

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

A QUALIDADE DO CUIDADO/CONFORTO DE ENFERMAGEM NA
PERSPECTIVA DO CLIENTE/PACIENTE HOSPITALIZADO

Erika Fonseca Camargo Marsico

Rio de Janeiro
2008

ERIKA FONSECA CAMARGO MARSICO

A QUALIDADE DO CUIDADO/CONFORTO DE ENFERMAGEM NA
PERSPECTIVA DO CLIENTE/PACIENTE HOSPITALIZADO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de
Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do
Rio de Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Margarethe Maria Santiago Rêgo

Rio de Janeiro
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

MARSICO, Erika Fonseca Camargo

A qualidade do cuidado/conforto na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado
Erika Fonseca Camargo Marsico – Rio de Janeiro, 2008.

Orientadora: Margarethe Maria Santiago Rêgo.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de
Enfermagem Anna Nery, 2008.

1. Enfermagem 2. Cuidado 3. Conforto 4. Qualidade

ERIKA FONSECA CAMARGO MARSICO

**A QUALIDADE DO CUIDADO/CONFORTO DE ENFERMAGEM NA
PERSPECTIVA DO CLIENTE/PACIENTE HOSPITALIZADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/ EEAN - Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 16 de dezembro de 2008.

Prof^ª. Dr^ª Margarethe Maria Santiago Rêgo.
Presidente-Orientadora. Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ.

Prof^ª. Dr^ª. Rosa Elena Rodrigues Leitão
1^ª Examinadora. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa- UFF.

Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Tereza Carvalho de Araújo
2^ª Examinadora. Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ.

Prof^ª. Dr^ª. Fátima Helena do Espírito Santo
Suplente. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa- UFF.

Prof^º Dr^º Marcos Antônio Gomes Brandão
Suplente. Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ.

Dedicatória

“A sabedoria não se transmite, é preciso que nós a descubramos fazendo uma caminhada que ninguém pode fazer em nosso lugar e que ninguém nos pode evitar, porque a sabedoria é uma maneira de ver as coisas.” (Marcel Proust)

Reflexão

“Curar algumas vezes, aliviar freqüentemente, confortar sempre.”

(Oliver Holmes)

Agradecimentos

A Deus, pela minha vida, pela força e pela linda e digna missão a que me destinou: cuidar do outro.

A meus pais e minha família pela minha educação, pelo eterno apoio e por sempre acreditar e oferecer o melhor para as minha vitórias.

Ao meu noivo e futuro marido, pela compreensão das minhas ausências, impaciências e por ter sido o meu “braço direito” nessa conquista.

A minha amiga Cássia Juliana Cattai pela força, apoio e por estar sempre por perto quando mais precisei.

À Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho pelo estímulo e incentivo para o meu aprimoramento profissional

À equipe de enfermagem do 9º andar do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, que sempre demonstrou amizade, carinho e confiança enquanto atuei como chefia e por me auxiliarem a fazer um trabalho DE QUALIDADE.

Aos clientes/pacientes participantes deste estudo, por toda contribuição e disponibilidade

À professora, orientadora e amiga Margarethe Maria Santiago Rêgo, por acreditar no meu trabalho e pela luz que ela sempre irradiou em minha vida

Aos Professores Doutores Rosa Elena Rodrigues Leitão, Sílvia Tereza Carvalho de Araújo, Marcos Antônio Gomes Brandão, Fátima Helena do Espírito Santo e Rita Batista pelas relevantes contribuições para a construção deste estudo.

RESUMO

MARSICO, Erika Fonseca Camargo. **A qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Trata de um estudo sobre a qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado. Os objetivos foram: descrever o ambiente do cuidado de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado na unidade de internação clínica de um hospital universitário, caracterizar as pistas indicativas do cuidado/conforto de enfermagem de qualidade enunciadas pelos clientes/pacientes hospitalizados na unidade de internação clínica, analisar o cuidado/conforto de enfermagem na perspectiva dos fundamentos teóricos da qualidade em saúde e das concepções teóricas de Figueiredo e discutir a existência de relação entre o cuidado/conforto promovido pela enfermagem e a melhoria contínua da qualidade no serviço de internação clínica no hospital universitário em estudo. Adotou-se o referencial das Concepções teóricas sobre o cuidado/conforto de Figueiredo e os fundamentos teóricos da qualidade em saúde. Os sujeitos do estudo foram dezesseis clientes/pacientes internados em dois setores de internações clínicas de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Os dados das entrevistas e da observação participante foram tratados através da análise de conteúdo de Bardin constituindo-se em duas categorias: I) O ambiente do cuidado do cliente/paciente hospitalizado na unidade de internação clínica e II) Dimensão afetiva e efetiva: pistas indicativas da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado na unidade de internação clínica. Os resultados mostraram que a base para a otimização do cuidado/conforto de qualidade de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado emerge de um ambiente que garanta conforto e segurança aos clientes/pacientes e profissionais, de elementos institucionais que promovam a efetividade do cuidado e das qualidades pessoais (técnicas e humanas) dos profissionais de enfermagem que interagem e promovem o cuidado/conforto através de princípios ético-científicos.

Palavras-chaves: Enfermagem.Cuidado.Conforto.Qualidade.

ABSTRACT

MARSICO, Erika Fonseca Camargo. **The quality of nursing care/welfare in relation to the hospitalized client/patient.** Dissertation for Master of Sciences. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

This study is about the quality of nursing care/welfare in relation to the hospitalized client/patient. The aims of this study were to describe the environment of nursing care to hospitalized client/patient in an infirmary at an university hospital, to point out the signals of the nursing care/welfare given by client/patient, to assess the nursing care/welfare in relation to the theoretical basis of quality relating to health and Figueirido's theoretical conceptions and the theoretical basis of quality in health care. The study was developed through the observation and interview of 16 clients/'patients admitted in an university hospital of Rio de Janeiro. Data collection of interviews and observations were carried out through the analysis of Bardin's content constituted by two categories: I) The environment the nursing care of the hospitalized client/patient and II) The effective and dedicated dimension: the signals of the quality of the nursing care /welfare to the hospitalized client/patient. The results showed that the basis for the improvement of the quality of the nursing care/welfare depends on the environment that assures welfare and security to clients/patients, relatives and professionals and actions that encourage the effectiveness of the nursing care and the personal qualities (technical and humans) of the nursing professionals that work and promote nursing care/welfare constantly, day by day. Concluding, the effective and dedicated performance of the nursing professionals is the best way of improving quality welfare and security of the hospitalized client/patient.

Key-words: Nursing. Care. Welfare. Quality

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1- Mensagem escrita na entrada principal do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).....	18
Ilustração 2- Banheiros dos setores 9C e 9D	54
Ilustração 3- Rede de gases dos setores 9C e 9D	57
Ilustração 4- Incidência do sol num leito no setor 9C	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Resultados da avaliação do Consórcio Brasileiro de Acreditação no HUCFF em 1999	10
Gráfico 2- Idade dos participantes do estudo	44
Gráfico 3- Tempo de internação dos participantes do estudo	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Graus de classificação do Ministério da Saúde	9
Quadro 2- Pistas indicativas dificultadoras x facilitadoras da melhoria da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem no ambiente do cuidado na unidade de internação clínica	72
Quadro 3- Pistas indicativas dificultadoras x facilitadoras da melhoria da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na unidade de internação clínica	83

SUMÁRIO

CAPÍTULO I- CONSIDERAÇÕES INICIAIS	01
- Contextualização e Problematização.....	01
- Objeto do Estudo.....	15
- Questões Norteadoras.....	15
- Objetivos do Estudo.....	15
- Contribuições do Estudo	16
CAPÍTULO II- REFERENCIAL TEÓRICO	
- Fundamentos teóricos da Qualidade em Saúde.....	19
- Concepções de Cuidado/Conforto de Figueiredo	32
CAPÍTULO III- METODOLOGIA	40
- Tipo de pesquisa.....	40
- Cenário do Estudo	41
- Participantes do Estudo	43
- Estratégia de coleta de dados e participação da pesquisadora como membro do grupo.....	46
- Tratamento, Classificação e Categorização dos Dados.....	49
- Procedimentos éticos.....	49
CAPÍTULO IV- O AMBIENTE DO CUIDADO DO CLIENTE/PACIENTE HOSPITALIZADO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA	51
CAPÍTULO IV- DIMENSÃO AFETIVA E EFETIVA: PISTAS INDICATIVAS DO CUIDADO/CONFORTO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE/PACIENTE HOSPITALIZADO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85

- Referências Bibliográficas.....	91
-----------------------------------	----

APÊNDICES

1- Roteiro de entrevista.....	95
2- Termo de consentimento livre e esclarecido	96

ANEXOS

1-Cartilha dos direitos dos Pacientes do HUCFF.....	98
2-Matéria sobre projeto de acolhimento	100
3- RASP.....	101
4- Avedis Donabedian.....	102
5- Organograma do HUCFF.....	103
6- Parecer do comitê de ética.....	104
7- Roteiro de observação- Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde 2003 e 2006- MS/ONA	105
8- RASPs elaborados com a pesquisa.....	109

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Contextualização e Problematização do Objeto de Estudo.

A busca para alcançar a melhoria da qualidade e a segurança do paciente/cliente¹ nas instituições de saúde é a meta dos dirigentes e profissionais que atuam no ambiente hospitalar, particularmente da equipe de enfermagem. Neste sentido, todos os profissionais recorrem ao processo de construção da qualidade para o setor saúde principalmente a partir de padrões estabelecidos em programas que visam contribuir para a efetividade e para a otimização do cuidado, do conforto e da segurança dos clientes/pacientes hospitalizados.

Serapioni (1999) atribui o interesse pela Qualidade dos Serviços de Saúde nos últimos anos à necessidade de redução de despesas com a busca de modalidades mais eficientes de uso dos recursos e à participação dos cidadãos com atenção especial ao reconhecimento de sua satisfação na tentativa de recuperar a unidade do paciente após sua divisão mente-corpo como consequência do modelo biomédico e técnico-científico.

Esta visão integradora de muitos dirigentes e profissionais dos estabelecimentos hospitalares voltadas às questões da saúde vem gerando a mobilização para a implantação de programas a fim de melhorar a eficiência de seus serviços face ao avanço tecnológico e às políticas de humanização e valorização do cliente/paciente e familiares, particularmente com vistas a processos de melhorias contínuas da qualidade do cuidado.

Assim, a questão da Qualidade do Cuidado apresenta desafios que devem necessariamente ser considerados, sobretudo por tratar-se da operacionalização de processos contínuos de aprimoramento do melhor atendimento às necessidades e expectativas de todas as pessoas

¹ A utilização neste estudo do termo cliente/paciente se baseia na edição 2006 do Manual Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e Ministério da Saúde (MS).

envolvidas no setor saúde. A Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (2008, p.238) define a Qualidade do Cuidado como

... nível em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e populações aumentam a sua probabilidade de alcançarem os resultados desejados e são compatíveis com o conhecimento profissional atual. As dimensões do desempenho incluem o seguinte: questões relacionadas à perspectiva do paciente; segurança do ambiente de prestação de cuidados; e acessibilidade, conveniência, continuidade, efetividade, eficácia, eficiência e oportunidade dos cuidados.

Neste aspecto, a motivação para a realização de um estudo que trata da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado na unidade de internação clínica de um hospital universitário emerge, sobretudo, da minha trajetória profissional iniciada em 2002 como enfermeira líder de equipe no setor 9D pertencente à unidade de internação clínica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

Em fevereiro de 2006 fui convidada a chefiar outro setor de internação clínica: o 9C, cujo perfil da clientela, ambiente do cuidado e situações clínicas apresentavam aspectos similares. Vale ressaltar que a oportunidade de aprimoramento da experiência profissional relacionada ao cuidado de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado deve-se também ao desenvolvimento concomitante de atividades assistenciais na área de cardiologia em um hospital de grande porte da rede pública do município do Rio de Janeiro.

A importância deste destaque relacionado à trajetória de desenvolvimento profissional é para ressaltar que sempre enfatizei no cotidiano da prática diária o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes/pacientes e a melhoria contínua da qualidade em saúde. Vale considerar que entendo a dimensão da qualidade em saúde conforme descrito na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, 2004). Segundo essa organização científica, a qualidade em saúde

“implica que os usuários de serviços recebam pontualmente, eficientemente e seguramente (qualidade técnica) ajuda em condições materiais e éticas adequadas (qualidade percebida)”.

Nesse aspecto, considero que a qualidade do cuidado/conforto promovido pela enfermagem é imprescindível para garantir a qualidade em saúde. Como afirma Figueiredo (1997; p. 168):

A teoria do cuidado/conforto está na prática e mostra-se, quando o cuidado é feito, quando cuidamos de um corpo, limpando seus humores e odores para lhes dar conforto físico-mental; quando escolhemos a agulha certa para um calibre venoso nem sempre visível; quando descobrimos modos e maneiras de nos relacionar com; quando conversamos, quando ouvimos; quando suportamos os desafios do cotidiano de cuidar; quando não sabemos o que fazer; e nem o que dizer; quando nos emocionamos diante do nascimento e a morte; quando decidimos; quando criamos estratégias para manter a vida no fluxo da ida ou quando desistimos, mas mantemos o corpo cuidado até entregá-lo a morte; quando reparamos os instrumentos e utensílios de cuidar; quando nos comunicamos através de gestos, signos e imagens; quando refletimos e avaliamos nossa prática; quando estamos atentos aos sinais de desvio ou de complicação da saúde.

O fato que é possível ser destacado a partir da minha experiência profissional em unidades de internação clínica é que o perfil dessa clientela a partir de uma perspectiva biológica tem como principais características a cronicidade e a gravidade das patologias, o que acarreta um tempo prolongado de internação e reinternações freqüentes. A maioria desses clientes/pacientes são dependentes totais dos cuidados de enfermagem o que significa dizer que a enfermagem faz *“[...] pelo ser humano quando este não tem condições de fazer por si, seja qual for a causa”* (HORTA, 1979, p.58).

Por este motivo, destaco a importância da realização dos cuidados de enfermagem desenvolvidos a partir das reações humanas (medo, ansiedade e desesperança, por exemplo) apresentadas por este cliente/paciente e não centrados na doença.

Diante do contexto das condições e desvios de saúde proveniente da pessoa doente hospitalizada é que na vivência de chefe de setor venho buscando continuamente a

implementação de processos de avaliação e aprimoramento da qualidade do cuidado de enfermagem e da segurança para essa clientela. Nessa perspectiva, corroboro com Figueiredo et al (1998, p.45) quando conceitua a qualidade na enfermagem como

[...] uma prática incluindo desenvolvimento de técnicas, habilidades psicomotoras e conhecimento científico para ofertar segurança àquele que necessita de cuidados; envolve saber se emocionar, criar, sonhar, imaginar, pesquisar, cuidar.

Certamente, alcançar melhores oportunidades para avaliar e melhorar a segurança e a qualidade do cuidado/conforto nos serviços de saúde é fundamental, entretanto, é possível afirmar que observo no cotidiano da prática profissional algumas situações de enfrentamentos e desafios relacionados à assistência de enfermagem aos clientes/pacientes e seus familiares no serviço de internação clínica do HUCFF.

O primeiro dificultador nesse processo de busca pela melhoria da qualidade do cuidado relaciona-se com a forma de contratação dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem do hospital. O fato é que existe o funcionário admitido por concurso público e aquele admitido por sistema de cooperativa. Essa forma de seleção da equipe de enfermagem através de serviço terceirizado se faz pela sua avaliação durante uma média de cinco plantões no setor, ao nosso ver, tempo insuficiente para avaliação das qualidades técnicas e humanas desse profissional. Além disso, a maioria desses profissionais se apresenta ao setor sem treinamento técnico adequado e desmotivado diante da ausência de alguns direitos trabalhistas, especialmente, a carga horária excessiva de trabalho e baixos salários.

É possível constatar que esta forma de contratação de pessoal de enfermagem implica em algumas não conformidades com destaque para a evasão constante e alta rotatividade dentro da equipe. Para reforçar a minha preocupação apoio-me em Lemme (2005, p.18) quando diz que

“[...] a insatisfação dos profissionais com o aumento da rotatividade no trabalho provoca uma queda na qualidade do atendimento prestado aos pacientes”.

Essa situação se apresenta então, como um elemento dificultador para a manutenção da integração da equipe, qualificação, operacionalização de normas e dos processos setoriais bem como para a promoção de estratégias permanentes de sensibilização, conscientização e entendimento desses profissionais quanto à importância da melhoria contínua da qualidade do cuidado de enfermagem e segurança do cliente/paciente. Neste aspecto destaco Mezomo (2001) quando diz que a tecnologia e estrutura das organizações não são tão importantes comparando-se com a necessidade das pessoas serem educadas para um trabalho responsável e de qualidade comprometidas com o atendimento das necessidades dos clientes.

Outra situação crítica observada atualmente no serviço de internação clínica- setores 9C e 9D está relacionada à estrutura física. No que se refere às reformas estruturais verifica-se que o setor 9D já passou por melhoramentos para adequação do ambiente hospitalar aos padrões exigidos pelos órgãos regulamentares do Ministério da Saúde. Em relação ao setor 9C, constata-se que, ainda não foi realizada a reforma das enfermarias, banheiros e posto de Enfermagem. Esta situação apresenta implicações desfavoráveis para o processo de melhoria da qualidade e segurança no ambiente do cuidado para cliente/paciente, familiares, profissionais e visitantes.

Ainda é possível constatar outros problemas estruturais, que dificulta a equipe de enfermagem na realização da prática diária do cuidado, bem como na promoção de medidas de conforto ao cliente/paciente e familiares, quais sejam: falta de segurança das instalações hidráulicas e elétricas, excesso de raios solares nas enfermarias, ventilação artificial e natural precária, iluminação artificial inadequada no período noturno, perigos e riscos de acidentes com pacientes/clientes, familiares e profissionais devido aos pisos apresentarem ‘soltos’ (apenas no setor 9C).

Diante dessas não conformidades relacionadas à estrutura física cabe uma reflexão sobre a qualidade dos cuidados no ambiente hospitalar a partir de Nightingale (1989) quando afirma que é responsabilidade da enfermagem colocar o paciente num ambiente em que a natureza possa auxiliá-lo a atingir uma condição ótima de saúde. Nesta linha de pensamento destaco também Figueiredo quando refere que o ambiente hospitalar no qual desenvolvemos o cuidado de enfermagem é um *“local de hospedar, local da saúde, da prevenção, da discussão, do treinamento, do ensino e do debate sobre tudo o que interessa aos funcionários e aos clientes”* (FIGUEIREDO, 2003, p.13).

Um outro aspecto que dificulta a qualidade e merece atenção está relacionado a falta de recursos materiais para dar suporte adequado a realização dos cuidados ao cliente/paciente. Ouço constantes reclamações dos clientes/pacientes e presencio algumas condições advindas da falta de recursos na Instituição como: quantidade reduzida de roupas de cama, quantidade limitada de água oferecida, impossibilidade de oferecimento de água para os acompanhantes, falta de medicamentos, atraso na realização de exames e cirurgias pela falta de insumos ou por equipamentos danificados e muitas outras situações que comprometem a avaliação plena de conformidade com a qualidade dos serviços de saúde da Instituição.

A questão essencial é que a qualidade do cuidado está diretamente relacionado ao atendimento das reais necessidades e satisfação das expectativas dos clientes/pacientes e familiares. Assim, acredito que as não conformidades vinculadas à estrutura física, organizacional, à forma de contratação de pessoal da área de saúde, a motivação e as condições de trabalho dos profissionais podem interferir na visão desses clientes/pacientes e de seus acompanhantes/familiares em relação a qualidade do cuidado/conforto promovido pela equipe de enfermagem. Desse modo, vale ressaltar nesse momento que confortar é:

dar força, fortalecer, consolar, isto é, colocar o cliente em condições agradáveis para seu corpo-espírito- ambiente com boa iluminação e circulação de ar, sem odores desagradáveis; com utensílios e roupas limpas, cheirosas, secas, sem pregas, entre outros fatores (FIGUEIREDO, 2003, p.81).

Figueiredo (2005) também define conforto como interação entre sujeitos e ressalta que o sujeito que cuida precisa estar preocupado com o conforto físico e espiritual.

É o olhar, o falar, uma conversa, uma fala, em outras palavras, o conforto não existe sem a presença de sujeito, e eu tenho buscado uma imagem para identificar isso, pois entendo que o conforto implica presença de sujeitos que se integram nesta ação. Integrar como elemento de conforto envolve lugar e pessoa, e isso exige daquele que cuida ajustar o foco para atender, daí cada um reage dentro de sua pressão (FIGUEIREDO, 2005).

Em relação ao conforto, Mussi (1996) acrescenta como elemento chave para a sua definição o bem-estar e considera que o conforto envolve aspectos de natureza física, social, psicológica, espiritual e ambiental. Prosseguindo afirma ainda que o “[...] *conforto tem como sentidos técnicos: calma (o estado de tranqüilidade ou satisfação), alívio (o estado de ter um desconforto específico aliviado) e transcendência (o estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor)*” (1996, p.22).

Neste sentido, é possível constatar que essas situações de não conformidades dificultam o processo de melhorias contínuas da qualidade no Serviço de Internações Clínicas e vão de encontro ao pensamento do sociólogo De Masi (2007, p.58) quando afirma que:

Dizemos que nosso trabalho é de qualidade quando o ambiente físico em que ele se desenvolve é agradável, apropriadamente equipado e adequadamente climatizado; quando as tarefas são envolventes, os resultados são alcançados, chefes e colegas se estimam e a retribuição é gratificante.

Frente a essas questões relacionadas ao ambiente do cuidado em saúde é importante destacar que a instituição- HUCFF apresenta um plano para ser desenvolvido a curto prazo para o setor 9C, com vistas a implementação de reformas para atender especialmente as questões de

segurança e sistema de infra-estrutura (instalações elétricas, hidráulicas, pintura e sobretudo sistema de rede de gases- oxigênio, ar comprimido e vácuo). .

Neste momento é oportuno destacar também que o processo de construção da gestão da qualidade no HUCFF teve início em 1996 com o Programa de Estímulo à Produtividade e Qualidade e em 1999 com a criação pela Direção Geral do Comitê de Qualidade, composto por uma equipe multiprofissional que representa diversos setores do hospital e sob a coordenação do enfermeiro Antônio Marinho. De acordo com o Programa de Qualidade do HUCFF, esse Comitê possui como atribuições deliberar, desenvolver, implantar e monitorar projetos relacionados com o Programa de Qualidade, priorizando a atenção ao cliente com base na humanização e nos padrões de qualidade do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) e do Ministério da Saúde/Organização Nacional de Acreditação (ONA).

A implantação do Comitê da Qualidade no HUCFF foi deflagrada após a primeira avaliação diagnóstica do hospital em 1999 pelo CBA como início de um processo de busca para a Acreditação Hospitalar, a qual segundo a ANVISA (2006) é definida como:

...um método de consenso, racionalização e ordenação dos estabelecimentos de saúde e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um processo de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência, por meio de padrões previamente estabelecidos.

A avaliação da qualidade da assistência do HUCFF pelo CBA baseou-se no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde/ONA (1999/ 2º edição) e no Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar do CBA (1998) no qual foram atribuídos graus às áreas avaliadas que variaram entre: não aplicável, não cumprimento dos requisitos, grau mínimo, parcial, significativo e substancial.

Quadro 1- Graus de classificação definidos pelo Ministério da Saúde

Substancial – existe metodologia sólida, sistemática e avançada. Os resultados são excelentes.
Significativo – existe metodologia sólida, sistemática e, algumas vezes, avançada. Existem evidências de aplicação da mesma e os resultados são bons.
Parcial – existe metodologia sólida, sistemática e foram encontradas tendências positivas na aplicação da mesma e nos resultados.
Mínimo – existem metodologias em desenvolvimento, com indícios de aplicação das mesmas, porém faltam informações importantes.
Não cumpre – não existem evidências de metodologias de aplicação e faltam informações.
Não aplicável – pela natureza da instituição não se aplica o padrão

FONTE: Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde, 1999

Como resultado, das trinta e cinco áreas avaliadas, três, entre elas o corpo de enfermagem obtiveram grau significativo. De acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde/ ONA (2006) o item de avaliação relacionado à enfermagem é definido como:

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

Foram avaliados itens relacionados à habilitação do Responsável Técnico, distribuição da escala conforme habilitação dos profissionais, registro em prontuário de procedimentos e controle de pacientes internados, manual de normas e rotinas, programa de capacitação e educação permanente, estatísticas, integração no programa de qualidade, sistema de análise de satisfação do cliente interno e externo e avaliação do serviço.

Quanto à unidade de internação do HUCFF, definida pelo mesmo Manual como “[...] prestação de atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada ou não, por período superior a 24 h, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da Organização” foi atribuído o grau parcial. Dentre os itens avaliados estão as

instalações adequadas para a atenção e cuidados aos clientes/pacientes, condições de habitabilidade e conforto que contribuem para a boa assistência prestada e responsável técnico habilitado para a condução do serviço.

O gráfico a seguir apresenta os resultados da avaliação do CBA realizada no ano de 1999 nas seguintes funções: Direitos do Paciente (60%); Avaliação do Paciente – Diagnóstico (64,7%); Cuidado ao Paciente (67,86%); Acesso e Continuidade (91,55%); Melhoria de Desempenho-Qualidade (22,2%); Liderança (42,1%); Gerência do Ambiente – Segurança (8,09%); Gerência de Recursos (46,15%); Gerência de Informação (55,2%); Coordenação de infecção Hospitalar (100%).

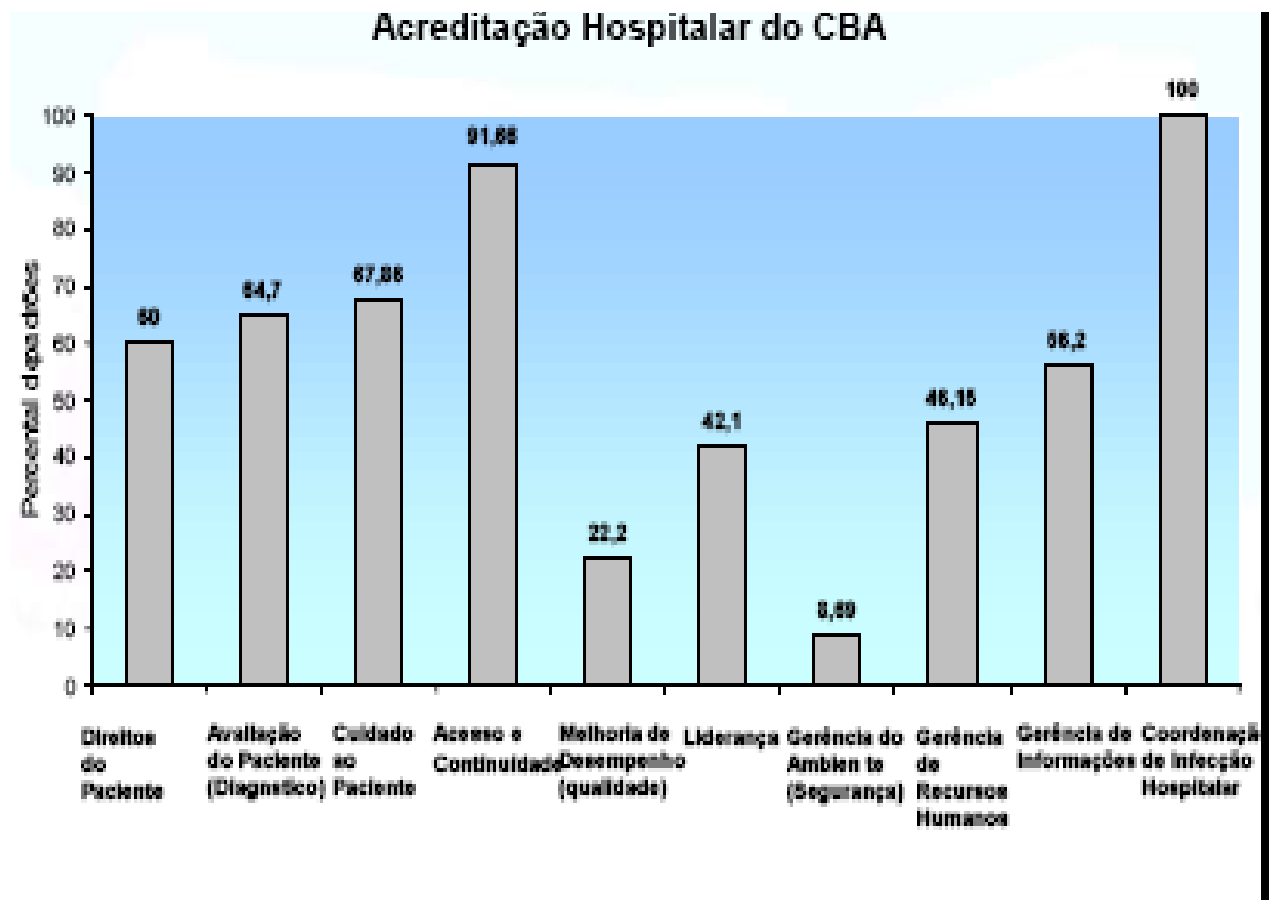


Gráfico 1- Resultados da avaliação do CBA no HUCFF em 1999.

FONTE: www.hucff.ufrj.br

Nesta linha prática da Qualidade em Saúde o HUCFF ganhou status positivo durante a primeira avaliação do CBA. Na segunda avaliação do CBA em 2001, o status positivo das funções: Direitos do Paciente e Cuidado ao Paciente aumentou respectivamente para 94,02% e 87,04%. Esse melhor resultado foi alcançado com a implementação de um plano geral de melhorias pela administração da instituição e pelo Programa de Qualidade do HUCFF, através de ações voltadas principalmente para a humanização do atendimento, para investimentos em conforto e acolhimento de pacientes e funcionários, para a disseminação dos padrões de qualidade pelo hospital, para o investimento em obras e manutenção, para a melhoria dos processos de informatização, para a busca efetiva da integração com o SUS e para a elaboração de manuais e protocolos clínicos.

Neste momento vale ressaltar que, quanto ao padrão do CBA relacionado à coleta de dados sobre as necessidades, expectativas e satisfação do cliente/paciente, o HUCFF obteve status negativo considerando que não foi informada a existência dessa coleta sistemática com a finalidade de identificar áreas prioritárias para implantação de programas de melhoria de desempenho na instituição.

Diante dos dados objetivos obtidos através do resultado da avaliação realizada pelo CBA e considerando principalmente a questão relacionada à função cuidado ao cliente/paciente, questiono, a fim de implementar processos de melhoria, sobre a efetividade de dados sobre a percepção da qualidade da assistência de enfermagem pelo maior interessado na qualidade do cuidado recebido: o nosso cliente/paciente.

É fato que a partir da implantação do Programa de Qualidade, o cliente externo do HUCFF começou a ser plenamente valorizado no contexto da avaliação da qualidade do serviço, especialmente com a criação de algumas estratégias, entre as quais destacam-se: Ouvidoria (1999), a Cartilha dos Direitos dos Pacientes (anexo1), o Programa de Atendimento Domiciliar

Interdisciplinar (PADI) , em 2000, o Centro Cultural onde ocorre exposição de obras de pacientes e promoção de oficinas de arte, desenho e, mais recentemente, a Comissão dos Direitos dos Pacientes (2002) cuja missão é fortalecer a noção de direito e cidadania através de ações educativas junto à comunidade do HUCFF, implementando o controle social na saúde. Neste aspecto, cabe ressaltar que uma enfermeira participa efetivamente dessa Comissão.

Junto com a criação da Comissão dos Direitos dos Pacientes foi criada também a Coordenação de Políticas Institucionais de Humanização e Valorização do Cliente do HUCFF – Portaria número 102 de 22 de julho de 2002. Essa coordenação foi criada considerando a necessidade de:

- *Sedimentar a política institucional voltada para a garantia dos direitos de cidadania de nossos clientes baseada nos princípios de humanização;*
- *Integrar as ações e propostas de melhoria da qualidade do atendimento direcionadas aos clientes do HUCFF, definidas pelas diferentes áreas de atuação;*
- *Fortalecer o compromisso institucional com a qualidade prestada aos clientes internos e externos e*
- *Garantir maior divulgação e transparência às atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam diretamente na atenção dos clientes internos e externos*

Essa coordenação é composta por setores e divisões do hospital como Ouvidoria, Programa de Qualidade, Programa de Humanização Institucional, Divisão de Recursos Humanos, Coordenação das Comissões Permanentes e Divisão de Apoio Assistencial (serviço de nutrição e dietética, serviço de documentação médica, serviço social, serviço de fisioterapia, serviço de farmácia e comissões), com a participação em atividades como reuniões, grupos de apoio, trabalhos científicos, reunião de acompanhantes de pacientes e ações educativas e culturais.

Vale destacar também que, com o objetivo de desenvolver um trabalho de humanização e acolhimento dos familiares dos clientes/pacientes internados, realizo em parceria com o Serviço Social e com a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar reuniões semanais com os acompanhantes dos clientes/pacientes do serviço de internação clínica. São abordados

temas que visam a melhoria da assistência como informação e socialização das normas institucionais, direitos e deveres dos clientes/pacientes e acompanhantes, relacionamento com a equipe multidisciplinar e controle da infecção cruzada nas enfermarias. (anexo 2)

É notório que no HUCFF já existe uma política institucional voltada para a melhoria da qualidade em saúde evidenciada através da constituição de coordenações e criação de comissões voltadas para a valorização do cliente/paciente e familiares. Contudo, identifico, no Serviço de Internação Clínica do HUCFF, a necessidade de intensificar esforços para a construção efetiva de processos de melhorias contínuas da qualidade focadas no cliente/paciente e seus familiares.

Considero como fundamental acrescentar a essa política de humanização e valorização do cliente/paciente a implementação de estratégias que otimizem a avaliação sobre as necessidades, expectativas e satisfação do cliente externo hospitalizado na unidade de internação clínica. A questão a ser assumida é que essa unidade ainda não possui processos efetivos de avaliação dos clientes/pacientes, sistema de análise de satisfação dos clientes internos e externos bem como dados ou indicadores que mensurem a qualidade do cuidado/conforto promovido pela enfermagem a partir da visão do cliente/paciente hospitalizado.

Diante dessas considerações e com a preocupação no desenvolvimento dos processos de assistência prestada ao cliente/paciente, entendo que a qualidade do cuidado/conforto que está sendo oferecido somente pode ser qualificada e traduzida por ele mesmo, o próprio agente do cuidado. Somente ele pode expressar se o cuidado de enfermagem que está recebendo é de qualidade levando-se em consideração suas crenças, valores e experiências individuais vivenciadas no decorrer do período de hospitalização.

Neste aspecto, Mezomo (2001, p.66) diz que:

Para saber sobre a qualidade dos cuidados de saúde depende de duas condições básicas: conhecer o paciente, o cliente principal dos cuidados

de saúde e medir a qualidade com base nele, isto é, a partir das informações fornecidas por ele.

Para corroborar essa idéia destaco Zanon (2000, p.16) quando diz que

[...] é a emoção que o cliente sente diante da experiência de utilizar um serviço ou de adquirir um produto de acordo com sua expectativa, e não a razão, que produz decisões acertadas. Conseqüentemente, a qualidade deve ser avaliada pela pesquisa de opinião do cliente.

Frente ao contexto apresentado, ratifico a importância da identificação das necessidades, expectativas e satisfação dos clientes/pacientes a partir da visão ou das pistas indicativas enunciadas por eles para alcançar a qualidade do cuidado/conforto de enfermagem no ambiente hospitalar. Neste momento, cabe proceder um breve esclarecimento a respeito do termo ‘pistas’.

Segundo Figueiredo (1997) o termo pistas significa:

[...] um conhecimento básico imprescindível para saber quem e o que tem o cliente que elas [as enfermeiras] cuidam, o que ele quer e principalmente o que a enfermeira deve fazer por e com ele para atender suas necessidades e desejos quando podem se expressar ou descobrir quando não puderem se expressar (FIGUEIREDO,1997, p.103).

É neste sentido que Teixeira e Figueiredo (2001, p.136) contribuem para vislumbrar as pistas indicativas da qualidade do cuidado/conforto de Enfermagem identificadas a partir da perspectiva do cliente/ paciente hospitalizado quando afirmam que:

lidar com emoções implica ter sensibilidade, saber ouvir e ter uma percepção que vai além da formalidade. É importante saber ler a emoção nas expressões dos sujeitos, nos atos e no tom de voz. É a sensibilidade de entender o não dito, de captar as dimensões, por vezes inconscientes, que o sujeito traz em seu discurso, que fala de suas vivências e sensações corporais.

Objeto, questões norteadoras e objetivos do estudo.

Desse modo, considerando que as pistas enunciadas pelos clientes/pacientes internados no HUCFF determinará elementos indicativos para a melhoria da qualidade em saúde e ainda considerando a escassez de instrumentos efetivos que possibilitem a avaliação do cuidado/conforto promovido pela enfermagem no Serviço de Internação Clínica (setor 9C e 9D) do HUCFF, o **objeto de estudo** foi assim delimitado:

A qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado.

As seguintes questões norteadoras foram elaboradas:

- Quais as pistas indicativas de cuidado/conforto de enfermagem enunciadas pelos clientes/pacientes hospitalizados na unidade de internação clínica de um hospital universitário?
- Em que medida há relação entre o cuidado/conforto promovido pela enfermagem e a melhoria contínua da qualidade no serviço de internação clínica no hospital universitário em estudo?

Foram traçados os seguintes objetivos para responder as questões norteadoras:

- Descrever o ambiente do cuidado de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado na unidade de internação clínica de um hospital universitário.
- Caracterizar as pistas indicativas do cuidado/conforto de enfermagem de qualidade enunciadas pelos clientes/pacientes hospitalizados na unidade de internação clínica
- Analisar o cuidado/conforto de enfermagem na perspectiva dos fundamentos teóricos da qualidade em saúde e das concepções teóricas de Figueiredo.

- Discutir a existência de relação entre o cuidado/conforto promovido pela enfermagem e a melhoria contínua da qualidade no serviço de internação clínica no hospital universitário em estudo

Contribuições do Estudo.

Sendo um dos objetivos específicos do Programa da Qualidade do HUCFF promover a humanização do atendimento ao cliente externo por meio de ações que garantam a prestação de serviços com excelência, o estudo pretende contribuir com o Programa de Qualidade do HUCFF e especialmente com a Ouvidoria e a Comissão dos Direitos dos Pacientes no sentido de conhecer a percepção do cliente/paciente sobre o cuidado/conforto recebido, para planejar a assistência e otimizar as medidas do cuidado/conforto de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado.

Para a instituição onde será realizada a pesquisa, a contribuição será através do Relatório de Análise de Situação Problematizadora² (RASP- anexo 3) onde serão descritas as situações problematizadoras no campo da enfermagem evidenciadas pelo estudo, encaminhadas para a Divisão de Enfermagem da instituição com a análise das causas para as devidas providências que forem cabíveis e possíveis para a implementação das ações que possibilitem melhorias assistenciais.

Considero estar colaborando para o campo da pesquisa e do ensino, no que diz respeito a possibilitar reflexões e discussões sobre a aplicabilidade do Referencial da Qualidade em Saúde e das Concepções de Figueiredo sobre o Cuidado/Conforto nas pesquisas de enfermagem. Desse modo, o estudo pretende apresentar elementos de uma análise científica das proposições construídas por Figueiredo, no qual se apóia o estudo.

² Instrumento elaborado por RÊGO(2005). A enfermagem hospitalar baseada em evidências e experiências: a busca da qualidade do cuidado/conforto na perspectiva dos profissionais, clientes e familiares.

Ainda em relação à pesquisa, o estudo pretende ampliar conhecimentos relacionados à qualidade do cuidado de enfermagem tendo em vista que as pesquisas sobre o tema ainda são incipientes. Na busca na base de dados eletrônica BIREME com os descritores qualidade e assistência de enfermagem realizada no período de 2006 a 2007 foram encontrados apenas seis trabalhos na base LILACS e seis na base BDENF, dos quais apenas dois possuíam como sujeitos do estudo os clientes hospitalizados. Foi possível verificar também que o enfoque da qualidade está voltado principalmente para temáticas da área administrativa.

Para o ensino, o estudo pretende acrescentar conhecimentos sobre a prática da enfermagem hospitalar e fortalecer a rede de pesquisadores e construção científica do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NUPENH) do Departamento Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Além disso, considerando o fato de que algumas Escolas de Enfermagem do curso técnico e de graduação utilizam o cenário do serviço de internação clínica para estágio curricular, o estudo pretende contribuir para melhoria desse campo de prática profissional.

Portanto, a realização deste estudo justifica-se plenamente na medida em que busca processos de melhorias para a qualidade do cuidado de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado. Neste sentido, destaco uma mensagem escrita na entrada principal da instituição hospitalar onde será realizado o estudo no qual vem ao encontro de valores e princípios contemplados nesta pesquisa:

**É Tempo de renovar as esperanças
em um mundo mais justo e
solidário, fundamentado no respeito
ao planeta e aos povos.**

Ilustração 1: Entrada principal – 1º andar do HUCFF

CAPÍTULO II REFERENCIAL TEÓRICO

Para atingir os objetivos e subsidiar a compreensão do objeto de estudo utilizarei como bases teóricas os Fundamentos Teóricos da Qualidade em Saúde e as Concepções de Cuidado/Conforto de Figueiredo.

➤ **Fundamentos Teóricos da Qualidade em Saúde.**

O conceito de qualidade surge, inicialmente na história, no campo industrial com o propósito de evitar falhas ou danos aos produtos e serviços prestados visando a redução de custos. Atualmente, o conceito de qualidade na área da saúde vem atender às necessidades e expectativas do cliente/paciente usuário dos serviços de saúde com o objetivo final da satisfação e da recuperação do seu desvio de saúde.

O Modelo da Qualidade tem seu marco histórico com a metodologia de administração do americano Edward Deming. O método foi implementado no Japão a partir de 1950 por cientistas e engenheiros japoneses que queriam reconstruir o país após a destruição pela 2ª Guerra Mundial. Deming iniciou com o ciclo de ensinamentos baseados em 14 requisitos básicos relacionados à qualidade na administração para uma platéia de 500 pessoas e pregava principalmente a seguinte teoria: “quanto maior a qualidade, menor serão os custos de produção”. Os 14 princípios de Deming são:

- 1- Estabeleça a constância de propósitos para a melhoria do produto e de serviço, objetivando tornar-se competitivo, manter-se em atividade e criar empregos.*
- 2- Adote a nova filosofia. Estamos numa nova era econômica. A administração ocidental deve acordar para o desafio, conscientizar-se de suas responsabilidades e assumir a liderança no processo de transformação.*
- 3- Deixe de depender da inspeção para atingir a qualidade. Elimine a*

necessidade de inspeção em massa, introduzindo a qualidade no produto desde seu primeiro estágio.

4- Deixe de aprovar orçamentos com base no preço. Ao invés disso, pense em minimizar o custo total. Desenvolva um único fornecedor para cada item, num relacionamento de longo prazo fundamentado na lealdade e confiança”.

5- Melhore constantemente o sistema de produto e de serviços, de modo a melhorar a qualidade e a produtividade e, conseqüentemente, reduzir de forma sistemática os custos.

6- Institua treinamento no local de trabalho.

7-Institua liderança. O objetivo da chefia deve ser o de ajudar as pessoas e as máquinas e dispositivos a executarem um trabalho melhor.

8- Elimine o medo, de tal forma que todos trabalhem de modo eficaz para a empresa.

9-Elimine as barreiras entre os departamentos. As pessoas engajadas em pesquisas, projetos, vendas e produção devem trabalhar em equipe, de modo a preverem problemas de produção e de utilização do produto ou serviço.

10- Elimine lemas, exortações e metas para a mão-de-obra que exijam nível zero de falhas e estabeleçam novos níveis de produtividade. Tais exortações apenas geram inimizades, visto que o grosso das causas da baixa qualidade e da baixa produtividade encontram-se no sistema estando, portanto, fora do alcance dos trabalhadores.

11-a) Elimine padrões de trabalhos (quotas) na linha de produção. Substitua-os pela liderança.

b) Elimine o processo de administração por objetivos. Elimine o processo de administração por cifras, por objetivos numéricos. Substitua-os pela administração por processos através do exemplo de líderes.

12- a) Remova as barreiras que privam o operário de ter seu direito de orgulhar-se de seu desempenho. A responsabilidade dos chefes deve ser mudada de números absolutos para a qualidade.

b) Remova as barreiras que privam as pessoas da administração e da engenharia de seu direito de orgulharem-se de seu desempenho. Isto significa, abolir a avaliação anual de desempenho ou de mérito, bem como da administração por objetivos.

13- Institua um forte programa de educação e auto-aprimoramento.

14- Engaje todas da empresa no processo de realizar a transformação. A transformação é da competência de todo mundo.

Outras definições de qualidade propostas por estudiosos na área ampliam o significado de Gestão da Qualidade Total. Juran, em 1951, em seu livro *Quality control handbook*, trouxe o controle da qualidade para a administração enfatizando que a mesma compreende três processos: planejamento, controle e melhoria e a definindo como adequação ao uso. Acreditava também que

a não-qualidade trazia aumento dos custos assim como os defeitos trazia conseqüências negativas para a organização como a insatisfação do cliente (JUNIOR E VIEIRA, 2002).

Crosby (1986) considera que a qualidade é a obediência às especificações do produto, o atendimento a normas claras, conhecidas e cumpridas e a conformidade com os requisitos, abordando a quantificação da qualidade em termos financeiros, trazendo o conceito de “defeito zero”.

Para Demo (1998) é possível entender a dimensão da qualidade a partir de três categorias quais sejam: essência, perfeição e profundidade. Em relação à essência, refere que é consequência da etimologia latina: *qualitas* = essência. Associa-se a qualidade a algo essencial, determinante e a aquilo que seria mais importante. *“Qualidade aponta para a marca central das coisas e dos seres, aquilo que não se consome no tempo, que fica para sempre, que decide o que algo é definitivamente”* (DEMO,1998, p.93). Relacionando à enfermagem pode-se afirmar que sua essência seria o cuidado, ou seja, aquilo que seria o mais importante e determinante na prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade.

A segunda categoria - perfeição, consiste no esforço histórico do ser humano para realizar uma história sempre mais perfeita, desejável, participativa, solidária. É o melhor que o ser humano poderia realizar e nesse sentido, *“qualidade é sobretudo participação”*(DEMO,1998, p.93). Considero essa dimensão da qualidade como a aplicação do conhecimento científico na oferta do cuidado assim como o envolvimento do profissional em buscar subsídios para fazer o melhor para o cliente/paciente, ou seja, deve existir um movimento dos profissionais em atender às necessidades dos clientes/pacientes da melhor maneira possível e baseado no seu conhecimento científico.

A terceira categoria - intensidade, aponta para a dimensão do melhor. Qualidade é sinalizada pelo horizonte da intensidade (dimensão do melhor), para além da extensão (dimensão

do maior). Quer dizer, qualidade sinaliza para a intensidade que é a busca de profundidade e plenitude dos fenômenos qualitativos. Isto quer dizer que intensidade é caracterizada pelo que é profundo, o que não se rotiniza, o que evidencia uma dinâmica de compromisso, de realização e valorização do ser humano (DEMO,1998). Atribuo essa categoria à qualidade do cuidado de enfermagem, quando os profissionais mesmo diante de dificuldades de recursos materiais, humanos e físicos conseguem cuidar/confortar pois possuem responsabilidades para com o cliente/paciente. Neste sentido, as ações e intervenções do profissional de enfermagem não refletem a superficialidade e a rotinização do cuidado mas, sim, o profundo compromisso com a busca contínua dos processos de avaliação e aprimoramento da qualidade e da segurança no cuidado ao cliente/paciente valorizando sempre a integralidade e singularidade do ser humano.

Com isso, pode-se concluir que essas categorias contribuem para nortear a assistência de enfermagem no sentido da promoção e garantia do cuidado/conforto de qualidade.

No Brasil, a cultura pela Gestão da Qualidade Total tem seu auge na década de 80 com a criação do Programa de Incentivo para a Qualidade (PBQT), o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT) e o Projeto de Especialização em Gestão (PEGP).

O início da implantação de um Programa de Qualidade no âmbito hospitalar se deu nos Estados Unidos entre 1918 e 1920 com a criação do movimento de padronização dos hospitais pelo Colégio de Cirurgiões através de cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, dos quais estavam a presença de um corpo clínico licenciado e com ética, exigência dos registros dos atendimentos e instalações adequadas, não se considerando ainda necessidades relacionadas ao dimensionamento da equipe de enfermagem e a avaliação dos resultados pelos pacientes (FELDMAN et al, 2005). Embora a criação oficial de um Programa de Qualidade tenha sido iniciada pela categoria médica cabe ressaltar que a pioneira nesse modelo de melhoria da

qualidade foi Florence Nightingale em 1854, onde durante a Guerra da Criméia, no Hospital de Scutari, conseguiu reduzir de 42,7% para 2,2% as taxas de mortalidade a partir de rígidos padrões sanitários e de cuidados por ela estabelecidos (BALSANELLI e JERICÓ, 2005).

Em 1950, dando continuidade ao processo de Acreditação Hospitalar foi criada nos Estados Unidos a “Joint Commission on Hospital Accreditation ” (JCHA), que em 1988 passou a se chamar “ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” (JCAHO), a qual é responsável pelo credenciamento das instituições prestadoras de serviços de saúde e com objetivo de avaliar a qualidade do atendimento nessas instituições, subsidiando o conceito mais atual de acreditação definido por Feldman et al (2005, p.215) : “[...] *o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos*”.

No Brasil, a partir de uma reunião da Organização Pan-Americana de Saúde para discutir a Acreditação Hospitalar na América Latina, foi implantado o Programa Nacional de Acreditação Hospitalar em 1995 com a publicação pelo Ministério da Saúde do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar juntamente com a criação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Essa empresa brasileira, que atua juntamente com a Joint Commission, traz a definição de acreditação como:

[...] um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente (2008).

A mesma agência acreditadora relaciona a importância do processo de acreditação como um meio de ampliar a segurança dos usuários na escolha e utilização dos serviços, de introduzir a qualidade como um processo permanente de aprimoramento institucional; de buscar maior eficiência e efetividade do atendimento; de desenvolver e aprimorar continuamente os recursos

humanos e de colocar ao dispor das instituições, referenciais de excelência dos cuidados prestados em torno dos quais possam reorganizar suas práticas, diminuir riscos para os pacientes e profissionais e melhorar o desempenho institucional.

Em 2002, através de uma resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Organização Nacional de Acreditação – ONA é reconhecida como a instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil utilizando como metodologia de avaliação o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. O Manual é composto por padrões agrupados segundo área temática específica. Estes são distribuídos em três níveis - 1, 2 e 3.

Nível 1- Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para sua atividade, conforme legislação correspondente; dispõe de Responsável Técnico habilitado e/ou capacitado para a condução do serviço; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.

Nível 2 - Gerencia os processos e suas interações sistematicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria dos processos.

Nível 3-Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenhos dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica.

Uma instituição enquadrada no Nível 1, é aquela que cumpre a totalidade dos requisitos relacionados à segurança em todas as suas áreas e recebe o certificado de ACREDITAÇÃO, válido por dois anos. Uma instituição classificada no Nível 2, além das condições de segurança apresenta processos organizados e recebe o certificado de ACREDITAÇÃO PLENA, também válido por dois anos. Uma instituição qualificada no Nível 3, agrega às exigências dos Níveis 1 e 2 todos os requisitos relacionados à excelência, ao bom desempenho, gestão e qualidade dos serviços recebendo o certificado de ACREDITAÇÃO COM EXCELÊNCIA, válido por três anos.

Frente aos conceitos expostos, é notável que o foco comum da qualidade definido por diversos autores é a satisfação do cliente/paciente ou do consumidor dos bens e serviços que lhe são oferecidos, o que é corroborado pelo conceito mais recente de qualidade da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, 2007):

Uma prática das organizações para assegurar que seus procedimentos estejam em conformidade com as exigências dos clientes. Um sistema de gestão de qualidade demonstra a previsibilidade das operações internas e a capacidade de ir ao encontro das demandas do cliente, aumentando seu grau de satisfação.

Diante disso, Rêgo e Porto (2000, p.435) resumem o termo qualidade com enfoque na área da saúde como hábitos “[...] voltados para processos de melhorias contínuas das condições objetivas e subjetivas dos serviços, visando o atendimento das necessidades, desejos e expectativas das pessoas”.

O envolvimento cada vez maior dos clientes/pacientes e familiares no processo de melhoria da qualidade na área da saúde resulta, de acordo com a International Society of Quality in Health Care (2003), de alguns fatores como a importância da influência do estilo de vida na condição de saúde dos pacientes, do maior acesso às informações e menor confiança do público em geral nos profissionais, do fato de que quanto maior o compromisso e entendimento do paciente e seus familiares quanto ao seu estado de saúde maior a chance de sucesso no tratamento, do uso de seus direitos legais e morais para fazer suas escolhas e da consciência de que além de direitos os pacientes possuem também responsabilidades. O mesmo Organismo Internacional aponta também que atualmente a qualidade nos serviços de saúde está focada na educação, no paciente, no conforto, nos mecanismos de reclamação e na continuidade do cuidado. De acordo com Albrecht e Bradford (1992, p.28)

um momento da verdade é precisamente aquele instante em que o cliente entra em contato com qualquer setor do seu negócio e, com base nesse

contato, forma uma opinião sobre a qualidade do serviço e, possivelmente, da qualidade do produto.

Convém ressaltar que o modelo da qualidade da saúde difere do modelo industrial quando valoriza aspectos como a relação entre o cliente/paciente e quem lhe presta serviços, assim como suas habilidades, motivação, competências, conhecimentos gerais e específicos, experiência de trabalho profissional e educação permanente nos processos de cuidado clínico.

Para Serapioni (1999), o controle da qualidade dos serviços de saúde vem passando por diferentes fases nos últimos vinte anos. A princípio, a avaliação da qualidade levava em consideração apenas a racionalização da oferta de serviços e somente na metade dos anos 80 iniciou-se o redirecionamento da oferta de serviços segundo as necessidades de demanda dos usuários e atualmente possuindo como objetivo a comunicação entre usuários e profissionais.

Neste sentido, será adotado neste estudo o referencial proposto pelo precursor da aplicação do conceito de qualidade na área da saúde já no contexto contemporâneo: Avedis Donabedian (anexo 4) no qual introduziu em 1966 os conceitos de estrutura, processo e resultados que constituem a base da avaliação da qualidade na saúde

Para ele, o termo qualidade é difícil de ser definido pois a percepção sobre qualidade varia entre as pessoas. O mesmo autor afirma que ninguém pode assegurar ou garantir a qualidade, apenas aumentar a probabilidade do cuidado ser bom ou melhor.

A escolha por este teórico irá referenciar o estudo a medida que seu conceito de qualidade engloba todas as vertentes do cuidado de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado, avaliando a qualidade no sentido da relação enfermeiro-paciente, do ambiente físico do cuidado e do conhecimento científico e aparato tecnológico essenciais para o cuidar/ confortar.

Enfatizo também que, por ser um dos pilares da qualidade descritos por Donabedian a questão da interface entre a conformidade dos cuidados de saúde e o atendimento às necessidades

do cliente/paciente, considero que este referencial apresenta conceitos e concepções adequadas para consubstanciar a análise quanto à percepção dos clientes/pacientes hospitalizados sobre a qualidade do cuidado/conforto de enfermagem que estão recebendo.

Para Donabedian (2003) a qualidade é produto de dois fatores: da ciência e tecnologia dos cuidados de saúde e da aplicação desta ciência e tecnologia na prática atual. Estabelece três dimensões para a qualidade: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica está relacionada à aplicação de conhecimentos científicos e à tecnologia disponível nos cuidados de saúde, dependendo fundamentalmente da capacitação dos profissionais de saúde; a interpessoal à relação entre o profissional de saúde e o paciente e a ambiental se refere ao conforto e bem-estar do paciente com ênfase nas comodidades e na sua privacidade.

Donabedian (2003) acrescenta ainda que a relação interpessoal entre paciente e profissional e as características do lugar onde se presta o cuidado devem refletir respeito pelo paciente e indicam o grau em que o serviço satisfaz as necessidades do usuário.

A OPAS/OMS (2004) define também como uma das dimensões da qualidade a segurança, “[...] *que se mede no risco que acarretam os serviços oferecidos ao paciente [...] e que não se devem conseguir benefícios para um paciente ao custo de aumentar os riscos a ele ou a terceiros*” (p.217).

Baseado na Teoria Geral dos Sistemas, Donabedian (2003) ressalta que a avaliação da qualidade ocorre a partir de uma tríade composta por: estrutura, processo e resultados que estão intimamente relacionadas e mantêm uma linha de causalidade.

A vertente estrutura, abrange as condições sob as quais o cuidado é promovido: recursos físicos, materiais, humanos e financeiros. Envolve desde a estrutura física, disponibilidade de equipamentos, instrumentos normativos, sistemas de informação até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, o que pode contribuir para aprimorar a percepção dos profissionais

para as necessidades dos clientes. A avaliação da estrutura parte do pressuposto de que com as condições mínimas ideais para o funcionamento dos serviços de saúde obtem-se mais facilmente resultados favoráveis.

O componente processo abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais da saúde e pacientes incluindo métodos diagnósticos, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do paciente. Esse componente deve ser baseado no conhecimento científico, que irá subsidiar a dimensão técnica e a relação interpessoal juntamente com os aspectos éticos. Enfatiza-se também a qualidade da ação de quem executa tais atividades e não somente seu cumprimento mecânico.

Os resultados se referem ao produto final da assistência prestada incluindo mudança no estado de saúde, no conhecimento e comportamento dos pacientes e familiares, melhoria da capacidade funcional restaurada, no alívio dos sintomas assim como sua satisfação com a assistência recebida. Mezomo (2001) acrescenta que os resultados devem ser avaliados do ponto de vista dos que recebem os cuidados porém eles só serão garantidos quando extensivos às pessoas que os originam, gerando a necessidade também de medir a satisfação dos clientes internos (profissionais e administradores).

De acordo com Donabedian (2003), a qualidade na saúde é caracterizada por alguns atributos definidos como os “Sete Pilares da Qualidade”, quais sejam: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

- **Eficácia** - capacidade da ciência e tecnologia produzirem melhorias na saúde quando usadas nas condições mais favoráveis. Esse princípio vem ao encontro da influência positiva da ciência e tecnologia no cuidado, ou seja, como a assistência ao cliente/paciente pode ser beneficiada pelo tecnológico, mas nunca em detrimento ao cuidado humanizado. Está diretamente relacionado também ao cuidado científico, pautado no conhecimento e fundamentações teórico-científicas

que são, de acordo com Figueiredo (1997) um dos materiais subjetivos essenciais para o cuidado/conforto de enfermagem. A eficácia das ações de enfermagem está relacionada à implementação de intervenções obtidas com a sistematização da assistência através da anamnese e diagnósticos identificados e posteriormente avaliadas pelos resultados apresentados pelo cliente/paciente.

- **Efetividade** - o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alcança o nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis. É a relação entre a melhoria gerada pelo sistema oferecido e a melhoria esperada pelo sistema ideal. Podemos afirmar que esse pilar é alcançado quando o cliente/paciente está satisfeito com assistência de enfermagem prestada e avalia positivamente o cuidado de enfermagem que está recebendo. No contexto da acreditação hospitalar, a efetividade da assistência de enfermagem está relacionada ao atendimento e às conformidades com os padrões estabelecidos como ideais pelas entidades acreditadoras.

- **Eficiência** - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. É a capacidade de diminuir o custo sem reduzir a melhoria. Pode ser representado pela fração:
$$\text{Eficiência} = \frac{\text{melhoria gerada pelo sistema oferecido}}{\text{custo econômico deste sistema}}$$
 É a aplicação dos recursos (físicos, materiais e humanos) de forma racional. Uma organização ou um cuidado não é eficiente quando há desperdício de recursos para que os objetivos sejam atingidos. Para Donabedian (2003) pode-se atingir a eficiência através de três maneiras: com a chamada eficiência clínica, com a aplicação do correto conhecimento e julgamento na prescrição e implementação dos cuidados de saúde; com a eficiência de produção, com a aplicação mais eficiente dos recursos financeiros em espaço, equipamentos e pessoal e com a eficiência da distribuição, onde a implementação de melhorias na saúde são baseadas nas condições socioeconômicas e demográficas dos pacientes.

Esse conceito, no cenário do serviço de internação clínica do HUCFF, vem ao encontro da possibilidade de se prestar um cuidado de enfermagem de qualidade apesar da escassez de alguns equipamentos e recursos materiais da instituição. No atual contexto hospitalar, que exige do enfermeiro mais tempo em tarefas burocráticas e como consequência maior distanciamento da família e do cliente/paciente, além de quantitativo reduzido de profissionais, materiais e equipamentos é essencial a aplicação do diagnóstico de enfermagem para identificar os possíveis resultados atingíveis para o paciente de forma eficiente frente a esses complicadores administrativos.

- **Otimização-** é o balanço entre as melhorias contra o seu custo. É o ponto em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Refere-se aos efeitos resultantes de um serviço de saúde e quais os benefícios financeiros desses efeitos. Esse pilar da qualidade quando relacionado ao cuidado/conforto de enfermagem é alcançado a partir da adequada previsão e provisão de materiais para o setor, assim como a existência de recursos materiais e condições estruturais e organizacionais que evitem o retrabalho e um esforço permanente de educação com a equipe de enfermagem voltado para evitar desperdício dos recursos materiais e o uso incorreto dos equipamentos afim de evitar danos decorrentes.
- **Aceitabilidade-** conformidade com os desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares. Possui relação com a acessibilidade ao cuidado, com as características da relação profissional-paciente (definidas como empatia, respeito, esforço em explicar, atenção às preferências dos pacientes, honestidade, confiança) e com as amenidades do cuidado (como conforto, privacidade, alimentação, etc). É o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes/pacientes, considerando os aspectos geográficos, culturais e sócio-econômicos. É dá voz aos clientes/pacientes e oferecer o que eles precisam. Para isso, é necessário estar sensível para

reconhecer e interpretar as pistas enunciadas pelos clientes/pacientes quanto às suas necessidades e desejos a fim de oferecer um cuidado/conforto de qualidade.

- **Legitimidade** - conformidade com as preferências, princípios éticos, valores, normas e leis da sociedade. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar do coletivo. Pode ser evidenciada, por exemplo, com a utilização de medidas de isolamento para pacientes com doenças transmissíveis pelo contato e pelo ar no setor de internações clínicas a fim de evitar propagação aos demais pacientes e aos profissionais.
- **Equidade**- determina o que é justo ou adequado na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. É um princípio distributivo de benefícios e de acessos ao sistema. Significa prestar o cuidado da mesma forma para todos dentro de cada especificidade, livre de preferências, preconceitos, situação sócio-econômica e estado de saúde, especialmente em caso de situações terminais.

Para a OPAS/OMS (2004), uma das características importantes da qualidade é a capacidade de educar o usuário para que participe nas decisões relativas ao seu cuidado, pois este avaliará os benefícios adquiridos por variáveis objetivas e subjetivas, como o tratamento recebido, o local onde foi atendido, a oportunidade, a confiança e o resultado obtido.

Donabedian (2003) acrescenta que, a participação dos pacientes e seus familiares não apenas é importante para eles mesmos como também traz benefícios para quem cuida e acredita que os pacientes devem ser encorajados a expressar suas opiniões assim como deveriam acontecer reuniões regulares entre os pacientes e os profissionais que prestam cuidados de saúde.

Diante disso, evidencia-se a necessidade das instituições hospitalares avaliarem seus serviços quantitativamente e, principalmente, qualitativamente. Por qualitativamente refiro-me às pistas indicativas dos clientes/pacientes, ou seja, como eles agem, reagem e interagem perante o cuidado de enfermagem que estão recebendo, através de sua resposta verbal ou não verbal,

sentimentos, gestos, expressão facial e corporal, sensação de cuidado/conforto e estado de saúde. Assim, vale enfatizar que “... *para cuidar bem é necessário ter conhecimento, ter emoção, ter crença e ser ação*” (FIGUEIREDO, 1997, p.122).

➤ **Concepções de Cuidado/Conforto de Figueiredo**

A escolha por esse referencial se deve à necessidade de analisar a objetividade e subjetividade do cuidado/conforto na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado.

Nébia Maria Almeida de Figueiredo nasceu em 1943 na cidade de Crato, no Ceará. Graduou-se em 1970 na atual Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro- EEAN/UFRJ e pela mesma Escola recebeu o título de Mestre em 1991 e de Doutor em 1994. Durante sua trajetória profissional, atuou em várias unidades e nas mais diversas funções, cuidando de clientes de diferentes perfis, entre eles clientes tuberculosos, adolescentes em situação irregular, presidiários, prostitutas, portadores do vírus HIV e idosos. Foi diretora do Hospital Escola São Francisco de Assis entre 1988 e 1991 e no período de 1993 e 1994.

Como docente, trabalhou na Escola de Enfermagem Anna Nery e em 1997 ingressou na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/ UniRio como Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental com a apresentação, como requisito para o concurso, da Tese intitulada “...*A mais bela das artes...o PENSAR o FAZER da ENFERMAGEM: bases TEÓRICAS e PRÁTICAS para uma TEORIA do CUIDADO/CONFORTO*”. Esse ensaio teórico surgiu a partir da sua experiência pessoal como estudante, enfermeira assistencial e docente e através de dinâmicas de produção estética realizadas com enfermeiros, docentes e estudantes de enfermagem, as quais ela define como “um ateliê para encontrar os escultores”e de onde foram obtidas as representações sobre o que é enfermagem e o cuidado de enfermagem.

Para Figueiredo (1997, p.59-60):

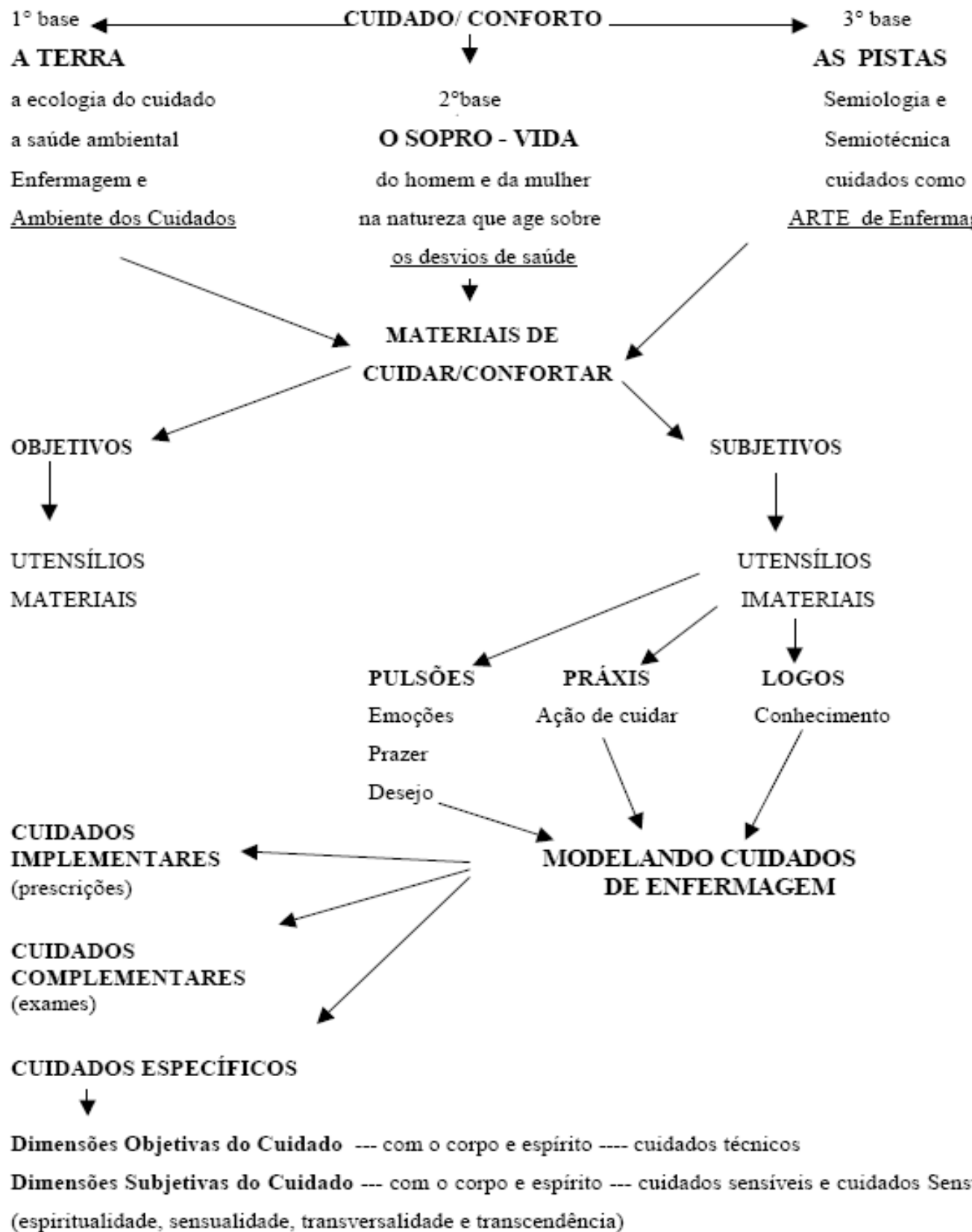
Cuidado é ação entre duas pessoas: uma oferta o cuidado e a outra recebe e é ação incondicional do trabalho da enfermeira, que envolve movimentos corporais, impulsos, emoções (amor, ódio, alegria, esperança, tristeza, desespero); energia, disponibilidade para sentir, tocar o outro. É um ato libertador da enfermeira – ele lhe dá autonomia e é a essência da profissão, porque significa uma ação humana que ultrapassa os limites de quem dá e de quem recebe o cuidado: é uma ação política, transpessoal, transversal, espiritual.

A autora compara o cuidado/conforto de enfermagem a uma obra de arte, onde no ateliê-oficina (qualquer local onde existem clientes de enfermagem), a enfermeira esculpe ou restaura a obra com auxílio de materiais objetivos e subjetivos:

Restaurar é mais difícil que criar, mais complexo, pois o restaurador deve ter materiais necessários e saber utilizá-los, para dar ao ser que necessita de cuidado o mesmo tom, a mesma cor, a mesma energia, a mesma integridade física ou psicoespiritual antes do desvio da saúde (FIGUEIREDO,1997, p.65).

Quanto aos materiais objetivos utilizados para cuidar/confortar são destacados os utensílios e materiais essenciais para as técnicas a serem desenvolvidas como bacia, jarra, cubas, bandejas, seringas, cama, lençóis, ataduras, água, soluções, ar, luz e ambiente. Relacionando os materiais subjetivos, Figueiredo define como três: o Logos, que envolve o conhecimento necessário para cuidar/confortar, as Pulsões e a Práxis.

O esquema a seguir representa a Teoria do Cuidado/Conforto:



Os materiais objetivos utilizados em quantidade suficiente e adequada numa unidade de internação clínica têm influência direta na qualidade cuidado de enfermagem. É possível constatar que, quando na Instituição faltam determinados materiais ou quando os mesmos não são de qualidade, isso pode comprometer o conforto e até mesmo a segurança dos clientes/pacientes.

Quanto à dimensão subjetiva dos materiais para cuidar/confortar, ressalto a importância do conhecimento científico (logos) do enfermeiro que trabalha na unidade de internação clínica, onde embora a essência do seu trabalho seja o cuidado, as especificidades do cuidado que cada cliente/paciente demanda devem ser conhecidas a partir dos desvios de saúde apresentados por eles. Concordo com Figueiredo (1997) quando refere que não basta apenas saber, o enfermeiro deve ter emoção para ser, sentir, estar e ter (pulsão) e para promover a ação de cuidar sobre o mundo interior e exterior do sujeito (praxis).

A partir das representações que emergiram durante as dinâmicas, Figueiredo definiu as três BASES necessárias para a teoria do cuidado/conforto:

- a TERRA que constitui o ambiente do cuidado
- o SOPRO que é a vida do ser humano frente aos desvios de saúde
- as PISTAS que são baseadas na semiologia e semiotécnica -diagnóstico de enfermagem.

Com isso, relacionarei a visão do cliente/paciente hospitalizado sobre o cuidado/conforto com as três bases dessa teoria.

A TERRA

Esta base se refere ao local onde as enfermeiras trabalham, ou seja, além da instituição a enfermagem está inserida na ecologia e precisa pensar na saúde da terra e na inter-relação entre o homem e o meio ambiente. Esse ambiente onde a enfermagem e os clientes/pacientes estão inseridos compreende o meio ambiente, as relações sociais e a subjetividade humana, não apenas

se limitando à idéia visível do corpo, mas também a terra deve oferecer bem-estar físico e emocional.

Pensar no ambiente como saúde ambiental é um modo de reinventar maneiras de ser, no meio social/educacional/profissional se as entendermos como AÇÃO SOCIAL...

Ensinar e saber fazer o que com este conhecimento é esculpir um cuidado que envolve habilitação, higiene ambiental, controle de infecções ambientais atmosféricas, aeração, iluminação e das idéias danosas (FIGUEIREDO, 1997, p.84).

Como pontos para favorecer o entendimento do conceito de ambiente, Figueiredo aborda a preservação do ambiente hospitalar, o cuidado com os alimentos, a preservação da saúde das pessoas cuidadoras e cuidados através da nutrição e da educação sanitária, prevenção dos desvios de saúde, ações de cuidar da enfermagem para o atendimento de necessidades e desejos dos seres humanos como indivíduo ou como comunidade, criação de modos de (re)habilitar pessoas nos planos físico, mental e social e pesquisar temas emergentes que interessem à saúde ambiental.

Para fins deste estudo, a Base teórica TERRA está relacionada ao ambiente do cuidado, como cenário os setores 9C e 9D pertencentes ao Serviço de Internação Clínica porém que estão inseridos no contexto da política de saúde pública brasileira. Engloba a influência da estrutura física e dos fatores ambientais (como por exemplo, iluminação, ventilação, temperatura) na promoção do cuidado/conforto, as relações pessoais entre o cliente/paciente e a equipe de enfermagem e todo contexto social e educacional em que o cliente/paciente está inserido durante a sua hospitalização assim como suas conseqüências para o bem-estar físico e emocional do cliente/paciente.

O SOPRO

De acordo com Figueiredo (1997, p.87):

Esta base trata da questão do gênero (homem e mulher), para compreender a questão da sensibilidade, da emoção, da intuição como

dimensões contidas no corpo da mulher, que as torna frágil, submissa, fraca, fácil de ser abatida.

Refere-se à vida representada pelas enfermeiras e seu papel como restauradoras dos desvios de saúde. Tem como eixo fundamental o ser, os sujeitos homem e mulher com suas diferentes raças, idades, religiões e etnias, ou seja, “[...] *homens e mulheres devem movimentar-se nos campos existenciais onde cada um deve aprender a conviver com as diferenças, com o prazer e com as trocas*” (FIGUEIREDO, 1997, p.97).

Figueiredo acrescenta que a promoção do cuidado/conforto é realizada pela emoção expressada pelos corpos dos sujeitos, por um olhar que envolve a espiritualidade e que torna-se uma terapêutica libertadora quando a enfermeira capacita o cliente a assumir seu corpo, sua saúde ou seu desvio de saúde.

Percebo esta base como o movimento (o sopro) realizado pela enfermeira no sentido de restaurar a vida daquele que apresenta um desvio de saúde, o ato de cuidar/confortar envolvendo emoção, respeitando as diferenças e contribuindo para o cliente/paciente retomar a responsabilidade por seu auto-cuidado. É a própria essência da enfermagem de estar capacitada para identificar problemas, manter os níveis de saúde do indivíduo e manter a vida.

AS PISTAS

Em relação a essa terceira base, Figueiredo refere que as pistas permitem:

[...] detecção de necessidades alteradas no cliente a partir de um apropriado exame físico, de uma observação detalhada das reações e dos gestos do cliente e de uma preocupação operante, que funcione como ‘cabos de fibra ótica’ para perceber e detectar inclusive o que é de ordem transversal, espiritual e subjetiva (FIGUEIREDO, 1997, p.110).

As pistas se referem à capacidade e sensibilidade das enfermeiras, com base também nos conhecimentos de Semiologia e Semiotécnica, de avaliação diagnóstica para detectar alterações

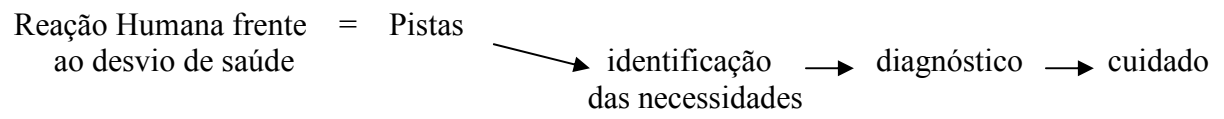
durante o exame físico, no decorrer do cuidado prestado e através da observação e da escuta sensível, captar as necessidades alteradas dos clientes pelos seus gestos e reações, inclusive o que for de ordem transversal, espiritual e subjetiva, subsidiando suas ações e condutas para restaurar aquele cliente com desvio de saúde. Nesse contexto, Figueiredo (1997, p.105) define semiologia como

[...] a linguagem humana que se traduz através de imagens, comportamentos com substância visual, sensorial, contactual” e semiotécnica como a disciplina dos procedimentos e das técnicas de cuidar, não estando desvinculada do meio-ambiente, humanismo e da comunicação.

Figueiredo (1997) acredita que os sinais de saúde ou de desvio de saúde são expressados pelo corpo do cliente e o diagnóstico é realizado pelo corpo da enfermeira que capta e decodifica esse sinal. Vale lembrar que, neste estudo, as pistas indicativas da qualidade do cuidado de enfermagem serão enunciadas pelos clientes/pacientes hospitalizados na unidade de internação clínica.

Desse modo, considero essa terceira base teórica fundamental para meu cenário de estudo na medida que possibilitará saber como o cliente/paciente qualifica o cuidado de enfermagem que está recebendo, muito além da objetividade do seu discurso, mas pelos seus sentimentos, gestos, olhares, entonação de voz, posições corporais, expressões faciais e outras formas subjetivas de expressividade. Com isso, poderei a partir de achados que anteriormente poderiam ser desvalorizados reencontrar um meio de repensar a assistência de enfermagem e através das pistas enunciadas pelos clientes/pacientes promover um cuidado/conforto de qualidade.

Considerando as pistas como as reações dos clientes/pacientes frente ao desvio de saúde apresentado, o enfermeiro terá percepções e dados para a elaboração do diagnóstico de Enfermagem e conseqüentemente melhor subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem.



CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Para permitir maior interação e aproximação com os sujeitos da pesquisa optamos pela abordagem qualitativa considerando que:

[...] ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2004, p.21)

A escolha pela abordagem qualitativa leva em consideração um maior contato do pesquisador com o ambiente e a situação investigada, a possibilidade de estudar o problema exatamente como ele se manifesta na realidade e ter como foco de pesquisa o significado que os sujeitos atribuem às situações. Para Uchimura e Bosi (2002) os estudos centrados na análise da dimensão subjetiva da qualidade buscam apreender a experiência vivencial de atores sociais que interagem com o programa ou serviço, sejam eles usuários, técnicos, gestores ou políticos.

No presente estudo, a opção pelo tipo de pesquisa qualitativa, se deve à necessidade da caracterização das pistas enunciadas pelos clientes/pacientes sobre a qualidade do cuidado/conforto de enfermagem, o que exige valorização dos aspectos subjetivos e objetivos evidenciados através das manifestações e posicionamentos e a partir da aproximação da pesquisadora com os sujeitos do estudo.

A polissemia da qualidade impõe reconhecer e considerar a centralidade dos processos simbólicos e práticas discursivas dos atores envolvidos – em especial dos usuários, para a avaliação dos rumos da qualidade das ações desenvolvidas, compreendendo, sobretudo, o que para eles significa qualidade, objeto ontologicamente distinto daqueles que se submetem à quantificação. Impõe-se, portanto, a valorização das percepções dos atores, entendendo essas percepções não como subjetividades descontextualizadas, como o querem fazer crer

perspectivas idealistas, mas como sinalização de experiências complexas, materializadas nas relações estabelecidas com determinadas práticas em saúde (BOSI & UCHIMURA, 2007, p.2).

Cenário do Estudo

O estudo teve como cenário as enfermarias dos setores 9C e 9D pertencentes ao Serviço de Internações Clínicas do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). O HUCFF, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), inaugurado em 1978, concentra todos os elementos essenciais à promoção e ao desenvolvimento da saúde pública: assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. Tratando-se de um hospital universitário, o HUCFF promove uma conexão permanente entre a pesquisa científica, o avanço tecnológico e a prestação de serviços à população, dentre exames ambulatoriais, cirurgias e internações. Possui como visão “*Ser um centro de excelência em assistência, ensino e pesquisa*” e missão:

Desenvolver ações de ensino e pesquisa em consonância com a função social da universidade, articulada à assistência, à saúde de alta complexidade e integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo ao seu público atendimento de qualidade e de acordo com os princípios éticos e humanísticos.(HUCFF. Disponível em www.hucff.ufrj.br)

Os setores 9C e 9D pertencem ao Serviço de Internações Clínicas o qual está diretamente subordinado à Divisão de Enfermagem (DEN) do hospital conforme seu organograma (anexo 5). Localizam-se no 9º andar do hospital e possuem capacidade total para 67 leitos. São compostos atualmente por cinco enfermarias com seis ou sete leitos cada, sendo três femininas e duas masculinas. Além disso, em cada setor uma das enfermarias é destinada somente para clientes/pacientes acima de 65 anos (enfermaria pertencente ao Serviço de Geriatria), sendo a masculina no setor 9C e a feminina no setor 9D. Cada setor possui dois quartos privativos destinados para os clientes/pacientes que estejam em precaução respiratória, todavia, por não atender aos critérios estruturais da ANVISA para isolamento respiratório, um desses quartos do

setor 9C foi reservado para clientes/pacientes com distúrbios psiquiátricos a partir de um convênio firmado entre o HUCFF e uma instituição psiquiátrica do Rio de Janeiro.

Nesses setores, os clientes/pacientes são admitidos provenientes do Serviço de Intercorrências Clínicas (SICC), que se configura como um setor de atendimento de emergência para os clientes/pacientes já cadastrados no HUCFF, e pelo Serviço de Admissão e Alta (SAA), responsável pelas internações eletivas solicitadas pelos médicos durante atendimento ambulatorial.

Possuem como clientela clientes/pacientes com os mais diversos tipos de patologias de média a alta complexidade, em sua maioria dependentes parciais e totais dos cuidados de enfermagem, com idade superior a 40 anos, com tempo de internação longo no setor, em média de 1(um) mês. Cabe ressaltar que, por conta do agravamento do quadro clínico de muitos clientes/pacientes e por falta de vagas no CTI, freqüentemente há no setor clientes/pacientes graves, sedados, em uso de prótese ventilatória e que requerem assistência de enfermagem intensiva junto com outros clientes/pacientes na mesma enfermaria, fato este que gera desconforto, preocupação, ansiedade e um certo temor por parte dos demais que ali estão internados.

A equipe de enfermagem que atua no serviço de internação clínica é formada por profissionais admitidos por concurso público, com regime de trabalho de 30 horas semanais em escala de 12x60 horas, e por aqueles que prestam serviço através de uma cooperativa de saúde, com regime de trabalho de 40 horas semanais em escalas de 12x36 horas. A equipe que atua no período diurno é composta por uma enfermeira chefe de setor, duas enfermeiras líderes e seis auxiliares ou técnicos de enfermagem, além dos profissionais de apoio assistencial: uma atendente de enfermagem, um agente administrativo e dois auxiliares operacionais de serviços

diversos. Já no período noturno, esse quantitativo é reduzido para uma(um) enfermeira(o) líder e em média cinco auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Durante o período da coleta de dados (maio a agosto de 2008) o HUCFF foi acometido por uma grave crise financeira gerada por falta de repasse de verbas e não reajuste no orçamento. O HUCFF não tem orçamento próprio e vive da prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, os pagamentos de todos os insumos são feitos em valores de 2008, mas o hospital recebe por tabela pactuada em 2004 gerando uma enorme dívida que aumenta com as necessidades acadêmicas, assistenciais e com a necessidade de pessoal terceirizado que também é assumido pelo hospital como consequência da falta de concurso público.

Em decorrência dessa crise foram suspensos diversos procedimentos como cirurgias, transplantes, exames e internações eletivas, havendo a desativação de quase metade dos leitos do hospital e significando diminuição do número de internações para todos os Serviços existentes na instituição.

Sendo assim, o setor 9C foi desativado no dia 20 de maio de 2008 com a transferência dos pacientes que não puderam receber alta para outro setor pertencente à unidade de internações clínicas: o 9D.

Levando-se em consideração a não saturação dos dados com as entrevistas realizadas no 9C, foi utilizada como estratégia adotar o setor 9D como continuação do cenário de pesquisa. A opção pela extensão do cenário de pesquisa se deu pela similaridade do setor 9D com a estrutura organizacional, perfil da clientela e com o fluxograma de internações do setor 9C.

Participantes do estudo

Os sujeitos do estudo foram no total 16 (dezesesseis), sendo 10 (dez) clientes/ pacientes internados no setor 9C e 06 (seis) clientes/pacientes internados no setor 9D do HUCFF.

Traçando-se um breve perfil desses participantes, podemos defini-lo como uma clientela idosa, considerando a classificação da Política Nacional do Idoso a qual caracteriza o idoso como um indivíduo maior que 60 (sessenta) anos.

Idade dos participantes

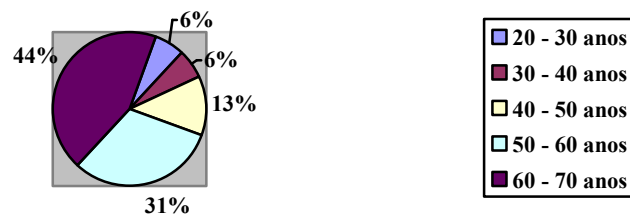


Gráfico 2- Idade dos participantes do estudo

Quanto ao tempo de internação, a maioria dos sujeitos participantes encontrava-se hospitalizado de 20 a 30 dias, o que reforça a característica do serviço de internação clínica como uma unidade que comporta clientes/pacientes com doenças crônico-degenerativas que demandam tempo prolongado de internação, seja para aguardar exames e procedimentos como também para a compensação do quadro clínico.

Tempo de internação dos participantes

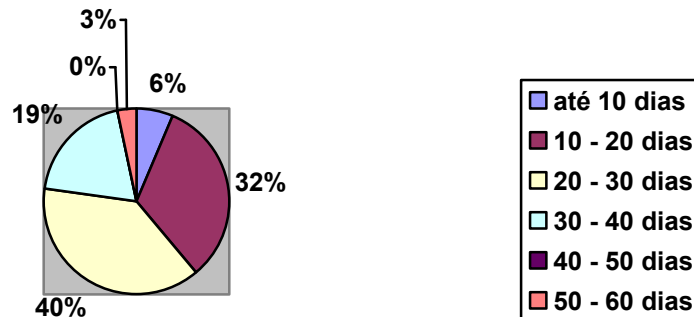


Gráfico 3- Tempo de internação dos participantes do estudo

Fizeram parte da pesquisa os sujeitos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- idade acima de 18 anos,
- o nível de consciência e o estado de orientação, apenas considerando como participantes aqueles alertas, com capacidade de verbalização, orientação para pessoa, tempo e espaço,
- tempo de internação de no mínimo 07 (sete) dias.
- estabilidade respiratória e hemodinâmica.

Esses critérios foram selecionados considerando a capacidade física e lógica de responder às perguntas com coerência e pelo tempo necessário para o cliente/paciente conhecer e ser assistido por todos os profissionais de enfermagem que trabalham no setor.

Os seguintes critérios de exclusão dos sujeitos foram adotados: Clientes/pacientes que apresentaram um dos seguintes diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) no momento da entrevista:

- comunicação verbal prejudicada,
- ansiedade,
- processo do pensamento alterado (confusão, desorientação)
- padrão respiratório ineficiente e incapacidade de sustentar a ventilação espontânea
- troca gasosa prejudicada
- alteração do conforto: dor
- perfusão tecidual cerebral e/ou cardiopulmonar alterada.

Vale destacar que os participantes da pesquisa foram identificados por letras e números, para garantir o anonimato, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo assim, optamos em identificar os sujeitos primeiramente com as letras F ou M, considerando o sexo feminino ou masculino, seguido pela idade, logo após a letra **d** acompanhada pelos dias de internação no setor e o setor onde estava internado- 9C ou 9D.

Estratégia de coleta de dados e participação da pesquisadora como membro do grupo.

A coleta de dados ocorreu durante o mês de maio no setor 9C e de abril a agosto de 2008 no setor 9D após solicitação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição com emissão de parecer favorável para a realização da pesquisa (anexo 06).

As informações foram obtidas, sendo utilizadas para coleta de dados, duas técnicas: a observação participante e a entrevista semi-estruturada com perguntas abertas, cujos depoimentos foram gravados em fitas K-7 e posteriormente transcritos para serem analisados.

Para atender ao primeiro objetivo, que é: Descrever o ambiente de cuidado de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado na unidade de internação clínica de um hospital universitário do Rio de Janeiro, foi utilizada principalmente a técnica da observação participante.

A observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observamos diretamente na própria realidade (MINAYO, 2004).

A observação participante ou observação ativa é uma das técnicas mais utilizadas pelos pesquisadores na pesquisa qualitativa, e é parte essencial do trabalho de campo.

- O pesquisador se torna parte da situação observada (interagindo durante longos períodos com os sujeitos);
- Procura partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação;
- Deve ser o pesquisador o principal e mais confiável instrumento de observação, seleção, coordenação e interpretação;
- Sua importância está relacionada à valorização do instrumento humano.

A escolha por essa técnica deve-se ao fato da pesquisadora ser membro do grupo, o que dificilmente causará mudança no comportamento dos sujeitos, e pela possibilidade da coleta de dados onde a comunicação verbal com os sujeitos não for possível, considerando os clientes/pacientes comatosos, aqueles com descompensação do quadro clínico e/ou aqueles com alteração do estado de orientação e com dificuldade de verbalização. Assim, a observação permitirá maior apreensão de dados relacionados à dimensão do cuidado/conforto de enfermagem no contexto do ambiente hospitalar, particularmente o setor de internação clínica de um hospital universitário.

Richardson (1999) acrescenta que, as mudanças no comportamento dos sujeitos não ocorrem pelo fato do pesquisador ser um membro do grupo, podendo o grupo desempenhar suas atividades naturalmente, sem inibições nem ações que se distanciem das atitudes e comportamentos evidenciados na vida cotidiana e que venha a influenciar o pesquisador.

O instrumento de coleta de dados utilizado nesta técnica foi um roteiro de observação com itens relacionados à atenção ao paciente/cliente na internação integrantes do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde/ ONA – edição 2006 (anexo 7).

Foi adotado também um diário de campo onde foram documentados os seguintes itens contidos no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde/ ONA- edição 2003 (anexo 7): existência de um sistema de avaliação do serviço e satisfação dos clientes internos e externos, estrutura física adequada e segurança nas enfermarias, como a existência de sistema de comunicação nos leitos, presença de rede de oxigênio, vácuo e ar comprimido, iluminação, ventilação, banheiros com barras de apoio com portas que se abrem para os quartos, pia para higienização das mãos, armários para os pacientes, respeito à privacidade e mecanismo de orientação aos pacientes e familiares.

Vale ressaltar que foi utilizada também a edição 2003 do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde/ ONA por conter elementos imprescindíveis sobre a avaliação do ambiente do cuidado quanto à satisfação e a segurança do cliente/paciente hospitalizado.

Para atender o segundo objetivo do estudo, qual seja: Caracterizar as pistas indicativas do cuidado/conforto de enfermagem de qualidade enunciadas pelos clientes/pacientes hospitalizados na unidade de internação clínica foi utilizada, além da observação participante foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Vale lembrar que Figueiredo (1997) refere que através das pistas é possível conhecer as necessidades dos clientes, o que ele tem e o que ele quer, inclusive na dimensão objetiva e subjetiva.

Desse modo, este estudo utiliza a técnica da entrevista pela possibilidade e oportunidade do cliente/paciente expressar a opinião pessoal relacionada a sua experiência vivenciada em uma unidade de internação clínica de um hospital universitário além da possibilidade do conhecimento também da dimensão subjetiva do discurso pela interação que é desenvolvida entre o pesquisador e o participante durante a entrevista. Para Triviños (1987) a vantagem desta técnica é a valorização do investigador, aumentando a possibilidade de maior liberdade e espontaneidade do informante o que enriquece a investigação. Sendo assim, a realização da técnica de entrevista com esses clientes/pacientes permitiu construir pistas indicativas que contribuirão para melhorar o padrão de assistência aos clientes/pacientes hospitalizados.

Considerando que Figueiredo (1997, p.109) relaciona as pistas com a semiologia presente no processo de cuidado de enfermagem, é importante abordar sobre a compreensão da autora. Para ela *“Semiologia é uma disciplina utilizada na enfermagem com característica clínica - observação, inspeção, palpação e ausculta, que como apoio teórico para a implementação da metodologia assistencial de enfermagem”*. Prosseguindo nessa linha de pensamento sobre a

valorização da Semiologia afirma ainda que “(...) *falta a semiologia do ambiente pessoal, coletivo e social; falta uma semiologia que dê conta da subjetividade e da espiritualidade, uma semiologia do gesto, da imagem (...) para enfermagem isso é fundamental*” (1997, p.113).

Foi utilizado como instrumento um roteiro de entrevista com perguntas abertas (apêndice 1) previamente elaborado cujas respostas dos sujeitos foram gravadas em fitas k7, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora

Para atender ao terceiro objetivo que é: - Analisar o cuidado/conforto de enfermagem na perspectiva dos fundamentos teóricos da qualidade em saúde e das concepções teóricas de Figueiredo bem como ao quarto objetivo, - Discutir a existência de relação entre o cuidado/conforto promovido pela enfermagem e a melhoria contínua da qualidade no serviço de internação clínica no hospital universitário em estudo foram utilizados os referenciais da Qualidade em Saúde e das concepções teóricas de Figueiredo (1997).

Procedimentos Éticos.

Visando atender à Resolução 196/96 de pesquisa em seres humanos, foi solicitado ao Comitê de Ética de Pesquisa do HUCFF autorização para a realização do estudo e divulgação do nome da Instituição com parecer favorável em 28 de fevereiro de 2008. Além disso, todos os sujeitos participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 2) e a Divisão de Enfermagem da instituição tomou ciência e autorizou a realização do estudo.

Tratamento, Classificação e Categorização dos Dados.

Os dados foram tratados através da análise de conteúdo temático de Laurence Bardin (2004), que segundo a autora é:

Um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, recepção (variáveis e inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004, p.37).

Acrescenta ainda que a análise de conteúdo visa um conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares (BARDIN, 2004).

A análise de conteúdo temático seguiu as seguintes etapas: primeiro a pré-análise, onde os materiais obtidos foram organizados. Foi realizada uma leitura flutuante considerando a transcrição das respostas gravadas em fitas k7 dos sujeitos, a entrevistas e os dados registrados no diário de campo a partir da observação para a apreensão de particularidades.

Posteriormente, foi feita a descrição analítica onde os dados encontrados foram classificados por temas e a escolha dos critérios de classificação levou em consideração as similaridades entre os recortes temáticos encontrados nos dados produzidos e que proporcionaram aproximações de conteúdos. A partir daí, surgiram duas categorias para o estudo: I) O ambiente do cuidado do cliente/paciente hospitalizado na Unidade de Internação Clínica e II) Dimensão afetiva e efetiva: pistas indicativas da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado na unidade de internação clínica

A última etapa foi a interpretação referencial, onde com as categorias já definidas foi realizada a análise tendo como base o referencial teórico utilizado e a experiência pessoal do pesquisador. Nesse aspecto, o próximo capítulo, inicia a análise das categorias evidenciadas no estudo.

CAPÍTULO IV

O AMBIENTE DO CUIDADO DO CLIENTE/PACIENTE HOSPITALIZADO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA.

A influência do ambiente na recuperação dos desvios de saúde começou a ser estudada junto com a enfermagem moderna, no século XIX, com Florence Nightingale, a qual conseguiu reduzir significativamente as taxas de mortalidade durante a Guerra da Criméia oferecendo aos feridos melhores condições ambientais e sanitárias.

Atualmente, a definição de ambiente perpassa o conceito de espaço físico determinado e é considerado “...o espaço em que as práticas de cuidar acontecem. Entendido mais profundamente, é o lugar onde as relações humanas e as interações subjetivas acontecem, onde todos (equipe de saúde e clientes) se encontram para cuidar e serem cuidados”(FIGUEIREDO, 2003, p.14).

No âmbito hospitalar, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde define a ambiência como “[...] o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.5).

Sendo assim, o ambiente em que os clientes/pacientes estão inseridos neste estudo não se refere apenas às enfermarias de um setor de internação clínica do HUCFF, mas abrange toda a instituição e seu campo sócio-político-cultural, dando ênfase, de acordo com Figueiredo (1997) às dimensões de sistema, de estrutura e às referências científicas. Nesse sentido, dentro do contexto do ambiente do cuidado, destaco o termo estrutura a qual constitui um dos componentes

descritos por Donabedian (2003) na avaliação da qualidade. Esse termo engloba todas as condições físicas e organizacionais sob as quais o cuidado é oferecido, como quantidade e disponibilidade dos recursos materiais e equipamentos, dimensionamento e qualificação dos profissionais e estrutura organizacional da instituição.

Para a Organização Nacional de Acreditação/ Ministério da Saúde (ONA/MS), a avaliação da qualidade do ambiente de uma unidade de internação deve ser baseada em padrões ideais de condições de conforto e segurança que contribuem para a efetividade da assistência prestada, a habilitação dos profissionais e a existência de programas que visem à melhoria dos processos.

Figueiredo (1997,p.84) ressalta que conhecer o ambiente onde profissionais e clientes/pacientes estão inseridos “*[...] é esculpir um cuidado que envolve habilitação, higiene ambiental, controle de infecções ambientais atmosféricas, aeração, iluminação [...]*” tendo como eixos a preservação do ambiente de trabalho, cuidado com os alimentos, preservação da saúde das pessoas cuidadoras e cuidadas, prevenção dos desvios de saúde, preocupação em atender as necessidades e desejos dos seres humanos e criação de modos de (re)habilitar as pessoas no plano físico, mental e social.

Partindo então desses referenciais fundamentais para promover a qualidade em saúde bem como através da observação realizada em campo de pesquisa e das entrevistas com os clientes/pacientes hospitalizados foi possível evidenciar conformidades, não conformidades e situações parcialmente conformes relacionadas ao ambiente do cuidado na unidade de internação clínica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

- **Estrutura física dos setores 9C e 9D.**

Os setores 9C e 9D são compostos cada um da seguinte estrutura física: sala de chefia de enfermagem, quartos de isolamento respiratório, cinco enfermarias, uma sala de exames, uma sala de utilidades (expurgo), um almoxarifado e uma sala de limpeza. A sala de computadores e a sala dos médicos(sala de reuniões) é um espaço comum aos dois setores.

Ambos os setores são compostos por 05 (cinco) enfermarias³ as quais comportam 06 (seis) leitos, com exceção da enfermaria 01 (um) do 9C e 43 (quarenta e três) e 47 (quarenta e sete) pertencentes ao 9D as quais possuem 07 (sete) leitos. Cabe aqui enfatizar a Resolução RDC nº 50 de 2002 emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que preconiza o número máximo de 6 (seis) leitos por enfermaria para uma unidade de internação.

Além disso, em conformidade com esta Resolução que estipula a existência para cada 30 leitos de, no mínimo, 01 (um) quarto para situações que requeiram isolamento, cada setor possui 02 (dois) quartos destinados a clientes/pacientes em isolamento respiratório, embora no setor 9C o segundo quarto, por não atender todos os critérios de isolamento respiratório exigidos pela ANVISA tornou-se um quarto privativo para clientes/pacientes com distúrbios psiquiátricos mediante um convênio firmado entre o hospital e uma instituição psiquiátrica do município do Rio de Janeiro.

Em relação à estrutura física do setor 9C é possível verificar que o piso oferece perigo ou impõe risco aos pacientes/clientes, familiares, profissionais e visitantes devido ao comprometimento na qualidade do produto. Acontece que, esses pisos se descolam facilmente durante lavagem da enfermaria ou atrito com cadeira de rodas e macas.

³ Utilizou-se nesse estudo o termo enfermarias conforme o organograma da Instituição (anexo 05).

- **Estrutura física dos banheiros do setor 9C e 9D.**



Ilustração 2- Banheiro do setor 9C (esq.) e banheiro do setor 9D (dir.)



Ilustração 3- Banheiro do setor 9D (esq.) e banheiro do setor 9C (dir.)

Foi possível observar que o banheiro do setor 9C encontra-se ainda com maior proporção de padrões de não conformidades em relação ao 9D. As principais não conformidades do setor

9C estão relacionadas a um degrau na entrada do box para banho de aspersão, a não existência de barras de apoio e nem de espaço adequado para a entrada de cadeiras higiênicas. Também foi observado um sistema de escoamento de água inadequado no box no qual frequentemente faz com que a entrada da enfermaria fique completamente molhada pela água que sai do banheiro.

Outros aspectos observados nos setores 9C e 9D que indicam não conformidade diz respeito a existência somente de água fria nos chuveiros, a falta de um sistema de comunicação com a enfermagem e a abertura inadequada das portas para o interior dos banheiros. Esta última situação vai de encontro aos padrões ideais que garantem a segurança e conforto preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) quando afirma que:

As portas de banheiros e sanitários de pacientes devem abrir para fora do ambiente, ou permitir a retirada da folha pelo lado de fora, a fim de que sejam abertas sem necessidade de empurrar o paciente eventualmente caído atrás da porta. As portas devem ser dotadas de fechaduras que permitam facilidade de abertura em caso de emergência e barra horizontal a 90 cm do piso. As maçanetas das portas devem ser do tipo alavanca (ANVISA, 2002).

Os participantes do estudo de ambos os setores se manifestaram em relação à estrutura física dos banheiros, a qual pôde ser caracterizada como não funcional, comprometedora da segurança e do conforto bem como das necessidades de higiene pela falta de água quente. De fato, não existe nos banheiros do setor 9C e 9D instalação para saída de água quente.

Os depoimentos a seguir destacam essas situações de não conformidade com padrões de qualidade no ambiente hospitalar:

“ A parte do banheiro,[...] eu acho que deveria de ter mais compartimentos pra você poder usar, porque é só um banheiro pra uma enfermaria de meia dúzia de pessoas e a parte que você utiliza pra tomar banho também poderia ter mais uma divisão.[...]A parte também da manutenção, que é a parte da água quente e água fria [...] E isso também faz falta, porque nem todo mundo pode tomar só banho frio.”(F24/d55/9C)

“ [...]agora esse problema desse sanitário aí é que ta sempre encharcado de água, fica difícil. Escorrega. A gente leva tombo lá dentro, eu mesmo já levei um tombo, caí sentado. Tá perigoso isso.” (M62/d36/9D)

“Só é ruim não ter água no chuveiro quente pra gente tomar banho, ter que tomar banho de balde que as meninas esquentam...[...]” (F62/d15/9C)

De acordo com a ANVISA (2002), *“o consumo de água quente pela população refere-se à higienização e, portanto, é função do nível de conforto das instalações e do clima”*. (Anexo 8-RASP 01)

Embora fique evidente que a ausência de água quente nos setores tenha implicações no conforto, na efetividade e na otimização do cuidado, os clientes/pacientes do setor 9C apresentaram depoimentos de reconhecimento e valorização da equipe de enfermagem, ressaltando em especial o esforço e a sobrecarga desses profissionais para aquecer a água utilizada tanto para o banho no leito quanto de aspersão.

“Pra vocês também, outra coisa, ter um chuveiro aqui elétrico. Vocês ficam carregando água pra dar banho na gente e no paciente que vier. Poxa, caramba, isso é muito sacrifício!”(F62/d25/9C)

“Bom, sempre fui bem cuidada, inclusive quando está frio as meninas perguntam se eu tomo banho quente. Eu digo: não, eu tomo banho frio, não vou dar trabalho a vocês não” (F56/d51/9D)

De acordo com Donabedian (2003), para melhorar a qualidade algumas intervenções podem ser feitas a curto prazo objetivando mudanças no comportamento dos profissionais. Uma delas é chamada facilitação e consiste na identificação e remoção dos obstáculos que dificultam o trabalho dos profissionais e podem comprometer a qualidade do cuidado.

- **O ambiente do cuidado e a rede de gases nas enfermarias.**

Quanto à estrutura das enfermarias, em ambos os setores evidenciaram-se conformidades em relação à presença de oxigênio próximo ao leito, porém no setor 9C não existe rede de ar comprimido e rede de vácuo disponíveis nas enfermarias, o que torna um fator dificultador para a assistência nessas enfermarias aos clientes/pacientes com piora do quadro clínico. (Anexo 8 - RASP 02)



Ilustração 3- Rede de gases do setor 9C (esq.) e do setor 9D (dir.)

Segundo a Resolução RDC nº 50 da ANVISA (2002), a quantidade mínima de pontos de saída de gases para um quarto/enfermaria num estabelecimento de assistência à saúde seria de um ponto de oxigênio para cada dois leitos ou um por leito isolado e um ponto de vácuo clínico e de ar comprimido medicinal para cada dois leitos.

- **Iluminação e ventilação**

Em ambos os setores de internação clínica (9C e 9D), a ventilação natural e artificial não é suficiente para a manutenção de um clima agradável, principalmente nos meses com temperaturas mais elevadas, por existir apenas um ventilador de teto em cada enfermaria. Além disso, a

inexistência de películas fotoprotetoras nas janelas de algumas enfermarias aumenta a exposição dos clientes/pacientes dos leitos próximos das janelas aos raios solares, o que além de trazer desconforto, aumenta o risco de desidratação e é contra-indicado em caso de algumas patologias como o lúpus eritematoso sistêmico.

A incidência desses raios solares principalmente quando ocorre durante os cuidados de higiene, acarreta incômodo e preocupação da equipe de enfermagem. Assim, os profissionais utilizam como estratégia a reorganização da disposição dos leitos retirando da proximidade das janelas os clientes/pacientes idosos, acamados e portadores de patologias (Anexo 8- RASP 03)



Ilustração 4- Sol incidindo diretamente no leito no setor 9C

O depoimento de um cliente/paciente do setor 9C demonstra esse desconforto relacionado ao ambiente do cuidado:

“ [...]às vezes só é muito calor, o sol bate em mim e não dá pra mim ficar saindo por causa da minha perna.”(M62/d14/9C)

Quanto à iluminação, foi identificado que acontece de forma natural durante o dia e, que no período noturno, não é suficiente dentro das enfermarias, o que dificulta a execução de

processos assistenciais pelos profissionais e compromete a segurança dos clientes/pacientes durante sua locomoção. De acordo com a RDC nº 50 da ANVISA (2002) são quatro os tipos de iluminação que devem compor a enfermaria da unidade de internação geral :

- iluminação geral em posição que não incomode o paciente deitado;
- iluminação de cabeceira de leito na parede (arandela) para leitura;
- iluminação de exame no leito com lâmpada fluorescente, que também pode ser obtida através de aparelho ligado à tomada junto ao leito; e
- iluminação de vigília na parede (a 50 cm do piso).

- **Políticas e procedimentos para o processo de Internação no ambiente hospitalar.**

Foi observado durante o estudo, situações de indisponibilidade de vagas em unidades de internação especializadas do HUCFF, CTI e Nefrologia, por exemplo. Os depoimentos abaixo mostram que os clientes/pacientes têm conhecimento das unidades do hospital específicas para o seu atendimento e estão cada vez mais informados quanto ao seu desvio de saúde e seus direitos de internação:

“ Bem, já fui internado outras vezes mas só estou sentindo diferença de andar, porque o meu andar é o sétimo.O meu problema é rins.” (M62/d36/9C)

“Eu estou no meio de, digamos assim, pacientes do qual não é o meu quadro. No caso aqui, pra cardiologista é no oitavo e eu tô no nono. Estou numa geriatria. Então eu acho que pro meu caso isso aí ta diferente a beça, inclusive até pro meu visual. Tudo isso aí influi, acredito eu, que... estou no lugar errado.”(M66/d20/9C)

Lemme (2005) acredita que os usuários do setor saúde, ao se depararem com atendimentos de qualidade comprometida, abandonam o tratamento e as orientações,

comprometendo a eficácia terapêutica e não obtendo a solução adequada para os problemas apresentados.

Considerando as não conformidades relacionadas aos padrões ideais de atendimento especializado há também da parte dos clientes/pacientes a sensação de estranhamento do ambiente hospitalar devido à ruptura com os hábitos do cotidiano, à perda da privacidade e da liberdade e o medo da doença junto com esperança da cura. É possível afirmar que na unidade de internação clínica isso pode ser intensificado pela permanência de pacientes críticos nas enfermarias trazendo desconforto físico e emocional para os outros, como foi detectado durante visita a uma enfermaria onde havia duas pacientes em prótese ventilatória e utilizando diversos equipamentos como monitores cardíacos e bombas de infusão. Ao perguntar a uma cliente/paciente internada no setor 9C se estava tudo bem, a mesma demonstrava uma expressão triste. Ela relatou que teve dificuldade em dormir com o barulho dos aparelhos, com a constante movimentação dos profissionais na enfermaria e preocupação com as pacientes graves e de “ficar como eles”.

Para Amin (2001, p.9), *“na internação há o entre choque constante entre a vida e a morte, a qual passa pelo corpo e pela mente de todas as pessoas que a ela se submetem.”*

O fato da presença nas enfermarias de internação clínica de clientes/pacientes que requerem cuidados intensivos devido a falta de vagas nas unidades de tratamento intensivo acarretam nos mesmos sentimentos de medo e sensação de estarem num ambiente inadequado e não confortável (Anexo 8- RASP 04).

Portanto, ficou constatado nesse estudo que os clientes/pacientes apresentam conhecimentos sobre as especificidades das unidades do ambiente hospitalar e demonstram noções quanto aos seus desvios de saúde. Isso quer dizer que conhecem os seus direitos de

internação e permanência em unidades apropriadas e especializadas para o atendimento cuidados intensivos.

- **Utilização de materiais objetivos no ambiente de cuidado hospitalar.**

Quando questionados sobre as medidas de conforto promovidas pela enfermagem, a fala da maioria dos participantes do estudo está relacionada com a necessidade de melhorias de infraestrutura e com qualidade e quantidade de equipamentos e materiais.

“Conforto? Essa cama aqui e muito dura, sabe, é... o material, eu não troquei o lençol até hoje,entendeu? Só isso.” (F40/d14/9D)

“Conforto às vezes a gente tem que trazer de casa também, né? A minha filha traz cobertor, porque às vezes faz muito frio de noite, toalha, sabonete, desodorante, essas coisas que aqui não tem.Pra melhorar deveria fazer uma obra aqui, botar umas camas novas, uns armários melhor, ter mais espaço aqui dentro. Pelas pessoas tá muito bom, elas não tem culpa disso, tratam a gente bem.” (M58/d33/9C)

Foi constatado que grande parte dos clientes/pacientes relacionaram a falta de conforto com as más condições estruturais dos mobiliários, com falta de itens básicos de higiene e de materiais necessários para a promoção do conforto e repouso adequados como, por exemplo, a troca diária dos lençóis.

Esses resultados mostram que a melhoria das condições mínimas de infra-estrutura tornaria o ambiente hospitalar mais agradável e mais acolhedor para o cliente/paciente e seria um fator primordial para o processo de melhorias assistenciais no sentido de oferecer adequadas condições e instrumentos de trabalho para os profissionais de enfermagem.

Para Figueiredo (1997), dentre os materiais utilizados na prática de enfermagem estão os materiais objetivos (seringas, camas, lençóis, luz, bandejas...) e para se preparar para o trabalho diário a enfermeira “[...] necessita encontrar a obra a ser restaurada e os materiais a serem

utilizados, pois se acredita que ela já deve saber que processo utilizar e que técnicas serão desenvolvidas para cuidar/confortar”(p.66).

- **Acomodação e conforto para os familiares e acompanhantes.**

A necessidade de melhorias de infra-estrutura é relacionada também pelos participantes à falta de acomodação e conforto para os acompanhantes e familiares. Em ambos os setores existem quantidade insuficiente de poltronas que possam ser disponibilizadas para os acompanhantes sendo que a maioria está inutilizada por estarem rasgadas e aguardando novo revestimento. A ANVISA (2002) preconiza que na internação de idosos em hospitais públicos deve ser previsto espaço para poltrona de acompanhante ao lado do leito sendo mantida a distância mínima recomendada de 1 m entre leitos paralelos. (Anexo 8- RASP 05)

“ Quanto à equipe de enfermagem, o tratamento da equipe de enfermagem não existe melhor [...] Agora o que é que falta? É remédios, até um conforto mínimo para o acompanhante. [...] Agora, a falta de material, de conforto, não tem um lençol às vezes, você traz de casa porque não tem. do colocar pro paciente deitar, você percebe isso.[...] Uma poltroninha ali já era o suficiente pro acompanhante ficar mais acomodado. Eles passam a noite toda mal acomodados.” (M68/d30/9C)

De acordo com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2004), a presença do acompanhante é importante para captar melhor os dados do contexto de vida do doente, para ajudar na identificação das suas necessidades, para manter a sua inserção social durante toda a sua internação, para incluir, desde o início da internação, a comunidade nos cuidados com o cliente/paciente fortalecendo também a confiança e a integração.

Para isso, torna-se necessário a adequação estrutural dos hospitais para oferecer um ambiente que proporcione mínimas condições de conforto para o acompanhante e elementos

humanos capazes de acolhê-lo de forma que ele contribua na recuperação do desvio de saúde de seu familiar.

- **Prevenção e controle de infecção hospitalar.**

Quanto ao controle de infecção hospitalar foram evidenciadas conformidades com os padrões da ANVISA relacionadas à existência de precauções padronizadas, rotina de isolamento para paciente, existência de no mínimo um quarto para isolamento a cada trinta leitos da unidade de internação e condição para higienização das mãos, sendo este item parcialmente conforme no setor 9C, por existir apenas dispensadores de álcool gel para higienização das mãos dos profissionais no interior das enfermarias.

Cada quarto ou enfermaria de internação deve ser provido de banheiro exclusivo, além de um lavatório/pia para uso da equipe de assistência em uma área anterior a entrada do quarto/enfermaria ou mesmo no interior desses, fora do banheiro. Um lavatório/pia externo ao quarto ou enfermaria pode servir a no máximo 4 (quatro) quartos ou 2 (duas) enfermarias (ANVISA, 2002).

É importante enfatizar que apenas um cliente/paciente entrevistado demonstrou preocupação com a questão da infecção hospitalar e mesmo assim pelo fato do mesmo ter apresentado sinais e sintomas compatíveis com bacteremia através do acesso venoso periférico e ter adquirido lesões pruriginosas na pele sendo instalado isolamento de contato como suspeita de escabiose o qual posteriormente foi retirado por constatar ser uma reação ao antibiótico.

“Praticamente eu não tenho nada a dizer, a não ser assim falhas que eu acho às vezes também existe, nesse, como é que se diz, infecções, que a gente está arriscado, exposto, eu acho que deveriam ter mais cuidado” (M66/d20/9C).

Essa evidência é relevante no sentido de que os clientes/pacientes ainda não possuem informações suficientes sobre os fatores que contribuem para aumentar o risco de infecção

hospitalar. Para isso, torna-se necessário que os profissionais de enfermagem reforcem os mecanismos de orientação dos clientes/pacientes e familiares quanto à importância das medidas de controle de infecção dentro da instituição hospitalar, exemplificando como uma dessas medidas a reunião semanal que realizamos juntamente com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e o Serviço Social do 9º andar onde orientamos os acompanhantes sobre a sua participação no controle da infecção nas enfermarias.

- **Políticas públicas de saúde e os nexos com o cuidado/conforto no ambiente hospitalar.**

Em relação a dimensão das políticas públicas no ambiente hospitalar, Figueiredo (1997) refere sobre a importância de cuidar das pessoas e aprender com elas a valorizar a profissão e compreender a importância de ser enfermeira no cotidiano de cuidar e no espaço das instituições de saúde e fora delas. Destaca que na sua trajetória profissional descobriu que *“a enfermeira produz informação, gera cultura e faz política”*.

Atualmente, frente às crises políticas e financeiras que acometem a rede pública de saúde, inclusive o HUCFF, é fundamental que os enfermeiros assumam a liderança em saúde visando garantir que os recursos para promover a qualidade do cuidado/conforto e a segurança no ambiente hospitalar estejam disponíveis.

Neste aspecto, a maioria dos sujeitos participantes relatam terem o conforto e o tratamento prejudicados pela falta de insumos no hospital e atribuem essa situação ao caráter público da instituição e à falta de atenção governamental. Nota-se que muitos clientes/pacientes perceberam que a qualidade e a efetividade do atendimento foi comprometida pela crise que acometeu a instituição ocasionada pelo endividamento e sucateamento devido à falta de repasse de verbas e o não reajuste orçamentário.

Eu acho o seguinte, o conforto está até bom, agora o negócio de roupa de cama tinha que trocar todo dia, mas não está tendo. A situação está meia precária (M62/d36/9C).

O direito à saúde no Brasil é instituído juridicamente através da Constituição de 1988 e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), amparando a participação da população nas políticas de saúde e defendendo os seus direitos sociais. Sendo assim, o direito de uma população de ter garantida sua condição de saúde implica no movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito. Foi verificado através dos depoimentos, que os clientes/pacientes estão cada vez mais conscientes e informados quanto aos seus direitos enquanto cidadãos e usuários dos serviços de saúde e reconhecem que a política atual de governo não prioriza o sistema de saúde pública brasileira.

A única coisa é que eu acho que o governo devia olhar mais pra isso e pra vocês que trabalha aqui. Devia parar de gastar dinheiro com outras coisas pra dá dinheiro pra cá, pra obras, reformas no hospital todo...” (F51/d13/9C)

A partir deste depoimento é possível destacar a importância da dimensão ético-política de saúde do país que nem sempre é respeitada devido ao descaso aos direitos do cidadão.

Para justificar a fala de um cliente/paciente internado no setor 9D quanto à sua insatisfação relacionada ao pagamento de impostos e os serviços de saúde oferecidos reforço a situação atual de controle social onde Sposati e Lobo (1992) defendem que a participação popular na política e nos serviços de saúde começa na condição virtual de usuário/cidadão, o que significa dizer “[...] que este consumidor (individual e/ou coletivo) sofre a lógica de mercado às avessas: paga primeiro pelos impostos, mas não tem o produto, só o direito virtual de atenção e a necessidade efetiva para satisfazer”(1992; p.368).

“Mas pra mudar tem que fazer muita coisa, fica até difícil de responder porque a burocracia do Brasil é muito grande, pra mudar fica difícil pro meu conforto, conforto dos outros pacientes e da população toda brasileira. A gente trabalha, paga imposto e os outros só panham o dinheiro ,né. Os coitados mesmo só sofrem. Até pra panhar remédios, nos hospitais falta remédios. Isso aí é a política mesmo e não tem jeito.” (M62/d15/9D)

“Elas fazem o que podem aqui dentro, quando tem lençol elas trocam, porque a preferência é os que tão sujos, arrumam minha mesinha. O que não tem é porque não tem mesmo no hospital, anda faltando muita coisa, outro dia não tinha gaze pra trocar meu curativo, mas não é culpa das enfermeiras, é culpa do governo, dos políticos que nem se preocupam com isso aqui.” (F62/d15/9D)

Fica evidente através das falas acima, que os clientes/pacientes diferenciam as medidas de conforto promovidas pela enfermagem do conforto físico promovido a nível institucional através das chamadas amenidades do cuidado definidas por Donabedian (2003; p.20) como “[...] aspectos desejados das circunstâncias sob as quais o cuidado é oferecido”, onde se destacam a alimentação, limpeza, facilidade de acesso e privacidade. Com isso, evidencia-se que a principal condição para que o conforto ocorra é um ambiente em que o cliente/paciente se sinta cuidado com atenção, respeito, segurança e bem-estar.

- **Os indicativos de conforto no processo de hospitalização.**

Os clientes/pacientes destacaram alguns elementos que para eles representam de fato o que consideram como uma situação de conforto:

“[...] eu acho que conforto, conforto, só na casa da gente mesmo[...]” (M68/d30/9C).

“Conforto, eu acho que está bom. Porque no hospital...” (F56/d51/9C).

“Mais confortável era se eu tivesse andando porque eu não estou ainda, só isso.”(F62/d25/9C).

“Olha, só das enfermeiras vim, me dar banho, lavar a cabeça,é..., escovar dente, tudo no leito, isso já é tudo.” (F35/d29/9C)

Um fato que deve ser destacado é a associação do conforto com o lar e com a capacidade de execução das atividades habituais, como deambular, conforme evidenciado nos relatos acima. A mudança de ambiente e a interferência nos hábitos causada pela hospitalização requer que a equipe de enfermagem viabilize condições adequadas para atender as necessidades individuais dos clientes/pacientes. Para isso, Figueiredo et al (2003, p.114) afirmam que *“criar um ambiente agradável, exige uma investigação detalhada sobre os hábitos e estilos do cliente”*.

Para Neves (2005), as conseqüências do conforto para o paciente são a recuperação da força e do poder pessoal, do ânimo, do bem-estar, da capacidade de mobilização dos mecanismos de enfrentamento e da adaptação à condição que está vivenciando.

“Confortável?... Não... Eles me pedem licença, ele me examinam direitinho. Eu não fico desconfortável não. [...] agora elas (as enfermeiras) são mais assim delicadas, te chama antes de dar medicamento mas te chama com mais cuidado.” (F20/d8/9C)

“Ah, aqui eles dão muito conforto a gente, né? A gente sente confiança neles. Eu não tenho medo de ficar aqui.” (F49/d26/9C).

“Desse jeito eu tô confortável, só a televisão que eu tive que trazer, né? Mas de resto eu não tenho nada pra falar não, as enfermeiras sempre me atendem direito quando eu peço alguma coisa, eu não imaginava que ia ser bom desse jeito, ficava com medo de ficar no hospital, mas a impressão ruim passou” (M58/d20/9D).

“Eu acho que tenho todo o conforto aqui, tudo que peço elas me dão, me ajeitam na cama, me colocam numa posição boa, que eu não fico incomodada, me dão banho porque eu não ando. Então, eu já me sinto confortável, não tem o que fazer pra melhorar.”(F51/d13/9C)

Nota-se, pelas falas dos sujeitos, que eles consideram que o conforto promovido pela enfermagem transcende a dimensão física e valorizam aspectos relacionados ao relacionamento

interpessoal como confiança e respeito. Neste sentido, é importante destacar Mussi (2003, p.94) quando refere que

Promover conforto é, pois em uma dimensão ética, buscar uma intervenção que enfoque o ser humano como um todo. O processo de tratamento não deve apenas pensar conforto como recuperação da dimensão dos mecanismos biológicos do indivíduo. Deve buscar promover encontros que expandam sua possibilidade de ser, levando ao prazer e à liberdade.

- **Aceitabilidade, equidade e legitimidade.**

Ainda com relação à estrutura, foi mencionado por alguns clientes/pacientes aspectos envolvendo o acesso ao atendimento na instituição e diferenças relacionadas aos recursos disponíveis e às medidas de conforto entre o setor do hospital pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao setor conveniado com planos de saúde.

“E eu sei que existe uma parte particular, nunca fui, mas eu tenho certeza que lá são outro conforto. O público foi feito para o povão. Quem pode pagar um particular que vá pra clínica particular, quem pode pagar um plano de saúde pra deixar esse material pro povão que não pode pagar.” (M68/d3/9C).

“E sempre que eu chego na emergência eu sou atendida, nunca me mandaram pra casa sem atendimento, sabe, então eu não tenho nada assim pra eu queixar do hospital” (F56/d51/9C)

“Não tenho nada a reclamar, só agradecer de ter um lugar pra me tratar, não ficar rodando por aí pra ter uma vaga.” (M66/d20/9C)

Pelos relatos acima, emergem três pilares da qualidade citados por Donabedian: o acesso aos serviços de saúde incluído na aceitabilidade dos cuidados, a legitimidade e a equidade.

Para os sujeitos entrevistados, não houve obstáculos quanto ao acesso ao atendimento uma vez que já eram pacientes do hospital, diferentes de outros pacientes que recorrem aos serviços da instituição e possuem impeditivos para abertura de prontuários, como a falta de

encaminhamentos, fechamento de algumas especialidades a nível ambulatorial para novos atendimentos pela grande quantidade de pacientes, residirem em áreas programáticas diferentes a do hospital, entre outros. Vale lembrar que no setor de emergência, recém denominado de Serviço de Intercorrências Clínicas e Cirúrgicas, só são atendidos pacientes já cadastrados no hospital e não existe atendimento para trauma. Além disso, as internações eletivas são agendadas a partir da necessidade detectada pelos médicos pelas consultas ambulatoriais.

Quanto à distribuição dos recursos materiais e o nível de conforto, o princípio da legitimidade está comprometido uma vez que a satisfação, as preferências e o bem-estar do coletivo não estão sendo respeitados e além disso, os usuários têm a percepção e a vivência das desigualdades entre o setor público e o privado e da não equidade do cuidado dentro de uma mesma instituição. Para Donabedian (2003; p.24), o objetivo da equidade é “ [...] apagar todas as diferenças entre grupos populacionais caracterizados por idade, sexo, renda, classe social, etnia, local de residência [...]”

Além disso, os princípios da equidade e da universalização do acesso que norteiam o SUS não são atendidos com a falta de recursos e a dificuldade de acesso às ações e serviços na instituição, levando as pessoas com melhor poder aquisitivo a buscar a rede privada de saúde para conseguirem resolutividade.

Sendo assim, pode-se considerar que na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado o ambiente exerce grande influência na qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na unidade de internação clínica. Quando dentro das conformidades com os padrões que garantam conforto, segurança e atendam as necessidades e expectativas dos clientes/pacientes torna-se um cenário facilitador para as trocas interpessoais e oferece subsídios que contribuem para a busca da melhoria contínua da assistência.

Figueiredo (1997, p.84) ressalta que conhecer o ambiente onde profissionais e clientes/pacientes estão inseridos “[...] é esculpir um cuidado que envolve habilitação, higiene ambiental, controle de infecções ambientais atmosféricas, aeração, iluminação [...]” tendo como eixos a preservação do ambiente de trabalho, cuidado com os alimentos, preservação da saúde das pessoas cuidadoras e cuidadas, prevenção dos desvios de saúde, preocupação em atender as necessidades e desejos dos seres humanos e criação de modos de (re)habilitar as pessoas no plano físico, mental e social.

Portanto, para podermos fazer uma reflexão crítica e propor estratégias de melhorias assistenciais destacamos no quadro abaixo as pistas indicativas de melhoria da qualidade do ambiente do cuidado na unidade de internação clínica que emergiram das interfaces entre o posicionamento das clientes/pacientes entrevistados e a observação participante.

Quadro 2- Pistas indicativas dificultadoras x facilitadoras da melhoria da qualidade do cuidado/conforto no ambiente do cuidado na unidade de internação clínica

Pistas indicativas dificultadoras da melhoria da qualidade do ambiente do cuidado na unidade de internação clínica	Pistas indicativas facilitadoras da melhoria da qualidade do ambiente do cuidado na unidade de internação clínica
<ul style="list-style-type: none"> - Inexistência de rede de ar comprimido e vácuo no setor 9C - Iluminação inadequada no período noturno - Ventilação natural e artificial insuficiente nos meses de temperaturas elevadas - Incidência excessiva de raios solares no interior das enfermarias <i>“ [...]às vezes só é muito calor, o sol bate em mim e não dá pra mim ficar saindo por causa da minha perna”(M62/d14/9C.)</i> - Sistema de comunicação com a enfermagem aguardando manutenção - Qualidade comprometida dos mobiliários e equipamentos -Quantidade insuficiente dos recursos materiais e equipamentos <i>“Conforto? Essa cama aqui e muito dura, sabe, é... o material, eu não troquei o lençol até hoje,entendeu? Só isso” (F40/d14/9D).</i> - Crise política e financeira na Instituição -Estrutura física inadequada dos banheiros -Condições desfavoráveis para a permanência de acompanhantes - Permanência de clientes/pacientes críticos nas enfermarias - Não equidade nas medidas de conforto relacionadas ao ambiente do cuidado dentro da mesma Instituição 	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa dos profissionais de enfermagem em aquecer a água para o banho dos clientes/pacientes - Oxigênio próximo ao leito - Existência de precauções padronizadas e rotina para isolamento do paciente para prevenção e controle de infecções - Existência de equipamentos e materiais básicos para emergência e em local de fácil acesso <i>“Pra vocês também, outra coisa, ter um chuveiro aqui elétrico. Vocês ficam carregando água pra dar banho na gente e no paciente que vier. Poxa, caramba, isso é muito sacrifício!”(F62/d25/9C)</i>

Melhorar a qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na unidade de internação clínica (setores 9C e 9D) do HUCFF implica na implementação de ações efetivas, eficientes, legítimas, aceitáveis e otimizadas no ambiente hospital e em sua estrutura, incluindo principalmente:

- a recuperação e manutenção das instalações físicas,
- monitoramento dos eventos adversos
- vigilância do desempenho, efetividade e segurança em produtos para saúde,
- previsão e provisão dos recursos materiais e
- implementação de estratégias eficazes e eficientes que visam a segurança e o conforto dos clientes/pacientes hospitalizados, de seus familiares, assim como dos profissionais.

Portanto é fundamental agregar ao processo de hospitalização um compromisso que considere e respeite as necessidades e expectativas do cliente/paciente quanto às medidas de conforto promovidas no ambiente do cuidado como também articular os princípios da qualidade em saúde com os princípios norteadores do SUS a fim de desenvolver ações de melhoria para o ambiente hospitalar.

CAPÍTULO V
DIMENSÃO AFETIVA E EFETIVA: PISTAS INDICATIVAS DA QUALIDADE DO
CUIDADO/CONFORTO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE/PACIENTE
HOSPITALIZADO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA

No cenário da unidade de internações clínicas emergiram como aspectos primordiais para a qualidade da assistência da enfermagem dimensões objetivas e subjetivas para um cuidado/conforto eficaz, efetivo e otimizado. Além de fatores envolvendo o ambiente e a estrutura hospitalar foram destacados pelos sujeitos entrevistados habilidades técnicas, pessoais, comportamentais e de relacionamento interpessoal dos profissionais que influenciam diretamente a qualidade da assistência de enfermagem corroborando com as reflexões de Donabedian, Figueiredo e outros autores de que, além da estrutura, os itens relacionados à qualidade pessoal e afetiva dos profissionais devem ser considerados. Neste aspecto, Vargas et al (2007, p.341) retratam de forma precisa a valorização do elemento humano para alcançar a qualidade nas instituições de saúde quando afirmam que:

[...] a excelência da planta física e dos equipamentos apenas informa o potencial da instituição, mas não avalia a sua efetividade e eficiência. Pode ocorrer que a alocação crescente de recursos para manter ou ampliar a estrutura não cause impacto significativo sobre a qualidade médico-assistencial, administrativa e a produtividade. Neste sentido, o elemento humano que presta a assistência, com seus valores morais, sua formação profissional, sua atualização técnico-científica e o seu comprometimento influenciam muito mais na qualidade da assistência e na produtividade.

Atribuiu-se ao cuidado/conforto de enfermagem na unidade de internação clínica as dimensões afetiva e efetiva considerando como afetiva a capacidade e a influência que a interação, as características pessoais e profissionais e o relacionamento interpessoal entre equipe

de enfermagem e clientes/pacientes exercem sobre a recuperação do desvio de saúde dos mesmos e a sua permanência no ambiente hospitalar. Em contrapartida, a dimensão efetiva traduz os elementos objetivos necessários para alcançar a efetividade e otimização do cuidado e conseqüentemente indica a sua relevância para se atingir um cuidado/conforto de enfermagem de qualidade.

DIMENSÃO AFETIVA: pulsão para cuidar/confortar.

No que diz respeito à valorização da dimensão afetiva do cuidado/conforto, identificamos através da expressividade e das falas dos clientes que a relação interpessoal influencia diretamente na satisfação destes sobre o cuidado que estão recebendo. Eles valorizam atitudes que remetem a atenção, preocupação e ajuda da equipe de enfermagem.

“Não tenho do que reclamar. Trazendo alegria, conversando, tratando a gente legal, os remédios tudo a ponto, como eu tenho recebido da mão de vocês” (M62/d14/9C).

“Bem, aqui eu fui muito bem cuidada, só posso dizer que eu fui cercada de carinho, o que é muito importante para a recuperação do paciente. É... as enfermeiras são atenciosas, não tenho o que reclamar não em sentido de atenção, remédio, cuidados, não tenho o que reclamar” (F55/d24/9C).

“ Como eu já falei o cuidado é muito bom. Elas são atenciosas, alegres, sempre que chamo elas vêm rapidinho, tem sempre gente aqui na enfermaria, toda hora, não tenho nada pra falar não. Nunca vem de cara feia nem me trataram com ignorância” (F51/d13/9D)

Em contrapartida, atitudes e comportamentos inadequados dos profissionais de enfermagem são destacados pelos clientes/pacientes na medida que podem ter implicações para o atendimento das necessidades físicas, como por exemplo, de sono e repouso. Além disso, pode comprometer a aceitabilidade e a legitimidade do cuidado por não atender a princípios éticos, satisfação e bem-estar do coletivo.

*“ [...]mas algumas enfermeiras que eu não sei o nome eu acho que tinha que ter mais cuidado com o barulho de madrugada,sabe? Outro dia foi uma gargalhada de madrugada, a gente querendo dormir. A Dona Juracy passa mal ,né? Ai eu achei que aquilo não era próprio da enfermaria, aquela barulheira toda, aquela conversada toda, entendeu?”
(F40/d14/9D)*

Para Donabedian (2003) a busca de uma definição de qualidade nas prestações de serviço em saúde, requer a divisão operativa do conceito de prestação em dois aspectos: técnico e interpessoal. O primeiro está relacionado à aplicação dos conhecimentos e das tecnologias e o segundo, está baseado na maneira de gerir a interação social e psicológica entre o paciente e os profissionais. De acordo com este autor:

[...] a condução do processo interpessoal deve conhecer as expectativas e os padrões individuais e sociais e se esses ajudam ou prejudicam o desempenho técnico. Privacidade, confidencialidade, informação, interesse, empatia, honestidade, tato, sensibilidade- todas essas e mais são esperadas no relacionamento interpessoal.

A qualidade do cuidado de enfermagem envolve aspectos primordiais como as crenças e os valores individuais, profissionais e institucionais, o ser enfermeiro e o estar exercendo a profissão e como conseqüência a relação entre o profissional e o cliente. Além disso, de acordo com Donabedian (2003), o relacionamento entre pacientes e profissionais é um meio através do qual o cuidado técnico é implementado, pois motiva o profissional e contribui para a cooperação do paciente visando a recuperação do seu desvio de saúde.

Para Figueiredo (1997; p.145), o relacionamento entre cliente e profissional é um processo de cuidar onde os dois estão envolvidos “[...]– sujeitos que encontram para se realizarem e esta realização cria conseqüências éticas e regulações estéticas porque é nesta relação que as enfermeiras produzem um estilo de cuidar”. Sendo assim, Figueiredo (1997) considera a PULSÃO a emoção, o desejo e o prazer que modelam as ações e as decisões daquele que cuida/conforta. É possível apreender a efetividade do cuidado a partir da dimensão afetiva e efetiva quando a autora refere que:

É o desejo de pensar, de sentir, de querer e de julgar seu cuidado, sua vida, suas relações e suas emoções sempre em melhoria da vida do outro. Na verdade pensar assim é “refundar” para a enfermagem uma outra prática que assegure dimensões estéticas, políticas, territoriais e subjetivas como fundamentais para criar outros valores outros estilos de cuidar/confortar- recuperar a pluralidade e a multiplicidade do mundo da enfermagem através da dimensão estética (FIGUEIREDO, 1997, p.151).

Fica evidente a expressão dessas pulsões, quando o setor que era cenário deste estudo (9C) foi desativado pela necessidade de redução do número de leitos devido à crise financeira que acometia o hospital e os pacientes precisaram ser transferidos para outro setor. Houve intensa comoção por parte dos clientes/pacientes, familiares e profissionais de enfermagem. Foi observado que mesmo sendo remanejados para outros setores, os profissionais de enfermagem realizavam visitas freqüentes aos clientes/pacientes que prestaram cuidados. Por outro lado, os clientes/pacientes que foram transferidos para outro setor lamentavam a ocorrência ressaltando que já tinham construído um vínculo de confiança e carinho com a equipe de enfermagem da unidade. Além disso, foi observado agravamento do estado clínico e emocional de alguns desses clientes/pacientes.

Vale destacar o caso observado de uma cliente/paciente, que estava internada há mais de três meses no setor 9C aguardando uma casa de repouso por decisão da família, com quadro de alteração neurológica com comprometimento da mobilidade, da fala e da deglutição e que a partir

do vínculo criado com a equipe de enfermagem interagia através do olhar, movimentos com os braços, expressões faciais, tentativas de sorrisos e piscar de olhos, conseguindo que todos entendessem episódios de dor, desconforto e até mesmo satisfação. Com a sua transferência freqüentemente os profissionais iam visitá-la e nesse sentido era possível observar expressões corporais de alegria e satisfação.

Para os sujeitos entrevistados, quando questionados sobre a qualidade da assistência de enfermagem, os aspectos mais destacados são a forma pela qual a equipe de enfermagem se relaciona com eles e a valorização da qualidade pessoal do profissional:

“Nenhum momento elas destratarem a gente, entendeu? No momento que a gente requisitava elas tavam ali pra atender. Não tenho o que falar da enfermagem, é do sistema mesmo...” (M68/d30/9C)

“As enfermeiras são atenciosas, elas conversam” (F56/d51/9C).

“[...] a maioria pelo jeito que elas me tratam eu fiquei até mais animada em fazer enfermagem”(F20/d8/9C).

“Tem uma aqui que é um amor que cuida da gente com muito carinho. [...] Mas essa se destaca porque ela é muito atenciosa, aí a gente gosta mais de ter mais atenção, sabe. Ela troca a gente numa boa, quer dizer, eu não, as minhas colegas ela troca numa boa, ta sempre perguntando as coisas, mais participativa e eu acho que assim o paciente se sente melhor, mais importante, entendeu? Porque tem alguém interessado em você, sem ser mecanicamente, fazendo as coisas porque tem que fazer, faz por interesse, pro seu cuidado, eu gosto muito dela” (F40/d14/9D).

Nesse sentido, a pulsão é uma dimensão afetiva - subjetiva essencial para o processo de melhorias contínuas da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem ao cliente hospitalizado, no qual, este cliente precisa da motivação, da vocação, da dedicação, da conscientização e dos conhecimentos de todos os profissionais que cuidam dele devido a condição relacionada ao seu desvio de saúde.

A busca pela qualidade na saúde depende cada dia mais não só da tecnologia, mas sim da motivação, do envolvimento e do desenvolvimento dos profissionais. Para Moller (2002) a qualidade pessoal é a base de todas as outras qualidades e os esforços e desempenho dos indivíduos determinam a percepção, pelos clientes, da qualidade dos serviços.

O grande diferencial das organizações está cada dia mais centrado na qualidade pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos. A tecnologia e a estrutura das organizações podem significar muito pouco se as pessoas não forem educadas para um trabalho responsável e se não se sentirem comprometidas com a qualidade dele e, sobretudo, com o pleno atendimento das necessidades do cliente (MEZOMO, 2001, p.53)

De acordo com Moller (2002), a percepção de quem recebe determinado serviço é afetada pela qualidade técnica ou “objetiva” (conteúdo tangível do serviço) e pela qualidade humana ou “subjetiva” conteúdo emocional do serviço).

“Se melhorar, estraga, a qualidade é boa, o atendimento é bom, mesmo com essa crise não tenho do que reclamar, todo mundo trabalha muito bem aqui. O Lula que tinha que ver isso” (M58/d20/9D).

“Todo mundo que trabalha aqui dentro tem boa vontade, tem uns que estão mais estressados mas eles também sofre com a situação.” (F62/d15/9D).

“Pelos pessoas tá muito bom, elas não tem culpa disso, tratam a gente bem” (M58/d33/9C).

Os depoimentos acima reforçam as idéias de Moller (2002) de que a qualidade subjetiva complementa a qualidade objetiva porque o fator humano tem efeito crucial sobre a percepção de quem recebe o serviço. Para os clientes entrevistados, mesmo o hospital estando passando por uma crise de recebimento de verbas que ocasionou redução do número de internações e procedimentos e falta de insumos básicos, o potencial humano e as relações interpessoais contribuem para que o atendimento continue sendo percebido positivamente.

DIMENSÃO EFETIVA: elementos objetivos do cuidado/conforto.

A dimensão efetiva traduz os elementos objetivos necessários para alcançar a efetividade e otimização do cuidado/conforto considerando esses elementos como o maior nível alcançado de melhoria dos serviços em saúde relacionado ao menor custo econômico para atingí-lo.

De acordo com os relatos dos clientes/pacientes, evidencia-se que eles também valorizam aspectos relacionados à qualidade técnica dos profissionais, mas conforme Donabedian (2003), como os clientes não possuem conhecimento específico pra avaliar o cuidado técnico, eles associam a sua qualidade com a boa relação com os profissionais que o executa.

Além disso, segundo o mesmo autor (2003), o relacionamento interpessoal é o meio pelo qual o cuidado técnico é implementado pois um bom relacionamento entre paciente e profissional motiva o profissional a trabalhar melhor e o paciente a cooperar para a efetividade do tratamento.

“Tinha a veia difícil mas elas tinham paciência pra procurar.”(F55/d24/9C.)“A equipe de enfermagem, eu acho, que elas são capazes, é, são carinhosas, não teve procedimento nenhum errado e que a gente não gostasse” (M62/d14/9C).

“Praticamente eu não tenho nada a dizer, a não ser assim falhas que eu acho às vezes também existe, nesse, como é que se diz, infecções, que a gente está arriscado, exposto, eu acho que deveriam ter mais cuidado” (M66/d20/9C).

“Eu acho que a experiência é boa, me dão remédio quando tenho dor, sempre conseguem pegar minha veia, porque é muito difícil, tem gente que me fura muito, mas tem outras que pega de primeira, falam quando tenho exame, de colher xixi.” (F49/d26/).

“... tudo que eles dão eles me falam, é, todas as medicação, pressão, eles me comunicam, então...” (F20/d8/9C).

“Tem umas coisas, por exemplo, essa senhora do três tava tomando sopinha, aí a enfermeira tava botando devagarinho pra ela não engasgar

que eu acho que é o certo. Aí veio outra e já botou na pressão aí eu fiquei com medo dela engasgar porque ela puxava e botava assim na sonda, com seringa, entendeu?” (F40/d14/9D)

Para Figueiredo (1997), o conhecimento é um dos materiais que a enfermagem utiliza para cuidar/confortar e o denomina de **logus**.

Atualmente, a enfermeira precisa acrescentar outros conhecimentos a sua prática que devem ligar CIÊNCIA e TECNOLOGIA o que de um modo geral ela já vem utilizando. Para mim devem aprofundar os conhecimentos de FILOSOFIA, CIÊNCIA QUÂNTICA, CIÊNCIA RELIGIOSA para poder desenvolver e utilizar melhor a INTUIÇÃO, a EMOÇÃO e a ARTE (FIGUEIREDO, 1997, p.132).

A busca da qualidade nos serviços de saúde está associada também ao avanço das novas tecnologias e para acompanhar esse avanço os profissionais devem ter como instrumento a atualização técnico-científica para prestar assistência que garanta um máximo de qualidade, isenta de riscos para os clientes/pacientes e para equipe e sob um baixo custo. O conhecimento científico torna-se um dos meios para se atingir a eficácia, a efetividade, a eficiência e a otimização do cuidado.

Para isso, na instituição em questão existe um Serviço de Desenvolvimento voltado para os estudantes e para a equipe de enfermagem responsável em desenvolver programas de educação e treinamento continuado como também em manter os manuais de normas, rotinas e procedimentos do hospital atualizados. Porém, o que se observa na prática, é a pouca aderência dos profissionais a esses treinamentos evidenciando a necessidade de repensar novas estratégias de motivação e participação da equipe de enfermagem (Anexo 8- RASP 06).

Além da qualidade técnica e científica dos profissionais, o dimensionamento de pessoal também é um dos elementos que influenciam na efetividade do cuidado/conforto de enfermagem e conseqüentemente na qualidade da assistência. Embora a escala assegure a cobertura da

assistência e a disponibilidade de pessoal de enfermagem nas 24 horas, a quantidade e o grau de dependência dos clientes/pacientes hospitalizados na unidade de internação clínica demanda uma maior quantidade de profissionais escalados para esses setores.

Para o cálculo do dimensionamento de pessoal, que também é um dos itens avaliados pelo MS/ONA, utilizou-se a fórmula de cálculo de pessoal de enfermagem que consta na Resolução 293/2004 do COFEN e constatou-se um déficit de 20 profissionais de enfermagem nos setores em estudo. Vale enfatizar que esse cálculo baseou-se no Sistema de Classificação de Pacientes⁴ e considerou os avanços tecnológicos e as complexidades dos cuidados ao cliente, quanto às necessidades físicas, psicossomáticas, terapêuticas, ambientais e de reabilitação, evidenciados na prática do setor de internação clínica com a existência de duas enfermarias geriátrica de 06(seis) leitos, 01 (um) quarto destinado à cliente com distúrbio psiquiátrico no setor 9C e a permanência freqüente de clientes/pacientes que requerem cuidados intensivos nas enfermarias.

Pode-se notar que o dimensionamento não adequado dos profissionais de enfermagem, que se configura na proporção de 02 (dois) enfermeiros para 33 (trinta e três) pacientes e 01(um) técnico de enfermagem para 7 (sete) pacientes, é levantado pelos participantes como um requisito que compromete a qualidade da assistência na medida que os procedimentos de enfermagem demandam tempo para serem executados considerando o nível de dependência dos clientes internados (Anexo 8- RASP 07).

“ O que eu acho é que talvez tivesse que ter um número maior de pessoas pra poder dar uma atenção assim rápida... Eu acho que poderia ter mais pessoas, pra que viesse mais rápido o atendimento.” (F55/d24/9C).

“... só as vezes o meu remédio demora um pouquinho porque é muitos pacientes pra elas tratarem né? Eu ainda ando, mas tem um monte aqui que tem que tomar banho na cama e sempre precisa mais de uma aí

⁴ Metodologia criada pelo COFEN (2004) que classifica os pacientes em cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos conforme estabilidade do ponto de vista clínico e de enfermagem e quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

demora mais né? Ter que trocar fralda, dar comida. Devia ter mais gente trabalhando aqui.” (F62/d15/9D)

Foi evidenciado também pela observação participante não conformidades relacionadas aos registros de enfermagem, os quais são priorizados, principalmente pelos enfermeiros, para os clientes/pacientes mais graves. Embora os enfermeiros façam o plano de cuidados de enfermagem para os todos os clientes/pacientes internados no setor, a evolução de enfermagem é uma etapa essencial para a sistematização da assistência no sentido de avaliar os resultados dos cuidados prescritos, acompanhar a evolução do cliente/paciente e consequentemente oferecer dados sobre a qualidade do cuidado de enfermagem.

Nesse sentido, o reflexo da qualidade da prática da enfermagem na unidade de internação clínica, relaciona-se, sobretudo, a adequação quantitativa e qualitativa do seu corpo de funcionários, a melhora da efetividade da comunicação e da afetividade entre profissionais e clientes/pacientes o que irá resguardar o cliente/paciente de um cuidado de enfermagem livre de danos e riscos, num ambiente confortável e que contribuirá para o desenvolvimento de atitudes profissionais com ênfase na busca por processos de melhorias contínuas assistenciais.

Sendo assim, foram resumidas no quadro abaixo as pistas indicativas da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem relacionadas à dimensão afetiva e efetiva enunciadas pelos clientes/pacientes com interface com a observação participante:

Quadro 3-Pistas indicativas dificultadoras x facilitadoras da melhoria da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na unidade de internação clínica

Pistas indicativas dificultadoras da melhoria da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na unidade de internação clínica	Pistas indicativas facilitadoras da melhoria da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na unidade de internação clínica
<p>-Dimensionamento inadequado dos profissionais de enfermagem</p> <p><i>“O que eu acho é que talvez tivesse que ter um número maior de pessoas pra poder dar uma atenção assim rápida... Eu acho que poderia ter mais pessoas, pra que viesse mais rápido o atendimento” (F55/d24/9C).</i></p> <p>-Baixa aderência da equipe de enfermagem aos programas de educação e treinamento continuado realizado pelo Serviço de Desenvolvimento</p> <p>- Não conformidades com os registros de enfermagem: implicações para a Sistematização da Assistência</p>	<p>-Relacionamento interpessoal entre profissionais e clientes/pacientes</p> <p>- Comunicação afetiva e efetiva entre profissionais e clientes/pacientes</p> <p><i>“... tudo que eles dão eles me falam, é, todas as medicação, pressão, eles me comunicam, então...” (F20/d8/9C)</i></p> <p>- Comportamento dos profissionais baseado na ética, respeito e atenção</p> <p>- Cuidar com satisfação e “alegria”- pulsões</p> <p><i>“Não tenho do que reclamar.Trazendo alegria, conversando, tratando a gente legal, os remédios tudo a ponto, como eu tenho recebido da mão de vocês” (M62/d14/9C.)</i></p> <p>- Qualificação dos profissionais</p> <p><i>“A equipe de enfermagem, eu acho, que elas são capazes, é, são carinhosas, não teve procedimento nenhum errado e que a gente não gostasse” (M62/d14/9C).</i></p> <p>- Conhecimento técnico-científico</p>

Os resultados evidenciaram que na percepção dos clientes/pacientes hospitalizados na unidade de internação clínica do HUCFF, a qualidade do cuidado/conforto de enfermagem é atribuída as habilidades que os profissionais revelam durante a realização dos cuidados técnicos e

especialmente no comportamento afetivo (cuidados sensíveis) demonstrados frente a prática diária do processo cuidar/comfortar.

Atributos relacionados aos profissionais como respeito, atenção, disponibilidade e carinho demonstraram serem valorizados pelos clientes/pacientes e contribuírem para a aderência do cliente/paciente ao tratamento a partir do momento que este estabelece um vínculo de confiança com a equipe de enfermagem.

Além da capacidade para resolutividade dos problemas de enfermagem que emergem diariamente, das habilidades técnicas e da postura ética dos profissionais, constatou-se que a efetividade do cuidado está relacionada também a elementos objetivos – utensílios materiais, necessários para a adequação das condições de trabalho dos profissionais.

Sendo assim e considerando a importância do elemento humano nos processos de melhorias contínuas da assistência de enfermagem, é fundamental a implementação de estratégias que motivem e envolvam os profissionais a desenvolverem ações efetivas para alcançar e garantir a qualidade do cuidado/comforto de enfermagem. Neste aspecto, destacamos a importância da valorização e reconhecimento das iniciativas dos profissionais, do estímulo aos programas de capacitação e qualificação profissional, do dimensionamento adequado dos profissionais de enfermagem e das condições favoráveis de trabalho no ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos objetivos e da abordagem teórica – metodológica do presente estudo, neste capítulo pretendo apresentar os elementos indicativos de um cuidado/conforto de qualidade que emergiram da produção de dados, especialmente das entrevistas realizadas com os clientes/pacientes hospitalizados na unidade de internação clínica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ.

Considerando a definição de pistas proposta por Figueiredo (1997) como as necessidades alteradas do cliente seja de ordem transversal, espiritual e objetiva, as quais podem ser detectadas por um apropriado exame físico e pela observação detalhada das reações e gestos do cliente, este estudo foi construído especialmente visando alcançar um produto de pesquisa qual seja identificar as pistas indicativas de oportunidades de melhorias contínuas da qualidade na unidade de internação clínica enunciadas pelos clientes/pacientes hospitalizados.

A necessidade de realização dessa pesquisa emergiu do fato de que a instituição busca melhorias contínuas da qualidade hospitalar e nesse sentido esse estudo alcançou significativa produção de dados que traduzem as necessidades e expectativas dos clientes/pacientes quanto ao cuidado/conforto de enfermagem que lhe é promovido nos setores 9C e 9D os quais pertence ao serviço de internação clínica do HUCFF.

Desse modo, o mais relevante desse estudo foi buscar indicativos de melhorias da qualidade a partir da valorização e participação do cliente/paciente e considerando-o como um cidadão que tem direitos dos quais destacamos a participação ativa no processo de restauração dos desvios de saúde.

Foi verificado, através da observação participante e da análise das falas dos clientes/pacientes participantes no estudo à luz dos fundamentos teóricos da qualidade em saúde e

das concepções teóricas de Figueiredo que a busca da qualidade da assistência e da segurança do cliente/paciente hospitalizado está pautada em dois pilares: o ambiente do cuidado em que o cliente/paciente e os profissionais estão inseridos e na dimensão efetiva e afetiva do profissional de enfermagem baseada em suas características técnicas, vocacionais e pessoais.

Quanto à categoria relacionada ao ambiente do cuidado, foram mencionados pelos participantes aspectos relacionados à infra-estrutura da instituição, qualidade e quantidade dos recursos materiais e equipamentos que influenciam no cuidado/conforto de enfermagem e na segurança dos cliente/pacientes internados e dos profissionais que ali estão.

Sendo assim, o item que mais foi destacado pelos clientes/pacientes internados como obstáculo ao conforto e ao cuidado de enfermagem de qualidade foi a estrutura referente a instalações com destaque para a inadequação dos banheiros, especialmente do setor 9C, os quais apresentam alto índice de não conformidades com os padrões de qualidade do Ministério da Saúde, como falta de barras de apoio e de sistema de comunicação e box muito apertado e com presença de degrau o que dificulta a passagem de cadeiras de banho. Porém, foi a falta de água quente nos chuveiros das enfermarias que mais foi mencionado pelos participantes como uma não conformidade que afeta as necessidades de higiene e de conforto dessa clientela assim como coloca em risco a integridade física dos profissionais os quais comovidos com a situação esquentam a água em baldes para oferecerem aos clientes/pacientes.

Vale destacar também a importância da estrutura correta e de equipamentos adequados para atender ao cliente/paciente em seu desvio de saúde, como rede completa de gases (oxigênio, ar comprimido e vácuo) disponíveis para cada leito, sistema de comunicação funcionando, iluminação e ventilação adequadas tanto para manter um clima agradável e seguro para os clientes/pacientes como também para manter condições de segurança para os profissionais atuarem.

Outra questão associada à qualidade do cuidado/conforto de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado muito valorizada pelos entrevistados foi a dificuldade na disponibilidade dos materiais objetivos e a atribuição dos usuários a essa situação “a falta de investimento e apoio governamental ressaltando que no decorrer da pesquisa, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, estava atravessando grave crise financeira, o que culminou com a baixa oferta de materiais e insumos.

Além da importância do ambiente, a busca da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado é efetivada, sobretudo, pelo saber técnico atrelado às características pessoais e éticas de cada componente da equipe de enfermagem, que deve possuir em seu íntimo o desejo e a emoção para cuidar/confortar (pulsão). Isso reforça o aspecto de que os programas de qualidade não devem se basear em ferramentas e técnicas impessoais de avaliação por não contemplar a subjetividade das pessoas e não responder pelo atendimento das necessidades dos usuários e dos trabalhadores.

Sendo assim, tendo em vista que são os profissionais de enfermagem os únicos a prestarem assistência continuada nas 24 horas dentro da instituição hospitalar, pode-se afirmar que há estreita relação entre a qualidade do cuidado/conforto promovido pela enfermagem e a melhoria contínua da qualidade do serviço de internação clínica do hospital universitário. Isso se deve ao posicionamento dos clientes/pacientes que demonstraram sentir resolutividade no atendimento e se sentirem “bem cuidados”, mesmo diante de insatisfação com a falta de recursos materiais e infra-estrutura da instituição, quando o processo de recuperação do desvio de saúde é centrado no sujeito considerando também a dimensão técnica e a boa relação com os profissionais de enfermagem .

Para isso, torna-se imprescindível estimular os profissionais de enfermagem a terem maior envolvimento em implantar e implementar estratégias voltadas para a busca de melhorias

contínuas da assistência a partir da valorização e capacitação profissional, da humanização do ambiente e das relações de trabalho e da garantia de condições favoráveis para executarem o seu trabalho livre de riscos para si e para os clientes/pacientes.

Consideramos enfim que, diante dessas pistas indicativas dificultadoras e facilitadoras da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem, a equipe dos profissionais de enfermagem tenha suficiente sensibilidade e competência para saber que a cronicidade e gravidade da patologia é evidenciada a partir de uma perspectiva biológica e centrada na doença. Entretanto, a partir da perspectiva do cliente/paciente o que determina o cuidado/conforto de qualidade é o atendimento das suas necessidades, expectativas e desejos.

Neste sentido, o que devemos pensar e perceber é que este cliente/paciente hospitalizado está vivenciando um significativo distúrbio no domínio da manutenção da saúde e no relacionamento no desempenho de papéis. Isto quer dizer que o fato desse cliente/paciente estar “biologicamente doente”, ele requer cuidados de enfermagem objetivos, subjetivos e altamente complexos.

Conclui-se que o desempenho efetivo e afetivo dos profissionais de enfermagem é o indicativo primordial para o processo de melhorias contínuas da qualidade do cuidado/conforto e segurança do cliente/paciente hospitalizado na Unidade de Internação Clínica do HUCFF considerando que são estes que interagem e promovem o cuidado/conforto através de princípios ético-científicos durante 24 horas por dia, sete dias por semana.

Enfim, sugerimos nesse sentido, maior valorização dos fundamentos teóricos de enfermagem articulados com os fundamentos da qualidade em saúde no que se refere à tríade estrutura, processos e resultados com vistas a atender as reais necessidades dos clientes/pacientes hospitalizados.

Avaliação da Estrutura

- Instalações físicas adequadas que garantam o conforto e segurança dos clientes/pacientes, seus acompanhantes e profissionais.
- Recursos materiais, equipamentos adequados e em quantidade suficiente para o atendimento dos clientes/pacientes considerando o seu quadro clínico, sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e equipamentos.
- Recursos Humanos - seleção e dimensionamento adequado, capacitação e qualificação permanente dos profissionais de enfermagem, estratégias de motivação da equipe.
- Estrutura organizacional - atualização dos manuais de normas, rotinas e procedimentos da instituição

Avaliação dos Processos

- Processo assistencial - continuidade do cuidado, programas multiprofissionais para orientação dos clientes/pacientes, familiares e dos profissionais, cumprimento das diretrizes da CCIH e humanização da atenção ao cliente.
- Processo administrativo- mecanismo de orientação e sinalização para clientes/pacientes e familiares, Registros de Enfermagem no prontuário completos, legíveis e assinados, Fluxo de atendimento às urgências/emergências
- Processo ensino/pesquisa- Programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impacto nos processos, estímulo acadêmico para os profissionais e aplicabilidade das pesquisas na prática assistencial.

Avaliação dos Resultados

- Pesquisa de satisfação dos clientes/pacientes e profissionais.
- Propostas de soluções para os problemas levantados.
- Banco de dados e estatísticas e sistema de informação baseado em indicadores específicos da internação que permitam análises e comparações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, K.; BRADFORD L.J. **Serviços com qualidade: a vantagem competitiva**. São Paulo: Makron Books, 1992.

AMIN, T.C.C. **O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários**. 2001. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

BALSANELLI, A.P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.18, n.4, p. 397-402. 2005

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições Setenta. Portugal: Lisboa, 2004.

BRASIL. ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, em 20 de março de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

_____. _____. Resolução RDC nº 93 de 26 de maio de 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, em 29 de maio de 2006. Dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços e as Normas para o processo de avaliação.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. 4ª edição. Brasília. Distrito Federal, 2003.

_____. **Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília, Distrito Federal, 2006.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Lista de Terminologias**. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: < <http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em :27 de setembro de 2006.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Acreditação**. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br>>. Acesso em: 20 de maio de 2008.

CROSBY, Philip B. **Qualidade é Investimento**. Rio de Janeiro: José Olympio: 1986

DE MASI, D. Como atingir um trabalho “de qualidade”. **Revista Época**, São Paulo, maio. 2007. edição 468, p. 58.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Revista Americana de Enfermagem**: v.6, n. 2, p.89-104, abril. 1998.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to quality assurance in health care**. New York, Oxford University Press, 2003.

FELDMAN, L.B et al História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.18, n.2, p.213-9. 2005.

FIGUEIREDO, N.M.A. **A Mais Bela das Artes... O pensar e o fazer da Enfermagem.Bases Teóricas e Práticas para uma Teoria do Cuidado/Conforto**.1997. 170 f. Tese Concurso de Titular- Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

_____ et al. Cuidar em saúde: lugar da invenção de um novo paradigma científico.**Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.51, n.3, p.447-456, jul/set 1998.

_____ ; NEVES, E.P. et al. Mesa Redonda: Conforto e suas interfaces com o cuidar e os cuidados de enfermagem. **Enfermagem Atual**. EPUB. Jul/Ago 2005.

_____. **Práticas de Enfermagem- Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. Difusão enfermagem, São Paulo, 2003.

GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO. **Programa de Qualidade**. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br> > Acessado em: 20 de agosto e 15 de setembro de 2006.

_____. **Primeira Avaliação com Padrões**. Avaliação baseada no Manual de Acreditação Hospitalar do CBA e do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro.1999.Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br> > Acessado em: 20 de agosto e 15 de setembro de 2006

JUNIOR,G.D.G.;VIEIRA,M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 325-334. 2002.

LEMME, A.C. **Ouvindo e Encantando o Paciente**. Rio de Janeiro: QualityMark, 2005. 118 p. Coleção Gestão Hospitalar.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MANDÚ, E.N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.665-675, jul/ag. 2004.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde. Princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001.301p.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 23ª ed. Ed. Vozes: Rio de Janeiro, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Programa HumanizaSus. **Ambiência**. Série B. Textos Básicos de saúde. Brasília- DF, 2004.

_____. _____. **Visita aberta e direito a acompanhante**. Série B. Textos Básicos de saúde. Brasília- DF, 2004.

MOLLER, C. **O Lado Humano da Qualidade: maximizando a qualidade de produtos e serviços através do desenvolvimento das pessoas**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MUSSI, F.C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.18, n.1, p.72-81. 2005.

_____. Conforto: revisão de literatura. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.30, n.2, p. 254-266, ago. 2006.

_____. Desconforto, Modelo Biomédico e Enfermagem: Reflexões com base na experiência de homens infartados. **Acta Paul Enf.** São Paulo, v.16, n.3, p.88-97, jul./set.2003.

_____; FRIEDLANDER, M.R.; ARRUDA, E.N. Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.19-39, dez. 1996.

NETTO, A.R. **A ENFERMAGEM EM TERAPIA TRANSFUSIONAL: sublinhando o cuidado/conforto de qualidade a partir da expressividade do cliente**. 2005.159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004. 398 p.

PAIVA, S.M.A.de **Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação**. 2006. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

REGO, M.M.S. **As qualidades humanas no cenário de ensino universitário: os docentes de enfermagem e suas interações**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

_____; PORTO, I.S. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.18, n.4, p. 434-8. 2005.

RICHARDSON, R.J. e col. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3ªed. São Paulo: Editora Atlas S.A 1999.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.3, n.53, p. 81-92, set/dez 1999.

SOUZA, F.D.S.L. **Indicadores da Qualidade em Enfermagem na Síndrome Coronariana Aguda**. 2006.105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SPOSATI, A., LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 366- 378, out/dez .1992.

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHIMUR A.K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 Mar 2008.

_____. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 1, 2007 .Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 12 mar 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Society for Quality in Health Care. **Quality and accreditation in health care services : a global review**. Geneva; 2003. 209 p

ZANON, U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v.2, n.8, p.15-22, jul/set.2000

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Como você está se sentindo durante esta experiência de internação?
2. Ao longo da sua internação neste setor, quais as suas experiências vivenciadas em relação ao cuidado de enfermagem?
3. Ao longo da sua internação neste setor, quais as suas experiências vivenciadas em relação às medidas de conforto promovidas pela enfermagem?
4. Como você gostaria de ser cuidado pela enfermagem?
5. Como você se sentiria confortável quando cuidado pela enfermagem?
6. Que comentários acrescentaria sobre a qualidade do cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar?

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) participante,

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “A qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado” como uma das atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ. Esta pesquisa possui como objetivos descrever sobre o ambiente do cuidado de enfermagem ao cliente/paciente hospitalizado na unidade de internação clínica de um hospital universitário, relacionar as pistas enunciadas por eles com a qualidade do cuidado/conforto de enfermagem e discutir em que medida há relação entre o cuidado/conforto promovido pela enfermagem e a melhoria contínua da qualidade no serviço de internação clínica no hospital universitário em estudo.

Assim, gostaríamos de solicitar sua autorização para participar desse projeto cuja relevância está relacionada à busca de melhorias contínuas da assistência de enfermagem a partir do conhecimento das necessidades e expectativas dos pacientes hospitalizados e que terá como principal benefício a promoção da melhoria da qualidade da assistência e o atendimento das necessidades dos pacientes hospitalizados a partir da reflexão dos profissionais de enfermagem sobre a necessidade de reorganização do serviço.

Os dados serão coletados através da observação da pesquisadora nas enfermarias do setor 9C com registro em diário de campo e através de entrevista com perguntas semi-estruturadas que será gravada em fitas k-7 e posteriormente transcritas pela pesquisadora. Os resultados obtidos serão apenas utilizados para esta pesquisa e poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

As informações colhidas não causarão nenhuma compensação financeira, ônus, dano ou risco aos participantes e fica assegurada a sua liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem qualquer prejuízo à continuidade do tratamento na Instituição.

É garantido o sigilo que assegura a privacidade e anonimato dos participantes assim como o seu direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que pode ser encontrado no endereço Rua Dr Nunes, 147/302- Olaria e pelo telefone 8726-1388. Se você tiver

alguma consideração ou dúvida sobre ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)- sala 01D-46- 1º andar, fone 2562-2480- Email: ccp@hucff.ufrj.br.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso à pesquisa. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Instituição

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação ou esclarecimento.

Atenciosamente

Erika Fonseca Camargo Marsico
Mestranda
e-mail: erikamarsico@ig.com.br
Tel 87261388

Prof Dr Margarethe Maria Santiago Rego
Orientadora
e-mail: margaretheufrj@globocom.com
Tel 95712441

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA REFERIDA NESTE DOCUMENTO

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 200__.

Nome do participante

Assinatura do paciente

ANEXO 01

Cartilha dos Direitos do paciente do HUCFF

Os pacientes em tratamento no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade do Brasil (UFRJ), deverão ter assegurados os seguintes direitos:

- I. Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
- II. Ser identificado e tratado por seu nome e sobrenome;
- III. Não ser identificado e tratado por:
 - a. números;
 - b. códigos; ou
 - c. de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;
- IV. Ter resguardado o sigilo sobre seus dados pessoais, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;
- V. Poder identificar as pessoas responsáveis direta ou indiretamente por sua assistência, através de crachás visíveis, legíveis e que contenham:
 - a. nome da instituição;
 - b. nome completo;
 - c. função; e
 - d. cargo;
- VI. Receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:
 - a. hipóteses diagnósticas;
 - b. a finalidade dos materiais coletados para exame;
 - c. diagnósticos confirmados;
 - d. ações terapêuticas;
 - e. riscos, benefícios e inconvenientes provenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
 - f. duração prevista para o tratamento proposto
 - g. a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento;
 - h. as alternativas de diagnóstico e terapêuticas existentes no serviço em que está sendo atendido ou em outros serviços; e;
 - i. o que julgar necessário;
- VII. Ser consultado quando houver a necessidade de escolha entre duas ou mais condutas terapêuticas
- VIII. Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e/ou terapêuticos a que será submetido, para os quais deverá conceder autorização por escrito, através do Termo de Consentimento;
- IX. Ter o seu estado emocional considerado pelo médico quando da necessidade de assinar o Termo de Consentimento;
- X. Ter acesso às informações existentes em seu prontuário médico;
- XI. Receber, por escrito, o diagnóstico e tratamento indicado, com a assinatura, o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;
- XII. Receber as prescrições médicas:
 - a. com o nome genérico das substâncias;
 - b. datilografadas ou em caligrafia legível;
 - c. sem a utilização de códigos ou abreviaturas; e
 - d. com a assinatura, o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;
- XIII. Conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, as sorologias que foram efetuadas e os prazos de validade;

- XIV. Ter anotado em seu prontuário médico, principalmente se inconsciente durante o atendimento:
 - a. todas as medicações utilizadas, com as respectivas dosagens; e
 - b. a quantidade de sangue recebida e os dados que permitam identificar a sua origem, as sorologias efetuadas e os prazos de validade;
- XV. Ter assegurado (a), durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:
 - a. a sua integridade física;
 - b. a sua privacidade;
 - c. a sua individualidade;
 - d. o respeito aos seus valores éticos e culturais;
 - e. o sigilo de toda e qualquer informação pessoal; e
 - f. a segurança do procedimento;
- XVI. Ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas, exames e no momento da internação por uma pessoa por ele indicada;
- XVII. Ser acompanhado durante o período de internação, se maior de sessenta anos, de acordo com o que dispõe a Portaria nº 830, de 24/06/99, do Ministério da Saúde;
- XVIII. Ser acompanhado nos casos em que, após avaliação da equipe multiprofissional, a presença do acompanhante for considerada necessária para uma melhor recuperação da saúde, conforme Portaria Interna nº 53, de 24/04/00, do Diretor do HUCFF;
- XIX. Ser acompanhado nas consultas, exames e durante a internação, se criança ou adolescente;
- XX. Ter asseguradas, durante a hospitalização, a sua segurança e a de seus pertences que forem considerados indispensáveis pela instituição;
- XXI. Ter direito, se criança ou adolescente, de desfrutar de alguma forma de recreação, de acordo com o previsto na Resolução nº 41, do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente;
- XXII. Ter direito, durante longos períodos de hospitalização, de desfrutar de ambientes adequados para o lazer;
- XXIII. Receber visitas de acordo com as normas do hospital
- XXIV. Ter garantia de comunicação com o meio externo como, por exemplo, acesso ao telefone;
- XXV. Ser prévia e claramente informado quando o tratamento proposto estiver relacionado a projeto de pesquisa em seres humanos, previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUCFF, observando o que dispõe a Resolução nº 196, de 10/10/96, do Conselho Nacional de Saúde;
- XXVI. Recusar a participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu tratamento;
- XXVII. Ter assegurada a continuidade da assistência médica após a alta hospitalar;
- XXVIII. Ter assegurada, durante a internação e após a alta, a assistência para o tratamento da dor e as orientações necessárias ao atendimento domiciliar, mesmo quando considerado fora das possibilidades terapêuticas atuais;
- XXIX. Receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa de acordo com as normas do hospital;
- XXX. Quando esgotadas as possibilidades do hospital oferecer tratamento curativo e respeitadas as responsabilidades do hospital com relação à coletividade:
 - a. Recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;
 - b. Optar pelo local em que o paciente, ou sua família, no seu impedimento, prefira que se dê o óbito.

ANEXO 2

Projeto de acolhimento: parceria para rápida recuperação do doente

Prevenção de infecção e orientação sobre direitos e deveres dos acompanhantes são a tônica do projeto de acolhimento, iniciativa conjunta do Serviço Social e da Enfermagem e que faz parte do programa de humanização do hospital. O projeto é direcionado especificamente a acompanhantes e visitantes de pacientes internados e visa contribuir para a rápida recuperação do doente, através do bom relacionamento entre visitantes e equipe hospitalar. Nas reuniões semanais de esclarecimento, as informações contidas na cartilha de direitos e deveres dos pacientes são esmiuçadas e as palestrantes informam sobre contribuição dos familiares e acompanhantes na prevenção da disseminação de microorganismos no ambiente familiar, ressaltando a importância do acompanhamento para o processo de saúde/doença.

A enfermeira Claudia, uma das integrantes da equipe do projeto de acolhimento, destaca que as reuniões também tem o objetivo de evitar que o acompanhante fique doente ou leve bactérias para casa. Hábitos de higiene como lavar as mãos antes e depois de tocar no doente, tomar banho diariamente, não apoiar bolsas ou objetos sobre a cama do paciente, não guardar restos de alimentos e ter atenção à limpeza são medidas simples, mas que evitam a proliferação de bactérias e microorganismos, no hospital ou em casa. Dinâmicas de relaxamento e entrosamento também fazem parte dos encontros, servindo para integrar e aliviar as tensões que normalmente cercam as internações em unidades de saúde.

De acordo com assistente Sandra, embora o grupo seja heterogêneo e mude toda semana, os resultados são percebidos diariamente nas visitas às enfermarias, com a mudança de postura. “Muitos acompanhantes relatam melhora no lidar com o seu paciente após as reuniões, colocando em prática o que foi explicado e ensinado. Há algumas resistências, mas trabalhamos sempre com muito empenho e valorizando a presença do acompanhante, seu carinho e a necessidade de um trabalho de parceria para a total e rápida recuperação do paciente e seu retorno ao lar”.

O projeto teve início em 2002, como uma iniciativa da assistente social Sandra e da enfermeira Nilcilene, à época chefe do posto 9D, para reduzir atritos com acompanhantes e colaborar na redução da transmissão cruzada de microorganismos dentro das enfermarias do posto. Hoje conta com a adesão da Enfª Érika (chefia do 9C), Enfª Cláudia (CCIH) e das acadêmicas do Serviço Social. Quem quiser participar deve ligar para o Serviço Social, ramal 2567.

FONTE: Página eletrônica do HUCFF. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br>. Em 14/09/2007



Sandra: “Muitos acompanhantes resistem a atenção no lidar com o seu paciente após as reuniões”



A enfermeira Érika, da chefia do 9C, é uma das integrantes do projeto

 <p>ENFERMAGEM</p>	<p>RASP Nº 00/0000</p> <p>RELATÓRIO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA</p>
<p>DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA:</p> <p> <input type="checkbox"/> ORGANIZACIONAL <input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO <input type="checkbox"/> PROCESSOS <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> PESSOAS </p>	
<p>Responsável: _____ Data: ___/___/___</p>	
<p>ANÁLISE DAS CAUSAS:</p>	
<p>Responsável: _____ Data: ___/___/___</p>	
<p>OPORTUNIDADES DE MELHORIAS CONTÍNUAS:</p>	
<p>Responsável: _____ Data: ___/___/___</p>	
<p> <input type="checkbox"/> AÇÃO CORRETIVA <input type="checkbox"/> AÇÃO PREVENTIVA </p>	
<p>Responsável: _____ Data para Implantação: ___/___/___</p>	
<p>ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	



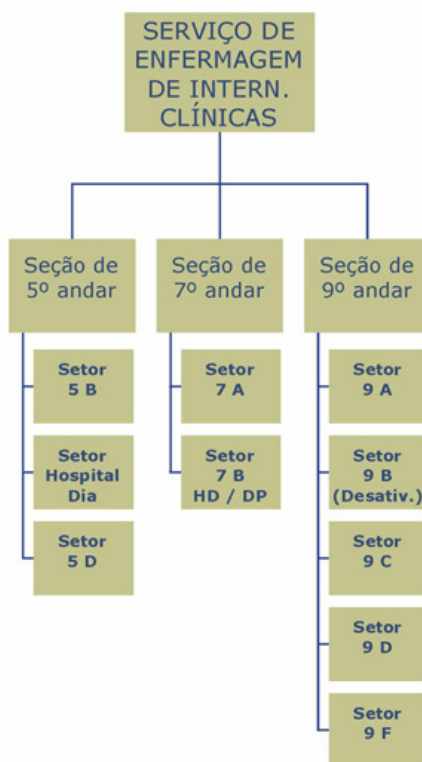
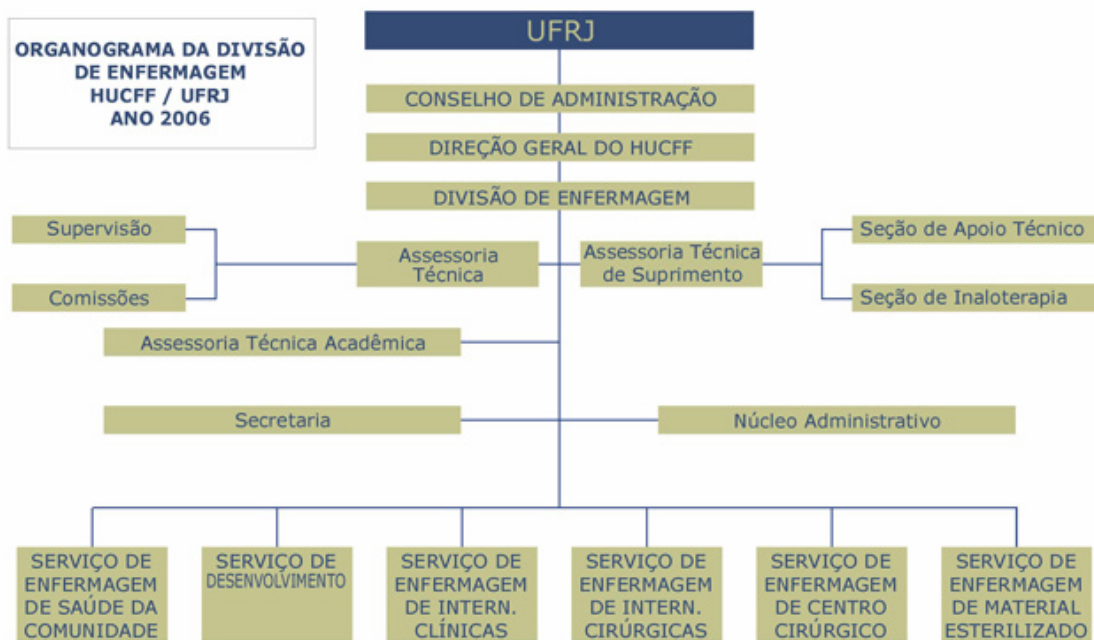
AVEDIS DONABEDIAN

Avedis Donabedian nasceu em 1919 em Beirute, Líbano. Estudou Medicina na Universidade Americana de Beirute e em 1953 devido à guerra foi para os EUA onde em 1960 se tornou Professor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan. Faleceu em 2000 aos 81 anos.

Dedicou sua vida profissional ao tema qualidade nos serviços de saúde, escreveu 16 livros e mais de 100 artigos sobre definição de qualidade, relação entre processos e resultados, impacto das decisões clínicas na qualidade, relação entre qualidade e custo, efetividade dos programas de qualidade e diferenças e semelhanças entre o modelo de qualidade industrial e na área da saúde.

ANEXO 5

ORGANOGRAMA DO HUCFF



ANEXO 6

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

- Coordenador:**
 Alice Helena Dutra Violante
Médico - Prof. Associada
- Secretário:**
 Zuzara Rodrigues da Silva
Professora
- Membros Titulares:**
 Beatriz Maria Aleixo de Holanda
Médico - Prof. Associada
 Eduardo Jorge Bastos Côtes
Médico - Prof. Assistente
 Elza Regina Ambrosio
Assistente Social - Mestre
 Helena Warynski
Representante dos Usuários
 Luiz Carlos Duarte de Miranda
Médico - Prof. Adjunto
 Luiza da Conceição de Araújo Marques
Enfermeiro - Mestre
 Paulo Feijó Barros
Médico - Prof. Adjunto
 Regiane de Fátima Ruvelli
Farmacêutica - Doutoranda
 Roberto Coury Paesosa
Médico - Doutor
 Mario Teves de Antonio
Farmacêutico - Especialista
- Membros Suplentes:**
 Anna Paula Trindade Rocha Penacci
Nutricionista - Professor Adjunto
 Beatriz Moritz Tripe
Médico - Doutora
 Carlos Alberto Guimarães
Médico - Prof. Adjunto
 Cecília de Assis Martinusso
Jornalista
 Lucia Helena Luiza Vieira Amim
Médico - Mestre - Doutoranda
 Maria da Conceição Zacharias
Médico - Professor Assistente
 Maria de Fátima Gustavo Lopes
Representante dos Usuários
 Mariângela Oliveira da Silva
Enfermeiro
 Mário Fernando Petzhold
Engenheiro - Doutor
 Orlando Nunes Coszena
Sociólogo - Doutor
 Rita Heckler
Médico - Prof. Adjunto
 Vania Dine de Oliveira
Assistente Social

CEP - MEMO - n.º 123/08

Rio de Janeiro, 03 de março de 2008.

Da: Coordenadora do CEP

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Enf. Erika Fonseca Camargo Marsico

Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa.

Sr. (a) Pesquisador (a),

Informo a V. S.a. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 011/08 - CEP

Título: "A qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado."

Pesquisador (a) responsável: Enf. Erika Fonseca Camargo Marsico

Data de apreciação do parecer: 28/02/2008

Parecer: "APROVADO."

Informo ainda, que V. Sa. deverá apresentar relatório semestral, previsto para 28/08/2008, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII. 13.d., da Resolução n.º 196/96 - CNS/MS).

Atenciosamente,

Prof.ª Alice Helena Dutra Violante
Coordenadora do CEP

ANEXO 7

DADOS OBTIDOS A PARTIR DA OBSERVAÇÃO DOS ELEMENTOS DE
MENSURAÇÃO NOS SETORES 9C E 9D BASEADOS NOS MANUAL BRASILEIRO DE
ACREDITAÇÃO HOSPITALAR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003 E 2006-
MS/ONA/ANVISA


C = conforme
PC = parcialmente conforme
NC = não conforme


ELEMENTOS DE MENSURAÇÃO	CONFORMIDADES			Comentários
	C	PC	NC	
Sistema de análise de satisfação dos clientes internos e externos		X		Existe a pesquisa de satisfação dos clientes externos que não é aplicada em todos os setores do hospital e funciona como uma caixa de sugestões do Programa da Qualidade. Existência do Setor de Ouvidoria para receber críticas e sugestões dos clientes.
Sistema de comunicação próximo ao leito		X		Como as campainhas são antigas exigem manutenção freqüente pois constantemente apresentam defeitos.
Precauções padronizadas e rotina para isolamento do paciente	X			Rotina de isolamento de contato e respiratório estipulada, acompanhada diariamente e avaliada pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Oxigênio próximo ao leito	X			
Ar comprimido e sistema de vácuo disponíveis e de fácil acesso			X	Não existe rede de ar comprimido e nem sistema de vácuo na parede no setor 9C. Utilização de aspiradores portáteis totalizando 04 no setor.
Materiais e equipamentos básicos para emergência e em local de fácil acesso	X			Carro de parada cárdio-respiratória disponível e completo com desfibrilador. Quantidade reduzida de monitores cardíacos e oxímetros de pulso em ambos os setores
Portas dos banheiros permitem passagem de cadeira de banho ou de rodas.		X		As portas dos banheiros permitem passagem das cadeiras, porém há um degrau de acesso ao Box no 9C que dificulta a entrada das cadeiras. Vale ressaltar que não há água quente nos chuveiros
Portas dos banheiros se abrem para o interior do quarto ou são escamoteáveis			X	As portas se abrem para o interior dos banheiros
Barras de apoio e meios de comunicação com a enfermagem nos banheiros			X	Falta de barras de apoio no setor 9C e não há sistema de comunicação nos banheiros em ambos os setores


Enfermarias com iluminação e ventilação natural		X		A ventilação natural e a presença de apenas 01 ventilador de teto nas enfermarias não é suficiente devido ao sol que é intenso nas enfermarias no período da manhã. Preferência de colocação dos pacientes acamados em leitos distantes das janelas.
Armários ou sistema de guarda de pertences dos pacientes		X		O armário para guarda dos pertences é muito pequeno o que acarreta grande quantidade de pertences na unidade do paciente considerando também que muitos pacientes têm direito a acompanhantes.
Condição para higienização das mãos		X		No 9C não existe pia nas enfermarias para a lavagem das mãos dos profissionais, apenas dispensadores com álcool gel.
Respeito à privacidade do paciente		X		Não existem biombos em quantidade adequada
Mecanismo de orientação ao paciente e familiares		X		Atualmente é realizada uma reunião semanal com a chefia de enfermagem, serviço social e com os acompanhantes para orientação sobre a hospitalização.
Sistema de informação baseado em indicadores específicos da internação que permitam análises e comparações		X		Relatório de enfermagem onde são quantificados os clientes com relação ao seu grau de dependência, nível de orientação, incluindo a presença de pacientes psiquiátricos, dispositivos invasivos, medicações especiais e quimioterápicos, nutrição enteral e parenteral, glicemia capilar, prótese ventilatória e isolamentos.
Manual de normas, rotinas e procedimentos documentado, atualizado, disponível e aplicado		X		Manuais desenvolvidos pelo Serviço de Desenvolvimento da Instituição Necessitando de atualização
Corpo de enfermagem habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço		X		De acordo com a fórmula do cálculo de dimensionamento de pessoal que consta na Resolução COFEN 293/2004 a qual considera a particularidade da internação de pacientes psiquiátricos com intercorrências clínicas como no mínimo assistência intermediária, acréscimo de 0,5h de enfermagem ao cliente idoso sem acompanhante e a permanência freqüente de clientes com demanda de cuidados intensivos no setor há um déficit no quantitativo de profissionais de enfermagem
Chefia de serviço coordena a seleção e dimensionamento da equipe de enfermagem	X			
Escala assegura a cobertura da	X			


assistência prestada e a disponibilidade de pessoal nas 24h em atividades descontinuadas				
Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança para o cliente			X	As condições de infra-estrutura do setor comprometem a segurança dos clientes e dos profissionais.
Procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente	X			
Registros de Enfermagem no prontuário completos, legíveis e assinados		X		Prioriza-se a evolução de enfermagem dos pacientes mais graves, submetidos a procedimentos invasivos e com intercorrências.
Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.		X		Existem comissões e grupos especializados para atuação nessas áreas porém o enfoque ainda é pouco voltado para a prevenção
Programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impacto nos processos.		X		O Serviço de Desenvolvimento desenvolve um trabalho de educação e treinamento com os profissionais admitidos na instituição e conforme surgem as necessidades e demandas no serviço, porém há pouca aderência da equipe por dificuldades de horário e não há dados divulgados sobre evidências de melhoria
Cumprimento das diretrizes da CCIH		X		Dificuldade do cumprimento por fatores como falta de alguns materiais, fluxo intenso de profissionais e estudantes nas enfermarias e alta rotatividade dentro da equipe.

Humanização da atenção ao cliente		X		Os programas voltados para a humanização no Serviço de Int. Clínica ainda contam com pouca participação da enfermagem.
Fluxo de atendimento às urgências/emergências		X		Os profissionais não estão orientados quanto ao atendimento em caso de emergências e catástrofes como incêndios por exemplo.
Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e equipamentos		X		Não há rotina de manutenção preventiva dos equipamentos. Os equipamentos são encaminhados para o setor responsável a medida que apresenta defeito


 ENFERMAGEM	RASP Nº 01/2008 RELATÓRIO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA: estrutura inadequada dos banheiros <input type="checkbox"/> ORGANIZACIONAL <input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO <input type="checkbox"/> PROCESSOS <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> PESSOAS Falta de água quente nos chuveiros, falta de sistema de comunicação com a enfermagem no interior dos banheiros, as portas dos banheiros abrem pro seu interior, no setor 9C há um degrau no Box que dificulta a passagem de cadeira higiênica ou de rodas , o escoamento de água do Box é inadequado, molhando a entrada da enfermaria e não há barras de apoio.	
Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ____/____/____	
ANÁLISE DAS CAUSAS: Não utilização dos critérios preconizados pelo Ministério da Saúde que garantam a segurança do cliente/paciente e problemas com a caldeira e sistema de encanamento do hospital o que não possibilita a existência de água quente nos chuveiros.	
Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ____/____/____	
OPORTUNIDADES DE MELHORIAS CONTÍNUAS: Proposta de reforma ao setor de engenharia baseando-se nos padrões ideais preconizados pelo Ministério da Saúde.	
Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> AÇÃO CORRETIVA <input type="checkbox"/> AÇÃO PREVENTIVA	
Responsável: _____ Data para Implantação: ____/____/____	
ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Responsável: _____ Data: ____/____/____	
NOVO PRAZO: ____/____/____ Responsável: _____	

 <p>ENFERMAGEM</p>	<p style="text-align: right;">RASP Nº 02/2008</p> <p style="text-align: center;">RELATÓRIO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA</p>
<p>DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA: ausência de rede de ar comprimido e sistema de vácuo no setor 9C</p> <p> <input type="checkbox"/> ORGANIZACIONAL <input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO <input type="checkbox"/> PROCESSOS <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> PESSOAS </p>	
<p>Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___</p>	
<p>ANÁLISE DAS CAUSAS: Não adaptação do setor ao nível de complexidade clínica dos clientes/pacientes internados</p>	
<p>Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___</p>	
<p>OPORTUNIDADES DE MELHORIAS CONTÍNUAS: Proposta de reforma ao serviço de engenharia</p>	
<p>Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___</p>	
<p> <input type="checkbox"/> AÇÃO CORRETIVA <input type="checkbox"/> AÇÃO PREVENTIVA </p>	
<p>Responsável: Data para Implantação: ___/___/___</p>	
<p>ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	
<p>Responsável: Data: ___/___/___</p>	
<p>NOVO PRAZO: ___/___/___ Responsável:</p>	

 <p>ENFERMAGEM</p>	<p>RASP Nº 03/2008</p> <p>RELATÓRIO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA</p>
<p>DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA: ausência de películas fotoprotetoras nas janelas de algumas enfermarias</p> <p><input type="checkbox"/> ORGANIZACIONAL <input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO <input type="checkbox"/> PROCESSOS <input type="checkbox"/> Outros</p> <p><input type="checkbox"/> PESSOAS</p>	
<p>Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___</p>	
<p>ANÁLISE DAS CAUSAS: Não adaptação do ambiente das enfermarias para a promoção do conforto dos clientes/pacientes</p>	
<p>Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___</p>	
<p>OPORTUNIDADES DE MELHORIAS CONTÍNUAS: Proposta de pedido de compra e colocação das películas fotoprotetoras à Direção do hospital</p>	
<p>Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___</p>	
<p><input type="checkbox"/> AÇÃO CORRETIVA <input type="checkbox"/> AÇÃO PREVENTIVA</p>	
<p>Responsável: Data para Implantação: ___/___/___</p>	
<p>ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	
<p>Responsável: Data: ___/___/___</p>	
<p>NOVO PRAZO: ___/___/___ Responsável:</p>	

 ENFERMAGEM	RASP Nº 05/2008 RELATÓRIO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA: Acomodação inadequada para os acompanhantes do clientes/pacientes hospitalizados <input type="checkbox"/> ORGANIZACIONAL <input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO <input type="checkbox"/> PROCESSOS <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> PESSOAS	
Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___	
ANÁLISE DAS CAUSAS: A estrutura antiga do Hospital e como consequência o não atendimento aos princípios da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde que preconiza atualmente a permanência do acompanhante e a visita aberta. Poltronas rasgadas e com quantitativo reduzido. Armários muito pequenos para a guarda de pertences dos clientes/pacientes e seus acompanhantes.	
Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___	
OPORTUNIDADES DE MELHORIAS CONTÍNUAS: Proposta de compra e reforma de poltronas para os acompanhantes assim como de armários para a guarda dos pertences dos mesmos evitando também a disseminação de infecção hospitalar.	
Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___	
<input type="checkbox"/> AÇÃO CORRETIVA <input type="checkbox"/> AÇÃO PREVENTIVA	
Responsável: Data para Implantação: ___/___/___	
ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Responsável: Data: ___/___/___	
NOVO PRAZO: ___/___/___ Responsável:	

 ENFERMAGEM	RASP Nº 06/2008 RELATÓRIO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA: Dificuldade para a atualização e capacitação do corpo de enfermagem. <input type="checkbox"/> ORGANIZACIONAL <input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO <input type="checkbox"/> PROCESSOS <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> PESSOAS	
Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___	
ANÁLISE DAS CAUSAS: Baixa adesão da equipe de enfermagem aos cursos de atualização promovidos pelo Serviço de Desenvolvimento	
Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___	
OPORTUNIDADES DE MELHORIAS CONTÍNUAS: Estratégias para motivação da equipe de enfermagem a fim de que esta participe efetivamente das atualizações propostas pelo serviço e propor estratégias para educação em serviço desses profissionais.	
Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___	
<input type="checkbox"/> AÇÃO CORRETIVA <input type="checkbox"/> AÇÃO PREVENTIVA	
Responsável: Data para Implantação: ___/___/___	
ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Responsável: Data: ___/___/___	
NOVO PRAZO: ___/___/___ Responsável:	

 <p>ENFERMAGEM</p>	<p>RASP N^o 07/2008</p> <p>RELATÓRIO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA</p>
<p>DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMATIZADORA: Dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem</p> <p> <input type="checkbox"/> ORGANIZACIONAL <input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO <input type="checkbox"/> PROCESSOS <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> PESSOAS </p>	
<p>Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___</p>	
<p>ANÁLISE DAS CAUSAS: Presença de duas enfermarias geriátricas nos setores, permanência de pacientes com distúrbios psiquiátricos e de clientes/pacientes que demandam cuidados intensivos</p>	
<p>Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___</p>	
<p>OPORTUNIDADES DE MELHORIAS CONTÍNUAS: Adequar o dimensionamento da equipe de enfermagem, fundamentado na resolução COFEN n^o 293/2004, a qual, prevê o quantitativo do pessoal, através do sistema de classificação de pacientes</p>	
<p>Responsável: Erika Fonseca C. Marsico Data: ___/___/___</p>	
<p><input type="checkbox"/> AÇÃO CORRETIVA <input type="checkbox"/> AÇÃO PREVENTIVA</p>	
<p>Responsável: Data para Implantação: ___/___/___</p>	
<p>ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	
<p>Responsável: Data: ___/___/___</p>	
<p>NOVO PRAZO: ___/___/___ Responsável:</p>	