profissional estressado, doente, desmotivado,

pouco reconhecido e pouco valorizado não oferece uma assistência de qualidade. Instituições que exijam a excelência de um profissional, sem resolver todas essas questões, dificilmente conseguirão algum sucesso (LEÃO et al., 2012).

Os estudos revelam que as instituições que possuem uma equipe de enfermagem que contribui para a excelência assistencial atingem positivamente os níveis de satisfação no trabalho e a redução do turnover, o que leva a melhores resultados assistenciais (CHEUNG et al., 2008). A qualidade decorre não somente de grandes processos, mas também de pequenos detalhes (American Nurses Credentialing Center, 2014).

A *American Nurses Credentialing Center* (ANCC) é uma organização que possui um programa de credenciamento reconhecido internacionalmente, e auxilia na identificação do que é necessário para atingir uma assistência de excelência. Certifica enfermeiros e reconhece instituições que realizam um cuidado de enfermagem seguro, em um contexto de trabalho saudável para seus profissionais (American Nurses Credentialing Center, 2014).

Para a realização das atividades de enfermagem, a ANCC considera decisiva a satisfação de algumas necessidades dos profissionais de enfermagem, que produziram maior envolvimento em suas ações com cuidados de qualidade e melhor atuação no trabalho. Nesse caso, a qualidade na assistência de enfermagem está estreitamente ligada aos estados fisiológicos, psicológicos e de segurança dos participantes dessa equipe que cuida, visto que fazem parte de um processo dinâmico indissociável dentro do trabalho (REGIS; PORTO, 2011).

Silva e colaboradores (2012) constataram que nos dez anos de busca pela melhoria na assistência de enfermagem, a queda dos percentuais de adequação em alguns desses anos foi consequência do contexto de trabalho atual da organização, como falta acentuada de recursos materiais e/ou períodos de tensão no quadro de profissionais de enfermagem, com um alto índice de absenteísmo.

A qualidade resulta de um comportamento positivo e concentrado dos colaboradores. Para atingir a excelência, as instituições precisam considerar que gerir pessoas significa incentivar o envolvimento e desenvolvimento do profissional (BASRBOSA; MELO, 2008). Analisar o contexto de intervenção desses profissionais em seu ambiente de trabalho, sob a ótica dos próprios trabalhadores, pode ser um diferencial para adoção de medidas que visem motivar o bem-estar, a eficiência e a eficácia dos processos produtivos (MENDES; FERREIRA, 2008).

De fato, a qualidade dos cuidados prestados na prática não é ainda uma rotina, e apresenta nesse contexto as seguintes limitações: escassez de recursos humanos, falta de tempo hábil, excesso de atividades administrativo-burocráticas, e a cultura de que a enfermagem é um serviço de apoio aos demais profissionais de saúde. Entende-se que é imprescindível à reorganização do serviço de enfermagem, oferecendo um ambiente ocupacional adequado com melhores condições para o profissional exercer suas atividades, priorizando a assistência (PIMPÃO et al., 2010).

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital oncológico. O mesmo disponibilizava uma grande quantidade de sua capacidade instalada para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), o maior gerador de serviços para a instituição. A qualidade da assistência é o atributo fundamental a ser alcançado. Contudo, nos deparamos com o pensamento da população em não acreditar na possibilidade de se oferecer serviços de boa qualidade no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

Este projeto foi desenvolvido para conhecer o nível da qualidade do cuidado de enfermagem, visto que em 2012 passei a ser supervisora do departamento de Enfermagem, com o objetivo de garantir a qualidade da assistência e identificar os fatores que interferem nesse contexto.

A avaliação do contexto de trabalho fornece resultados que podem ser de grande valor para as organizações, pela percepção que os funcionários têm de seu ambiente de trabalho, revelando à instituição informações para tomada de providências relacionadas à satisfação do trabalhador.

Aprofundar os conhecimentos sobre o que altera os integrantes da equipe de enfermagem, em sua prática cotidiana dos cuidados de enfermagem, leva a considerar uma nova proposta para desenvolver uma assistência de excelência, uma vez que a equipe mais integrada, autônoma, atuante e satisfeita constitui um contexto de trabalho mais saudável, feliz e eficaz, capaz de tornar possível a construção de um cuidado estruturado, planejado e sólido (REGIS; PORTO, 2011).

Conclui-se que a necessidade de avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem e o seu contexto de trabalho é relevante e oportuna. Por meio dos resultados, espera-se desenvolver estratégias para o gerenciamento racional e

objetivo do enfermeiro, proporcionando melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, garantindo a humanização e a segurança na prevenção de eventos adversos aos pacientes que necessitam de hospitalização.

Tem-se então a seguinte questão da pesquisa: O hospital proporciona qualidade nos cuidados de enfermagem prestados aos seus pacientes internados para tratamento oncológico? O contexto de trabalho dos profissionais de enfermagem é satisfatório?

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a qualidade do cuidado e o contexto de trabalho do profissional de enfermagem, em um hospital oncológico.

3.2 ESPECÍFICOS

a) Mensurar a qualidade do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico, por meio de indicadores de qualidade.

b) Avaliar o contexto de trabalho do profissional de enfermagem.

c) Comparar a qualidade do cuidado de enfermagem com o contexto de trabalho do profissional de enfermagem.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O objetivo “a” trata de um estudo quantitativo, observacional, com delineamento longitudinal prospectivo.

O estudo quantitativo se caracteriza pela identificação das variáveis de interesse, desenvolvendo definições conceituais e operacionais dessas variáveis e, em seguida, coletando dados relevantes dos sujeitos. Os valores reais das variáveis do estudo constituem os dados quantitativos, ou seja, informações em formato numérico (POLIT, 2011).

Neste tipo de delineamento longitudinal, “um mesmo grupo de sujeito é visto em diferentes momentos. Como os mesmos sujeitos são acompanhados ao longo do tempo, esse delineamento controla as diferenças individuais” (MOTA, 2010).

O objetivo “b” trata de um estudo quantitativo, com delineamento transversal.

O estudo transversal é um método para detectar frequência das doenças e de fatores de risco e identificar na amostra os expostos e não expostos, na população, que estão mais afetados ou menos afetados. Os dados são observados, medidos e coletados em um único ponto no tempo, e as informações sobre a exposição e o desfecho são obtidas simultaneamente (PEREIRA, 2006).

4.2 CAMPO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado nas unidades de internações da Oncologia Clínica e da Terapia Intensiva de um hospital oncológico, no município de Uberaba – MG.

Esse hospital é uma entidade de utilidade pública, sem fins lucrativos. Sua finalidade primordial é prestar assistência à população na área oncológica, realizando inclusive campanhas junto à comunidade procurando orientá-la, instruí-la e propiciar o diagnóstico precoce do câncer. Compreende uma área total de construção de 12.000m² e possui 147 leitos, dos quais 104 são credenciados para atendimento ao Sistema Único de Saúde.

Esse hospital foi escolhido para este estudo pelo fato de ser o local onde a pesquisadora desenvolveu a maior parte da sua trajetória profissional (desde 1999)

e assumiu o cargo de supervisora-geral do Departamento de Enfermagem em março de 2012, com o objetivo de garantir a qualidade da assistência de enfermagem em todo o hospital.

A unidade de internação de Oncologia Clínica (OC) adulta possui 22 leitos distribuídos em nove enfermarias e oferece cuidados intermediários e semi-intensivos. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui sete leitos e um isolamento, onde é feito o atendimento semi-intensivo e intensivo. Ambas são caracterizadas como áreas hospitalares críticas, ou seja, são

[...] áreas na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica (BRASIL, 2009, p.4).

Optou-se por analisar essas unidades em razão do seu porte e das características dos pacientes atendidos, visto que recebem pacientes oncológicos em diferentes graus de dependência da assistência de enfermagem, possibilitando dessa maneira um grande número e variedade de procedimentos de enfermagem para investigação.

O hospital contava com um quadro de 208 colaboradores de enfermagem. Destes, 32 enfermeiros, 176 técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem. No ano de 2013 foram realizadas 5.494 internações, com uma taxa de ocupação de 78% e uma média de permanência de 5,57% dias.

4.3 POPULAÇÃO

A população constituiu-se por profissionais de enfermagem e pacientes oncológicos que, por sua vez, atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos neste estudo.

4.3.1 Pacientes

A população total constituiu-se de 105 pacientes.

Os cuidados de enfermagem foram avaliados com 81 pacientes na unidade de Oncologia Clínica e 24 pacientes da UTI.

Os pacientes que tiveram alta hospitalar ou foram a óbito, antes de finalizar os três dias da coleta de dados, foram excluídos do estudo.

4.3.2 Profissionais de Enfermagem

A população total das duas unidades é composta por nove enfermeiros e 38 técnicos de enfermagem. O presente estudo contou com a participação de sete enfermeiros e 32 técnicos de enfermagem, totalizando 40 sujeitos — três enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem na Oncologia Clínica e, quatro enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem na UTI.

Sete sujeitos foram excluídos do estudo, sendo que cinco não foram encontradas nas unidades após três tentativas de busca, ou quando presentes não estavam disponíveis para participar do estudo, e dois receberam o questionário e não devolveram.

4.3.3 Critério de Inclusão

- a) Pacientes adultos internados na unidade de Oncologia Clínica e na UTI.
- b) Equipe de enfermagem responsável pela assistência prestada aos pacientes internados na unidade de Oncologia Clínica e na UTI.

4.3.4 Critério de Exclusão

- a) Pacientes em atendimento de caráter ambulatorial.
- b) Pacientes não oncológicos.
- c) Pacientes menores de 18 anos.
- d) Profissionais de enfermagem de férias e afastamento médico.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Período de Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2014.

4.4.2 Instrumento de Registro de Busca Ativa para Avaliação dos Cuidados de Enfermagem (ANEXO A)

Composto por 15 indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, baseados nas Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta e nos padrões de registro de enfermagem. As NHB de segurança física são abordadas nas questões de 1 a 3; as necessidades de nutrição e hidratação são contempladas nas questões de 4 a 8; as de eliminações são constituídas pelos itens de 9 a 11; e os registro de enfermagem de 12 a 15, conforme quadro 1 (HORTA apud VITURI, 2009).

Quadro 1. Conteúdo e domínio dos indicadores

Construto	Qualidade do Cuidado de Enfermagem														
	Segurança Física			Nutrição e Hidratação					Eliminações			Registro de enfermagem			
Necessidades Humanas Básicas/Padrão de Registros															
Indicadores de Qualidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Fonte: Vituri (2007).

Os indicadores validados por Vituri (2013) são:






1. Identificação do Leito do paciente.
2. Identificação de risco para queda no leito.

3. Identificação de acesso venoso periférico ou central.
4. Verificação de lesão cutânea pós infiltrativa.
5. Identificação de equipo para infusão venosa.
6. Identificação do frasco de soro.
7. Identificação do controle de velocidade de infusão – Escala Graduada.
8. Identificação de sondas gástricas e enterais.
9. Fixação da sonda vesical de demora.
10. Posicionamento da bolsa coletora de diurese da SVD.
11. Posicionamento do prolongamento distal da bolsa coletora de diurese.
12. Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem.
13. Verificação dos controles de sinais vitais.
14. Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica.
15. Elaboração da prescrição diária pelo enfermeiro.

O instrumento foi validado em seu conteúdo, por *experts* e, após, em sua aplicabilidade pelo procedimento de estudo-piloto (VITURI, 2009). Em 2013, Vituri validou o instrumento quanto a sua fidedignidade/confiabilidade, o que garante a qualidade da medida. O instrumento possui 15 questões fechadas que abordam os indicadores de qualidade descritos acima, apresentando orientações explicativas para cada item que avalia o nível de adequação do cuidado prestado.

Foi avaliado o percentual de adequação de cada indicador em relação ao padrão de qualidade proposto; e classificado segundo escore de adequação (percentual de positividade) utilizado por Haddad e Évora (2008) e Vituri (2013), conforme indicado na Figura 2.

Figura 2. Classificação da assistência de enfermagem, segundo percentual de positividade/adequação em relação ao padrão de qualidade

CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA				
SEGURA 100% 	DESEJÁVEL 99 – 90% 	ADEQUADA 89 – 80% 	LIMÍTROFE 79 – 70% 	INSUFICIENTE < 70% 

Fonte: Vituri (2013).

Foi solicitada à autora a autorização para utilização do instrumento, sendo concedida, conforme o apêndice C.

4.4.3 Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (ANEXO B)

A EACT é composta por 30 itens que correspondem a três dimensões analíticas interdependentes, divididas em: Organização do Trabalho (OT), Condições de Trabalho (CT) e Relações Socioprofissionais (RS). Esses fatores fornecem bases para se compreender a atividade de trabalho dos indivíduos como medida psicométrica. A EACT foi validada com base na técnica de análise fatorial (MENDES; FERREIRA, 2008).

O profissional deve classificar os 30 itens de acordo com a forma que ele avalia seu ambiente de trabalho. A classificação apresenta as respostas tipo *Likert*: (1) nunca, (2) raramente, (3) às vezes, (4) frequentemente e (5) sempre.

A dimensão de organização do trabalho aborda as questões de 1 a 9, a dimensão de condição de trabalho contempla as questões de 10 a 19 e a dimensão de relações socioprofissionais é constituída pelos itens de 20 a 30.

O cálculo do escore médio de cada uma das três dimensões é obtido separadamente. O escore final da escala varia de 1 a 5, sendo: de 1 a 2,3 resultado positivo e satisfatório, de 2,3 a 3,7 resultado mediano e crítico e de 3,7 a 5,0 resultado negativo e grave (SIQUEIRA, 2008). Os escores com valores mais altos indicam pior contexto de trabalho.

4.4.4 Procedimentos da Coleta de Dados

4.4.4.1 Avaliação dos cuidados de enfermagem segundo o Instrumento Registro de Busca Ativa

O processo de avaliação da assistência de enfermagem foi realizado por meio de observação do ambiente onde o paciente estava inserido, registrando as informações coletadas com um instrumento de coleta de dados baseado em indicadores de qualidade. Posteriormente foi realizada a auditoria prospectiva nos registros de enfermagem dos mesmos pacientes analisados

O instrumento foi aplicado em pacientes internados nas unidades de Oncologia Clínica e Terapia Intensiva, do hospital em estudo.

A aplicação do instrumento no campo assistencial foi realizada nos pacientes durante três dias aleatórios de internação e foram adotados os seguintes cuidados para a sua aplicação:

- a) A visita na unidade de Oncologia Clínica e UTI aconteceram diariamente, durante três meses.
- b) O cuidado ao paciente foi avaliado por meio da observação direta da assistência de enfermagem prestada, conforme itens descritos no instrumento de busca ativa, não necessariamente no momento da ação.
- c) Os registros de enfermagem foram analisados nos prontuários do paciente após a observação do cuidado prestado.
- d) A duração média prevista foi de, aproximadamente, 20 minutos por paciente e prontuário analisados.
- e) O instrumento foi aplicado pela própria pesquisadora em horário diferente da jornada de trabalho, com ou sem a presença de outras pessoas.

4.4.4.2 Avaliação do contexto de trabalho dos profissionais de enfermagem

O contexto de trabalho foi avaliado pela EACT, captando as representações que os trabalhadores de enfermagem têm das organizações e condições de trabalho e as relações socioprofissionais.

A EACT foi aplicada nos profissionais de enfermagem nas unidades do estudo durante visitas realizadas diariamente, de segunda a sexta-feira, para

avaliação da assistência. Foi autoaplicável por considerar que os participantes do estudo possuem grau de entendimento suficiente para respondê-la.

Durante a visita realizada nas unidades era observada a disponibilidade do profissional em receber as orientações referentes ao termo de consentimento, ao tema da pesquisa e ao questionário, procurando não atrapalhar a rotina de trabalho.

4.4.5 Aspectos Éticos

A presente investigação teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o Parecer de nº 580.365/2014, e obedeceu às diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente aos esclarecimentos do estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado pelo pesquisador responsável, obedecendo às exigências da Resolução, no qual está explícito o objetivo da pesquisa, o sigilo dos dados pessoais, a ausência de gastos e danos e o direito de não participar ou de interromper a pesquisa durante seu processo (APÊNDICE A).

Para dar início à coleta de dados, uma cópia do projeto foi encaminhada ao hospital para análise e aprovação. Mediante a apreciação do projeto, foi emitida uma carta autorizando a realização do estudo, conforme Apêndice B.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Variáveis Dependentes

- a) Qualidade do Cuidado de Enfermagem
- b) Contexto de trabalho do profissional de enfermagem

4.5.2 Variáveis Explicativas

4.5.2.1 Relacionadas ao paciente

- a) Sexo – masculino e feminino

- b) Idade – refere-se à idade do paciente no período da internação. Para fins de categorização foi adotada faixa etária maior de 18 anos.

4.5.2.2 Relacionadas aos cuidados de enfermagem

- a) Identificação do leito do paciente – “O leito do paciente internado deve estar identificado de forma legível e visível” (VITURI, 2013).
- b) Identificação de risco para queda do leito – pacientes com alto risco para queda são: idosos (acima 65 anos), pós-operatório imediato, distúrbios mentais e psiquiátricos, crianças abaixo de 8 anos. O paciente nessa condição deve permanecer no leito com grade lateral, a menos que esteja na presença de um acompanhante (VITURI, 2013).
- c) Identificação de acessos venosos periféricos (AVP) – os AVP devem estar identificados com uma tira de esparadrapo, contendo as seguintes informações, em letra legível: data e hora da punção e rubrica do funcionário responsável (VITURI, 2013).
- d) Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativa – os pacientes internados que estiverem fazendo uso de infusão venosa, ou que o fizeram, porém estão sem AVP há menos de 24 horas, não deveriam apresentar lesões cutâneas associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações (VITURI, 2013).
- e) Identificação de equipos para infusão venosa – os equipos instalados em pacientes que estejam recebendo infusão venosa devem estar identificados, contendo as seguintes informações, em letra legível: data e hora da troca/instalação e rubrica do funcionário responsável (VITURI, 2013).
- f) Identificação de frascos de soro – os frascos de soro do paciente com infusão venosa devem possuir rótulo de identificação e apresentar as seguintes informações: nome do paciente, leito e enfermaria, componentes da solução, volume, hora de início e hora de término previsto, nº de gotas e/ou litros por hora e assinatura do funcionário responsável. Soros para diluição de medicação não necessitam da determinação do volume/min. ou gotas (VITURI, 2013).
- g) Identificação do controle da velocidade de infusão – não avaliada.

- h) Identificação de Sondas Nasogástrica (SNG) para drenagem e Sonda Nasoenteral (SNE) para dieta – as SNG e SNE devem ser identificadas na sua porção externa, com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, contendo as seguintes informações, em letra legível: data, hora da troca e rubrica do funcionário responsável.
- i) Fixação da sonda vesical de demora – avaliar a fixação adequada para prevenir movimento e tração uretral: paciente do sexo masculino – região suprapúbica; pacientes do sexo feminino – face interna da coxa (VITURI, 2013).
- j) Posicionamento da bolsa coletora de diurese da sonda vesical de demora – avaliar a garantia do fluxo livre de urina por meio da manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga (VITURI, 2013).
- k) Posicionamento do prolongamento de drenagem distal (spigot) da bolsa coletora de diurese – avaliar se o prolongamento de drenagem distal da bolsa está protegido do contato com a superfície e ou o solo (VITURI, 2013).
- l) Checagem de procedimentos na prescrição de enfermagem – os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem devem estar checados com traço e a rubrica do funcionário. Os horários em que não foram realizados devem ser circulados e a justificativa registrada no espaço destinado às anotações de enfermagem.
- m) Verificação do controle de Sinais Vitais (SSVV) prescritos – os SSVV devem ser registrados em espaço próprio no mínimo uma vez por turno de trabalho e sempre que necessário, conforme prescrição médica e/ou de enfermagem na UTI. Considerando a verificação de SSVV como sendo a verificação da dor, Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA) e Frequência Respiratória (FR). A ausência do registro de qualquer sinal vital caracteriza uma verificação incompleta.
- n) Checagem de procedimentos de enfermagem na prescrição médica – os horários das medicações na prescrição médica devem estar checados com traço e a rubrica do funcionário. Os horários em que não foram ministradas devem ser circulados e a justificativa registrada no espaço destinado às anotações de enfermagem.

- o) Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro – todos os pacientes internados na unidade devem possuir o impresso de prescrição de enfermagem diária (VITURI, 2013).

4.5.2.3 Relacionadas ao profissional de enfermagem

- a) Idade – refere-se à idade do profissional de enfermagem no período do estudo. Não foram adotadas categorizações para faixa etária.
- b) Sexo – masculino e feminino.
- c) Escolaridade – refere-se ao nível de estudo que o profissional adquiriu: 2º grau, superior incompleto, graduação, pós-graduação.
- d) Estado civil – solteiro, casado e divorciado.
- e) Cargo atual – técnico de enfermagem e enfermeiro.
- f) Tempo de trabalho no cargo – tempo de experiência em anos atuando no cargo atual.
- g) Horário de trabalho – refere-se ao período de trabalho do profissional na instituição do estudo: matutino, vespertino e noturno.
- h) Trabalha em outra instituição – refere-se à quantidade de vínculo empregatício do profissional. A resposta sim indica mais de um vínculo, e a resposta não, indica apenas um vínculo empregatício.
- i) Horário da outra instituição – o profissional responde essa questão se a resposta anterior for positiva (sim). Refere-se ao período em trabalha na outra instituição: matutino, vespertino e noturno.
- j) Estuda – refere-se à dedicação a atividades educativas e de aperfeiçoamento.

4.5.2.4 Relacionados ao contexto de trabalho do profissional de enfermagem

- a) Organização do trabalho – “é constituída pelos elementos prescritos que expressam as concepções e as práticas de gestão de pessoas e do trabalho presentes no lócus de produção e que balizam o seu funcionamento” (MENDES; FERREIRA, 2008, p.3).
- b) Condições de trabalho – “é constituída pelos elementos estruturais que expressam as condições de trabalho presentes no lócus de produção e

caracteriza sua infraestrutura, apoio institucional práticas administrativas” (MENDES; FERREIRA, 2008, p.3).

- c) Relações socioprofissionais – “é constituída pelos elementos interacionais que expressam as relações socioprofissionais de trabalho, presentes no lócus de produção e caracterizam sua dimensão social” (MENDES; FERREIRA, 2008, p.3).

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados foram digitados em duas planilhas eletrônicas, sendo uma para avaliação do cuidado de enfermagem e a outra para avaliação do contexto de trabalho do profissional de enfermagem, elaboradas especificamente para esse fim, no programa Microsoft Office EXCEL[®], empregando-se a técnica de validação por dupla digitação, para detectar inconsistências. Após essa etapa, os dados foram importados para o aplicativo *Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows*, versão 17.0.

Dados oriundos da avaliação do cuidado de enfermagem foram apresentados na forma de distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%). A classificação da assistência conforme o nível de adequação foi calculada em porcentagem, considerando-se qualidade, neste estudo, somente os itens que apresentaram adequação igual ou superior a 80%; os demais foram considerados limítrofes e insuficientes.

Para avaliação do contexto de trabalho foram realizados a média e mediana (medidas de tendência central), os desvios-padrão e os valores máximo e mínimo (medidas de variação). A fim de comparar variáveis quantitativas entre grupos definidos por variáveis categóricas foi realizada a análise pelo Teste t de Student para amostras independentes, considerando o nível de significância α de 0,05%. Utilizou-se, ainda, para verificar possíveis associações entre os aspectos sociodemográficos, profissionais e o contexto de trabalho o coeficiente de Correlação de Pearson (r) para variáveis quantitativas (bivariadas), considerando a interpretação dos valores: $0 \leq |r| < 0,3$ apontam correlação fraca, $0,3 \leq |r| < 0,5$ referem correlação moderada e $0,5 \leq |r| \leq 1,0$ indicam correlação forte entre as variáveis.

As análises bivariadas foram comparadas, por meio dos resultados da qualidade dos cuidados de enfermagem e o contexto de trabalho, com o intuito de identificar a associação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Inicialmente serão apresentados a faixa etária e o sexo dos pacientes por setor (Tabela 1). Em seguida serão apresentados e discutidos os resultados da aplicação dos indicadores na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem de duas unidades de internação: a Unidade de Oncologia Clínica e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com 22 e 8 leitos, respectivamente (Tabela 2 e 3).

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos pacientes, segundo a variável faixa Etária e sexo em um hospital oncológico – Uberaba, 2014.

Variável	UTI		Oncologia Clínica		Total	
	n= 24		n= 81		N= 105	
	n	%	n	%	N	%
Faixa Etária						
Menor que 60 anos	3	12,5%	39	48,1%	42	40,0%
Maior que 61 anos	21	87,5%	42	51,9%	63	64,4%
Sexo						
Masculino	14	58,3%	74	91,4%	88	83,8%
Feminino	10	41,7%	7	8,6%	17	16,2%

Fonte: a autora, 2014.

Este estudo foi realizado com os pacientes adultos de um hospital oncológico de Uberaba (MG), na Unidade de Terapia Intensiva e na Unidade Oncologia Clínica, que estavam internados no período de abril a junho de 2014. Foram selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, 105 sujeitos para participar do estudo, sendo 24 na UTI e 81 na Oncologia Clínica. A média de idade total dos participantes foi de 64,4 anos, variando entre 33 e 94 anos. O índice de idosos na faixa etária acima de 60 anos foi de 87,5% na UTI e de 51,9% na Oncologia Clínica. Nas duas unidades, predominaram os pacientes do sexo masculino — 58,3% na UTI e 91,4% na Oncologia Clínica.

Apresenta-se a seguir, nas Tabelas 2 e 3, a média das três avaliações da coleta de dados para desempenho da equipe de enfermagem por setor, como serão tratados os resultados.


Tabela 2. Percentual de adequação total ao padrão de qualidade e classificação assistência de enfermagem da UTI de um hospital oncológico – Uberaba – MG, 2014.

Indicador	Média	Adequação	ICI (*)	Assistência
1. Identificação do Leito do paciente	23,3	97,2%	100,0%	Desejável
2. Identificação de risco para queda no leito	24,0	100,0%	100,0%	Segura
3. Identificação de acesso venoso periférico ou central	18,3	76,4%	100,0%	Limítrofe
4. Verificação de lesão cutânea pós infiltrativa	18,3	76,4%	100,0%	Limítrofe
5.1 Identificação de equipo para infusão venosa - Manutenção	23,0		100,0%	
5.2 Identificação de equipo para infusão venosa- Manter Veia	7,0		100,0%	
5.3 Identificação de equipo para infusão venosa - Droga 1	15,6	84,3%	100,0%	Adequada
5.4 Identificação de equipo para infusão venosa - Droga 2	7,3		100,0%	
6.1 Identificação do frasco de soro – Manutenção	6,7		100,0%	
6.2 Identificação do frasco de soro - Manter Veia	3,3		100,0%	
6.3 Identificação do frasco de soro - Droga 1	6,7	35,0%	100,0%	Insuficiente
6.4 Identificação do frasco de soro - Droga 2	3,0		100,0%	
8. Identificação de sondas gástricas e enterais	13,7	83,7%	100,0%	Adequada
9. Fixação da sonda vesical de demora	4,6	23,3%	100,0%	Insuficiente
10. Posicionamento da bolsa coletora de diurese da SVD	20,3	97,0%	100,0%	Desejável
11. Posicionamento do prolongamento distal da bolsa coletora de diurese	5,7	26,7%	100,0%	Insuficiente
12. Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem	87,0	28,80%	100,0%	Insuficiente
13. Verificação dos controles de sinais vitais	322,0	97,87%	100,0%	Desejável
14. Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica	203,0	61,70%	100,0%	Insuficiente
15. Elaboração da prescrição diária pelo enfermeiro	17,0	70,8%	100,0%	Limítrofe
MÉDIA DE CLASSIFICAÇÃO GERAL		67,4%		INSUFICIENTE

(*) ICI – Índice de Conformidade Ideal (VITURI, 2009).

Fonte: a autora, 2014.

Tabela 3. Percentual de adequação total ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da Unidade de Oncologia Clínica de um hospital oncológico, Uberaba – MG, 2014.

Indicador	Média	Adequação	ICI (*)	Assistência
1. Identificação do Leito do paciente	76,3	94,26%	100,0%	Desejável
2. Identificação de risco para queda no leito	54,6	85,20%	100,0%	Adequada
3. Identificação de acesso venoso periférico ou central	52,0	65,56%	100,0%	Insuficiente
4. Verificação de lesão cutânea pós infiltrativa	65,6	81,06%	100,0%	Adequada
5.1 Identificação de equipo para infusão venosa - Manutenção	49,0		100,0%	
5.2 Identificação de equipo para infusão venosa- Manter Veia	1,3		100,0%	
5.3 Identificação de equipo para infusão venosa - Droga 1	37,0	64,91%	100,0%	Insuficiente
5.4 Identificação de equipo para infusão venosa - Droga 2	2,0		100,0%	
6.1 Identificação do frasco de soro – Manutenção	17,0		100,0%	
6.2 Identificação do frasco de soro - Manter Veia	0,3		100,0%	
6.3 Identificação do frasco de soro - Droga 1	14,0	30,65%	100,0%	Insuficiente
6.4 Identificação do frasco de soro - Droga 2	2,3		100,0%	
8. Identificação de sondas gástricas e enterais	2,6	12,83%	100,0%	Insuficiente
9. Fixação da sonda vesical de demora	0,6	7,89%	100,0%	Insuficiente
10. Posicionamento da bolsa coletora de diurese da SVD	8,3	100,0%	100,0%	Segura
11. Posicionamento do prolongamento distal da bolsa coletora de diurese	0,3	3,70%	100,0%	Insuficiente
13. Verificação dos controles de sinais vitais	467	45,25%	100,0%	Insuficiente
14. Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica	456	44,18%	100,0%	Insuficiente
MÉDIA DE CLASSIFICAÇÃO GERAL		52,95%		INSUFICIENTE

(*) ICI – Índice de Conformidade Ideal (VITURI, 2009).

Fonte: a autora, 2014.

Na **Identificação do Leito do Paciente (Indicador 1)**, a UTI apresenta percentual de adequação ao padrão de 97,23% e a unidade de Oncologia Clínica, de 94,26%, os quais caracterizam uma assistência Desejável.

Vituri (2013) descreve que na qualidade dos cuidados de enfermagem quanto à identificação do leito do paciente internado, este deve estar identificado de forma legível e visível. Em seu estudo para validação do instrumento em questão, realizado na clínica médica-cirúrgica de um hospital público, identificou também uma assistência Desejável na unidade feminina e Segura na unidade masculina na avaliação do indicador 1.

A autora destaca que diante do contexto de trabalho com sobrecarga diária, este indicador muitas vezes tem sido desvalorizado pelos profissionais de enfermagem. As instituições apresentam uma heterogeneidade dos investimentos em saúde no país, ou seja, locais com alta tecnologia para a identificação do paciente, enquanto outros nem ao menos possuem identificação com pulseira básica (VITURI, 2013).

O cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar apresenta complexidade que requer sua execução sem causar danos ao paciente. A terapia medicamentosa é vastamente utilizada para tratamento das doenças e manutenção da saúde. Entretanto, os pacientes hospitalizados e que fazem uso de vários medicamentos encontram-se mais suscetíveis a ocorrência de eventos adversos (ROQUE; MELO, 2012). Para garantir a administração correta de medicamentos, devem ser aplicados os nove certos: paciente certo, droga certa, via certa, tempo certo, dose certa, documentação certa, ação certa, forma certa e resposta certa (ELLIOTT; LIU, 2010). Destes, para o item "paciente certo" — visando assegurar que realmente o paciente receba sua medicação prescrita — destacam-se como estratégia de segurança a identificação do leito, a identificação dos pacientes através de pulseiras, o questionamento do paciente sobre seu nome, e evitar que pacientes com nomes semelhantes fiquem internados na mesma enfermaria (MIASSO; CASSIANI, 2000).

A identificação do leito do paciente é essencial não apenas para a segurança da administração dos medicamentos, mas também para a garantia da execução adequada dos procedimentos pertinentes ao seu tratamento.

Na **Identificação de Risco para Queda do Leito (Indicador 2)**, a equipe de enfermagem da UTI apresentou 100% de adequação, caracterizando assistência

Segura e a unidade de Oncologia Clínica, 85,20% classificadas assim como Adequadas, ou seja, apresentam um atendimento com risco mínimo para queda do leito aumentada.

O descritor para o indicador 2 esclarece que os pacientes devem ser acomodados em leito com grade lateral. São considerados pacientes de risco para queda do leito idosos (acima de 65 anos), pós-operatório imediato e mediato, pacientes que apresentam alterações do nível de consciência (confusos, sedados, agitados), portadores de distúrbios mentais ou psiquiátricos, caquéticos e/ou astênicos, e crianças abaixo de 8 anos de idade, a menos que estejam na presença de um acompanhante (VITURI, 2013). Inoue e colaboradores (2011) verificaram em seus estudos que os pacientes que apresentavam risco de queda ocupavam camas sem grades ou com as grades abaixadas, o que certamente aumenta a ocorrência do evento.

A discussão da qualidade do cuidado em serviços de saúde cada vez mais está voltada para a ocorrência de eventos adversos, considerados um problema de importância internacional, e as quedas do leito estão entre esses eventos. Dados compilados pela *Joint Commission International* (JCI) sobre notificações, durante o período de 2004 a 2010, apresentaram a ocorrência de 366 quedas como um dos principais eventos registrados. As instituições de saúde devem elaborar programas para prevenção, com monitoramento destinado à redução de quedas. Deve ainda adotar protocolos para avaliação sistemática do risco de quedas na admissão, após uma alteração na condição clínica do paciente, depois de uma queda, e quando o paciente é transferido (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2013).

Com o intuito de minimizar a queda de pacientes do leito é essencial o dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem nas unidades, para que mais tempo seja disponibilizado ao paciente. Reduzindo, assim, o número de paciente designado para cada técnico de enfermagem e a incidência do indicador de queda do leito, uma vez que estudos apontam que a carga de trabalho excessiva causa ocorrência de eventos sentinelas e falha humana provocada pela pressa (DALL'AGNOL; MARCK, 2013; INOUE et al., 2011; MAGALHÃES).

Na instituição em estudo, observa-se que na unidade de Oncologia Clínica a maioria dos pacientes possui acompanhante, conforme condutas de humanização e segurança da instituição. A estrutura física apresenta alto padrão de qualidade arquitetônico, com enfermaria com tamanho suficiente para acomodar os

acompanhantes, possuem banheiro próprio. Contudo, o setor apresenta um quadro de carência de profissional de enfermagem, expondo o paciente ao risco pela sobrecarga de trabalho.

Na UTI do hospital do estudo, a estrutura física apresenta o banheiro distante somente para alguns leitos, porém observa-se maior número de pacientes acamados e em ventilação mecânica, resultando em banhos e eliminações fisiológicas dispensadas no próprio leito. Quanto ao quadro de profissional, a unidade tem um dimensionamento adequado, conforme RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e designa, nos artigos 13 e 14, uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e a legislação vigente, contendo quantidade mínima preconizada de profissionais, para atuação exclusiva na unidade.

A queda de pacientes em hospitais geralmente está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico (BRASIL, 2013). Inoue et al. (2011) reafirmam a associação do risco de queda do leito entre idosos e a doença neurológica. Esse fato destaca a necessidade da enfermagem adquirir um sistema de reconhecimento do risco no momento da admissão do paciente, mantendo posteriormente o monitoramento diário. Sugere-se também que as organizações hospitalares facilitem esse processo, com o intuito de prevenir a queda do paciente por meio da adequação da planta física referente à enfermaria e ao posto de enfermagem, disponibilizando-os com localizações próximas, e principalmente um adequado dimensionamento da equipe de enfermagem (INOUE et al., 2011)

O objetivo deste indicador é detectar o risco e avaliar se medidas preventivas foram implantadas, antes que aconteça a queda (VITURI, 2013). É fundamental a inclusão nas ações cotidianas de enfermagem, a avaliação do risco de queda de pacientes, para elaboração de estratégias de prevenção, com foco na segurança, garantindo qualidade na assistência. Visto que o ambiente hospitalar é um local de constantes transformações em que a procura da qualidade e excelência dos seus serviços devem ser contínuas (INOUE et al., 2011).

Na **Identificação de Acesso Venoso Periférico ou Central (Indicador 3)**, o percentual de adequação na UTI é de 76,40%, classificando a assistência Limítrofe da qualidade. E na unidade de Oncologia Clínica, a assistência foi

classificada como insuficiente, com percentual de adequação de 65,56%. O descritor estabelece que os acessos devem estar identificados com letra legível, contendo o nome do funcionário responsável da punção, a data e a hora do procedimento. Em adultos os acessos devem ser trocados a cada 72 horas ou na existência de qualquer sinal de infecção. No caso de utilizar-se o acesso para infusão de hemoderivados, este deve ser trocado em 24 horas. Em se tratando de crianças, o cateter somente deverá ser trocado no caso de sinais de flebite (VITURI, 2013). O indicador 3 descrito por Vituri avalia somente acesso venoso periférico, enquanto no estudo atual foi necessário acrescentar também a avaliação da identificação de acessos venosos centrais, pelo grande número evidenciado nos pacientes, principalmente na UTI.

A falha na identificação do acesso venoso pode ocasionar o risco de infecção, desconforto e dor, caso seja necessário a execução de outro procedimento de punção venosa (PADILHA; MATSUDA, 2011). O controle de infecção relacionada ao acesso vascular é responsabilidade da equipe de enfermagem e reflete na qualidade da assistência, na segurança dos pacientes e dos próprios profissionais, reduzindo tempo de internação e custos (MENDONÇA, 2011).

Um estudo realizado em Maringá sobre a avaliação da qualidade do cuidado relacionado ao Acesso Venoso Periférico (AVP) apresentou os piores padrões de qualidade relacionados à identificação e à validade do AVP e dos equipos (MEIRELES et al., 2011). Padilha e Matsuda (2011) e Vituri (2013) identificaram uma assistência de enfermagem sofrível/insuficiente nas unidades do estudo, referente a esse indicador, corroborando com os achados deste estudo.

A substituição dos acessos vasculares é um método para prevenir infecções relacionadas com o cateter e flebite. Estudos indicam que a incidência de tromboflebite e colonização bacteriana de cateteres aumenta quando estes são deixados no local por mais de 72 horas (GRADY, 2002). Somente por meio da identificação dos acessos venosos será possível garantir a troca do dispositivo no período adequado, conforme preconizados para o controle de infecção.

Os acessos venosos periféricos e centrais estão relacionados com complicações mecânicas e infecciosas que muitas vezes estão associadas a problemas na segurança da assistência do paciente e podem ser prevenidas com implantação de rotinas efetivas.

Na Verificação de Lesões Cutâneas Pós-infiltrativas (Indicador 4), a UTI apresentou classificação da assistência Limítrofe, com percentual de adequação de 76,40%, e a unidade de Oncologia Clínica, percentual de 81,06%, caracterizando a qualidade da assistência Adequada.

Na verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas nos pacientes internados, que estiverem fazendo uso de infusão venosa ou que o fizeram, mas que estejam sem acesso venoso há menos de 24 horas, apresenta como descritor, ausência de lesões cutâneas pós-infiltrações e/ou áreas de necrose associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações (VITURI, 2013).

Durante a coleta de dado não foi possível confirmar seguramente a unidade responsável pelas lesões cutâneas dos pacientes internados na UTI, visto que na maioria dos casos esses pacientes, quando admitidos, são provenientes de outra unidade, nas quais provavelmente já foram submetidos a inúmeros procedimentos invasivos. Foi possível observar também que grande parte dos pacientes possuía Acesso Venoso Central (AVC) por cateter temporário.

As lesões cutâneas pós-infiltrativas podem estar relacionadas às condições ligadas ao próprio paciente, ao tipo de medicação ou solução em uso e ao cateter utilizado, e não necessariamente associadas à técnica de punção venosa (FERREIRA; MARASSI, 2005). Portanto, esse indicador não possui um índice de conformidade ideal de 100%, e sim de 80% (VITURI, 2013). Diante desse fato, podemos ressaltar que a avaliação da qualidade deste indicador na unidade de Oncologia Clínica foi classificada dentro dos padrões ideais. Evidenciando boa classificação, por se tratar de pacientes oncológicos com idade superior a 60 anos (51,9%) e com difícil acesso venoso em virtude do tratamento quimioterápico. Shimada (2014) descreve que o risco de infiltração é maior nos idosos por terem veias finas, frágeis e com alteração nas camadas, suportando assim, menos pressão. As tromboflebites também ocorrem com facilidade em pacientes oncológicos, por causa do estado trombogênico criado pelas neoplasias, por meio de mediadores inflamatórios, fator de necrose tumoral e ativação plaquetária (SHIMADA, 2014)

Durante a coleta de dados foi observada a presença do dispositivo vascular Port-a-cath (cateter permanente totalmente implantado) em alguns pacientes, porém em uma pequena quantidade, não interferindo na análise deste indicador.

Na **Identificação de Equipos para Infusão Endovenosa (Indicador 5)**, a UTI obteve um percentual de adequação de 84,29%, com classificação da assistência como Adequada, e unidade de Oncologia Clínica apresentou 64,91%, classificada com assistência Insuficiente.

A identificação de equipos para infusão venosa está associada ao controle de infecção e aos padrões de hidratação das necessidades humanas básicas. Vituri (2013) descreve que os equipos instalados em pacientes recebendo infusão venosa devem estar identificados com letra legível e com os prazos para troca, conforme tipo e finalidade do mesmo.

No dia a dia da assistência de enfermagem na UTI, foi possível perceber que as atividades da equipe de enfermagem são acompanhadas diretamente pelo enfermeiro que desempenha papel fundamental na supervisão e orientação da equipe de forma mais aproximada. Situação diferente da unidade Oncologia Clínica, onde apenas um enfermeiro é responsável pela supervisão de 22 leitos, dificultando o acompanhamento direto da assistência ao paciente.

Na **Identificação do Frasco de Infusão Venosa (Indicador 6)**, a UTI apresentou percentual de adequação de 32,24% e a Oncologia Clínica, 30,65%, classificando como Insuficiente a assistência das duas unidades. As identificações dos frascos de soro de pacientes com infusão venosa devem possuir rótulo de identificação com preenchimento completo e assinatura do funcionário responsável. (VITURI, 2013).

Durante a avaliação deste indicador foi possível observar que os frascos de soro para medicações de horário possuíam a identificação registrada em fita adesiva, apresentando informações incompletas em comparação aos dados presentes no rótulo de soro, o que levou a uma queda acentuada na avaliação deste item nas duas unidades. A ausência de registro do sobrenome de pacientes na identificação do frasco de soluções pode interferir na segurança da assistência de enfermagem. (PADILHA; MATSUDA, 2011).

Na UTI, os rótulos de soro de drogas vasoativas e sedações apresentaram a sigla ACM (a critério médico) no item vazão de infusão, ocasionando avaliações insuficientes em razão de informações incorretas na identificação. Dados apresentados por Padilha e Matsuda (2011) fortalecem esse contexto de preenchimento inadequado dos frascos de soro em uma UTI, justificando a não adesão a essa rotina o uso da bomba de infusão, cuja programação acontece

antes do preenchimento do rótulo. Esse procedimento, entretanto, não exime o profissional de enfermagem da responsabilidade da identificação, conforme preconizado pelo serviço.

A **Identificação do Controle de Velocidade de Infusão (Indicador 7)** não foi avaliada, devido à inexistência dessa rotina na instituição do estudo.

Na **Identificação de Sonda Nasogástrica (Indicador 8)** na UTI, o escore de adequação foi de 83,73, com a qualidade da assistência classificada como Adequada, e na unidade de Oncologia Clínica foi de 12,83%, caracterizando a assistência como Insuficiente.

A identificação de sondas gástricas, conforme o descritor, deve ser feita na sua porção externa. É considerado o prazo de cinco dias para a troca dessas sondas (VITURI, 2013).

Na coleta de dados foram avaliadas tanto as Sonda Nasogástrica (SNG) quanto as Sondas Nasoenterais (SNE) na identificação adequada referente ao dia do procedimento de passagem da sonda, por essa última estar presente na grande parte dos pacientes internados em ambas as unidades do estudo.

Este item foi abordado durante vários encontros com a equipe de enfermeiros, realizado pela coordenação de enfermagem, enfatizando a importância do controle da data para o prazo de troca dessas sondas a partir da execução do procedimento.

Vituri (2013) identificou que o desempenho das duas equipes ficou aquém do recomendado, porém a unidade de internação masculina estava mais preocupada com a importância dessas identificações, pois era comum abordar os avaliadores para justificar por que determinada sonda não estava identificada, preocupação essa não evidenciada na equipe de enfermagem da unidade feminina.

A enfermagem desempenha uma importante função no cuidado prestado aos pacientes nas eliminações urinárias, relacionado à promoção, prevenção e intervenção na saúde nas alterações das eliminações urinárias. A assistência de enfermagem deve amparar-se no conhecimento teórico, prático e científico que precisa existir no cotidiano do cuidado ao paciente (FUMINCELLI et al., 2011).

Na **Fixação da Sonda Vesical de Demora (Indicador 9)**, na UTI, o índice de adequação foi de 22%, e na unidade de Oncologia Clínica, de 7,89%, resultando em uma assistência Insuficiente em ambas as unidades, levando o paciente ao

risco de infecção urinária causada por lesões na uretra pela falta ou inadequação da fixação da Sonda Vesical de Demora (SVD). Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido de prevenção e controle de Infecção do Trato Urinário (ITU) associadas à presença da sonda.

A fixação inadequada ou a ausência de fixação da Sonda Vesical de Demora oferece risco de lesões traumáticas na uretra do paciente decorrente da tração da sonda, portanto, o cuidado relacionado a este indicador é muito importante (POTTER; PERRY, 2009). Neste estudo foram observados, nas duas unidades, pacientes com SVD sem fixação, o que ocasionava o tracionamento da sonda. Estes dados corroboram com o estudo realizado por Padilha e Matsuda (2011).

No **Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese da SVD (Indicador 10)** o percentual de adequação na unidade de Oncologia Clínica foi de 100%, classificando a assistência como Segura, e 98,5% na UTI, caracterizando a assistência como Desejável.

É importante ressaltar que na UTI apenas um paciente apresentou inadequação no item de posicionamento da bolsa coletora de diurese, sendo que este se encontrava sentado na poltrona e o coletor estava na altura-limite do nível da bexiga.

A fixação da Sonda Vesical de Demora e o posicionamento da bolsa coletora apresentam como descritor para o controle das infecções do trato urinário a fixação adequada da sonda, para prevenir movimento e tração uretral e a manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, garantindo o fluxo livre de urina (VITURI, 2013).

O **Posicionamento do Prolongamento Distal da Bolsa Coletora de Diurese (Indicador 11)** foi avaliado como Insuficiente nas duas unidades — adequação de apenas 3,70% na Unidade de Oncologia Clínica e 26,73% na UTI. Com esse resultado é possível identificar déficit de conhecimento e um processo de assistência inadequado, com necessidade de capacitação profissional e supervisão atuante.

Este indicador define que todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Avaliar se o prolongamento de drenagem distal da bolsa está protegido do contato com superfícies e ou o solo está entre as medidas de melhor evidência (VITURI, 2013).

As ITU estão sendo discutidas como uma das principais situações de apreensão entre os profissionais da Saúde, sendo responsáveis por cerca de 40% das infecções hospitalares, sobrecarregando economicamente os serviços e provocando problemas imensuráveis ao paciente. A maior parte dos casos de ITU ocorre em virtude da cateterização vesical, e cerca de 10% dos pacientes hospitalizados são submetidos a esse procedimento. Relacionam-se a problemas intrínsecos como comorbidades, tempo de permanência e manuseio da sonda pela equipe de enfermagem. As ITUs necessitam de vigilância permanente e estão relacionadas ao agravamento das condições dos pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva. Dessa forma, é fundamental que o enfermeiro assuma esse cuidado, destacando questões referentes à epidemiologia e ao controle de protocolos de enfermagem da instituição sobre o assunto (FUMINCELLI et al., 2011).

Os registros na saúde constituem um instrumento de comunicação efetivo para o planejamento, a continuidade e a avaliação das atividades de assistência. Na enfermagem, as anotações, evoluções e prescrições são definidas como registro de informações próprias do cliente sobre os cuidados e seus resultados. Portanto, os registros de enfermagem compõem importante domínio para tomada de decisão, definição de cuidados, orientação da equipe sobre sua execução, comprovação da atuação profissional e alcance da qualidade do cuidado. Sendo assim, é necessária a realização completa dos registros e na frequência adequada, de maneira a atender os preceitos técnicos, éticos e legais preconizadas pela profissão (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007). As efetivações dos registros de enfermagem são como instrumento de organização do trabalho do enfermeiro e sua equipe.

Na **Chechagem dos Procedimentos na Prescrição de Enfermagem (Indicador 12)** os horários das prescrições de cuidados devem estar checados com um traço e o nome do funcionário. As prescrições de enfermagem que não forem executadas devem ter os horários circulados e a justificativa da não realização devem ser registradas no espaço destinado ao relatório de enfermagem (VITURI, 2013). A checagem nos horários das prescrições é considerada registros da assistência de enfermagem.

Na UTI, o indicador 12 apresenta o índice de adequação de 28,80%, ou seja, assistência Insuficiente. Classificação com resultado preocupante.

A **Verificação dos Controles de Sinais Vitais Prescritos (Indicador 13)** deve ser registrada em espaço próprio, na frequência prescrita pelo enfermeiro. Caso o paciente esteja ausente da unidade no horário prescrito para a verificação de sinais vitais (SSVV), esse horário deve ser circulado e justificado. Neste estudo considera-se a verificação de SSVV como sendo a verificação de Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA) e Frequência Respiratória (FR) (VITURI, 2013).

A UTI apresentou para o indicador 13 um percentual de adequação de 97,87%, caracterizando esse registro de enfermagem como Desejável, e a unidade de Oncologia Clínica apresentou classificação Insuficiente, com percentual de adequação de apenas 45,25%.

Matsuda, Carvalho e Évora (2007) descrevem que os fatores que dificultam a realização dos registros de enfermagem estão relacionados ao baixo nível socioeducacional de alguns profissionais, à complexidade dos termos técnicos, ao déficit de trabalhadores na equipe, à sobrecarga de trabalho, à falta de valorização da profissão e aos poucos investimentos em processos de educação continuada. Incide-se que os registros de enfermagem, por ser um meio que certifica a qualidade do cuidado, merecem especial atenção por parte das lideranças, visto que constituem parcela permanente ao processo de cuidar.

Na **Checagem dos Procedimentos de Enfermagem na Prescrição Médica (Indicador 14)**, os horários das prescrições dos medicamentos devem estar checados com um traço e o nome do funcionário. Os horários das prescrições médicas que não forem executadas devem ser circulados e a justificativa da não realização deve ser registrada no espaço destinado ao relatório de enfermagem (VITURI, 2013).

As duas unidades do estudo apresentaram a classificação Insuficiente, com percentual de adequação de 61,70% para a UTI e 44,18% para a Oncologia Clínica. Nesse contexto, a falha na assistência de enfermagem pode estar associada à inexistência de organização e planejamento das necessidades de cuidado (FREITAS et al., 2014).

Na **Elaboração da Prescrição Diária pelo Enfermeiro (Indicador 15)**, o índice de adequação foi 70,80%, classificando a assistência no limite aceitável para a qualidade do atendimento na UTI.

A prescrição de enfermagem simboliza uma importante etapa a ser realizada, enquanto planejamento da assistência de enfermagem a partir da coleta de dados, direcionando o processo de cuidar (SENTONE et al., 2012).

É preconizada a elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro, e todos os prontuários de pacientes internados na unidade devem possuir diariamente o impresso de prescrição de enfermagem. A prescrição dos cuidados de enfermagem deve ser elaborada exclusivamente pelo enfermeiro, em atendimento às necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada, sujeita a mudanças correlacionadas com alteração da prescrição médica (VITURI, 2013).

A implantação da SAE na UTI da instituição do estudo teve início em 2013, e desde então os enfermeiros veem buscando o aperfeiçoamento diário. Foi possível observar durante a coleta de dados que os enfermeiros se esforçavam para alcançar o melhor nível de adequação na elaboração da prescrição, porém os técnicos de enfermagem deixaram a desejar no quesito checagem da prescrição de enfermagem. É necessária a supervisão direta dos enfermeiros com a equipe para o cumprimento das funções e registros pertinentes à sistematização do cuidado.

Antes da implantação da SAE foram realizadas reuniões educativas com toda a equipe de enfermagem para abordagem do tema e das atribuições de cada profissional. É possível observar que o indicador de elaboração de prescrição pelo enfermeiro está limitado, ainda, pela falta de conhecimento do profissional relacionado ao tema. Um estudo realizado por Sentone et al. (2012), em uma UTI neonatal, mostra pouca efetividade na aplicação dos conhecimentos científicos dos profissionais de enfermagem na realização de cuidados individualizados e apropriados para cada paciente. Para realizar uma prescrição de enfermagem adequada, a incorporação dos saberes científicos e técnicos na elaboração de planos de cuidados, conforme as necessidades clínicas do paciente é característica fundamental. É fundamental a realização de estudos que possibilite a identificação da qualidade das prescrições de enfermagem, considerando a importância desta para a prestação de uma assistência de qualidade e sistematizada, como elemento orientador e norteador das atividades de enfermagem.

Na Oncologia Clínica não foram avaliados os indicadores 12 e 15 pela não implantação do processo de enfermagem na unidade, isso se deve à falta de recursos humanos suficientes e capacitados.

Em meio às dificuldades encontradas na busca da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, a Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem (ACQAE) de um hospital universitário público observou que muitos problemas ainda existem, sendo os de maiores impactos para a instituição: a quantidade insuficiente de funcionários para os cuidados de enfermagem; a não adesão dos servidores em capacitações técnicas, oficinas de desenvolvimento e eventos científicos; o grande número de funcionários com duplo vínculo empregatício; a superlotação em algumas unidades do hospital; as reformas e adequações frequentes na estrutura física da instituição; o processo de informatização incipiente; e os equipamentos de informática em pequena quantidade (SILVA et al., 2012).

Uma alternativa apontada na literatura para o aumento da participação dos profissionais nas capacitações é a realização de treinamentos no próprio local de trabalho, o que permite a permanência destes nas atividades educativas e de desenvolvimento (HADDAD, 2004). A educação permanente tem um papel essencial neste contexto, pois favorece uma atividade contínua de reflexão e ação dos processos de trabalho, procurando envolver e comprometer todos os profissionais no progresso e na conservação da qualidade do cuidado de enfermagem (SILVA et al., 2012).

Quanto ao desempenho global para as duas equipes em relação aos padrões de qualidade adotados para os cuidados avaliados, a equipe de enfermagem da UTI obteve 67,4% e a da unidade de Oncologia Clínica, 52,95% — ambas classificadas como Insuficiente.

Diante dos resultados pode-se afirmar que as duas unidades apresentam problemas em relação à qualidade da assistência, sendo a unidade de Oncologia Clínica a que apresenta maior quantidade de indicadores com percentual de adequação abaixo do recomendado.

Nas Tabelas 4 e 5 apresenta-se o desempenho da equipe de enfermagem por setor, conforme as Necessidades Humanas Básicas (NHB) dos pacientes.

Tabela 4. Média e percentual de adequação total das NHB ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da UTI de um hospital oncológico – Uberaba – MG, 2014.

Necessidades Humanas Básicas	Média	Adequação	ICI (*)	Assistência
Segurança Física	21,8	91,2%	100%	Desejável
Nutrição e Hidratação	16,6	70,0%	100%	Limítrofe
Eliminação	10,2	49,1%	100%	Insuficiente
Registro de Enfermagem	157,2	64,8%	100%	Insuficiente

(*)ICI – Índice de Conformidade Ideal (VITURI, 2007).

Fonte: a autora, 2014.

Na UTI, os maiores problemas também observados foram os padrões de eliminação, a hidratação (identificações dos frascos de soro) e os registros de enfermagem (checagem da prescrição de enfermagem).

O escore de adequação do construto Hidratação na UTI apresenta-se no limite da classificação de qualidade. Esse resultado é devido ao indicador 6, Identificação dos Frascos de Soro, descrito no item ml/h ou gts/min com a sigla ACM (a critério médico), ficando a informação real pendente, resultando em preenchimento incorreto dos rótulos de soro com lacunas importantes de informações para a assistência do paciente.

Tabela 5. Média e percentual de adequação total das NHB ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da Oncologia Clínica de um hospital oncológico – Uberaba – MG, 2014.

Necessidades Humanas Básicas	Média	Adequação	ICI (*)	Assistência
Segurança Física	60,9	81,7%	100%	Adequada
Nutrição e Hidratação	22,3	47,4%	100%	Insuficiente
Eliminação	8,4	37,9%	100%	Insuficiente
Registro de Enfermagem	461,5	44,7%	100%	Insuficiente

(*) ICI – Índice de Conformidade Ideal (VITURI, 2007).

Fonte: a autora, 2014.

Na unidade de Oncologia Clínica observam-se que os problemas concentram-se nos padrões de eliminação, nutrição e hidratação (identificações dos equipos, rótulos de soro e sonda gástrica) e registro de enfermagem (checagens das prescrições médica e registro de sinais vitais).

A NHB de Nutrição e Hidratação da unidade de Oncologia Clínica classificou-se como insuficiente (47,4%), com menor porcentagem de adequação nos indicadores 5 (Identificação do Frasco de Soro) e 8 (Identificação de Sondas Gástricas e Enterais). Essa classificação justifica-se talvez pela ausência de supervisão constante de enfermagem.

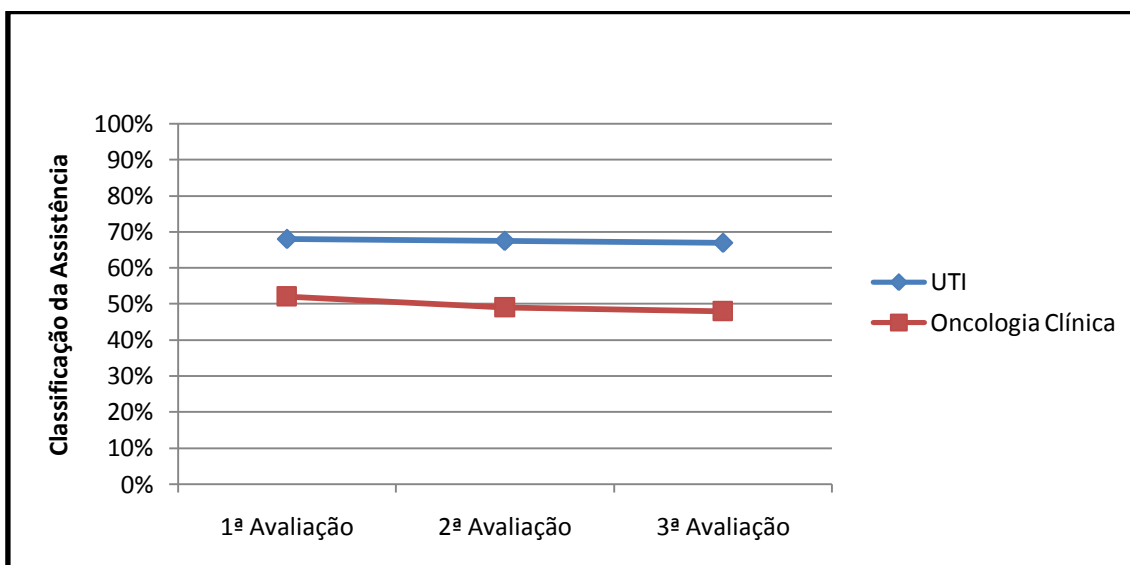
Os indicadores que sobressaíram foram os direcionados para as NHB de segurança física, que obtiveram os mais altos escores de adequação (UTI 91,2%, e 81,7% na oncologia clínica), com classificação Desejável e Adequada, respectivamente.

Diante dos achados é possível supor que no cotidiano da prática as equipes de enfermagem das unidades em estudo não tenham valorizado os cuidados referentes ao cateterismo vesical, apresentando a menor porcentagem de adequação (49,1% na UTI e 37,9% na Oncologia Clínica) em comparação aos outros construtos. A falta de conhecimento técnico e mais uma vez da atuação do enfermeiro pode ter sido a causa dessa classificação negativa.

As classificações dos padrões do Registro de Enfermagem apresentaram, na UTI, 64,8% de adequação e na Oncologia Clínica, 44,7%. Este construto na condição de instrumento de comunicação efetiva entre os diversos profissionais torna-se uma omissão de resultados sobre a terapêutica dos pacientes, visto que, legalmente, o que não está registrado não foi realizado (VITURI, 2013).

Foi observado que a unidade de Oncologia Clínica possui apenas um enfermeiro para a supervisão da assistência de 22 leitos de internação para tratamento clínico de intercorrência oncológica e cuidados paliativos, o que pode dificultar o gerenciamento de enfermagem pela sobrecarga de atividades sob sua responsabilidade. Porém, acredita-se que investimento no aumento do número de recursos humanos e capacitação permanente possam interferir positivamente nesse cenário

Apresenta-se, na sequência, a comparação dos três dias, respectivamente, da avaliação geral por setor: na UTI, 68%, 67,5% e 67% e na unidade de Oncologia Clínica, 52%, 49% e 48%, conforme esquematizado no Gráfico 1.

Gráfico 1. Comparação entre as classificações dos três dias de avaliação por setor

Fonte: a autora, 2014.

O gráfico demonstra uma trajetória retilínea no sentido horizontal, não ocorrendo alterações de crescimento ou queda, do primeiro ao terceiro dia de avaliação do cuidado de enfermagem. Conclui-se que não houve diferença importante relacionada a períodos específicos da internação hospitalar, mantendo-se o mesmo padrão de assistência prestada.

5.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL ONCOLÓGICO DE UBERABA-MG

A seguir, as Tabelas 6 e 7 apresentam as características sociodemográficas, econômicas e profissionais, por unidade, dos profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa.

Tabela 6. Distribuição numérica e percentual dos profissionais de enfermagem, segundo variáveis sociodemográficas. Uberaba, 2014.

Variáveis Sociodemográficas e Econômica	UTI		Oncologia Clínica		Total	
	n	%	n	%	N	%
Sexo						
Masculino	5	26,3%	5	35,0%	12	30,8%
Feminino	14	73,7%	13	65,0%	27	69,2%
Estado Civil						
Solteiro	6	30,0%	9	45,0%	15	37,5%
Casado	13	65,0%	9	45,0%	22	55,0%
Divorciado	1	5,0%	2	10,0%	3	7,5%
Escolaridade						
2 ^o grau	12	60,0%	12	60,0%	24	60,0%
Superior Incompleto	2	10,0%	4	20,0%	6	15,0%
Superior completo	5	25,0%	2	10,0%	7	17,5%
Pós-Graduação	1	5,0%	2	10,0%	3	7,5%
Idade do Profissional						
20 a 30 anos	6	31,6%	12	60,0%	18	46,4%
31 a 40 anos	9	47,5%	5	25,0%	14	35,9%
41 a 50 anos	4	21,1%	2	10,0%	6	15,4%
51 a 55 anos	0	0,0%	1	5,0%	1	2,6%
Estuda						
Estuda	7	35,0%	4	20,0%	11	27,5%
Não Estuda	13	65,0%	16	80,0%	29	72,5%

Fonte: a autora, 2014.

Tabela 7. Distribuição numérica e percentual dos profissionais de enfermagem, segundo variáveis profissionais. Uberaba, 2014.

Variáveis Profissionais	UTI		Oncologia Clínica		Total	
	n	%	n	%	N	%
Categoria Profissional						
Técnico de Enfermagem	16	80,0%	17	85,0%	33	82,5%
Enfermeiro	4	20,0%	3	15,0%	7	17,5%
Número de Vínculo Empregatício						
Mais de 1 Vínculo Empregatício	13	65,0%	11	55,0%	24	60,0%
Apenas 1 Vínculo Empregatício	7	35,0%	9	45,0%	16	40,0%
Tempo de Trabalho no Hospital						
1 a 5 anos	13	68,4%	16	85,0%	29	77,0%
6 a 10 anos	3	15,9%	2	10,0%	5	12,9%
11 a 15 anos	3	15,9%	0	0,0%	3	7,8%
16 a 20 anos	0	0,0%	1	5,3%	1	2,6%
Tempo de Experiência na Profissão de Enfermagem						
1 a 5 anos	11	55,0%	10	50,0%	21	52,5%
6 a 10 anos	7	35,0%	9	45,0%	16	40,0%
11 a 42 anos	2	10,0%	1	5,0%	3	7,5%
Horário de Trabalho no Hospital						
Diurno	11	55,0%	10	50,0%	21	52,5%
Noturno	9	45,0%	10	50,0%	19	47,5%

Fonte: a autora, 2014.

A média de idade dos participantes foi de 32,59 anos, variando entre 20 e 55 anos. Apresenta na UTI 47,5% na faixa etária de 31 a 40 anos e na Oncologia Clínica, 60% de 20 a 30 anos. A média de idade dos enfermeiros foi um pouco menor (30,71 anos) que a média de idade dos técnicos de enfermagem (33 anos).

Nas duas unidades predominaram os profissionais do sexo feminino, com 73,7% na UTI e 65,0% na Oncologia Clínica. Quanto ao estado civil, a UTI apresentou 65,0% de profissionais casados e a Oncologia Clínica, a mesma proporção de solteiros e casados (45,0%).

Quanto aos profissionais que continuam estudando, o resultado foi de apenas 35,0% na UTI e 20,0% na Oncologia Clínica.

Quanto à avaliação profissional, participaram do estudo (82,5%) técnicos de enfermagem e (17,5%) enfermeiros. Do total de participantes, 47,5% possuíam

mais de cinco anos de atuação na profissão, 40% possuíam apenas um vínculo empregatício e 52,5% trabalhavam no turno diurno.

Na UTI e na Oncologia Clínica predominaram profissionais com até cinco anos de trabalho no Hospital, com percentuais de 68,4% e 85,0%, respectivamente. Apenas um (5,3%) profissional com mais de 15 anos de vínculo empregatício está lotado na unidade de Oncologia Clínica.

5.3 AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO

A escala utilizada na avaliação do contexto de trabalho apresenta grandes vantagens na produção de um rápido diagnóstico situacional pertinente as condições, organizações e relações profissionais, destacando as principais características satisfatórias, críticas e graves do ambiente laboral, acarretando subsídios para tomada de decisões (MENDES; FERREIRA, 2008).

Os resultados da avaliação do contexto de trabalho estão expostos na Tabela 8, por meio dos escores mínimos, máximos, média, mediana e desvios-padrão de cada fator da EACT.

Tabela 8. Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os Fatores da Escala de Avaliação das Condições, Organização e Relações de Trabalho – EACT aplicada à Equipe de Enfermagem de um Hospital Oncológico de Uberaba, 2014.

	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão	α
FATORES			UTI			
Condições de trabalho – CT	3,70	1,40	2,55	2,45	0,609	
Organização do trabalho – OT	4,11	2,89	3,65	3,77	0,374	
Relações Socioprofissional – RS	3,82	1,27	2,36	2,45	0,747	
FATORES			ONCOLOGIA CLÍNICA			
Condições de trabalho – CT	3,40	1,60	2,27	2,20	0,507	
Organização do trabalho – OT	4,33	2,33	3,53	3,55	0,470	
Relações Socioprofissional – RS	2,64	1,36	2,02	2,04	0,382	
FATORES			TOTAL			
Condições de trabalho - CT	3,70	1,40	2,41	2,35	0,571	0,51
Organização do trabalho - OT	4,33	2,33	3,59	3,66	0,424	0,75
Relações Socioprofissional - RS	3,82	1,27	2,19	2,13	0,610	0,74

Fonte: a autora, 2014.

Foi observado que o profissional de enfermagem que obteve menor escore nos fatores da EACT atingiu 1,27 ponto na UTI, e o que obteve maior escore 4,33 pontos na unidade de Oncologia Clínica, e quanto maior o valor, maior o impacto negativo dos itens que compõem os fatores do contexto de trabalho. Considerando a média dos escores dos fatores das duas unidades do estudo, a variação obtida foi de 2,19 a 3,59 pontos.

O fator que apresentou maior escore médio foi o de Organização do Trabalho na UTI, com 3,65 pontos e, na sequência, 3,53 na unidade de Oncologia Clínica. Já o que demonstrou o menor escore médio foi o de Relações Socioprofissionais na unidade de Oncologia Clínica, com valor de 2,02. Este resultado não condiz com o estudo de Shimizu e Júnior (2012), realizado com a equipe da Estratégia Saúde da Família, pelo fato das relações socioprofissionais se classificarem como a situação mais grave no contexto atual, incidindo negativamente no processo de trabalho.

O fator Condição de Trabalho na UTI enquadrou-se como crítico (2,55), ou seja, atende no limite as necessidades dos colaboradores para desempenho das funções. Esse resultado corrobora com Gontijo (2012), que apresentou um contexto crítico, identificado pela atual infraestrutura e práticas administrativas. Diferem dados achados na Oncologia Clínica, que exibiu resultado positivo (2,27), produtor de bem-estar no trabalho.

A avaliação da Organização do Trabalho no contexto geral das unidades foi considerada a mais crítica (3,59), o que sugere a existência de itens apresentando insuficiência e que a instituição deve estar atenta, tomando medidas práticas para melhorias desse fator. Os resultados levantados por Shimizu e Junior (2012) também identificam parâmetros críticos nas Organizações de Trabalho, evidenciando um processo taylorizado, propondo uma visão de gestão mais democrática, direcionada para o incremento da produtividade na renormatização do trabalho.

A consistência interna da EACT para os domínios foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade alfa (α) de Cronbach. O coeficiente α de Cronbach mostra valores altos, maiores de 0,512, atestando moderada consistência interna para o domínio de Condições de Trabalho e alta consistência interna para os domínios de Organização do Trabalho e Relações Socioprofissional na população

de trabalhadores de enfermagem das duas unidades analisadas neste estudo, apontando que esse instrumento atinge seus objetivos de medir o que se propõe.

Recorremos, para melhor compreensão dos resultados, a uma análise descritiva dos escores médios encontrados em cada item que compõe os fatores da EACT, detalhando as médias (Tabelas 9, 10 e 11).

Tabela 9. Médias, medianas e desvios-padrão dos itens referentes ao fator Organização do Trabalho da EACT aplicado ao profissional de enfermagem de um hospital oncológico de Uberaba – MG, 2014.

Fatores/Itens	UTI			Oncologia Clínica		
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão
1. O ritmo de trabalho é acelerado	3,80	4,00	0,616	3,85	4,00	0,813
2. As tarefas são cumpridas com pressão temporal	3,65	4,00	0,745	3,00	3,00	1,124
3. A cobrança por resultado é presente	4,65	5,00	0,587	4,05	4,00	0,826
4. As normas para a execução de tarefas são rígidas	4,10	4,00	0,912	3,70	3,50	0,923
5. Existe fiscalização do desempenho	4,50	5,00	0,889	4,05	4,50	1,050
6. O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	3,05	3,00	0,510	3,20	3,00	1,105
7. Os resultados esperados estão fora da realidade	2,40	3,00	0,883	2,75	3,00	0,910
8. Falta de tempo para realizar pausa de descanso no trabalho	3,00	3,00	0,725	3,10	3,00	1,021
9. Existe divisão entre quem planeja e quem executa	3,75	4,00	1,251	4,10	5,00	1,373

Fonte: a autora, 2014.

O primeiro fator da EACT é a Organização do Trabalho, definido como a “divisão das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho”. É composto por nove itens. Os resultados para esse fator se enquadram na categoria crítica, representando “resultado mediano. Indicando situação-limite, potencializando o mal-estar no trabalho” (MENDES; FERREIRA, 2008, p.116).

Nesse, os itens *o ritmo do trabalho é excessivo, a cobrança por resultado é presente e existe fiscalização do desempenho* obtiveram as médias mais altas (acima de 3,7) em ambas as unidades. Os itens *as normas para a execução de*

tarefas são rígidas, na UTI, e *existe divisão entre quem planeja e quem executa*, na unidade de Oncologia Clínica, também foram interpretados como graves, apresentando média de 4,10. Os resultados demonstram que a cobrança por desempenho de qualidade pela instituição é elevada, como também há forte pressão para a realização das tarefas. Demonstra que o colaborador não possui poder para a tomada de decisão, tudo é preestabelecido seguindo normas institucionais, o que acaba por inibir, de certa maneira, a criatividade e também a motivação do profissional no ambiente organizacional.

Em um estudo realizado por Gontijo (2012), com profissionais de enfermagem no PSF de Uberaba, os itens que impactam mais negativamente para o fator Organização do Trabalho se referem à *cobrança por resultados*, à *existência da separação entre quem planeja e quem executa as atividades* e à *rigidez das normas relativas às tarefas*, corroborando com os achados deste estudo.

Nos atuais modelos de gestão do trabalho, o peso da Organização do Trabalho (cobrança, ritmo, pressão) mostra-se evidente na conservação do modelo rígido taylorista. O desafio dessas decisões envolve ampliar a participação dos trabalhadores, por meio de suas representações e no próprio ambiente de trabalho, pelo desenvolvimento de discussão e negociação entre trabalhadores e gestores, em favor da quebra dos moldes autoritários de administração do trabalho (CAMPOS; DAVID, 2011).

O item, *número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas* apresentou escore médio de 3,05 (UTI) e 3,20 (OC), classificando o contexto de trabalho nos dois setores como crítico, o que sinaliza estado de alerta. Regis e Porto (2011) demonstraram em seu estudo que as insatisfações da equipe de enfermagem concentram-se nas necessidades de segurança, como, por exemplo, na quantidade insuficiente de trabalhadores nas unidades. Assim, essas insatisfações podem interferir no alcance do crescimento profissional, comprometendo o desenvolvimento adequado no trabalho. Para garantir um cuidado de qualidade é necessário que a equipe de enfermagem esteja mais satisfeita, para que seu desempenho ao assistir o paciente possa estar plenamente desenvolvido.

Tabela 10. Médias, Medianas e Desvios-Padrão dos itens referentes ao fator Condições de Trabalho da EACT aplicada ao profissional de enfermagem de um Hospital Oncológico de Uberaba-MG, 2014

Fatores/Itens	UTI			Oncologia Clínica		
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão
10. As condições de trabalho são precárias	2,55	3,00	0,826	2,25	2,00	0,967
11. O ambiente físico é desconfortável	1,90	2,00	0,912	1,60	1,00	1,095
12. Existe barulho no ambiente de trabalho	3,40	3,50	1,231	2,75	2,00	1,293
13. Mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	2,80	3,00	1,152	1,70	1,00	0,865
14. Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	2,85	2,50	1,182	2,85	3,00	0,875
15. O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas	2,15	2,00	0,875	1,60	1,00	0,821
16. Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	2,70	3,00	0,865	2,75	3,00	0,851
17. O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1,95	2,00	0,887	1,80	1,00	1,056
18. As condições de trabalho oferecem risco à segurança física das pessoas	2,40	2,00	1,273	2,25	2,00	1,020
19. O material de consumo é insuficiente	2,85	3,00	0,933	3,20	3,00	0,834

Fonte: a autora, 2014.

O segundo fator da EACT, composto por dez itens, é o fator de Condições de Trabalho, que pode ser definido como a “qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponibilizados para a execução do trabalho” (MENDES; FERREIRA, 2008, p.116). Foi um fator com alguns itens bem-avaliados pelos profissionais de enfermagem das unidades, porém, a média total (2,41) obtida indica também “situação-limite”, sinalizando estado de alerta para providências imediatas a curto e médio prazo. Campos e David (2011) em seu estudo identificaram as Condições de Trabalho como o fator melhor avaliado pelos enfermeiros intensivistas, com baixo risco para adoecimento dos profissionais.

Certificamos que os itens que mais impactaram este fator, nas duas unidades, foram: *existe barulho no ambiente de trabalho* (UTI = 3,40 e OC = 2,75), *os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas* (UTI e OC =

2,85), os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários (UTI = 2,70 e OC = 2,75) e o material de consumo é insuficiente (UTI = 2,85 e OC = 3,20).

A UTI apresentou um impacto maior relacionado à quantidade de resultados com avaliação crítica: os itens *as condições de trabalho são precárias, mobiliário existente no local de trabalho é inadequado, as condições de trabalho oferecem risco à segurança física das pessoas* apresentaram escore médio de 2,55; 2,80 e 2,40, respectivamente. E a unidade de Oncologia Clínica impactou mais itens positivos, ou seja, resultados satisfatórios.

Essa avaliação é própria de instituições privadas no âmbito do SUS, com grande dificuldade da adequação de sua estrutura física e material, e contexto de trabalho com difíceis e precárias condições, o que implica riscos para a assistência prestada aos clientes.

O item que apresentou maior média ($\mu = 3,40$) foi: *existe muito barulho no ambiente de trabalho*, na UTI. Esses dados corroboram com os estudos realizados por Campos, David (2011), Gontijo (2012), Sznitowski et al. (2012), Shimizu e Júnior (2012).

A Terapia Intensiva é um setor fechado, com acústica local adversa, aumentando a sensibilidade ao ruído. Os alarmes dos vários equipamentos presentes na unidade são frequentes. Esses alarmes são fundamentais na vigilância do paciente, para a identificação de situações com padrões de anormalidades (CAMPOS; DAVID, 2011), garantindo atendimento no tempo hábil e, conseqüentemente, segurança e qualidade na assistência. Por outro lado, Sznitowski et al. (2012) consideram esse fato negativo, pois pode acarretar falta de concentração para realizar as atividades.

Os itens relacionados às Condições de Trabalho mais favoráveis, de acordo com suas frequências, foram *o ambiente físico é desconfortável e o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado*, os quais podem evidenciar que a instituição apresenta uma estrutura física adequada, planejada e de alto padrão, tendo em vista que ambientes que causem desconforto com espaço físico inadequado interferem na produtividade do trabalhador.

Uma pesquisa bibliográfica sobre o tema “Qualidade da Assistência de Enfermagem”, realizada por Silva e colaboradores (2012), assemelha a falta de recursos físicos com o déficit na qualidade do cuidado de enfermagem, destacando

que ambientes insalubres e inadequados provocam a falta de controle dos supervisores sobre os colaboradores, e como consequência, a desmotivação profissional. Além de dificultar a otimização do tempo na realização de tarefas, podendo ser um indutor de erros durante as atividades de enfermagem.

Tabela 11. Médias, Medianas e Desvios-Padrão dos itens referentes ao fator Relações Socioprofissionais da EACT aplicada ao profissional de enfermagem de um Hospital Oncológico de Uberaba – MG, 2014.

Fatores/Itens	UTI			Oncologia Clínica		
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio-Padrão
20. As tarefas não estão claramente definidas	2,25	2,00	1,33	2,40	2,00	1,42
21. A autonomia é inexistente	2,10	2,00	1,07	2,15	2,00	0,93
22. A distribuição de tarefas é injusta	2,30	2,00	1,30	1,70	2,00	0,80
23. Os funcionários são excluídos das decisões	2,85	2,50	1,72	2,45	2,50	1,19
24. Existem dificuldades na comunicação chefia-subordinados	2,05	2,00	1,27	1,95	1,50	1,19
25. Existem disputas profissionais no local de trabalho	2,30	2,00	1,34	1,60	1,00	0,75
26. Existe individualismo no ambiente de trabalho	2,55	3,00	1,23	2,20	2,00	1,10
27. Existem conflitos no ambiente de trabalho	2,45	3,00	0,99	1,90	2,00	0,96
28. A comunicação entre funcionários é satisfatória	2,30	2,00	1,21	2,10	2,00	0,71
29. As informações de que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	2,35	2,00	1,08	1,65	1,50	0,745
30. Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	2,50	3,00	1,357	2,15	2,00	0,813

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

As relações socioprofissionais consistem no terceiro fator dessa escala, possuem onze itens e “expressa os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional” (MENDES; FERREIRA, 2008). Esse fator apresentou resultado satisfatório a crítico em ambas as unidades, principalmente na UTI.

Apesar de seus itens apresentarem médias menores, eles expressam as novas propriedades e paradigmas dos modelos atuais de gestão do trabalho. O item *os funcionários são excluídos das decisões*, na UTI e da Unidade de

Oncologia Clínica, apresentaram avaliação crítica, 2,85 e 2,45, respectivamente, o que corrobora o estudo de Campos e David (2011) no que se refere à disparidade presente entre o trabalho prescrito e o real, acarretando dificuldades para o trabalhador por gerar sobrecarga de trabalho.

O trabalho de enfermagem hospitalar, especialmente na UTI, tem como atributo a variabilidade, o que significa que a assistência prestada não se resume simplesmente à técnica, incluindo também a relação com diversos eventos imprevisíveis. Essa variabilidade configura o trabalho real, cabendo aos profissionais de enfermagem ministrar essa inconstância e propiciar a realização dos cuidados (CAMPOS; DAVID, 2011). A inclusão dos profissionais na gestão de processos é indispensável para uma assistência de enfermagem de qualidade, proporcionando segurança ao paciente nos procedimentos executados.

Os itens *existem individualismo no ambiente de trabalho, existem conflitos no ambiente de trabalho e falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional* obtiveram médias moderadas (entre 2,4 e 2,9) na UTI. Na unidade de Oncologia Clínica, o item *as tarefas não estão claramente definidas* também foi interpretado como crítico, apresentando média de 2,4.

Nota-se que, em relação ao fator Relações Socioprofissionais, os trabalhadores de enfermagem percebem no ambiente de trabalho a presença de individualismo e conflitos interpessoais; esses dados também foram encontrados por Gontijo (2011).

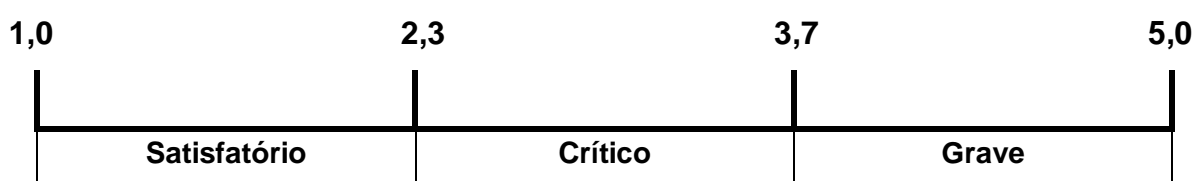
As médias satisfatórias, ou seja, “[...] resultado positivo e produtor de bem-estar no trabalho. Aspecto a ser mantido e consolidado no ambiente organizacional” (MENDES; FERREIRA, 2008, p.116), foram alcançadas na UTI no item 24 — *existem dificuldades na comunicação chefia-subordinados* —, com média de 2,05 pontos, e na Oncologia Clínica, o item 29 — *as informações de que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso* —, com escore médio de 1,65 ponto.

Os estudos de Regis e Porto (2011) apresentaram resultados relevantes relacionados às necessidades dos profissionais de enfermagem e suas interferências no cuidado. Neste sentido, os achados também sinalizam para a responsabilidade dos gestores dos serviços de saúde em relação à diminuição dos efeitos maléficos do trabalho sobre os cuidadores de enfermagem no âmbito hospitalar, visto que as insatisfações percebidas não foram apenas de natureza

social ou pessoal, mas envolveram condições e organizações de trabalho. É necessário que as instituições atendam a essas necessidades, pois elas comprometem o desenvolvimento profissional e influenciam na qualidade do cuidado de enfermagem. Para minimizar esse cenário, se faz necessário que a equipe realize reuniões periódicas, pontuando suas insatisfações e mostrando para a gerência a sua possível interferência no cuidado realizado.

Para a interpretação dos escores médios obtidos nos itens da EACT, os resultados obtidos são interpretados conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 2. Parâmetros quantitativos para interpretação dos dados da EACT



Fonte: Mendes; Ferreira (2008).

As baixas médias significam resultado positivo e produtor de bem-estar no trabalho; médias classificadas como moderadas indicam um resultado mediano, indicador de situação-limite, potencializando o mal-estar no trabalho e risco de adoecimento. E, por fim, as médias altas referem-se a resultado negativo, produtor de mal-estar no trabalho e forte risco de adoecimento, conforme Quadro 2.

Tabela 12. Comparação dos escores médios dos fatores da EACT dos profissionais de enfermagem em um hospital oncológico, considerando a categoria profissional e outro vínculo empregatício, Uberaba – MG, 2014.

Variáveis N = 40	Condições de Trabalho (CT)			Organização de Trabalho (OT)			Relações Socioprofissionais (RS)			
	n	\bar{X}	s	p^*	\bar{x}	s	p^*	\bar{x}	s	p^*
Cargo										
Enfermeiro	7	2,52	0,40	0,57	3,49	0,31	0,49	2,21	0,33	0,95
Técnico de enfermagem	33	2,39	0,60		3,62	0,45		2,19	0,66	
Outro Vínculo empregatício										
Não	16	2,49	0,52	0,48	3,65	0,46	0,48	1,94	0,41	0,03
Sim	24	2,36	0,61		3,55	0,40		2,36	0,67	

*Teste t de Student.

Fonte: a autora, 2014.

Na Tabela 12, as médias dos escores para os fatores do contexto de trabalho são semelhantes entre os grupos definidos tanto para categoria profissional quanto para a presença ou não de outro vínculo empregatício.

Pressupõe-se que o profissional de enfermagem que apresenta outro vínculo empregatício avaliaria o contexto de trabalho de maneira mais negativa que aquele que possui apenas um vínculo. Portanto, os resultados asseguraram essa hipótese nas Relações Socioprofissionais ($p = 0,03$). Existindo diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância $\alpha = 0,05$.

A categoria profissional não apresentou influência em nenhum item do contexto de trabalho. E a presença de mais de um vínculo empregatício não evidenciou influência no contexto das Condições e Organização do Trabalho, a não ser no item Relações Socioprofissionais.

As relações no trabalho podem afetar diretamente a satisfação dos integrantes da equipe de enfermagem e a qualidade dos serviços (REGIS; PORTO, 2011). Podemos considerar que os profissionais submetidos a excessivas jornadas de trabalho têm as relações socioprofissionais prejudicadas, e estão mais insatisfeitos, afetando o cuidado de enfermagem prestado ao paciente.

A dupla jornada de trabalho proporciona esgotamento físico. Assim, Regis e Porto (2011) apontam também que a equipe de enfermagem cansada, com sono, triste, insatisfeita e sem reconhecimento não consegue estar inteiramente alerta às necessidades do paciente. O ser humano necessita atender às próprias necessidades para depois notar e prover as necessidades do outro.

Tabela 13. Correlação de Pearson dos fatores da EACT dos profissionais de enfermagem em um hospital oncológico, considerando o tempo de experiência profissional e o tempo de trabalho na instituição do estudo. Uberaba, 2014

Variáveis N = 40	Tempo de Experiência Profissional		Tempo de Trabalho na Instituição	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Condições de Trabalho	-0,04	0,80	0,08	0,62
Organização de Trabalho	0,03	0,81	0,10	0,54
Relações Socioprofissionais	0,10	0,52	0,02	0,86

*Correlação de Pearson.

Fonte: a autora, 2014.

A Tabela 13 apresentou ausência de associação entre os coeficientes dos fatores do contexto de trabalho com o tempo de experiência profissional e o tempo de trabalho na instituição do estudo.

Conjecturou-se se o profissional de enfermagem que apresenta tempo de experiência ou de contrato institucional maior avaliaria o contexto de trabalho de maneira mais crítica que aquele com menor vivência profissional. Portanto, os resultados não asseguraram essa hipótese. Não existindo relação estatisticamente significativa para os diferentes coeficientes de correlação.

5.4 QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E CONTEXTO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A seguir, a Tabela 14 apresenta os resultados da mensuração da qualidade do cuidado de enfermagem e a avaliação do contexto de trabalho dos profissionais de enfermagem que participaram do estudo das unidades de Terapia Intensiva e Oncologia Clínica, com o intuito de identificar a associação bivariada.

Tabela 14. Comparação entre o percentual de adequação total ao padrão de qualidade e classificação do cuidado de enfermagem com a média das dimensões analíticas do Contexto de Trabalho aplicada ao profissional de enfermagem da UTI e Oncologia Clínica de um hospital oncológico. Uberaba – MG, 2014

Unidade	UTI		Oncologia Clínica	
	Adequação	Assistência	Adequação	Assistência
Qualidade do cuidado de enfermagem	67,4%	Insuficiente	52,95%	Insuficiente
Fatores do Contexto de Trabalho	Média	Contexto	Média	Contexto
Condições de Trabalho	2,55	Crítico	2,27	Satisfatório
Organização do Trabalho	3,65	Crítico	3,53	Crítico
Relações Socioprofissional	2,36	Crítico	2,02	Satisfatório

Fonte: a autora, 2014.

Na Tabela 14 foi possível identificar que a qualidade da assistência de enfermagem é insuficiente nas duas unidades. A UTI apresentou uma classificação do cuidado melhor, se comparada à outra unidade. Contudo, seu contexto de trabalho é crítico, com resultado mediano, indicador de situação-limite, o que

potencializa o mal-estar laboral. A unidade de Oncologia Clínica apresenta parâmetros satisfatórios a crítico, o que indica resultado positivo e produtor de bem-estar nos fatores Condições de Trabalho e Relações Socioprofissionais. Referente à Organização do Trabalho, a Oncologia Clínica apresenta classificação crítica, semelhante à identificada na UTI.

6 CONCLUSÕES

A qualidade dos cuidados de enfermagem foi classificada como insuficiente nas duas unidades, com predomínio de indicadores aquém do satisfatório.

Os indicadores em comum, com padrão de qualidade prejudicado em ambas as unidades, foram a identificação dos frascos de soros, ou seja, preenchimento incompleto dos rótulos, e a fixação da Sonda Vesical de Demora, já que a maioria das sondas não estava fixada e apresentava posicionamento inadequado do prolongamento da bolsa coletora de diurese, isto é, grande parte das sondas não estava posicionada adequadamente no local de proteção da bolsa, a fim de evitar o contato com o chão.

Na UTI, o indicador mais agravante, além dos descritos anteriormente, foram às checagens das prescrições de enfermagem, identificando a falta de valorização da prescrição por toda a equipe como impedimento para alcançar a adequação e qualidade dessa etapa do processo de enfermagem. Na Oncologia Clínica, o indicador com classificação preocupante foi à identificação das sondas gástricas e enterais.

Os profissionais de enfermagem que participaram do estudo nas duas unidades eram predominantemente do sexo feminino, com média de 32,5 anos, casados, com 2^o grau completo e não estudavam. Referente às características profissionais, a maioria dos técnicos de enfermagem tinha mais de um vínculo empregatício, com tempo médio de experiência profissional de 6,75 anos e média de 4,13 anos de vínculo empregatício com a instituição do estudo. Os horários de trabalho da equipe de enfermagem estavam uniformemente distribuídos entre diurno e noturno.

O fator mais *grave* do contexto de trabalho, na UTI, foi a Organização de Trabalho, sendo que os itens que mais impactaram negativamente este fator foram o ritmo de trabalho acelerado, a cobrança por resultados, as normas para execução de tarefas rígidas e a existência de fiscalização de desempenho. Na unidade de Oncologia Clínica o resultado foi semelhante, porém, além dos itens citados, foi também interpretado como *grave* o item *existe divisão entre quem planeja e quem executa*. As normas para a execução de tarefas foram avaliadas com média baixa, caracterizando um contexto *crítico*.

O fator Condições de Trabalho, no geral, foi avaliado como crítico, e os itens que mais influenciaram negativamente na UTI foram o barulho no ambiente de trabalho, o mobiliário inadequado e os materiais e instrumentos insuficientes para realização das tarefas, corroborando os achados na Oncologia Clínica, com exceção dos mobiliários, que foram classificados como *satisfatórios*.

No fator Relações Socioprofissionais, o item mais afetado nas duas unidades envolvia a exclusão dos funcionários das decisões, apresentando um resultado geral *satisfatório*.

A variável vínculo empregatício teve correlação com o fator Relações Socioprofissionais, sendo que possuir mais de um vínculo empregatício torna mais negativo o contexto de trabalho para este fator. O tempo de experiência e o vínculo profissional com a instituição não apresentaram correlação significativa com os fatores do contexto de trabalho.

Diante do exposto, concluímos que a qualidade da assistência prestada está relacionada com o contexto de trabalho do profissional de enfermagem, associada principalmente ao fator de Organização do Trabalho. Portanto, é fundamental o conhecimento da dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem, para o planejamento de ações de promoção e prevenção, com foco num contexto de trabalho satisfatório, sem comprometimento do desempenho do trabalhador e da qualidade do cuidado de enfermagem.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo trouxeram informações que possibilitaram identificar as inadequações nas unidades avaliadas da instituição em estudo, relacionadas à qualidade do cuidado de enfermagem. As ações dos profissionais de enfermagem relativas à adequação ao modelo de qualidade dos indicadores revelaram-se comprometidas, principalmente no que se refere às necessidades de eliminação e aos registros de enfermagem.

O agravamento do percentual de inadequação foi atribuído à organização de trabalho dos profissionais de enfermagem, ou seja, a sobrecarga de atividades, o número reduzido de recursos humanos, a alta taxa de ocupação dos leitos e o tipo de cuidados prestados resultam em atividades mecanicistas e fragmentadas desempenhadas pelos enfermeiros, a fim de atenderem as demandas do serviço, uma vez que não dispõem de tempo suficiente para o planejamento das ações. Essa falta de tempo e planejamento compreende as dificuldades apresentadas na implementação do processo de enfermagem, distanciando o enfermeiro da assistência e aproximando-o das atividades burocráticas e administrativas.

A partir dos resultados expostos, pertinentes à percepção dos profissionais de enfermagem sobre o seu Contexto de Trabalho, através da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), este estudo permitiu aproximar os focos da realidade e identificar os que precisam de atenção, propondo condutas no sentido de garantir a qualidade da assistência prestada.

Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e o contexto de trabalho do profissional de enfermagem possibilitou detectar competências e limitações no campo do estudo, auxiliando na reorganização das atividades assistenciais e gerenciais. Compete uma análise mais profunda dos problemas levantados, no sentido de alcançar mecanismos que possam minimizá-los, para que o profissional tenha condições de realizar um cuidado de melhor qualidade, o que, conseqüentemente, contribuirá para o crescimento da instituição.

REFERÊNCIAS

AIKEN, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **British Medical Journal**, 2012. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf> >. Acesso em: 20 dez. 2013.

AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER. **Missão**. Disponível em: <http://www.nursecredentialing.org/Mission-Statement>. Acesso em: 8 set 2014.

BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n.3, jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, 2006. Disponível em: < www.saude.mt.gov.br/arquivo/4298 >. Acesso em: 18 dez. 2013.

_____. Portaria nº 3.012, de 1º de dezembro de 2009. Torna pública a proposta de Projeto de Resolução “Regulamento Técnico Mercosul para Produtos com Ação Antimicrobiana Utilizados em Artigos Críticos e Semi-críticos, Áreas Críticas e Semi-Críticas e Esterilizantes” e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, n. 230, p. 70, 2 dez. 2009.

_____. Anvisa; Fiocruz. **Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente**, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf>. Acesso em 22 out. 2013.

_____. ANVISA. Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, n. 37, p. 48-51, 25 fev. 2010.

CAMPOS, J. F; DAVID, H. S. L. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 363-8, 2011.

CATIRA, L. et al. **Norma ISO 9000**. Funchal, abril 2009. Disponível em: <<http://max.uma.pt/~a2093007/images/trabalho2.pdf>>.

CAMELO, S. H. H. et al. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 1018-25, 2009.

CALDANA, G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 34, n.2, p. 187-94, jul./dez. 2013

CANAVEZI, C. M. **Dimensionamento de pessoal**. São Paulo: Coren-SP, 2009. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Dimensionamento/livreto_de_dimensionamento.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

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

CINTRA, E. A. et al. Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. **Journal Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 28, n. 1, p.29-34, 2010.

CHEUNG, R. B. et al. Nursingcare and patientoutcomes: international evidence. **Enfermería Clínica**, Madrid, v. 18, n. 1, p. 35-40, 2008.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Northfield, v.114, n.1, p. 1.115-8, 1990.

ELLIOT, T. M.; YISI, L, The nine rights of medication administration: an Overview. **British Journal of Nursing**, Londres, v. 19,n. 5, p. 300-5, 2010.

FARAH, R. **Consórcio Brasileiro de Acreditação**. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/site/artigo-do-mes/queda-do-leito/>. Acesso em 22 out. 2013.

FRANCO, J. N. et al. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v.63, n.5, p. 806-10, out. 2010.

FERREIRA, N. M. L. A.; MARASSI, R. P. Avaliando condutas na preservação da infusão venosa no doente hospitalizado. **Prática Hospitalar**, São Paulo, v.7, n.39, p. 67-74, 2005.

FREITAS et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 454-60, maio-jun. 2014.

FUMINCELLI, L. et al. Produção científica sobre eliminações urinárias em periódicos de enfermagem brasileiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 127-31, 2011.

GABASSA, V. C. História da gestão da qualidade do cuidado. In: GABASSA, V. C. **Gestão da qualidade em Saúde (Perfil)**. 2012. Disponível em: <<http://valeriagabassa.wordpress.com/2012/10/23/historico-da-gestao-da-qualidade-em-saude/>>. Acesso em 30 set. 2014.

GODOI, M. et al. Auditoria de custo: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 403-8, 2008.

GONÇALVES, V. L. M. Anotação de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. (org.). **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001, p. 221-33.

GONTIJO, Laís Marques. **Avaliação da qualidade de vida e contexto de trabalho da equipe de enfermagem da ESF de Uberaba- MG**. 90f. 2012. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, Uberaba (MG), 2012.

GRADY, et al. **Diretrizes para a prevenção da intravasculares infecções relacionadas a cateteres**. Atlanta, 2002. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>. Acesso em 22 out. 2013.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem**: o processo de avaliação em hospital universitário público. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Ribeirão Preto, 2004.

HADDAD, M. C. L.; ÉVORA, Y. D. M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, Supl. 1, p. 45-52, 2008.

INOUE, K. C. et al. Risco de queda da cama: o desafio da enfermagem para a segurança do paciente. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v.29, n.3, p. 459-66, out-dez 2011.

LIMA, A. F. C.; KURGANCT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.62, n.2, p. 234-9, 2009.

LEÃO, E. R. et al. Excelência Assistencial: a Designação Magnet. **Prática Hospitalar**, São Paulo, Ano XIV, n. 82, p. 4-142, 2012.

MAGALHAES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente – estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n. spe, p. 146-154, 2013.

MATSUDA, L. M.; CARVALHO, A. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, Supl. 2, p.337-346, 2007.

MATTIAS, S. R. et al. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: qual a melhor estratégia para o repasse dos resultados? **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 30, n. 2, p. 121-30, 2009.

MEIRELES, V. C. et al. Avaliação da qualidade do cuidado relacionado ao acesso venoso periférico. **Anais Eletrônico**, VIII – Encontro Internacional de Produção Científica. Maringá: Cesumar, out. 2011.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Contexto de Trabalho. In: SIQUEIRA, M. M. M. (Org.). **Medidas do Comportamento Organizacional: Ferramentas de Diagnóstico e Gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.111-23.

MENDONÇA, K. M. et al. Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.330-3, 2011.

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

MOTA, M. M. P. E. Metodologia de Pesquisa em Desenvolvimento Humano: Velhas Questões Revisitadas. **Psicologia em Pesquisa**. Juiz de Fora, v. 4, n. 2, p.144-149, jul-dez. 2010.

NASCIMENTO et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-751, jul/ago. 2008.

PADILHA, E. F.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 684-91, jul/ago, 2011.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, 595p.

PETERLINI, O. L. G; ZAGONEL, I. P. S. **Explorando a Avaliação: um instrumento básico para o gerenciamento do cuidado em saúde coletiva**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v.8, n.2, dez. 2005. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1690/1398>>. Acesso em 27 set. 2014.

PIMPÃO, F. D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p. 405-10, jul/set. 2010.

POLIT, D. F.; BECH, C.T. **Fundamentos e pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTTER, P. A. PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRADO, P. R.; ASSIS, W. A. L. M. A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares. **Cuida Arte Enfermagem**, Catanduva, V. 5, n.1, p. 62-68, jan/jun. 2011.

RAMPAZZO, L. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: Loyola, 2002.

_____. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 2005.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n.2, p. 334-41. 2011.

Roque, K. E. ;MELO, E. C. M. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 121-127, jan/mar. 2012.

SANTIAGO, A. R. J. V.; CUNHA J. X. P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.4, n.3, p. 443-48. 2011.

SENTONE, A. D. D. et al. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em um hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.10, n.3, p. 467-73.2012.

SETZ, V. G.; INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.313-7. 2009.

SHIMADA, C. S. **Acessos venosos em oncologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014, 93p.

SILVA, L. G. C. et al. Dez anos buscando a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem em um hospital universitário. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v.1, n.01.p. 44-56. 2012.

SOUZA et al. Prescrição de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. (org.). **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001, p.185-97.

SHIMIZU, H. E. JÚNIOR, D. A. C. O processo de trabalho na estratégia saúde da família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414. 2012.

SZNITOWSKI, A. M.; SOUZA, D. J. R.; LEINTER, C. P. S. Análise do contexto de trabalho em um departamento da Secretária de Administração Pública de Tangará da Serra – MT. **Anais**, XV Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, São Paulo, Ago. 2012.

TORRES, R. M.; CASTRO, C. G. S. O. Gerenciamentos de eventos adversos relacionados a medicamento em hospitais. **Revista Eletrônica de Administração Hospitalar**. Rio de Janeiro, v. 3, n.1. 2007.

VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.1, p. 11-15. 2010.

VITURI, Dagmar Willamowius **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem**. Maringá-PR, 2007. 238 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Programa de pós Graduação em Enfermagem, Maringá (RS), 2007.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação do conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 429-37. 2009.

VITURI, Dagmar Willamowius. **Avaliação como princípio da Gestão da Qualidade**: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. 2013, 208p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Enfermagem Fundamental, Ribeirão Preto (SP), 2013.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 234-40, Mar-abr. 2014.

WACTHER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

APÊNDICE A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba – MG
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO SUJEITOS MAIORES DE IDADE

Título do Projeto:

QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E CONTEXTO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E CONTEXTO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO”, por estar internado no hospital do estudo. Os avanços na área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade do cuidado e o contexto de trabalho do profissional de enfermagem. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto:

QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E CONTEXTO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3318-5854

APÊNDICE B



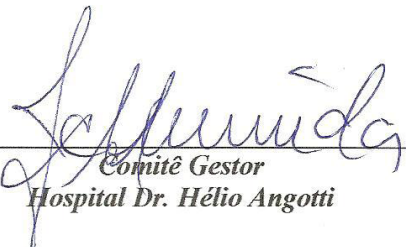
Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central Hospital "DR. HÉLIO ANGOTTI"

Uberaba, 09 de Setembro de 20 13.

Vimos por meio do presente documento autorizar o acesso e a utilização dos dados dos pacientes oncológicos internados nesta instituição e a realização de entrevista aos profissionais de enfermagem envolvidos no estudo "**Qualidade do cuidado e contexto de trabalho do profissional de enfermagem em um hospital oncológico**", sob a responsabilidade da Prof. Dr^a Elizabeth Barichelo. Estamos esclarecidos que as informações serão utilizadas com o devido respeito e privacidade dos pacientes. Os dados levantados serão obtidos no prontuário do paciente e com a observação direta do cuidado de enfermagem prestado, por meio de instrumentos próprios do pesquisador.


Os pesquisadores envolvidos no estudo são responsáveis pela confidencialidade dos dados utilizados.

Atenciosamente,



Comitê Gestor
Hospital Dr. Hélio Angotti

25438409/0001-15
ASSOCIAÇÃO DE COMBATE DO
CÂNCER DO BRASIL CENTRAL
RUA GOVERNADOR VALADARES, 640
CENTRO - CEP 38010-380
L
UBERABA-MG



Enfermeira Responsável Técnica
Hospital Dr. Hélio Angotti

Sandra M. V. R. Silva
Enfermeira
COREN 62342

APÊNDICE C



Assunto Re: AutorizaçãO do Instrumento de Coleta de dados
Remetente <dagmar@uel.br>
Para Ana Cláudia <enfermagem@helioangotti.com.br>
Data 14.08.2013 07:56
 <37e087e39684bdf5727c9e362@helioangotti.com.br>

- Dagmar_Willamowius_Vituri - tese.pdf (4.1 MB)

Bom dia Ana Claudia. Certamente que sim!

Olha, no doutorado validei este instrumento quanto à sua fidedignidade/confiabilidade, o que garante a qualidade da medida. Os indicadores são os mesmos, no entanto, subdividi dois deles. A formatação do instrumento também mudou e o registro da avaliação, que anteriormente era feito coletivamente, agora é individual, ou seja, um formulário para cada paciente. Como defendi em junho, a tese ainda não está no portal da USP ou Capes, mas mando em anexo para você. Qualquer dúvida podemos nos comunicar.

Bjo e boa sorte.

Dagmar

(43) 3371 2204

Skype - dagvituri

PREZADA DAGMAR WILLAMOWIUS VITURI,

Boa Noite!

Solicito autorizaçãO para utilizaçãO do instrumento de coleta de dados aplicado na pesquisa de DissertaçãO apresentada à Universidade Estadual de

Maringá, para obtençãO do tãtulo de Mestre em Enfermagem em 2007.

Tema: DESENVOLVIMENTO E VALIDAçãO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAçãO DA QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Justifico que estãO fazendo mestrado na UFTM e meu projeto para a dissertaçãO tem como tema: Qualidade da Assistãncia de enfermagem em um Hospital Oncolãgico de Uberaba.

guardo sua autorizaçãO,

desde jã; obrigada!

ANA CLÁUDIA
 DE MORAES FAQUIM
 SUPERVISORA DE ENFERMAGEM - COREN 77020
 HOSPITAL DR.
 HÉLIO ANGOTTI - ACCBC
 TEL: (34)3318-9909/CELULAR: (34)9157-0093

ANEXO A

REGISTRO DE BUSCA ATIVA

Nº enf./leito _____	Unidade _____	Turno _____	Data _____	Nº de ordem _____
Nº do Prontuário _____	Clinica _____	Idade _____	Sexo _____	Avaliador _____

1- IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE:							
O leito do paciente internado deve estar identificado de forma legível e visível contendo as seguintes informações: número da enfermaria, número do leito, nome do paciente e especialidade (clínica).							
ADEQUADO ()				INADEQUADO ()			
2 -IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO:							
São considerados pacientes de alto risco para quedas: idosos (acima 65 anos) pós operatório imediato, distúrbios mentais e psiquiátricos, crianças abaixo de oito anos e pacientes com score de Morse maior ou igual a 45. O paciente nesta condição deve permanecer no leito com grade lateral elevada, a menos que esteja na presença de um acompanhante.							
ITENS DE AVALIAÇÃO	Variáveis	Pontos	Score	ITENS DE AVALIAÇÃO	Variáveis	Pontos	Score
1. História de Quedas nos últimos três meses	Sim	25		4. Conectado algum aparelho/ infusão endovenosa	Sim	20	
	Não	0			Não	0	
2. Diagnóstico Secundário (comorbidade)	Sim	15		5. Marcha	Normal/ Acamado/Cadeira de rodas	0	
	Não	0			Lenta/Fraca	10	
3. Ajuda na Mobilização	Acamado/ Repouso no leito/ Enfermagem	0			6. Estado Mental	Alterada/ Cambaleante	20
	Bengala/Muletas/Andador	15		Orientado		0	
	Equipamento/ Mobiliário como suporte	30		Desorientado/ Confuso	15		
NÍVEL DE RISCO		SCORE			AÇÃO		
BAIXO RISCO		0-24			Precauções Universais		
MODERADO RISCO		25-44			Precauções Padrão		
ALTO RISCO		> 45			Intervenções para Prevenção		
() ADEQUADO				() INADEQUADO			
3- IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS:							
Os acessos venosos periféricos devem estar identificados com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da punção e rubrica do funcionário responsável. Considera-se que em adultos o acesso venoso periférico por dispositivo agulhado para infusão de medicações deve ser trocado entre 72 e 96 horas ou, na existência de qualquer sinal de infecção (flebite). No caso de utilizar-se o acesso para infusão de hemoderivados ou soluções lipídicas, este deve ser trocado em 24 horas. Em se tratando de crianças, não substituir o cateter a menos que clinicamente indicado. Avaliar somente os acessos puncionados nesta unidade.							
() ADEQUADO				() INADEQUADO			
4- VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS INFILTRATIVAS:							
Os pacientes internados, que estiverem fazendo uso de infusão venosa, ou que o fizeram, porém estão sem acesso venoso há menos de 24 horas, não deveriam apresentar lesões cutâneas do tipo hematomas, flebites, infiltrações (soromas) e/ou áreas de necrose associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações.							
() ADEQUADO				() INADEQUADO			
5- IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA:							
Os equipos instalados em pacientes recebendo infusão venosa devem estar identificados com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca/instalação e rubrica do funcionário responsável. São considerados os seguintes prazos para troca de equipos 72 horas – equipos de bomba infusora, 96 horas (4 dias) a 168 horas (7 dias) – equipos macrogotas, microgotas e microgotas com reservatório, 24 horas – equipos de PVC, nutrição parenteral total – NPT e equipos para infusão de sangue e hemoderivados, 6 a 12 horas – equipos para administração de propofol.							
() ADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()				() INADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()			
6- IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO:							
Os frascos de soro de pacientes com infusão venosa devem possuir rótulo de identificação e conter as seguintes informações: nome do paciente, leito e enfermaria, componentes da solução, volume, hora de início e hora de término previsto, n.º de gotas e/ou mililitros por hora e assinatura do funcionário responsável. Soros para diluição de medicação não necessitam a determinação do volume/min. ou gotas.							
() ADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()				() INADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()			
7- IDENTIFICAÇÃO DO CONTROLE DE VELOCIDADE DE INFUSÃO – ESCALA GRADUADA:							
Os frascos de soro de pacientes com infusão venosa devem possuir escala graduada compreendendo o horário de início e o previsto para o término da infusão da solução, confeccionada com uma tira de esparadrapo ou fita adesiva. A presença da escala é facultativa para soluções em "bolus" e para o soro de diluição de medicamentos.							
() ADEQUADO - SORO 1 () SORO 2 () SORO 3 ()				() INADEQUADO - SORO 1 () SORO 2 () SORO 3 ()			

8- IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁSTRICAS – ORO E NASOGÁSTRICAS PARA DRENAGEM:

As sondas nasogástricas e orogástricas, de PVC do tipo Levine, devem ser identificadas na sua porção externa, com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca e rubrica do funcionário responsável. É considerado o prazo de 72 horas para troca da sonda nasogástrica ou orogástrica de cloreto de polivinil – PVC, do tipo Levine. As sondas de silicone não serão avaliadas.

() ADEQUADO ()

() INADEQUADO ()

9- FIXAÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA:

Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar a fixação adequada para prevenir movimento e tração uretral (paciente do sexo masculino – região suprapúbica; paciente do sexo feminino – face interna da coxa)

() ADEQUADO

() INADEQUADO

10- POSICIONAMENTO DA BOLSA COLETORA DE DIURESE DA SONDA VESICAL DE DEMORA:

Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar a garantia do fluxo livre de urina por meio da manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.

() ADEQUADO

() INADEQUADO

11- POSICIONAMENTO DO PROLONGAMENTO DE DRENAGEM DISTAL (SPIGOT) DA BOLSA COLETORA DE DIURESE:

Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar se o prolongamento de drenagem distal (spigot) da bolsa está protegido do contato com superfícies e ou o solo.

() ADEQUADO

() INADEQUADO

12- CHECAGEM DOS PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

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

14

15

16

14:00 suspensão sondagem vesical conforme orientação do Residente Fulano aux. enf. Cicrano.

Nº ADEQUADO:

Nº INADEQUADO:

13- VERIFICAÇÃO DOS CONTROLES DE SINAIS VITAIS PRESCRITOS:

Os sinais vitais prescritos na prescrição de enfermagem devem ser registrados em espaço próprio, na frequência prescrita pelo enfermeiro. Caso o paciente esteja ausente da unidade no horário prescrito para a verificação de SSVV, este horário deve ser circulado e justificado com caneta de cor azul e, caso o motivo da não verificação dos SSVV estiver relacionado ao prestador do cuidado, o horário deve ser circulado em vermelho e também justificado. Considera-se a verificação de SSVV como sendo a verificação da Dor, Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA) e Frequência Respiratória (FR). A ausência do registro de qualquer sinal vital SSVV prescrito caracteriza uma verificação incompleta. A contagem se dá por horário prescrito. SSVV verificados além do prescrito devem ser computados.

	<u>Dor</u>	<u>PA</u>	<u>FC</u>	<u>Tpt</u>	<u>FR</u>
08:00					
10:00	0	100x70	90	37,4	
11:00					
12:00	Está no centro cirúrgico				
13:00					
14:00		140/90	95		
15:00					

Nº ADEQUADO:

Nº INADEQUADO:

14- CHECAGEM DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA:

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

08

15

16

8:00 paciente se recusou a tomar a medicação tec enf. Nonono.

Nº ADEQUADO:

Nº INADEQUADO:

15- ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO:

Todos pacientes internados na unidade devem possuir o impresso de prescrição de enfermagem diária. A prescrição dos cuidados de enfermagem deve ser elaborada exclusivamente pelo(a) enfermeiro(a) em atendimento às necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada, sujeita à mudanças correlacionadas com a mudança da prescrição médica e alterações no estado geral e exame físico do paciente. Verificar se o impresso existe e se indica o grau de dependência e se este é adequado, cuidados imprescindíveis (dieta, banho, higiene oral, mudança de decúbito, etc), cuidados especiais (curativos, sondas, drenos, aspiração, etc), cuidados de pré e pós operatório/exames, sinais e sintomas pertinentes, aprazamento correto, uso somente de abreviaturas padronizadas.

() ADEQUADO

() INADEQUADO

Observações:

ANEXO B

Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho – EACT

O objetivo da escala é coletar informações como você percebe seu trabalho atual.

Importante:

- As informações prestadas por você são sigilosas e serão analisadas em conjunto com as informações fornecidas por outras pessoas.
- Fique tranquilo(a) ao respondê-las. Não é necessário se identificar.

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho.

1 – Nunca	2 – Raramente	3 – Às vezes	4 – Frequentemente	5 – Sempre
-----------	---------------	--------------	--------------------	------------

Nº	AFIRMAÇÕES	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	O ritmo de trabalho é acelerado	1	2	3	4	5
2	As tarefas são cumpridas com pressão temporal	1	2	3	4	5
3	A cobrança por resultados é presente	1	2	3	4	5
4	As normas para execução das tarefas são rígidas	1	2	3	4	5
5	Existe fiscalização do desempenho	1	2	3	4	5
6	O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	1	2	3	4	5
7	Os resultados esperados estão fora da realidade	1	2	3	4	5
8	Falta de tempo para realizar pausa de descanso no trabalho	1	2	3	4	5
9	Existe divisão entre quem planeja e quem executa	1	2	3	4	5
10	As condições de trabalho são precárias	1	2	3	4	5
11	O ambiente físico é desconfortável	1	2	3	4	5
12	Existe barulho no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
13	O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
14	Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	1	2	3	4	5
15	O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas	1	2	3	4	5

16	Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	1	2	3	4	5
17	O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
18	As condições de trabalho oferecem riscos à segurança física das pessoas	1	2	3	4	5
19	O material de consumo é insuficiente	1	2	3	4	5
20	As tarefas não estão claramente definidas	1	2	3	4	5
21	A autonomia é inexistente	1	2	3	4	5
22	A distribuição das tarefas é injusta	1	2	3	4	5
23	Os funcionários são excluídos das decisões	1	2	3	4	5
24	Existem dificuldades na comunicação chefia-subordinados	1	2	3	4	5
25	Existem disputas profissionais no local de trabalho	1	2	3	4	5
26	Existe individualismo no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
27	Existem conflitos no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
28	A comunicação entre funcionários é insatisfatória	1	2	3	4	5
29	As informações de que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	1	2	3	4	5
30	Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	1	2	3	4	5

Para finalizar, preencha os seguintes dados complementares:

Idade: _____ anos

Gênero: () masculino () feminino

Escolaridade: () 2º grau () superior incompleto () superior () pós-graduação

Estado Civil: _____ **Cargo atual:** _____

Tempo de serviço na instituição: _____

Tempo de serviço no cargo: _____

Horário de trabalho: () Matutino () Vespertino () Noturno

Trabalha em outro serviço: () Não () Sim, **Qual horário?** () M () T () N

Estuda: () Não () Sim

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade do cuidado e contexto de trabalho do profissional de enfermagem em um hospital oncológico (correção 16-12-2013)

Pesquisador: Elizabeth Barichello

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21282013.9.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 580.365

Data da Relatoria: 07/02/2014

Apresentação do Projeto:

Completa

Objetivo da Pesquisa:

Bem descritos e coerentes

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

OK

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de extrema relevância havendo necessidade apenas de:

1- adequar cronograma em meses

2- item P: descrever com mais detalhes o procedimento de abordagem do voluntário

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa bem estruturado e conforme exigência CEP.

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM

Bairro: 2º andar - Sala H

CEP: 38.025-180

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5854

Fax: (34)3318-5854

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 580.365

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acatou o parecer do relator.

UBERABA, 04 de Abril de 2014

Assinador por:
ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS
(Coordenador)