

# DEFINIÇÃO OPERACIONAL DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL-ESCOLA<sup>1</sup>

OPERATIONAL DEFINITION OF NURSING CARE QUALITY AT AN ICU OF A SCHOOL-HOSPITAL.

*Elisabeth Dreyer*<sup>2</sup>

**RESUMO:** A finalidade deste estudo foi a elaboração de normas e critérios válidos de qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva (UTI), com base na estratégia de avaliação de Donabedian. 18 normas e 219 critérios foram redigidos por um grupo de enfermeiras assistenciais da UTI de um hospital-escola, seguindo um protocolo estabelecido. Ato contínuo, foram avaliados por quatorze enfermeiras experts em UTI de outros cinco centros paulistas, através de um questionário escrito. Os resultados evidenciaram uma boa aceitação dos critérios, sendo que somente um foi rejeitado. Isso mostrou que as enfermeiras da UTI e as experts dos diversos centros implicados têm concepções semelhantes da qualidade da assistência de enfermagem em UTI. A definição operacional obtida constitui uma base para um instrumento de medida da qualidade. A participação das enfermeiras assistências a todo o processo é recomendada.

**UNITERMOS:** Qualidade da assistência de enfermagem - Critérios de qualidade - Unidade de terapia intensiva - Enfermeiras assistenciais.

**ABSTRACT:** The purpose of this study is the development of valid standards and criteria of nursing care quality for intensive care units (ICUs) based on Donabedian's approach to quality access. Eighteen standards and 219 criteria have been formulated by ICU staff nurses at a school-hospital, according to a protocol. These standards/criteria have then been evaluated by 14 experts in ICU Nursing from 5 other hospitals by means of a written questionnaire. The results indicated a high acceptance thereof and only one criterion was rejected. This showed that staff nurses and the experts involved had similar concepts about quality of ICU practice. The developed operational definition may be a basis to quality access tool. Staff nurses participation in this process is recommended.

**KEYWORDS:** Nursing care quality - Quality standards/criteria - Intensive care unit - Staff nurses.

<sup>1</sup> Resumo de dissertação de mestrado apresentada em setembro de 1995 na "Faculté des sciences infirmières" da Universidade de Montreal, Canadá; Orientador: Raymond Grenier, PhD.

<sup>2</sup> Mestre em Ciências (Enfermagem), Enfermeira da Unidade Respiratória do Hospital das Clínicas, Unicamp, Campinas, S.P.

As enfermeiras têm responsabilidade profissional, social, moral e científica, amplamente reconhecida, de avaliar e garantir a qualidade dos cuidados prestados aos usuários (*Phaneuf e Wandelt, 1974; Blake, 1981, Hinshaw, 1983*).

O objetivo de um programa de garantia da qualidade é assegurar ao usuário um grau específico de excelência (*Schmadl, 1979*) ou, conforme uma tendência mais recente, melhorar a qualidade de maneira contínua (*Meisenheimer, 1992*). Segundo *Grenier (1992)*, um programa destes comporta dois processos: o primeiro inclui a mensuração e avaliação de diversos aspectos da estrutura organizacional, da execução dos cuidados ou de seus resultados e o segundo comporta a planificação de estratégias para sua melhoria. Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem consiste em comparar a assistência realmente dada ao usuário com normas e critérios aceitos (*Grenier, Drapeau & Désautel, 1989*). Assim, o primeiro passo de um processo de avaliação é o desenvolvimento de Normas e Critérios de Qualidade (N&CQ). Estes são baseados em valores sociais e profissionais que determinam a qualidade da assistência de enfermagem num momento e num contexto determinados (*Lang, 1975*).

No Brasil, os autores do preâmbulo do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem afirmam claramente que o código “está centrado na clientela e pressupõe que os Agentes de Trabalho da Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade”(COFEN, 1993, p.1). O Código do Consumidor (Lei nº 8.078, setembro 1990) confirma o direito dos usuários a serviços de qualidade e a obrigatoriedade de sistemas de controle de qualidade e segurança. No entanto, não existem, em geral, sistemas formais de controle da qualidade da assistência de enfermagem nos serviços de saúde brasileiros, e não dispomos de N&CQ escritas amplamente aceitas.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) constituem, para as enfermeiras brasileiras, um meio onde a dinâmica e a organização do trabalho são diferentes das outras unidades hospitalares. A complexidade de numerosos cuidados, o seu custo elevado e os riscos a eles associados fazem da UTI uma área de atuação prioritária para a elaboração de N&CQ e a implementação de um sistema de avaliação.

## FINALIDADE

A finalidade deste estudo foi a elaboração de normas e critérios válidos de qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva.

## ENFOQUES PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

Não existe, na literatura, um consenso sobre as percepções, definições e medições da qualidade da assistência de enfermagem (*Bond e Thomas, 1991*). *Jacquerye (1983)* a define como a contribuição da profissão à saúde e ao bem-estar dos indivíduos e das populações, em outras palavras, a contribuição da enfermagem à qualidade da assistência à saúde. Esta última é, segundo *Donabedian (1988)*, uma representação social de nossos conceitos e valores relacionados à saúde. Para este autor, no cerne de uma definição da qualidade da assistência à saúde fica o equilíbrio entre benefícios e prejuízos. Ele propõe uma estratégia de avaliação com três enfoques que ele apresenta ligados da seguinte forma: ESTRUTURA → PROCESSO → RESULTADOS (*Donabedian, 1980*).

Através do enfoque da estrutura estudam-se as características do meio onde a assistência é prestada, com base na idéia que certos fatores organizacionais constituem pré-requisitos para uma assistência de qualidade (*Grenier, 1990*). Com o enfoque do processo, a maneira como os cuidados são dispensados pela equipe de enfermagem é observada (*Laurin, 1993*). Um resultado é uma modificação no estado de saúde, atual ou futuro, do paciente, que pode ser atribuída à assistência recebida (*Donabedian, 1980*). A escolha de um ou mais destes três enfoques deve decorrer de uma decisão lógica considerando os conhecimentos atuais e as prioridades determinadas (*Chagnon et al. 1982*).

## NORMAS E CRITÉRIOS

Uma norma é considerada como um enunciado geral que é representado de maneira mais concreta por um conjunto de critérios (*Grenier et al. 1989*). Vários autores ressaltaram a necessidade de uma conceituação da enfermagem para desenvolver N&CQ. Para *Laurin (1993)*, este referencial deve ser um modelo conceptual de enfermagem.

Segundo *Donabedian (1986)*, a validade é o atributo essencial do critério; a validade científica decorre da comprovação da relação entre o processo da assistência e os resultados; a validade consensual, baseada no julgamento de *experts*, confere uma legitimidade profissional aos critérios. Estes devem ser aceitos pelos profissionais, porque atividades de avaliação da qualidade somente serão úteis se os diversos profissionais da enfermagem confiam nos instrumentos utilizados (*Kitson, 1988*). Normas e critérios são dinâmicos, pois representam a possibilidade de melhorar e mudam com a evolução dos valores e o progresso científico (*Larson e Lieske, 1992*). A sua redação pode ser realizada em nível de enfermarias, pois, como foi mostrado por *Kitson et al (1993)*, na Inglaterra, critérios elaborados por grupos locais são comparáveis aqueles redigidos por especialistas reconhecidos.

De fato, segundo *Peters* (1991), a definição de N&CQ pode ser interpretada de duas maneiras opostas. Numa perspectiva reducionista, N&CQ servem de base para a inspeção por especialistas que procuram aspectos negativos e a punição da incompetência individual. Desta forma é estabelecido um nível mínimo de qualidade, pelo qual os profissionais não se sentem responsáveis. Da outra maneira, inspirada em modelos desenvolvidos para o meio industrial por autores americanos como Deming, Juran e Crosby, o enfoque é a melhoria contínua da qualidade (MCQ). A qualidade, medida pelos próprios profissionais com um objetivo de aprendizado, passa a ser responsabilidade de todos e não só de especialistas.

### **Objetivos**

Acreditando-se na filosofia da melhoria contínua da qualidade, com a participação ativa dos profissionais, os objetivos deste estudo foram:

- 1 - a elaboração com o enfoque do processo, de normas e critérios de qualidade da assistência de enfermagem em UTI (N&CQ), fundamentados no modelo conceptual de enfermagem de *Wanda Horta*, por um grupo de enfermeiras de uma UTI geral de um hospital-escola;
- 2 - a validação destes N&CQ com *experts* na área.

### **MÉTODOS**

Optou-se pelo enfoque do processo, já que este é o elemento central do modelo de *Donabedian* (1980), a maneira como a assistência é prestada sendo o objeto de uma avaliação. Além do mais, os resultados são de mensuração difícil em UTI e não podem ser atribuídos a uma profissão específica da equipe multidisciplinar. O "Processo de Enfermagem", de *Wanda Horta* (1979), foi escolhido por ser muito difundido nos meios paulistas e, em nosso conhecimento, o único modelo conceptual de enfermagem brasileiro.

O estudo é do tipo descritivo, pois ele é destinado a elaborar uma definição operacional da variável de interesse. Os termos foram definidos da seguinte forma:

- **Norma:** nível esperado de desempenho (Comissão ad hoc, *Grenier*, 1993);
- **Critério:** uma variável ou um parâmetro reconhecido como indicador pertinente de qualidade, usado para observar uma situação real com o objetivo de estabelecer um julgamento de valor em relação à situação desejada (Comissão ad hoc, *Grenier*, 1993);

- **Avaliação com enfoque de processo:** avaliação da maneira como os cuidados são prestados pela equipe de enfermagem vista em conjunto (Laurin, 1993); são incluídos todos os aspectos da assistência (planejamento, execução, registro, avaliação, etc.) e não somente as etapas do chamado “processo de enfermagem”;
- **Critério de processo:** parâmetro reconhecido como um indicador de qualidade, descrevendo um aspecto preciso e observável dos cuidados de enfermagem tais como eles deveriam ser dispensados.

O estudo foi realizado em duas fases. A primeira foi a redação de N&CQ por um grupo de enfermeiras assistenciais de uma unidade de terapia intensiva. A segunda foi a verificação da validade destas N&CQ com enfermeiras *experts* em terapia intensiva de outros centros do Estado de São Paulo.

A primeira fase foi realizada na UTI geral de um hospital-escola do Estado de São Paulo. A unidade comporta 18 leitos, sendo 5 para pacientes coronariopatas, 5 para pós-operatórios e 8 para os demais casos. A equipe de enfermagem era constituída por 65 membros, entre os quais 31 enfermeiras. Um grupo de 8 enfermeiras voluntárias foi constituído. Elas deviam ter, no mínimo, graduação em enfermagem e atuar em tempo integral na UTI. Duas enfermeiras abandonaram o grupo após algumas reuniões. Um treinamento dos participantes foi realizado.

Durante um período de cinco meses, em reuniões semanais, as enfermeiras do grupo identificaram N&CQ da assistência de enfermagem em UTI. Elas se apoiaram em publicações recentes, manuais e normas da instituição e também na sua experiência prática. Foram realizadas discussões de grupo e a técnica chamada “grupo nominal”, como descrita por *Ouellet* (1985), foi empregada para estabelecer o consenso, caracterizado como um acordo de 85%.

O trabalho do grupo foi realizado em três etapas. Em primeiro lugar, usou-se a discussão de grupo para esclarecer valores profissionais, de acordo com Wanda Horta, a filosofia da instituição e do departamento de enfermagem. Na segunda etapa, conceitos apropriados à assistência de enfermagem em UTI foram selecionados no modelo de *Wanda Horta*, conforme recomendação de *Laurin* (1993). Normas, em acordo com os valores, foram redigidas e aprovadas pelo grupo para estes conceitos. A terceira etapa foi a elaboração de critérios de processo. Para este fim, aspectos significativos ou críticos da assistência foram identificados para cada uma das normas, levando em consideração os recursos disponíveis. Um esboço de todos estes itens foi realizado e, após esclarecimentos, os membros do grupo se pronunciaram sobre a importância de cada um deles. Os itens problemáticos foram novamente discutidos e modificados ou suprimidos. Após obtenção do consenso, eles foram redigidos de maneira clara e o conjunto foi novamente examinado pelo grupo em termos de clareza da sua redação.

Durante a segunda fase do estudo, cada critério foi avaliado por *experts* em enfermagem em terapia intensiva que deviam julgar a sua adequação, importância, relação com a norma correspondente e clareza da redação.

Trinta enfermeiras consideradas *experts* em UTI foram contatadas pelo intermediário de suas diretoras de enfermagem,<sup>4</sup> ou das comissões de pesquisa, em sete hospitais e instituições de ensino do Estado de São Paulo. Elas tinham que ter no mínimo graduação de enfermagem e dois anos de experiência na área. As enfermeiras do centro onde foi realizada a primeira fase foram excluídas. Cada *expert* recebeu, pelo correio, uma lista das N&CQ, um questionário e um envelope selado para seu retorno. O questionário era dividido em duas partes. Na primeira, eram pedidos dados de identificação e informações sobre formação e experiência profissional. Na segunda parte, a *expert* devia avaliar cada critério respondendo as questões seguintes:

- Q1- O critério é apropriado como indicador de qualidade ? (um critério é apropriado quando descreve um aspecto da assistência de enfermagem que pode ser considerado de qualidade);
- Q2- O critério é importante ? (um critério é importante quando descreve um aspecto da assistência cuja omissão, ou realização incorreta, pode ter consequências para o paciente e seus familiares);
- Q3- O critério tem relação com a norma ? (um critério tem relação com a norma quando descreve um aspecto da assistência de enfermagem cuja realização é necessária ou desejável para cumprir a norma correspondente);
- Q4- A redação do critério é clara ? (a redação é clara se o critério for de compreensão fácil e não tiver ambigüidade).

As respostas podiam ser “sim”, “não” e “não sei”. Foram reservados espaços para sugestões e comentários. Para aceitação, modificação ou supressão de cada critério foram estabelecidas regras de decisão. Um critério que obtivesse um mínimo de 85% de respostas afirmativas às duas primeiras questões (adequação e importância) e também mais de 85% nas questões 3 e 4 (relação com a norma e clareza da redação) era aceito sem modificação; caso tivesse menos de 85% numa destas últimas perguntas era realizada uma modificação de forma (redação, apresentação). Critérios com menos de 50% numa das duas primeiras questões eram suprimidos; os outros, com 50% a 85% numa e mais de 50% na outra, podiam ser revistos e transformados, com alteração do conteúdo, conforme sugestões feitas pelos *experts*. Uma segunda verificação da validade era prevista após realização das modificações.

## RESULTADOS DA PRIMEIRA FASE

Um texto foi redigido para esclarecer os valores profissionais dos membros do grupo. Ele comporta extratos do manual de normas e rotinas do Departamento de Enfermagem do hospital. Postulados e proposições de Horta foram acrescentados. Dois princípios destinados a guiar a redação de N&CQ foram redigidos, tendo em vista a filosofia da enfermagem na UTI e os conceitos de *Wanda Horta* (1979). Eles são apresentados na Quadro 1.

### QUADRO 1 - PRINCÍPIOS DESTINADOS A GUIAR A REDAÇÃO DE N&CQ

Princípio 1	A equipe de enfermagem de UTI usa um processo sistemático, consignado por escrito, constituído de fases interrelacionadas, para planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem a pacientes críticos e suas famílias.
Princípio 2	A equipe de enfermagem de UTI considera as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais dos pacientes/famílias sob seus cuidados em todas as fases do processo de enfermagem.

Em conformidade com os princípios estabelecidos, as fases do processo de enfermagem e as necessidades humanas básicas foram os conceitos utilizados para a redação das normas. Dezoito normas foram redigidas, agrupadas em quatro partes correspondendo a três fases do processo de enfermagem: o histórico, a prescrição da enfermagem, a evolução da enfermagem. A identificação de problemas da enfermagem foi associada à prescrição. Uma fase "execução dos cuidados", implícita no modelo de Horta, foi acrescentada. Cada parte comporta uma introdução.

### QUADRO 2 - EXEMPLO DE UMA NORMA E SEUS CRITÉRIOS

<p><b>NORMA 3. 03</b> A equipe de enfermagem oferece condições ambientais e implementa medidas favorecendo o repouso e o sono noturno.</p> <p><b>CRITÉRIOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>Os cuidados e controles são priorizados e realizados de maneira planejada,<ol style="list-style-type: none"><li>permitindo ao paciente períodos de sono de no mínimo 90 minutos,</li><li>evitando acordar o paciente nos horários da madrugada.</li></ol></li><li>Um ambiente tranqüilo é mantido nos postos de internação.</li><li>Os estímulos ambientais (luz, barulho...) são diminuídos durante à noite.</li><li>A equipe de enfermagem observa e registra a duração dos períodos de sono do paciente consciente, em cada plantão.</li><li>A equipe de enfermagem:<ol style="list-style-type: none"><li>aumenta a privacidade do paciente durante à noite,</li><li>usa medidas favorecendo o conforto, técnicas de relaxamento e/ou</li><li>respeita, na medida do possível, os hábitos do sono do paciente.</li></ol></li><li>A equipe de enfermagem administra as medicações sedativas prescritas em horários convenientes (em começo de noite, antes de eventos estressantes, etc).</li></ol>
--

Para cada norma, um número variável de critérios foi redigido, totalizando 219. Cada critério é identificado por seu número seqüencial na norma. Certos critérios comportam vários elementos, identificados por uma letra maiúscula. Um exemplo de norma e de seus critérios é apresentado na Quadro II. O texto integral das normas obtidas ao fim da primeira fase encontra-se no Anexo I, assim como a repartição dos critérios.

### RESULTADOS DA SEGUNDA FASE

Das 30 *experts* contatadas, 14 retornaram o questionário devidamente preenchido nos prazos previstos. Elas atuavam em cinco centros de três cidades do Estado de São Paulo. A maioria tinha especialização em diversas áreas clínicas e 2 a 10 anos de experiência em UTI. Os dados de identificação são resumidos nas Tabelas 1, 2 e Quadro 3.

**TABELA 1 - NÚMERO DE EXPERTS SEGUNDO O NÍVEL DE FORMAÇÃO**

NÍVEL	Fi	%
Especialização	11	78,5
Mestrado	2	14,3
Graduação	1	7,2
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

**QUADRO 3 - NÚMERO DE EXPERTS SEGUNDO O TIPO E A DURAÇÃO DA SUA EXPERIÊNCIA**

Tipo de atividade	2 - 5 anos	6 - 10 anos	11 - 20 anos	21 - 30 anos
Assistência	5	5	0	1
Supervisão/gestão	4	2	0	0
Ensino/pesquisa	1	0	0	0

Em cada pergunta do questionário sobre adequação, importância, relação com a norma e clareza da redação, a pontuação de cada critério foi calculada dividindo o total de respostas afirmativas obtidas pelo número de opiniões expressas; assim, quando uma *expert* se abstinha ou respondia "não sei", o número de respostas afirmativas era dividido pelo número de *experts* menos um. O número de critérios modificados em conformidade com as regras de decisão estabelecidas é apresentado na Tabela 2.

**TABELA 2 - N° DE CRITÉRIOS MODIFICADOS APÓS AVALIAÇÃO PELOS EXPERTS**

CRITERIOS	N°	Motivo
suprimidos	1	Q1 < 50 %
	2	Q1 e Q2 < 85 %
	4	redundante
transformados	2	Q1 < 85 %
modificados	41	Q3 ou Q4 < 85 %
aceitos	167	
<b>Total</b>	<b>219</b>	-

Somente um critério foi suprimido por não atingir 50 % de respostas afirmativas necessárias na primeira questão. Outros quatro não obtiveram 85 % nas duas primeiras questões. Quatro critérios foram transformados, com modificação do conteúdo, pois tinham pontuações entre 50 e 85 numa das duas primeiras perguntas. A apresentação (forma) de 41 deles foi modificada, para ficarem mais claros, conforme sugestões das **experts**. Cento e sessenta e sete critérios obtiveram mais de 85 % nas quatro perguntas. As normas transformadas e exemplos de modificações dos critérios são apresentados no Anexo II. Como os critérios obtiveram pontuações altas e que as modificações correspondiam às sugestões das **experts**, uma nova verificação da validade não foi realizada.

## DISCUSSÃO

A discussão dos resultados da primeira fase do estudo aborda o uso que foi feito do processo de enfermagem de *Wanda Horta* e, em seguida, a concordância das N&CQ com os valores e princípios estabelecidos pelo grupo de enfermeiras da UTI. As pontuações obtidas e as sugestões feitas pelas **experts** dos outros centros constituem o objeto da discussão dos resultados da segunda fase.

O uso de um modelo conceptual de enfermagem na prática não é aceito por todos. Além disso, todas as etapas do processo de *Horta* raramente são aplicadas. *Mc Hugh* (1991) acredita que um processo linear, como aquele preconizado por *Horta*, garante a uniformidade da prática, mas não a sua qualidade. Além disso, as adaptações que foram realizadas no modelo de *Horta* podem ser questionadas. Mantivemos, como *Benko* e *Castilho* (1989) e *Felisbino* (1994), o histórico, a prescrição e a evolução de enfermagem, considerando o plano assistencial pouco efetivo no contexto instável de uma UTI, onde as condições do paciente se modificam de maneira rápida e imprevisível. No entanto, a identificação dos problemas de enfermagem, incluída no histórico pelas autores citadas, foi associada à prescrição. Como os problemas do paciente crítico mudam de maneira rápida, eles são identificados inicialmente a partir da análise dos dados do histórico e, em seguida, a partir dos dados de evolução de enfermagem. A prescrição é então realizada diariamente, ou mais, em função dos problemas identificados. Um diagnóstico de enfermagem, como definido por *Horta*, não foi incluído.

*Wanda Horta* (1979) cita 37 necessidades básicas, classificadas em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. O grupo de enfermeiras tentou selecionar as mais freqüentemente afetadas nos pacientes da UTI, e pelas quais se tem condutas mais ou menos estabelecidas, baseando-se na sua experiência prática, já que os estudos descrevendo como essas necessidades se manifestam são raros. Para certos aspectos da assistência, várias necessidades foram associadas em uma única norma.

Em concordância com o primeiro princípio estabelecido (Quadro 1), 59 critérios examinam aspectos do processo de enfermagem e sua transcrição na pasta do paciente. No que se refere ao segundo princípio, as três categorias de necessidades são abordadas. Observamos, no entanto, uma nítida preponderância das necessidades psicobiológicas, vistas em 162 critérios, com ênfase em aspectos técnicos. Isto é provavelmente devido à gravidade dos problemas biológicos dos pacientes e ao grande número de cuidados de alta complexidade técnica em UTI. Por outro lado, técnicas são descritas com precisão em livros e manuais, o que não é o caso para outros aspectos da assistência de enfermagem. Estudos descritivos, mostrando como as enfermeiras atendem as necessidades psicossociais e psicoespirituais dos pacientes e familiares nas UTI brasileiras, seriam úteis para fundamentar trabalhos como este, mesmo que comportamentos que caracterizam o cuidar (*caring*) já tenham sido descritos em estudos americanos (*Shiber e Larson, 1991*). Estes aspectos da assistência, pouco valorizados pelos administradores, têm uma importância crescente para os usuários pois influenciam sua saúde e qualidade de vida.

A interação entre o paciente, a equipe e a família é abordada em vários critérios. No entanto, uma análise das necessidades da família não foi incluída, apesar do princípio segundo o qual a assistência é prestada ao paciente e à sua família. Essa análise não é explicitamente prevista no modelo de *Horta*, que pode ter sido, neste ponto, um fator limitante para a redação das N&CQ.

As pontuações alcançadas na segunda fase mostraram uma boa aceitação dos critérios. De fato, somente um deles não obteve 50 % de aprovação, por ser um cuidado técnico discutível que deveria decorrer de uma prescrição médica segundo 42,8% dos experts. A grande maioria (167) obteve mais de 85% de respostas favoráveis nas quatro questões.

Na primeira parte, o “Histórico”, critérios sobre a coleta de dados psicobiológicos obtiveram uma aceitação de 90 a 100%, mas vários exemplos de dados foram retirados pois mais de 15 % das *experts* alegaram que eram dados médicos que não precisariam constar do histórico de enfermagem. Os dados psicossociais e psicoespirituais obtiveram resultados menos favoráveis e dois critérios foram suprimidos. Na segunda parte, as divergências foram relacionadas aos cuidados rotineiros que não precisariam constar da prescrição de enfermagem, ao ensino, à família e à prescrição de encaminhamentos para outros profissionais. Estes critérios foram modificados. Na terceira parte, “Execução dos Cuidados”, constatamos pontuações mais baixas em critérios relacionados a cuidados que poderiam ser da responsabilidade de outros profissionais, principalmente de fisioterapeutas. As palavras “em colaboração com a equipe de...” foram acrescentadas. O aspecto multidisciplinar da assistência em UTI é assim representado, mas perde-se em precisão. Alguns elementos de técnicas não fizeram a unanimidade, no caso da aspiração

traqueal, da instilação traqueal de solução estéril, do uso de uma bomba de infusão para dieta enteral e nutrição parenteral, bem como de escala analógica para avaliar a dor. Houve também discordância sobre a frequência de certos cuidados e controles. Na realidade, somente uma frequência mínima pode ser determinada, a que dependerá dos recursos em pessoal e equipamentos de monitorização. A vigilância contínua, tão importante em UTI, não pôde ser observada objetivamente. Seriam necessários critérios com o enfoque da estrutura para avaliar se existem as condições de realizá-la, ou dos resultados para verificar sua eficiência. Outro ponto de divergência foi a orientação a ser dada à família: se todos concordaram com a importância da orientação de familiares sobre como comunicar com o paciente durante a visita, mais de 15 % acharam inadequado orientá-los a tocar, beijar ou abraçar o paciente.

## CONCLUSÕES

Uma definição operacional da qualidade da assistência de enfermagem em UTI foi proposta por um grupo de enfermeiras de uma mesma unidade. Com a validação nominal, poucas alterações de conteúdo e algumas modificações de forma foram realizadas, obtendo-se 19 normas e 208 critérios válidos. A discussão mostrou limitações desta definição. Também convém lembrar que a validade, baseada no julgamento, é subjetiva e pode modificar-se com o progresso dos conhecimentos.

O fato das N&CQ passarem, com poucas modificações, a fase da validação mostrou que as enfermeiras do grupo de voluntárias e as **experts** dos outros centros hospitalares implicados têm concepções semelhantes da qualidade da assistência de enfermagem em UTI. Um processo de avaliação, onde a responsabilidade seria de enfermeiras assistenciais voluntárias da própria unidade, dispondo de meios adequados, parece possível na unidade onde foi realizada a primeira fase deste estudo. A definição proposta aborda as necessidades individuais dos usuários, é constituída de critérios vindo da prática e reflete suas prioridades. Apesar de suas limitações, ela constitui uma base para um instrumento de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em UTI geral, no Estado de São Paulo.

## **ANEXO I - NORMAS E REPARTIÇÕES DOS CRITÉRIOS AO FIM DA PRIMEIRA FASE**

### **PARTE 1 HISTÓRICO**

Dados significativos, sobre o paciente e sua família (ou pessoas significativas) são colhidos e registrados de maneira sistematizada.

- Norma 1.01 A enfermeira colhe os dados objetivos e subjetivos ligados às necessidades psicobiológicas do paciente (12 critérios).
- Norma 1.02 A enfermeira colhe os dados ligados às necessidades psicossociais do paciente (4 critérios).
- Norma 1.03 A enfermeira colhe os dados ligados às necessidades psicoespirituais do paciente (5 critérios).

### **PARTE 2 IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

A enfermeira identifica os problemas apresentados pelo paciente/família nas suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e prescreve os cuidados adequados para cada um deles.

- Norma 2.01 A enfermeira baseia-se nos dados colhidos no histórico e na evolução de enfermagem para identificar problemas atuais ou potenciais apresentados pelo paciente nas suas necessidades básicas (3 critérios).
- Norma 2.02 A prescrição de enfermagem abrange todos os cuidados necessários que não são previstos por rotina escrita (16 critérios).
- Norma 2.03 A prescrição de enfermagem coordena a assistência de enfermagem com as ações dos outros profissionais da equipe multidisciplinar (3 critérios).

### **PARTE 3 EXECUÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Os cuidados de enfermagem necessários ao atendimento do paciente/ família são executados pela equipe de enfermagem usando técnica padronizada e levando em consideração as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais destes.

- Norma 3.01 A equipe de enfermagem preocupa-se em manter uma boa oxigenação do paciente implementando suporte ventilatório adequado e medidas favorecendo as trocas gasosas (24 critérios).
- Norma 3.02 A equipe de enfermagem leva em consideração as necessidades de nutrição, hidratação e eliminação do paciente, administrando de forma efetiva as calorias prescritas e os líquidos necessários, controlando as complicações, os ganhos e as perdas (27 critérios).
- Norma 3.03 A equipe de enfermagem oferece condições ambientais e implementa medidas favorecendo o repouso e o sono noturno (6 critérios).

- Norma 3.04 A equipe de enfermagem procura manter ou recuperar a integridade cutâneo-mucosa do paciente aplicando medidas profiláticas e tratamentos adequados (20 critérios).
- Norma 3.05 A equipe de enfermagem procura manter a integridade física do paciente evitando iatrogenias de enfermagem, prevenindo atrofia, deformações músculo-esqueléticas e infecções hospitalares (25 critérios).
- Norma 3.06 A equipe de enfermagem considera as percepções dolorosas do paciente, prevenindo e aliviando a dor (7 critérios).
- Norma 3.07 A equipe de enfermagem observa as condições do paciente, procurando manter ou restaurar o equilíbrio nas necessidades de regulação vascular, neurológica, e térmica (25 critérios).
- Norma 3.08 A assistência de enfermagem, no que se refere às necessidades de aprendizagem, criatividade e participação, prepara o caminho do paciente/família para independência fornecendo orientação e educação à saúde e incentivando a participação aos cuidados (9 critérios).
- Norma 3.09 A equipe de enfermagem considera as outras necessidades psicossociais, demonstrando respeito e empatia ao paciente e à sua família, estabelecendo comunicação efetiva, promovendo a segurança emocional e ajudando a manter os laços familiares (13 critérios).
- Norma 3.10 A equipe de enfermagem considera as necessidades psicoespirituais do paciente e de sua família, respeitando as suas crenças e valores e solicitando apoio religioso, se desejado (5 critérios).

#### **PARTE 4 ANOTAÇÕES E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

A assistência de enfermagem é registrada e avaliada; um relato escrito periódico das mudanças ocorridas nas necessidades do paciente é realizado.

- Norma 4.01 Os membros da equipe realizam, a cada plantão, anotações apropriadas sobre os cuidados prestados, as condições do paciente e eventuais intercorrências (12 critérios).
- Norma 4.02 A evolução de enfermagem, realizada periodicamente, descreve as mudanças ocorridas nas necessidades do paciente e as respostas à assistência implementada (4 critérios).

## ANEXO II - TRANSFORMAÇÕES DAS NORMAS E EXEMPLOS DE MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS CRITÉRIOS APÓS A SEGUNDA FASE

<i>Normas originais (primeira fase)</i>	<i>Normas modificadas (segunda fase)</i>
<p><b>2.03</b> A prescrição de enfermagem coordena a assistência de enfermagem com as ações dos outros profissionais da equipe multidisciplinar.</p> <p><b>3.02</b> A equipe de enfermagem leva em consideração as necessidades de nutrição, hidratação e eliminação do paciente, administrando de forma efetiva as calorias prescritas e os líquidos necessários, controlando as complicações, os ganhos e as perdas.</p>	<p>Norma suprimida</p> <p><b>3.02</b> A equipe de enfermagem leva em consideração a necessidade de nutrição do paciente, administrando de forma efetiva as calorias e nutrientes prescritos, nas melhores condições de conforto e segurança.</p> <p><b>3.03</b> A equipe de enfermagem leva em consideração a necessidade de hidratação, administrando os líquidos necessários.</p> <p><b>3.04</b> A equipe de enfermagem leva em consideração a necessidade de eliminação, controlando as perdas.</p>

<i>Crítérios originais (primeira fase)</i>	<i>Crítérios modificados (segunda fase)</i>
<p>Crítério 3 da Norma <b>1.01</b></p> <p>3. Dados referentes à oxigenação constam do histórico, folha de admissão, ou primeira evolução de enfermagem, nas 24 horas após a internação.</p> <p>Exemplos de dados :</p> <p>A.suporte respiratório, B.presença de cianose, C.expansão torácica, D.FR e características da respiração, E.presença de ortopnéia, F.deformidades torácicas, G.presença de tosse H.presença de secreção, expectoração, I.dreno torácico, oscilação, características do material drenado, J.presença de enfisema subcutâneo, K.ausculta pulmonar, L.dados de gasometria, M.anormalidade no R.X. de tórax de admissão.</p>	<p>Crítério 3 da Norma <b>1.01</b></p> <p>3. Dados referente à oxigenação constam do histórico/folha de admissão nas 8 horas após a internação:</p> <p>A. condições de oxigenação, exemplos: suporte respiratório, parâmetros, frequência respiratória e características da respiração, ausculta pulmonar, presença de cianose, expansão torácica, presença de ortopnéia, tosse, secreção, expectoração, etc.</p> <p>B. fatores que podem influenciar a respiração,exemplos: deformidades torácicas, presença de dreno torácico, oscilação, características do material drenado, enfisema subcutâneo, etc.</p>

**Critérios 20 a 24 da Norma 3.01**

**Critério 20 da Norma 3.01**

20. A equipe de enfermagem posiciona de maneira adequada o sistema de drenagem torácica mantendo o dreno em selo d'água, com 2 cm da ponta submersa, o frasco abaixo do nível do paciente, a extensão sem alças.

21. A equipe de enfermagem verifica a presença, no frasco de drenagem torácica, de oscilação, borbulhamento, sangramento ou secreções (volume e aspecto).

22. A troca do sistema de drenagem torácica é feita quando o líquido atinge o nível de 5 cm abaixo do suspiro.

23. A ordenha do dreno torácico é realizada quando indicado (em presença de coágulos ou de fibrina, quando há risco de obstrução)

24. O dreno torácico é clampeado somente para as trocas do sistema de drenagem ou com indicação médica.

20. A equipe de enfermagem instala e manipula adequadamente o sistema de drenagem torácica:

A. o dreno é mantido em selo d'água, com 2 cm da ponta submersa, o frasco abaixo do nível do paciente, a extensão sem alças,

B. a presença, no frasco de drenagem torácica, de oscilação, borbulhamento, sangramento ou secreções (volume e aspecto) é verificada e anotada de 4 em 4 horas (de hora em hora no pós-operatório imediato e em caso de drenagem abundante),

C. a troca do sistema de drenagem é feita quando o líquido atinge o nível de 5 cm abaixo do suspiro e conforme rotina da unidade,

D. a ordenha do dreno é realizada em presença de coágulos ou de fibrina, quando há risco de obstrução,

E. o dreno é clampeado somente para as trocas do sistema de drenagem ou com indicação médica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENKO, M.A., CASTILHO, V. Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem. In: Maria C. Campedelli (ed) *Processo de enfermagem na prática*. São Paulo: Ática, 1989. P. 89-111.
2. BLAKE, B.L.K. Quality assurance: an ethical responsibility. *Supervisor Nurse*, v. 12, n. 2, p. 32-38, 1981.
3. BOND, S., THOMAS, L.H. Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, v.16, p. 1492-1502, 1991.
4. CHAGNON, M., LANGE-SONDACK, P., ARLOT-TOVEL, D. M.A.Q.S.I., méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers, relatório de pesquisa, Montreal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1982. v. 1
5. Conselho Federal de Enfermagem. COFEn. *Código de ética dos profissionais de enfermagem*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 1993.
6. DONABEDIAN, A. *Definition of quality and approaches to its assessment.*, Michigan: Health administration, 1980. v. 1
7. DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality Review Bulletin*, v. 12, n. 3, p. 99-108, 1986.
8. DONABEDIAN, A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, v. 25 n. 1, p. 173-192, 1988.
9. FELISBINO, J.E. *Processo de enfermagem na UTI, uma proposta metodológica*. São Paulo: EPU, 1994.
10. GRENIER, R., DRAPEAU, J., DESAUTELS J. *Normes et critères de qualité des soins infirmiers*. Montreal: Décarie, 1989.

11. GRENIER, R. Approches en évaluation de la qualité des soins infirmiers. *Gésiqualité*, v. 8, n. 2, p. 1-4, 1990.
12. GRENIER, R. Optimiser les retombées de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers. *Gésiqualité*, v. 10, n. 4, p. 1-3, 1992.
13. GRENIER, R. Une terminologie à apprivoiser. *Gésiqualité*, v. 11, n. 3, p. 1-7, 1993
14. HINSHAW, A. The image of nursing research; issues and strategies, *Western Journal of Nursing Research*, v. 5, n. 3, p. 1-13, 1983.
15. HORTA, W.A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
16. JACQUERYE, A. *Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers*, Paris: Le Centurion, 1983
17. KITSON, A. Raising the standards. *Nursing Times*, v. 84, n. 25, p. 29-32, 1988.
18. KITSON, A., HARVEY, G. HYNDMANN S. YERREL, P. A comparison of expert- and practitioner- derived criteria for postoperative pain management. *Journal of Advanced Nursing*, v. 18, p. 218-232, 1980.
19. LANG, N.M. Issues in quality assurance in nursing. In American Nurses' Association, Issues In: *evaluation research*. (ANA no G-1242M9/76), 1975. p. 44-56
20. LARSON, S.A., LIESKE, A.M. Standards, the basis of a quality assurance program. In: Claire G. Meisenheimer (ed) *Improving quality, a guide to effective programs*, Gaithersburg: Aspen Publishers, 1992. p. 45-60
21. LAURIN, J. *Qualité des soins infirmiers, concepts e évaluation*. 3. ed. Montreal: Les presses de l'université de Montréal, 1993
22. Mc HUGH, M.K. Does the nursing process reflect quality care? *Holistic Nursing Practice*, v. 5, n. 3, p. 22-28, 1991.

23. MEISENHEIMER, C.G. *Improving quality, a guide to effective programs*. Gaithersburg: Aspen Publishers, 1992.
24. OUELLET, F. L'utilisation du groupe nominal dans l'analyse des besoins. In: J.P. Deslauriers (ed), *La recherche qualitative, résurgences et convergences*. Chicoutimi: Groupe de recherche et d'intervention régionale, Université du Québec à Chicoutimi, 1985. p. 89-107
25. PETERS, D. Measuring quality, inspection or opportunity? *Holistic Nursing Practice*, v. 5, n. 3, p. 1-7, 1991.
26. PHANEUF, M., WANDEL, M. Quality assurance in nursing. *Nursing Forum*, v. 13, n. 4, p. 328-365, 1974.
27. SCHMADL, J.C. Quality assurance, examination of the concept. *Nursing Outlook*, v. 27, n. 7, p. 462-465, 1979.
28. SHIBER, S. LARSON, E. Evaluating the quality of caring: process and outcome. *Holistic Nursing Practice*, v. 5, n. 3, p. 57-66, 1991.