



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA GESTÃO EM SAÚDE e EXERCÍCIO
PROFISSIONAL em ENFERMAGEM - GESPEn

***INDICADORES DA QUALIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DO
CUIDADO NA UNIDADE DE DOR TORÁCICA:
RESULTADOS GERENCIADOS PELA ENFERMEIRA***

KARLA BIANCHA SILVA DE ANDRADE

Rio de Janeiro
Março/2009

KARLA BIANCHA SILVA DE ANDRADE

**INDICADORES DA QUALIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO NA
UNIDADE DE DOR TORÁCICA: Resultados Gerenciados pela Enfermeira**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marluci Andrade Conceição Stipp

Rio de Janeiro
Março/2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Andrade, Karla Biancha Silva de.

Indicadores da qualidade da sistematização do cuidado na unidade de dor torácica. – Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2009.
x, 144f. il: 31 cm.

Orientadora: Marluci Andrade Conceição Stipp

Tese (doutorado) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2009.

Referências bibliográficas: f. 113-118.

1. Enfermagem. 2. Planejamento de assistência ao paciente. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Doença cardíaca coronária. I. Stipp, Marluci Andrade Conceição. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDD 610.73

karla Biancha Silva de Andrade

**INDICADORES DA QUALIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO NA
UNIDADE DE DOR TORÁCICA: Resultados Gerenciados pela Enfermeira**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marluci Andrade Conceição Stipp

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Banca Examinadora:

Presidente, Prof^a. Dr^a. Marluci Andrade Conceição Stipp
Doutora em Enfermagem – EEAN – UFRJ

1º examinador, Prof^a Dr^a Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira
Doutora em Enfermagem – UFF

2º examinador, Prof^o. Dr^o. Evandro Tinoco Mesquita
Doutor em Medicina – UFF – Hospital Pro-cardíaco

3º examinador, Josete Luzia Leite
Livre Docente - UNIRIO

4º examinador, Dr^a. Valéria Zadra de Mattos
Hospital Pro-cardíaco

Suplente, Prof^a. Dr^a. Marlea Chagas Moreira
Doutora em Enfermagem – EEAN – UFRJ

Suplente, Prof^a. Dr^a. Vivan Schutz
Doutora em Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro
Março /2009

“A busca da qualidade constitui a dimensão ética da vida profissional. Com ela todo esforço razoável de monitoria da qualidade terá êxito. Sem ela, o mais engenhoso dos sistemas de monitoração fracassará”.

(Donabedian, 1993)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Adelmo e Vanda de Andrade**, por terem me dado a vida e me ensinado valores morais e éticos de que muito me orgulho e me espelho e trago intrinsecamente. Obrigada pela paciência, confiança e incentivos, sempre me impulsionando para novas conquistas.

Ao meu marido, companheiro e amor **Isaac de Aveiro**, exemplo de atitude e perseverança, sempre apoiando e incentivando meu crescimento profissional. Obrigada pelos cálculos matemáticos e pelas horas que deixou de dormir, colaborando na construção desse trabalho.

Aos meus filhos **Isaac e Bruna de Aveiro**, minha razão de existir cada dia melhor. Vocês são a mola propulsora, a energia necessária, que me impulsiona e me ensina que viver é um exercício de reflexão e busca contínua de querer realizar o mais correto possível.

AGRADECIMENTOS

*À prof^a. Dr^a. **Marluci Andrade Conceição Stipp**,
minha orientadora e incentivadora que com tranquilidade e sabedoria me conduziu
nesta trajetória.*

*Aos **professores membros da banca examinadora**, em especial ao Prof. Evandro
Tinoco pelas suas contribuições para o crescimento e desenvolvimento desta
pesquisa.*

*Às minhas amigas e incentivadoras **Ana Paula Pinheiro, Cecília Gonçalves,
Valéria Zadra de Mattos, Ana Lúcia Cascardo e Stelmar Molas Moura** sempre
me apoiando e me incentivando em todos os momentos dessa trajetória. Amigo é
uma das melhores coisas do mundo. Obrigada pela amizade de vocês.*

*À **equipe de enfermagem** da Unidade de Emergência e ambulância, principalmente
as enfermeiras Robertta e Shirlene que muito colaboraram para a realização desta
pesquisa.*

*À equipe do arquivo, **Rafaela, Karine e Renata** pela eficiência em separar os
prontuários para a realização deste trabalho.*

*À secretária **Simone** que contribui na confecção gráfica deste trabalho. Obrigada
pela colaboração e incentivo.*

*Ao prof. **Alex**, por ter sido muitas vezes “meus olhos”, me auxiliando nas leituras
necessárias para a construção desta pesquisa. Obrigada pela paciência.*

***A todos** que direta ou indiretamente contribuíram para que esta pesquisa pudesse
ser desenvolvida.*

RESUMO

ANDRADE, Karla Biancha Silva. **Indicadores da qualidade da sistematização do cuidado na Unidade de Dor Torácica:** Resultados gerenciados pela enfermeira. 2009. 134fls. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quanti-qualitativa e que utilizou o método estudo de caso simples. O presente estudo abordou o gerenciamento da qualidade do cuidado de enfermagem na Unidade de Dor Torácica e teve como objetivos: descrever a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) desenvolvida pelas enfermeiras em uma Unidade de Dor Torácica (UDT) de hospital particular situado no município do Rio de Janeiro, Identificar na literatura especializada indicadores de qualidade da assistência na UDT, avaliar os indicadores selecionados na literatura na UDT estuda (no 1º. mês – 6º. mês) e discutir as barreiras para o não alcance das metas dos indicadores selecionados. Foi utilizada a **Teoria Geral de Sistemas com input-process-output** de Avedis Donabedian como referencial teórico e os indicadores selecionados foram alocados conforme a dimensão estrutura, processo e resultado e discutido dentro dos pilares da qualidade. Foram selecionados e avaliados os indicadores tempo de primeiro ECG nos clientes com suspeita de síndrome isquêmica aguda (SIA) ou com SIA diagnosticada, aconselhamento para a cessação do fumo, percentual de clientes que receberam orientações durante a permanência na UDT e o tempo porta balão dos clientes com infarto agudo do miocárdio com supra desnível do segmento ST. Os resultados da pesquisa demonstraram que a SAE é realizada pelas enfermeiras da UDT em todas as suas etapas, utilizando o processo de enfermagem com norteador da assistência e a classificação da NANDA para subsidiar os diagnósticos de enfermagem. A pesquisa confirmou que monitoração da qualidade do cuidado permite auditar as causas das deficiências observadas e aplicar ações corretivas e posteriormente certificar se as ações implementadas tiveram sucesso, realizando plenamente o ciclo da monitoração da qualidade aprendido com os ensinamentos de Donabedian.

Palavras-chave: Enfermagem; Planejamento de assistência ao paciente; Qualidade da assistência à saúde; Doença cardíaca coronária.

ABSTRACT

ANDRADE, Biancha Karla Silva. Quality Indicators on the care systematization in the Chest Pain Unit: Results managed by the nurse. 2009. 134fls. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

This is a research with quantitative and qualitative approach that used the simple case study method. This study addressed the quality management in nursing care in a Chest Pain Unit and it aimed: to describe the Systematization of Nursing Care (SNC) which was developed by the nurses in the Chest Pain Unit (CPU) of a private hospital located in the city of Rio de Janeiro, to carry out a literature search in order to identify quality assistance indicators in the CPU, to evaluate the selected indicators in the survey scenario (in the 1st. month – 6th. month) and to discuss the obstacles for not meeting the targets of the selected indicators. We used the ***General Theory of Systems with input-process-output*** by Avedis Donabedian as theoretical framework and the selected indicators were allocated according to the size, structure, process and outcome. We selected and evaluated the indicators of first time ECG in clients with suspected Acute Ischemic Syndrome (AIS) or diagnosed with AIS, counseling for the cessation of smoking, percentage of clients who were assisted during their stay in the CPU and the port-time balloon of the customer with acute myocardial infarction with ST-segment elevation. The survey results showed that the SNC is performed by nurses of the CPU in all its stages, using the nursing process to guide the classification of the assistance and as support to the NANDA nursing diagnoses. The research confirmed that quality care monitoring makes it possible to audit the causes of observed deficiencies and to implement corrective actions and afterwards, to ensure that the actions were successfully implemented, thus carrying out the full cycle of quality monitoring learned from the lessons of Donabedian.

Keywords: Nursing; planning patient care, quality health care, coronary heart disease.

Definidores de la calidad en la sistematización de la atención de la salud ofrecida en la Unidad de Dolor Torácico: resultados administrados por la enfermería.

RESUMEN

Se trata de una investigación de carácter cualitativo-cuantitativo que utiliza el enfoque *caso único* como método de estudio. El presente estudio aborda la administración de calidad en la atención y cuidados de la Enfermería en la Unidad de Dolor Torácica y tiene los siguientes objetivos: Describir el método de la Asistencia de Enfermería Sistematizada (AES) desarrollada por los enfermeros de una Unidad de Dolor Torácico (UDT) de un hospital particular en un municipio de la ciudad de Río de Janeiro; Identificar, en la literatura especializada, los definidores de calidad de la atención y cuidado en la UDT; evaluar los definidores seleccionados en la literatura de estudio en la UDT (en los meses primero y sexto) y discutir las barreras que impiden alcanzar las metas de los definidores seleccionados. Se usó la Teoría General de Sistemas - y como referencia teórica - el *input-process-output* de Avedis Donabedian. Los definidores seleccionados fueron designados siguiendo una dimensión estructurada de proceso y resultado, discutido dentro de padrones de calidad. Fueron seleccionados y evaluados los indicadores de tiempo del primer ECG en pacientes con sospecha de Síndrome Isquémico Coronario agudo (SICA) o con este síndrome previamente diagnosticado; las recomendaciones para dejar de fumar, el porcentaje de pacientes que recibieron orientación durante su estancia en la UDT y el tiempo conectado al **balón reinalatorio** de pacientes con infarto agudo de miocardio con supra-desnivel del segmento ST. Los resultados de la investigación demuestran que la Asistencia de Enfermería Sistematizada (AES) es llevada a cabo en todas sus etapas por enfermeros de la UDT, usando el proceso de la enfermería como un factor que enfoca la atención a la salud y la clasificación de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para sustentar los diagnósticos de la enfermería. Esta investigación confirmó que el monitoreo de la calidad en el proceso de atención y cuidado permite controlar las causas de las deficiencias observadas y permite también, aplicar acciones correctivas para, posteriormente, certificar que las acciones implementadas tuvieron éxito, con una plena aplicación del ciclo de monitoreo de la calidad aprendido en las enseñanzas de Donabedian.

QUADROS

Quadro 1 -	As ações das enfermeiras na UDT e sua fundamentação teórica	64
Quadro 2 -	Características demográficas da população de 211 pacientes atendidos na UDT	84
Quadro 3 -	Panorama da investigação diagnóstica dos clientes na UDT	88
	..	

Gráficos

Gráfico 1 -	Rota de investigação diagnóstica na UDT	83
Gráfico 2 -	Método de estratificação nos pacientes alocados na Rota2	89
Gráfico 3 -	Método de estratificação nos pacientes alocados na Rota3	90
Gráfico 4 -	1ª avaliação do tempo de realização do primeiro ECG	92
Gráfico 5 -	2ª avaliação do tempo do primeiro ECG	95
Gráfico 6 -	Alocação dos pacientes nas Rotas após ECG inicial	95
Gráfico 7 -	Tempo de realização do primeiro ECG no IAM com supra	96
Gráfico 8 -	1 º avaliação sobre as orientações da equipe de saúde ao cliente durante a permanência na UDT	97
Gráfico 9 -	2 º avaliação sobre as orientações da equipe de saúde ao cliente durante a permanência na UDT	98
Gráfico 10	2 º avaliação sobre as orientações do aconselhamento para cessação do fumo	102
Gráfico 11	Tempo porta balão em minutos dos Clientes com IAM com supra atendidos na UDT	103

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – Introdução	5
1.1 Um Breve Panorama da Doença Cardiovascular e a Importância do Atendimento Sistematizado ao Cliente com Dor Torácica	5
Objeto do Estudo	11
Questões Norteadoras	11
Objetivos do Estudo	11
1.2 A Estruturação do Atendimento na Unidade de Dor Torácica e a Atuação da Enfermeira	14
CAPÍTULO II – Referencial teórico	21
2.1 Abordagem teórica	21
2.2 Os componentes da Certificação da Qualidade	25
2.3 O Ciclo da Monitoração da Qualidade	27
2.4 A Qualidade do Cuidado na Saúde	29
2.5 Os Passos para Monitoração e Melhoria da Performance Clínica	37
Capítulo III - Metodologia do Estudo	42
3.1 Abordagem Metodológica	42
3.2 Cenário do Estudo	42
3.3 Obtenção dos Dados da pesquisa	44
3.4 Selecionando os Indicadores de Qualidade da Assistência na UDT	47
Capítulo IV - Resultados do Estudo - A Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Dor Torácica	50

4.1 O Processo de Enfermagem e sua aproximação com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	50
4.2 O Histórico de Enfermagem na UDT	54
4.3 Diagnósticos de Enfermagem na UDT	57
4.4 O Planejamento e a implementação das ações de Enfermagem na UDT	61
4.5 A avaliação da Assistência de Enfermagem na UDT	67
Capítulo V – Resultados: Identificando os indicadores	68
5.1 Os indicadores da Qualidade do Cuidado nos Clientes com sintomas de SAI atendidos nas UDTs	68
Capítulo VI – Resultados: Avaliando a Sistematização do Cuidado na UDT	82
6.1 Avaliação e Discussão dos Indicadores Seleccionados	82
Capítulo VII - Considerações Finais	107
Referências	113
Anexos	119

Prefácio

Meu primeiro contato com o cliente cardiológico ocorreu durante as aulas o no 8^a período do Curso de graduação em enfermagem, em uma Universidade privada no Rio de Janeiro. Neste momento, o cuidado de enfermagem ensinado pela professora que nos acompanhava, me fascinou e me estimulou a desejar trabalhar com esta clientela.

No ano de 1991 iniciei minha trajetória como enfermeira assistencial em uma unidade de tratamento intensivo cardiológico de um hospital privado, três meses após ter concluído meu curso de graduação.

Deparava-me com um serviço onde os clientes apresentavam alto grau de complexidade assistencial e que, na grande maioria das vezes, dependiam de aparelhos que os mantivessem com vida, necessitando estar inconscientes, seja de forma induzida, através de fármacos, ou decorrente do mecanismo fisiopatológico da doença.

Havia uma preocupação em realizar o melhor cuidado possível a essa clientela tão complexa, buscando desempenhar a melhor assistência com o menor risco para o cliente.

Esse período me proporcionou grandes descobertas. Entre elas, tornaram-se pontos primordiais a importância do trabalho assistencial diretamente envolvido com o cliente e o aprimoramento técnico-científico permanente que as enfermeiras desenvolviam nessa unidade. Despertava-me a necessidade de aprofundar meus conhecimentos, impulsionando-me a participar de leituras, seminários e cursos voltados para o cliente cardiológico.

No decorrer de cinco anos, fui convidada a gerenciar o Departamento de Emergência de mesmo hospital e em parceria com o gerente médico desse setor,

iniciamos uma nova estratégia de atendimento ao cliente com dor torácica, sendo implementada a Unidade de Dor Torácica (UDT). Nessa nova oportunidade, experimentava o contato com clientes com alto grau de complexidade, porém eles apresentavam-se lúcidos e participativos durante todo o processo de cuidar.

O processo de cuidar é interativo entre quem cuida e quem está sendo cuidado. É definido como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos baseados em: conhecimento científico, experiências, intuição e pensamento crítico dispensado ao cliente, com o objetivo de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas (WALDOW, 2001).

Esse cotidiano me permitiu descobrir a importância do trabalho assistencial diretamente envolvido com o cliente e que o aprimoramento técnico - científico permanente é ponto primordial na formação continuada do profissional que deseja estar sempre atualizado.

Neste novo cenário, situações de risco iminente de vida convivem com condições clínicas – ambulatoriais comuns. A Enfermeira que atua na sala de emergência cardiológica tem que possuir julgamento clínico, através da observação, e capacidade de integrar habilidades psicomotoras na realização de procedimentos de enfermagem, conhecimento científico, espírito de liderança e compromisso com o trabalho em equipe. Tais ações visam restabelecer condições ameaçadoras à vida ou promover liberação do cliente com segurança para a vida em sociedade.

Buscando ampliar meu julgamento crítico e reflexivo sobre a prática assistencial junto a esta clientela tão específica, ingressei no curso de mestrado no ano de 2001, na Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO).

A partir da minha dissertação de Mestrado, intitulada “As Necessidades não físicas do cliente em Investigação diagnóstica na Unidade de Dor Torácica: Cuidar

em um novo cenário na sala de Emergência” pude observar que, por mais que tenhamos a preocupação de nos aliarmos às melhores evidências científicas para embasar a nossa prática, não podemos deixar de nos preocuparmos também, com o cuidado subjetivo.

A percepção e a emersão de sentimentos como ansiedade e angústia em relação à espera de definir seu diagnóstico para coronariopatia, somente são expressos pelos clientes a partir de uma abordagem direta e hábil pela enfermeira que interage com seu o cliente, durante o processo cuidativo.

Aprendi que a qualidade do cuidado irá depender da maneira pela qual quem está cuidando o define, sente, se responsabiliza e administra as condições para que o cuidado seja realizado.

E que a comunicação é um instrumento imprescindível no processo de cuidar pela enfermeira em qualquer cenário, principalmente na Unidade de Dor torácica, onde requer um conhecimento especializado da enfermeira e os clientes estão mais vulneráveis e sensíveis aguardando a definição do seu diagnóstico para coronariopatia.

Assim, pude compreender o quanto torna - se importante para o cliente cardiológico uma sistematização da assistência de enfermagem que contemple, também, um cuidado subjetivo que seja capaz de identificar sentimentos como a ansiedade e, algumas vezes, a angústia, expressas pelo indivíduo durante esse período. E dentre as intervenções de enfermagem, utilizar a comunicação como um veículo para o processo de interação enfermeira/cliente torna-se uma escolha inteligente do profissional no atendimento a essa clientela.

Aprendi, também que, nós líderes devemos estar atentos e preocupados em saber sobre os resultados do nosso atendimento para que possamos estar

identificando pontos que precisem de ajustes para melhorar assistência prestada ao cliente na sala de emergência.

Desta forma nasceu esta pesquisa, tendo como foco principal o gerenciamento da qualidade do cuidado aos clientes com suspeita de síndrome isquêmica aguda (SIA) ou com SIA diagnosticada na Unidade de Dor Torácica.

CAPÍTULO I - Introdução

1.1 Um Breve Panorama da Doença Cardiovascular e a Importância do Atendimento Sistematizado ao Cliente com Dor Torácica - Construindo o objeto e os objetivos do estudo.

As doenças cardiovasculares correspondem à primeira causa de morte nos países desenvolvidos, e, no Brasil, já ocupam o primeiro lugar nos dados de mortalidade. (TINOCO, 2000)

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares representam a causa mais freqüente de óbito no País (cerca de 260.000 óbitos/ano), com destaque expressivo em relação às demais causas, à medida que é responsável por cerca do dobro dos óbitos ocorridos por neoplasias, que é a segunda causa morte nos últimos anos. (CALIL, 2007)

No Brasil, atualmente as doenças cardiovasculares representam 9,5% das internações, as quais equivalem 17% dos gastos no Sistema Único de Saúde e são responsáveis por 24% das aposentadorias por invalidez. (ESPORCATE et al, 2005).

A importância de compreendermos esses dados torna-se evidente quando observamos um acometimento dessa co-morbidade cada vez maior e mais precoce nos indivíduos que chegam à sala de emergência com queixa de dor torácica.

Nos Estados Unidos as doenças cardiovasculares são responsáveis por 42% dos óbitos, contabilizando um gasto anual de 46 bilhões de dólares e tendo sua forma mais prevalente a doença arterial coronariana. Estima-se que na América do Norte ocorra cerca de um milhão e duzentos mil infartos do miocárdio anualmente, e em 30% dos casos a primeira apresentação é a morte súbita. (TINOCO, 2000)

O primeiro sintoma apresentado por um indivíduo que possa estar desenvolvendo um infarto agudo do miocárdio (IAM) é a dor torácica, que se

caracteriza por forte intensidade, em opressão, peso ou queimação, irradiando para braços (geralmente o esquerdo), precedida por esforço não habitual e atenuada com o repouso. Mas nem sempre o que chamamos de dor típica do IAM se traduz no sentido próprio da palavra: ela pode apresentar-se como dor de estômago, sensação de indigestão, desconforto torácico e dor nas costas.

Na década de 80, foi observado nos departamentos de emergências de países desenvolvidos que muitos clientes atendidos com dor torácica não característica de coronariopatia eram liberados precocemente e retornavam com quadro clínico agravado e que apenas 30% dos clientes encaminhados à internação hospitalar tinham real necessidade de serem assistidos. (TINOCO, 2000)

Esse autor refere ainda que 2% a 5 % dos indivíduos que desenvolvem IAM e que se apresentam às salas de emergência são liberados sem o diagnóstico correto. Dessa forma, torna-se imprescindível sistematizar as ações médicas e de enfermagem através da implementação de um protocolo de atendimento aos clientes com queixa de dor torácica, a fim de prover uma avaliação criteriosa focada no reconhecimento e tratamento precoces dos indivíduos que estejam desenvolvendo IAM.

Segundo Cianciarullo (2001), a sistematização dos cuidados proporciona meios para organizar as informações e os dados dos clientes, para organizar e interpretar esses dados, para cuidar e avaliar os resultados do processo de cuidar.

Com o desenvolvimento do conhecimento sobre a importância de identificar e tratar rapidamente um indivíduo que esteja apresentando um IAM, Raymond Bahr implementou em 1981, no Hospital St. Agnes, na cidade de Baltimore, nos Estados Unidos, a primeira Unidade de Dor Torácica.

Em Julho de 1996, foi inaugurada, no Hospital Pró - Cardíaco, na cidade do Rio de Janeiro, a primeira Unidade de Dor Torácica no Brasil, onde atuo como enfermeira gerente desde a sua implementação até o atual momento, consolidando minha prática gerencial e assistencial junto a essa clientela.

A partir desse ano foi implementado um protocolo institucional, fundamentado em um modelo sistematizado de ações médicas e de enfermagem para o atendimento dos clientes que procuravam a sala de emergência com dor torácica, visando não somente agilizar o atendimento, mas também diminuir a possibilidade de erro diagnóstico e de tratamento de clientes portadores de IAM.

A elaboração de protocolos e diretrizes que sejam capazes de nortear a prática médica e de enfermagem, tornou-se imprescindível para melhorar a qualidade dos cuidados dispensados pela equipe de saúde que atua neste cenário.

Nessas unidades, os clientes são atendidos por um grupo de profissionais treinados que realizam uma investigação diagnóstica, com o objetivo de confirmar ou afastar o diagnóstico de IAM. O compromisso básico das UDTs é identificar precocemente os clientes com IAM e oferecer pronta terapia de reperfusão medicamentosa, em um tempo inferior a 30 minutos após a admissão hospitalar, ou mecânica, em um tempo entre 90 a 120 minutos da chegada ao hospital. (BAHR, 1995)

Uma equipe de enfermagem treinada e especializada é de suma importância na operacionalização do protocolo sistematizado, pois agiliza as condutas diagnósticas e terapêuticas, bem como inicia a estratégia educacional sobre os fatores de risco cardiovasculares e hábitos de vida saudáveis durante o período de investigação diagnóstica. (ANDRADE in TINOCO, 2000)

A enfermeira que atua nas UDTs assume diferentes papéis, os quais permeiam diferentes atribuições que vão desde assistir diretamente o cliente até monitorar a educação permanente, coordenar pesquisas com ensaios clínicos e gerenciar o cuidado dispensado pela equipe de multiprofissional.

A nossa prática é norteada através de uma assistência de enfermagem, realizada através de uma sistematização de cuidados que contempla o histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico, intervenções e evolução da enfermeira a cada 12 horas, a operacionalização do protocolo multiprofissional e as estratégias educacionais aos clientes e familiares. Essas ações visam a realização de todas as fases do processo de enfermagem, utilizando-o como uma ferramenta para contemplar a sistematização da assistência de enfermagem a essa clientela.

A enfermeira desempenha suas ações voltadas para uma assistência que demanda uma técnica precisa, mas também se torna importante interlocutor das informações que chegam aos clientes, durante o período de investigação diagnóstica.

Observo que muitas vezes essas informações e o cuidado de enfermagem são preestabelecidos, destinados a atender a uma demanda técnica, objetivando o alcance dos resultados de uma assistência de enfermagem com o menor tempo e riscos possíveis.

Porém, percebo que nos falta ainda a descrição dessas ações mais detalhadamente e a avaliação da nossa prática a fim de podermos identificar a qualidade do cuidado dispensados aos clientes em investigação diagnóstica na Unidade de Dor Torácica e tornar visível os resultados da nossa assistência.

Para auxiliar a sistematização de enfermagem na UDT, foi implementado no ano 1996, um impresso para registro apurado do histórico de enfermagem (ANEXO

I), do exame físico e da história da doença pregressa e atual. Foi criado um plano de ação (ANEXO II e III) no qual contempla as ações que devem ser realizadas pela equipe multiprofissional, desde a admissão do cliente na UDT até o momento da alta da unidade.

Esses instrumentos visam nortear o cuidado, pontuando as condutas de acordo com um plano temporal e com isso, acreditamos minimizar os erros e homogeneizar a assistência, buscando o alcance da melhor qualidade de atendimento prestado pela equipe que atua na UDT.

D’Innocenzo (2006) corrobora com este afirmativa quando refere que a preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando, no decorrer dos tempos, as mais variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento.

Esta autora refere ainda que a oferta com qualidade de produtos e serviços em todos os setores da atividade humana, assim como o controle dessa qualidade, constitui metas essenciais das organizações que, para atingi-los, vêm adotando estratégias administrativas, objetivando propiciar melhoria no atendimento da clientela.

No atual cenário mundial em que estamos nos deparamos sob o prisma da globalização e competitividade e a preocupação com a qualidade torna-se fator primordial para a sobrevivência das organizações. Dessa forma fica fácil compreender a crescente necessidade de ações apropriadas de gestão e melhoria contínua da qualidade.

Discutir qualidade hoje, também traduz uma preocupação em minimizar riscos e atuar com maior segurança para os clientes que procuram os serviços de saúde.

Neste contexto e ao refletir mais detalhadamente sobre a atuação da enfermeira nesse cenário, observamos que nos faltava, ainda, uma avaliação da nossa assistência, para que pudéssemos monitorar e aprimorar a qualidade do cuidado oferecido ao cliente durante o período de investigação diagnóstica.

Segundo Donabedian (2003), monitorar e reajustar a qualidade nos serviços de saúde é uma atividade cíclica e contínua na qual possui cinco etapas principais:

1. Obter dados da performance – *Observar*.
2. Buscar uma análise padrão.
3. Interpretar esses dados e antecipar, sugerir hipóteses que possam explicar os padrões observados.
4. Agir, implementando medidas corretivas e preventivas baseadas nas hipóteses causais que foram antecipadas.
5. Avaliar, obtendo dados de performance subsequente às ações implementadas.

Para este autor, a monitoração da qualidade em saúde é colocar a qualidade do cuidado oferecido em constante observação e essa ação é considerada os olhos e os ouvidos do sistema de cuidado. Sem ela não sabemos onde estamos ou para onde estamos indo.

Avedis Donabedian relaciona o termo garantia de qualidade com a necessidade de se estabelecer em uma organização um sistema de medição e avaliação do desempenho, definindo garantia de qualidade como “toda ação realizada para estabelecer, proteger, promover e melhorar a qualidade dos cuidados na assistência à saúde”.

Nas entrelinhas, ninguém pode *assegurar* ou *garantir* a qualidade. Podemos apenas aumentar a probabilidade de que o cuidado será “bom” ou “melhor possível”.

A qualidade não pode ser garantida, por isso que vários autores, inclusive Donabedian, têm criticado esse termo. As alternativas sugeridas são *melhoria*, ou melhor, ainda, *melhoria contínua*, pois o significado desses termos ajuda a lembrar que nenhum nível de qualidade pode ser satisfatório e as pessoas devem sempre tentar fazer ainda melhor, progredindo em direção ao mais alto nível de qualidade.

Ao refletir sobre essas questões, surgiram algumas inquietações sobre a nossa prática: Será que estamos realizando o cuidado de acordo com as melhores evidências da literatura? Será que seguimos com homogeneidade o que está sendo proposto na sistematização dos cuidados ao cliente em investigação diagnóstica na Unidade de Dor Torácica? Quais os resultados do cuidado prestado na Unidade de Dor Torácica?

Na tentativa de responder a esses questionamentos, foi delimitado como **objeto** deste estudo ***o gerenciamento da qualidade do cuidado de enfermagem na Unidade de Dor Torácica.***

A partir do exposto, foram elaboradas duas questões que nortearam esta pesquisa:

1. Como é realizada a sistematização da assistência de enfermagem na UDT?
2. Quais são os resultados da sistematização do cuidado ao cliente em investigação diagnóstica na Unidade de Dor Torácica?

Buscando contribuir para a construção de um padrão de qualidade do cuidado de enfermagem e multiprofissional destinados aos clientes durante o período de investigação diagnóstica na Unidade de Dor Torácica, o estudo teve como **objetivos:**

- ✓ Descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Unidade de Dor Torácica de uma Clínica Privada no Município do Rio de Janeiro.

- ✓ Identificar na literatura especializada, indicadores de qualidade da assistência na UDT.
- ✓ Avaliar os indicadores selecionados na literatura em uma UDT de uma clínica privada no município do Rio de Janeiro (no 1º. mês – 6º. mês).
- ✓ Discutir as barreiras para o não alcance das metas dos indicadores selecionados.

No momento atual, existe uma unanimidade entre os gestores de que é necessário escolher formas de avaliação e indicadores de resultados adequados para sustentar a administração dos serviços e propiciar meios de tomada de decisões com o menor grau de incertezas possíveis. (D'INNOCENZO, 2006)

A partir dessa afirmativa, entende-se que urge a necessidade de dispormos de informações relevantes para que, nós gestores, possamos estar instrumentalizados para planejar, colocar em prática e avaliar com racionalidade e criticidade as ações propostas e que necessitam ser realizadas.

Johnson (2004) refere que a necessidade de informações sobre os resultados do cliente que foram influenciados pela enfermagem e pela equipe multiprofissional aumenta à medida que as organizações se reestruturam para melhorar a eficiência. Sem esses dados elas possuem poucas informações para fundamentar suas decisões.

Para D'Innocenzo (2006), a avaliação pode ser entendida como a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos e analisados, utilizando-se metodologias adequadas e cuidadosas, visando conhecer, medir e julgar o contexto, critérios, valor ou estado de um objeto, estimulando e facilitando processos de aprendizado e desenvolvimento de pessoas e organizações.

Dessa forma, a avaliação nos permite observar como está a situação do objeto sob análise e, dependendo dos padrões estabelecidos, identificar se a qualidade é ou não adequada.

A tendência, hoje, é priorizar o cuidado em todas as suas dimensões e ao gerenciar a qualidade desse cuidado devemos estar atentos aos seus resultados. Para isso, precisamos selecionar indicadores que contemplem e monitorem a assistência direcionada aos clientes em investigação diagnóstica na Unidade de Dor Torácica.

Para Bork (2003), os indicadores não são medidas diretas de qualidade, mas servem como sinalizador para pontuar problemas específicos que requerem revisão. Eles mostram o desvio de uma situação considerada normal ou esperada e podem funcionar com um importante sinal para que o processo em questão possa ser revisado, impedindo a instalação do problema.

Para D'Innocenzo (2006), os indicadores são instrumentos que possibilitam definir parâmetros que serão utilizados para realizar comparações e agregar valor ao encontrado e o ideal estabelecido. São ferramentas que devem auxiliar na monitoração da qualidade assistencial e na identificação de oportunidades de melhorias.

Acreditamos que assim foi possível solidificar uma prática assistencial fundamentada em bases mais sólidas, identificando as possíveis variações da assistência aos clientes em investigação na UDT atendidos na Instituição em questão e trabalhar no sentido de reduzi-las, após definir o que o aceitável.

Este estudo objetivou contribuir para uma assistência de enfermagem mais sistematizada, destacando a atividade gerencial da enfermeira na UDT e através da aplicação dos indicadores foi possível avaliar e melhorar de forma contínua os

cuidados oferecidos neste setor tão especializado e importante para o reconhecimento e tratamento precoces do cliente com dor torácica de possível origem cardíaca.

É importante destacar ainda que, este estudo também buscou contribuir na formação dos alunos de graduação e pós-graduação *latu senso* e *stricto senso*, sendo uma temática de relevância para a ampliação do conhecimento e atuação nesta área específica.

Com relação à pesquisa, pretendeu-se colaborar com discussões e produções científicas do Núcleo de Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEn) da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.

Vale ressaltar também que, se tratando das produções científicas em enfermagem, ainda é bastante escasso o número de teses, dissertações, trabalhos e artigos brasileiros sobre esta temática.

As informações oriundas desta pesquisa corroboraram com o setor de Educação Continuada e com o Comitê Gestor de Enfermagem de minha instituição, contribuindo com a melhoria da assistência prestada e auxiliando a reforçar, perante a sociedade, uma posição de excelência na prestação dos cuidados de enfermagem e destaque no mercado de trabalho.

1.2 A Estruturação do Atendimento na Unidade de Dor Torácica e a Atuação da Enfermeira

Antes de discorrermos sobre a história das UDTs, vale ressaltar que a UDT não se trata de mais uma unidade dentro de uma instituição hospitalar e sim uma estratégia de atendimento direcionada aos clientes que chegam à sala de emergência com queixa de dor torácica. É uma forma sistematizada de atender

essa clientela, estratificando o indivíduo em alta, média e baixa probabilidade de desenvolver um infarto agudo do miocárdio.

A UDT tem com ponto central o compromisso de promover o reconhecimento imediato do indivíduo que esteja desenvolvendo um infarto agudo do miocárdio e oferecer pronta terapêutica de reperfusão coronária o mais precoce possível. (TINOCO, 2002)

A assistência aos clientes com dor torácica vem se modificando ao longo dos anos. O primeiro passo foi dado por Willian Heberden, em 1772, quando descreveu a dor no peito causada pela diminuição do fluxo de sangue para o músculo cardíaco. Em 1910 e 1912, Vasilli Obratzsov e ND Strazhesko, na Rússia, e James Herrick, nos Estados Unidos, respectivamente, identificaram a entidade clínica conhecida como infarto agudo do miocárdio. (BASSAN, 2000)

Foi Hughes Day, em 1962, quem deu o primeiro grande passo para o tratamento do infarto agudo do miocárdio, ao criar, no Estado de Kansas, nos Estados Unidos, a primeira unidade de cuidados intensivos para esses clientes, conceituada de Unidade Coronariana. (ESPORCATE, 2005)

Com o desenvolvimento do conhecimento sobre a importância de identificar e tratar rapidamente um indivíduo que esteja desenvolvendo um infarto agudo do miocárdio, Raymond Bahr desenvolveu a primeira UDT, como descrito anteriormente.

Nessa unidade, os clientes eram atendidos por uma equipe de saúde treinada e submetidos a investigações rápidas, com o objetivo de confirmar ou afastar o diagnóstico de IAM (BAHR, 1995). Dentro desse contexto surgiram as UDTs, tendo seu objetivo focado na valorização, reconhecimento e rápido tratamento de uma pessoa com dor torácica de possível origem cardíaca.

Após vinte e três anos, várias UDTs foram criadas e vários protocolos sistematizados foram propostos, confirmando sua eficácia e eficiência no atendimento precoce dos clientes com Síndrome Isquêmica Aguda (SIA), reduzindo custos e tempo de permanência hospitalar.

Elas visam atender os clientes que procuram a sala de emergência com dor ou desconforto torácico ou qualquer outro sintoma que possa indicar possibilidade de isquemia miocárdica aguda, visando fornecer uma maior qualidade assistencial, com redução do tempo de atendimento, eficiência e ação facilitadora no tratamento destes clientes.

Vale ressaltar dentre suas características, que a UDT está vinculada à sala de Emergência e a estratégia de atendimento também busca identificar evento cardíaco em indivíduos que se queixam de dor torácica não característica de infarto agudo do miocárdio.

O período de investigação diagnóstica inicia-se na admissão do cliente na UDT, sendo necessária uma avaliação minuciosa da dor torácica e a realização de eletrocardiograma e exames de sangue seriados. O tempo médio de permanência do cliente na unidade para conclusão do seu diagnóstico é de 14 horas.

Para admissão do cliente na UDT, é necessária a realização de uma estratificação médica a qual é norteadada através de um protocolo institucional e que descrevo a seguir.

Por se tratar de um cuidado emergencial, deve-se providenciar o registro do eletrocardiograma (ECG) e de acordo com a sua característica inicial associado aos critérios de probabilidade de suspeição clínica para coronariopatia (ANEXO IV), o cliente é alocado em um fluxograma (ANEXO V), que caracteriza o protocolo de atendimento desses clientes na sala de emergência.

Esse fluxograma é dividido em três caminhos de investigação diagnóstica, definidos como rotas, possuindo algumas diferenças de abordagens em relação a alguns testes diagnósticos. Tal estratégia visa a probabilidade do indivíduo estar apresentando SIA.

A rota1 traduz os clientes com características definidoras de IAM (dor torácica típica de IAM e ECG com supra desnível do segmento ST ou bloqueio de ramo esquerdo recente), sendo indicada à internação hospitalar em uma Unidade Coronariana. Os outros caminhos (rotas) investigam a probabilidade de o indivíduo apresentar um IAM.

Através de um histórico de enfermagem direcionado para esta problemática, a enfermeira, no momento da admissão, é possível colher uma história prévia buscando os fatores de risco para coronariopatia, como o aumento da pressão arterial e do peso corporal, dos níveis de colesterol e glicose, o hábito de fumar, o sedentarismo e uma dieta rica em gorduras e açúcares.

É realizada pela equipe de saúde da sala de emergência uma avaliação minuciosa da dor torácica para identificar a hora do início do sintoma, duração, irradiação, como começou e como cedeu e as características do eletrocardiograma inicial, necessitando da estratégia de atendimento da Unidade de Dor Torácica para investigação e conclusão diagnóstica.

Dessa forma, busca classificar o indivíduo em alta, média e baixa probabilidade de desenvolver um infarto agudo do miocárdio.

A rota2 traduz os clientes com alta e média probabilidade para doença coronária à admissão. Esses clientes ficam em investigação diagnóstica na sala de emergência durante um período médio de 14 horas para realização dos testes diagnósticos. Durante esse período, eles são submetidos a um eletrocardiograma e

a coleta de marcadores de necrose miocárdica (exame de sangue) na zero hora e seis horas após admissão.

E a rota3 é reservada aos clientes que possuem baixa probabilidade de apresentar coronariopatia. Eles seguem a estratégia de investigação dos clientes alocados na rota 2, apenas a realização do ecocardiograma transtorácico não é contemplada.

O uso de um protocolo de atendimento nesta unidade tem sido recomendado de modo enfático, com intuito de reduzir o número de liberações precoces dos indivíduos com SIA e o número de internações desnecessárias (Bassan, 2000). Protocolos sistematizados para avaliação de dor torácica nas salas de emergência excluem infarto agudo do miocárdio.

Uma abordagem coordenada para o manuseio dos clientes com dor torácica é uma tarefa multiprofissional e promove uma estratégia efetiva e custo eficaz, reduzindo o potencial de risco por evitar retardo no reconhecimento e tratamento dos indivíduos com SIA (TINOCO, 2000).

Entre as ações da enfermeira durante esse período destaca-se a realização do processo de enfermagem em sua totalidade: histórico exame físico, diagnóstico, intervenções e evolução de enfermagem, objetivando sistematizar a assistência de enfermagem e contribuir para triagem e alocação dos clientes em um dos caminhos de investigação diagnóstica.

O histórico de enfermagem é um guia sistematizado para levantamento de dados, com o objetivo de se conhecer e intervir nos problemas de enfermagem vivenciados pelo cliente, para que a assistência seja direcionada ao atendimento de suas necessidades. Possibilita a enfermeira conhecer o cliente sob seus cuidados e

a atendê-lo em sua globalidade, contemplando sua individualidade. (CIANCIARULLO, 2001)

Ela também realiza o eletrocardiograma, providencia os exames diagnósticos, monitoriza a pressão arterial, saturação de O₂ periférico, as alterações e as intercorrências durante todo o período de investigação diagnóstica, institui repouso no leito e jejum e informa o cliente e familiares sobre o plano terapêutico proposto.

Além disso, fornece informações ao cliente através de uma estratégia educacional focada no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de infarto agudo do miocárdio e valorização da dor torácica, bem como a importância dos hábitos de vida saudáveis.

Portanto a enfermeira que atua neste cenário desenvolve diferentes papéis. Desempenha a assistência direta ao cliente, gerencia o cuidado prestado pela equipe de enfermagem e multiprofissional, bem como participa ativamente de pesquisas focadas na satisfação do cliente e na qualidade assistencial.

Segundo o Dr. Bahr (pai das UDTs), o trabalho das enfermeiras nas unidades de dor torácica é primordial. Em suas palestras, cursos e visitas ele destaca sempre a atuação de suas enfermeiras, principalmente na assistência direta aos clientes, na ação educativa realizadas nas comunidades e no interesse da equipe de enfermagem em estar sempre se aprimorando na qualidade dos cuidados prestados aos clientes com dor torácica. (TINOCO, 2000)

Acreditamos que, para promover um cuidado de enfermagem com qualidade devemos não somente sistematizar nossas ações, mas, também, monitorar os resultados da nossa assistência, na garantia do alcance dos objetivos propostos.

McCloskey (2004) define intervenção de enfermagem qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por uma enfermeira para aumentar os resultados obtidos pelo cliente.

E sistematizar os cuidados, com bases em modelos teóricos, propicia meios para organizar o processo cuidativo, formando dados capazes de serem analisados, interpretados e gerando resultados capazes de ser monitorados (CIANCIARULLO, 2001).

CAPÍTULO II - Referencial Teórico

2.1 Abordagem Teórica

Buscando alcançar um maior aprofundamento e fundamentação do objeto, dos questionamentos e objetivos descritos, trago como referencial teórico o Professor Avedis Donabedian (1919 - 2000).

Este teórico nasceu em Beirute, no Líbano, sendo criado em Ramallah, nos arredores de Jerusalém. Graduou-se em medicina, pela Universidade Americana de Beirute e em 1955 obteve o título de mestre em Saúde Pública, na Harvard School of Public Health.

Entre suas características científicas, destacou-se especialmente por seu rigor intelectual e sua paixão pela expressão exata dos conceitos. Com seus alunos era generoso, sempre disposto a dedicar seu tempo e debater os trabalhos, apesar de exigente quanto ao conteúdo da discussão. (SOUZA, 2006)

Mentor e guia para muitos, era rigoroso analista, intelectual, apaixonado pela linguagem e formas de expressões (falava e lia mais de sete idiomas), poeta e um indivíduo de extraordinária qualidade humana, sempre preocupado com os problemas de seus amigos e do mundo, formando conexões entre tendências e culturas diversas.

Seus trabalhos no campo da saúde pública contribuíram muito no âmbito da qualidade, representando um ponto de inflexão no desenvolvimento de uma ciência. Seu amplo trabalho na sistematização de conhecimento dentro das ciências da saúde, especialmente centrado na melhoria da qualidade da assistência, tem sido reconhecido mundialmente e merecedor de múltiplos prêmios.

Sua contribuição foi basicamente conceitual. A partir dos trabalhos publicados estabeleceu a famosa classificação do sistema de qualidade (estrutura,

processo e resultados), a definição de qualidade, a sua relação entre os sistemas de processos e resultados, a sistematização dos critérios, importantes reflexões sobre a responsabilidade pela melhoria da qualidade, os diferentes enfoques de gestão, entre outros.

A reflexão sobre o componente ético que define as relações no âmbito da qualidade é a sua contribuição mais persistente. Ele debateu sobre a responsabilidade ética com os clientes e como isto afeta os profissionais de saúde, sejam técnicos, professores, gestores e administrativos integrando em todos os níveis uma visão profunda e global. (DONABEDIAN, 1993)

Estudioso, especializou-se em administração, escrevendo desde a década de 60 até seu falecimento nos meados dos anos 2000, sobre o tema Qualidade na Saúde.

Suas publicações englobam mais de 20 livros e 100 artigos e entre eles sua obra Mestra *“Explorations in quality assesement and monitoring”* traduzida para diversos idiomas. Recebeu inúmeros reconhecimentos como o Notável Professor Emérito de Saúde Pública de Nathan Sinai, membro do Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, membro honorário do Royal College of General Practitioners do Reino Unido e da Academia Nacional de Medicina do México, além de recebido a medalha Sedgwick por relevantes serviços em Saúde Pública, a condecoração mais alta concedida pela Associação Americana de Saúde Pública.

Para ele, é razoável dizer que a qualidade nos serviços de saúde, incluindo as atividades gerenciais, tem uma influência direta na qualidade do cuidado, seja através da performance dos profissionais, seja através do ambiente (conforto e segurança).

Estudioso desde os anos 60 quando já falava sobre o tema Qualidade na Saúde, baseia-se na sistematização do conhecimento sobre as várias organizações de saúde, especialmente no que se refere à análise da qualidade e monitoramento dos serviços, bem como à análise de necessidade e resolutividade de serviços de saúde e programas assistenciais.

Ele afirma que a qualidade dos cuidados em saúde é decorrente de três fatores:

- **Estrutura** – traduz as características mais estáveis da assistência em saúde. Envolve desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação técnica dos indivíduos que prestam assistência, passando pela organização dos serviços.
- **Processo** – abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os clientes.
- **Resultado** – contempla a consequência do trabalho realizado na assistência, refletindo mudanças observadas no estado de saúde do cliente.

Estes fatores são considerados classicamente por uma tríade que corresponde às noções de ***Teoria Geral de Sistemas com input-process-output***. (FELDMAN, 2004)

Esta autora refere que, para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem no sistema de saúde atual, torna-se necessário instrumento aperfeiçoado de medição e de avaliação que reflita as duas linhas de pensamento: quantitativa e qualitativa.

Esta autora refere ainda que, o avanço tecnológico, a introdução de novas técnicas e métodos, a especialização e a necessidade de um trabalho científico não

podem mais ser desconsiderados. Portanto, administração da qualidade pode contribuir para o alcance de excelentes resultados do cuidado de enfermagem.

Para Donabedian, qualidade na área da saúde é entendida como uma propriedade da atenção na saúde que pode ser obtida em diversos níveis. Esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos (e custos) para os clientes, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.

Ele entende que a qualidade possui três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica se refere à aplicação atualizada dos conhecimentos científicos na solução dos problemas do cliente. A dimensão interpessoal diz respeito à relação que se estabelece entre o prestador de serviços (equipe de saúde) e o cliente. E a dimensão ambiental é as comodidades oferecidas ao cliente (conforto e bem estar).

É possível conceber a qualidade nos serviços de saúde com o resultado da conjugação entre dois fatores: *a ciência e a tecnologia da área de saúde e a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática real.* (Donabedian, 2003)

E o resultado da conjugação desses dois fatores pode ser caracterizado por atributos, denominados de setes pilares da qualidade que são: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.(DONABEDIAN, 1990)

A eficácia diz respeito à habilidade da ciência e da tecnologia na assistência de produzirem melhorias na saúde quando empregadas em circunstâncias mais favoráveis.

A eficiência habilidade em reduzir o custo da assistência sem diminuir as melhorias obtidas.

A efetividade é o grau de melhoria alcançado de fato no estado de saúde, considerando como padrão ideal a melhor situação que a ciência e a tecnologia da saúde disponíveis no momento permitem alcançar. É a relação entre a melhoria possível e a efetivamente obtida.

A otimização deve atrelar a relação custo – benefício na assistência à saúde.

A aceitabilidade é entendida como a adequação dos cuidados de saúde às necessidades, desejos e expectativas dos clientes e seus familiares.

A legitimidade é entendida com a concordância entre os costumes, valores éticos, morais, leis e regulamentos da assistência à saúde.

E equidade representa a conformidade com os princípios de justiça e da honestidade na distribuição dos serviços (ou cuidados) de saúde e seus benefícios entre os membros da população.

2.2 Os Componentes da Certificação da Qualidade

As atividades da Certificação da Qualidade podem ser divididas em duas partes: a primeira pelo desenho sistêmico e recursos, e a outra em monitoração da performance e reajuste.

O desenho sistêmico corresponde à estrutura. Inclui recrutamento profissional, educação, treinamento e certificação. Inclui também número, distribuição, equipamento, organização e licenciamento dos hospitais e outras instalações no cuidado na saúde. E inclui posteriormente teste e comercialização de drogas, equipamentos, o financiamento do cuidado, acesso aos serviços de saúde, proteção legal do consumidor, e interesse do fornecedor. (DONABEDIAN, 1990)

A outra é o monitoramento do sistema (desempenho) e reajustamento, valendo ressaltar que a melhor forma de se monitorar o desempenho é através da aplicação de indicadores.

Sem recursos disponíveis (quantidade e qualidade) não é possível oferecer uma assistência de boa qualidade. Lembrar que, no atual momento, estar preocupado com monitoração da qualidade é estar preocupado em não causar riscos para quem procurou a assistência à saúde. De uma forma positiva, é estar atento à segurança do cliente.

Este estudo focou o segundo componente da garantia da qualidade, o que o Donabedian (2003, p.xxv-xxvi) define de ***“monitoramento do desempenho e reajustamento”***.

Obter informações sobre o desempenho, interpretar essas informações e realizar as ações adequadas para reajustá-las, é para Donabedian (2003, p.xxvii), o que irá traduzir a obtenção do ajustamento do nível de qualidade desejável.

Não podemos deixar de entender que, não obstante, os dois componentes da certificação da qualidade se inter-relacionam. O desenho sistêmico e a estrutura dão subsídios para que possa ocorrer a monitoração do sistema e seu reajustamento.

Segundo Donabedian (2003), monitorar a qualidade é colocar a atividade pela qual mantemos a qualidade dos cuidados oferecidos em constante observação. E isso pode ser “imaginado” como os olhos e os ouvidos de um sistema de assistência à saúde. “Sem isso não sabemos onde estamos ou para onde estamos indo”.

2.3 O Ciclo de Monitoração da Qualidade

Donabedian (2003) defende cinco passos no Ciclo de Monitoração da qualidade, os quais são descritos abaixo:

1. Obtenção de dados na performance
2. Análise de padrão, que é a atividade que seja essencialmente de natureza epidemiológica.
3. Interpretação, que significa hipótese de melhoria que pode explicar os padrões observados.
4. Tomar precauções, correções ou promoções baseadas nas hipóteses causais que tenham sido atingidas.
5. Obtenção de dados da performance subsequente para determinar as conseqüências das ações tomadas.

Essa é uma forma particular desse autor de descrever o ciclo de monitoração da qualidade e, portanto, é possível escolher dentre as várias formas disponíveis na literatura acadêmica a que melhor se aplica a uma determinada instituição de saúde.

Mais importante do que escolher uma formulação particular é compreender e mensagem de que devemos *observar, interpretar, fazer alguma coisa, acessar o que foi feito e nunca finalizar!*

Para Donabedian (1998), a monitoração da qualidade é a atividade formalmente estabelecida no sistema de saúde. Porém, ela pode ser observada através de um processo informal que ocorre quando os profissionais de saúde observam um ao outro no trabalho e ajustam seus comportamentos de acordo com as normas profissionais prevalentes. A qualidade assim é influenciada por ações que façam o trabalho visível aos outros (enfermeiras, médicos, alunos), por exemplo, o *round*, as consultas, trabalhos colaborativos, etc.

Para implantar a monitoração da qualidade nas instituições tem que existir ou ser desenvolvida uma aceitação. O requisito mais importante é o comprometimento com a qualidade, ou seja, desejo e determinação para se dedicar ao máximo, independente do obstáculo.

Alguns fundamentos para a Certificação de Qualidade são importantes tais como:

1. Comprometer-se com a qualidade – Isto significa um comprometimento verdadeiro, motivado internamente, e não simplesmente por uma resposta a pressões externas. Um compromisso de todos, e em todos os níveis da organização.
2. Institucionalizar o compromisso – Que é traduzida através da especificação dos objetivos institucionais e do estabelecimento de uma estrutura organizacional que seja capaz de monitorar a performance, através das delimitações das responsabilidades e alocação de recursos.

Torna-se necessário um desenho e implementação de um grupo de atividades formais, centralizadas e descentralizadas de monitoração, bem como o estabelecimento de mecanismos como veículo de informação e implementação da ação.

A criação de uma tradição ou cultura da monitoração da qualidade torna-se imprescindível para que o processo ocorra.

3. Concordar com o significado de Qualidade – Este compromisso com a Qualidade deve partir de valores e impulsos dentro da própria organização. A automotivação é primordial em todos os níveis da instituição e os líderes tornam-se importantes nas palavras, mas também nas ações.

Uma instituição comprometida com a qualidade realiza ações para definir, categorizar e informar as metas de que ela se propõe a atingir, deixando claro que a busca da qualidade ocupa um lugar de destaque entre seus objetivos. Depois, transforma essa declaração de intenções em ações, demonstrando que, mais do que palavras, algo está sendo feito para atingir a qualidade.

Toda instituição preocupada com a qualidade deve desenvolver mecanismos de implementação desse comprometimento e de alcance de suas metas. Deve existir um mecanismo organizacional responsável por monitorar e apoiar a gestão da qualidade, com os recursos necessários.

Outro ponto importante é definir canais de comunicação para que as informações das descobertas sejam devidamente fornecidas aos responsáveis pelas ações melhorias.

Isso, além de demonstrar o quanto uma ação foi efetiva, tornará evidente, também, que ações apropriadas foram realizadas. A cultura da monitoração da qualidade, para ser coerente e efetiva, deve incluir um acordo formal sobre o significado de qualidade do cuidado à saúde. Esse elemento fundamental será discutido a seguir.

2.4 A Qualidade do Cuidado na Saúde.

Para Donabedian (2003, p.xxxi), algumas pessoas crêem que a qualidade no cuidado é algo subjetivo e ainda é um conceito a ser definido com precisão ou ser mensurado de forma objetiva. Outro detalhe é que as pessoas são diferentes e assim sendo, diferem no que elas percebem sobre o que é qualidade. Conseqüentemente, pode não haver definição ou mensuração da qualidade comum a todos.

Outras acreditam que a qualidade é uma imagem mal definida, sendo difícil separá-la de um objetivo ou organização.

Donabedian (2003, pxxxi) não concorda totalmente com esse ponto de vista. Para ele, a qualidade pode ser definida de uma forma precisa e pode ser medida o suficiente para ser usada com base no esforço para monitorá-la e certifi-cá-la.

Para esse teórico, qualidade do cuidado na saúde significa “uma propriedade da atenção na saúde que pode ser obtida em diversos graus e níveis. Esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos e custos para os clientes. Estes benefícios, por sua vez, se definem em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes”.

A qualidade do cuidado encontrado na prática é produto da ciência e a tecnologia do cuidado na saúde e da aplicação da ciência e da tecnologia na prática atual e esse produto pode ser caracterizado por vários atributos que incluem eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Esses quando combinados ou individuais, constituem a definição de qualidade e quando mensurados traduzem sua magnitude.

A seguir, discutiremos mais detalhadamente estes atributos da qualidade:

1. Eficácia é a habilidade da ciência e tecnologia do cuidado na saúde para criar melhorias na saúde quando usados em circunstâncias mais favoráveis, que nem sempre são possíveis de se especificar.

Isso requer que ciência e tecnologia sejam amplamente definidas tanto nos fatores biológicos, como nas ciências de comportamento.

Deve-se considerar que nem todos os padrões de performance ainda se encontram suficientemente desenvolvidos, e não são derivados do que

conhecemos como ciência e tecnologia. Alguns padrões são estabelecidos por preferências individuais e sociais, e outros por valores éticos e morais.

2. Efetividade é o grau de melhoria atingida na saúde. Isto implica na comparação entre a performance real e a performance que a ciência e a tecnologia podem alcançar de forma ideal ou sob condições específicas.

A efetividade é um resultado da melhoria esperada na saúde pelo cuidado efetuado sobre a melhoria na saúde esperada de um cuidado melhor ou padrão.

A efetividade somente é relativa ao que a ciência e a tecnologia do cuidado na saúde podem alcançar, e evolui de acordo com a melhora da ciência e da tecnologia.

Algumas considerações sobre efetividade são necessárias para o seu entendimento: O modelo e conseqüentemente o significado de efetividade dependem de como se define e mensura a saúde.

Quando há recursos limitados, podemos estabelecer dois ou mais padrões de comparação: um é atingível com os recursos que existem, e o outro com recursos que precisamos ou que gostaríamos de possuir.

3. Eficiência é a habilidade de reduzir o custo do cuidado sem diminuir as melhorias alcançadas na saúde. É o resultado das melhorias na saúde esperadas pelo cuidado realizado sobre o custo do cuidado. A eficiência é aumentada quando a melhoria da saúde é aumentada por um dado custo ou se a melhoria na saúde é atingida com baixo custo. Uma mera redução de custo não denota eficiência a menos que os benefícios na saúde não sejam afetados, ou que realmente haja melhoria na saúde.

Há três maneiras de se aumentar a eficiência:

1. Eficiência Clínica – Uma maneira de aumentarmos a eficiência clínica é o exemplo de quando um médico prescreve e implementa o cuidado que não inclui métodos ou medicamentos que sejam danosos, inúteis, ou ineficazes. Ou quando uma enfermeira implementa suas ações objetivando prevenir eventos que possam causar danos ao cliente. Podemos citar como exemplo, a realização da dupla checagem antes de administrar uma medicação controlada (psicotrópicos) ou mesmo a aplicação de uma escala para estratificação de risco para queda e intervir com ações educativas para prevenção do evento.
2. Eficiência de Produção/Gerencial – Uma forma de melhorar a eficiência de produção/gerencial é produzir produtos e serviços que sejam mais eficientemente utilizados no fornecimento do cuidado. Por exemplo, custos são reduzidos se um hospital tem uma alta taxa de ocupação ou quando não se pede a uma enfermeira que faça um serviço que poderia ser efetuado por um técnico de enfermagem ou secretária. Talvez pudesse incluir nessa categoria mudanças em um procedimento operacional padrão que reduza a frequência de erros que possam causar danos e altos custos à saúde (como por exemplo, o preparo e a administração de medicamentos, focando os riscos e pontos críticos desse procedimento).
3. Uma outra forma de tornar o cuidado mais eficiente é distribuí-lo em diferentes classes de clientes (como exemplo, idade, sexo, etnia, status econômico, local de residência, tipo de doença, etc.) a fim de proporcionar as melhorias esperadas na saúde. Os recursos são alocados de acordo com os subgrupos populacionais que estejam talvez mais doentes ou que provavelmente se beneficiarão daquele cuidado específico, e fazem isso por

períodos longos de tempo, a um custo proporcionalmente mais baixo. Chamamos a isso de “eficiência distribuída/estratificada” por classes de clientes. Isto representa um aspecto da qualidade com foco social e que privilegia.

A literatura contém alguns exemplos do esforço para criar novas estratégias de cuidado que reduzam os custos enquanto os resultados permanecem ou melhoram.

Por exemplo, a melhoria da realização do exame físico através da implementação de um guia, em clientes que sofreram injúrias de tornozelo e pé, possibilitou a redução do número de exames de Raios-X para essas partes em 30% sem causar danos, havendo uma economia estimada em 150 milhões de dólares nos Estados Unidos. (DONABEDIAN, 2003, p.30)

Segundo esse autor, outro caso demonstrou as conseqüências de implementar um protocolo para gerenciamento de clientes com pneumonia comunitária, baseado no julgamento da severidade da pneumonia. O protocolo define qual cliente será admitido e qual será tratado em casa. O tratamento é fornecido nesses dois grupos e aqueles que foram admitidos no hospital, têm sua alta prevista. Estima-se que, sem conseqüências para os clientes, o custo do hospital reduziu em \$1.700 dólares por cliente, uma quantia considerada muito maior do que o custo adicionado para o tratamento em casa.

Desta forma, toda instituição que se proponha a trabalhar com a qualidade, deve estar atenta às considerações de Donabedian sobre eficiência.

4. Otimização

É o saldo das melhoras na saúde versus o custo dessas melhoras. Esta definição implica que existe uma relação melhor ou ótima entre custo e benefício na saúde.

Se a otimização é escolhida como padrão de qualidade, quaisquer gastos além dos requeridos para alcançar o ótimo, serão considerados desperdícios.

Se a maximização do cuidado efetiva é considerada padrão de qualidade, os gastos abaixo desse ponto são justificados. Somente gastos além deste ponto são considerados desperdício. Se isso resultar em algum dano, o cuidado não é somente desperdício, mas de baixa qualidade.

5. Aceitabilidade

É a conformidade com os desejos, aspirações, desejos e expectativas dos clientes e familiares. Ele mostra o desenvolvimento dessa definição em cinco partes:

- 1 – Acessibilidade.
- 2 – Relação profissional de saúde-cliente.
- 3 – Conforto do cuidado.
- 4 – As preferências do cliente em relação aos efeitos, riscos e custo do cuidado.
- 5 – O que os clientes consideram ser justo e exeqüível.

Donabedian (2003) relaciona **acessibilidade** com a facilidade com a qual as pessoas conseguem obter o cuidado. Dependerá de fatores espaciais tais como a distância dos recursos do cuidado e a disponibilidade e custos de transporte. De fatores organizacionais, tais como dias e horas de quando os recursos do cuidado estão abertos para receber os clientes. Fatores econômicos tais como renda e tipo de seguro saúde. De fatores sócio-culturais tais como preferências étnicas ou religiosas daqueles que procuram o cuidado ou parcialidade daqueles que o fornecem.

Acessibilidade ainda é um componente crítico da aceitabilidade social do cuidado.

Relação profissional de saúde-cliente - São ingredientes essenciais para o bom cuidado: preocupação com as pessoas, empatia, respeito, evitar condescendência, boa vontade em estar disponível, esforço para explicar, atenção as preferências do cliente, honestidade, verdade e boas maneiras são imprescindíveis na relação equipe de saúde - cliente.

Esses atributos encorpam valores aos profissionais de saúde e incluem características desejáveis a cada interação em uma sociedade civilizada.

Além disso, quando esses atributos estão presentes, os clientes ficam não só agradecidos como se sentem mais seguros. Eles consideram sua presença como uma prova (que eles entendem) de que o cuidado técnico (que eles não entendem) também será bom.

Por esta razão, quando os clientes têm uma escolha e quando a competição entre os fornecedores de saúde acontece, o atrativo na relação profissional de saúde-cliente torna-se um ponto chave de sucesso entre as organizações competidoras.

Assim, um sistema de saúde é reconhecido como um mercado ao invés de um organismo social motivado principalmente pelos valores e comprometimentos internos.

Conforto do Cuidado, preferências dos clientes e o que eles consideram justo e exeqüível.

Esses elementos estão relacionados às circunstâncias que se dá o cuidado. E eles estão relacionados a propriedades tais como conveniência, privacidade, conforto, descanso, limpeza, disponibilidade de transporte e de lazer, e boa alimentação.

Estes fatores são adjuntos dos aspectos desejáveis no relacionamento profissional de saúde/cliente e podem contribuir na percepção de quem está recebendo o cuidado, podendo tornar uma experiência agradável e gratificante ou desagradável e humilhante.

Para a população leiga, o cuidado subjetivo (atenção e cordialidade por parte da equipe) e o conforto são mais valorizados do que a técnica.

Além do mais, é difícil conceder especificações para o relacionamento equipe de saúde/ cliente como um atributo de boa qualidade. Isto porque os clientes são diferentes e possuem expectativas e preferências diferentes.

Alguns clientes preferem um profissional frio, distante e autoritário. Outros desejariam ter um que fosse íntimo, empático e amigável. Uns preferem ser informados, outros consultados, significando que o critério de qualidade na relação equipe de saúde/cliente estará em congruência com as expectativas e preferências dos clientes preferencialmente do que a lista preconcebida dos atributos.

As preferências dos clientes considerando os efeitos, os riscos e os custos do cuidado também devem ser valorizadas, uma vez que eles concordam com a enfermeira e com o médico considerando os efeitos na saúde como um atributo primário da qualidade do cuidado.

É importante reconhecer que cada cliente pode avaliar as conseqüências do cuidado (efeito, custo e benefício) por um caminho diferente da avaliação da enfermeira e do médico.

Estas diferenças não podem ser ignoradas e podem ser amenizadas com a educação em saúde, ou melhor, informações precedentes antes do tratamento.

6. Legitimidade - É definida como uma conformidade com as preferências sociais expressadas nos princípios éticos, dos valores, das normas, das leis e

regulamentos de uma sociedade. Pode ser considerado como uma “aceitabilidade individual” ou uma “aceitabilidade social”.

A partir deste entendimento, compreende – se que a especificação de qualidade pode diferir, pois poderá estar sob a ótica individual, na qual o indivíduo toma as decisões por ele mesmo, ou sob a ótica social, em que se pretende promover o bem estar para toda uma comunidade.

Em nosso País, pode – se compreender melhor esses pontos de vistas quando entendemos os planos de saúde como fornecedores da acessibilidade ao cuidado individual e os programas de governo como o fornecedor da acessibilidade social.

7. Equidade - Entende – se equidade a conformidade do que é justo e a distribuição do cuidado na saúde e seus benefícios aos membros de uma população. É um importante determinante individual e social da aceitabilidade.

A equidade irá depender do acesso ao cuidado e da efetividade e aceitabilidade do cuidado recebido. De uma forma geral, a intenção é apagar as diferenças entre os grupos de populações, caracterizados por idade, sexo, etnia, classe social, lugar onde reside e outros. Porém não devemos nos esquecer que as preferências individuais e sociais podem influenciar no que pode ser considerado eqüitativo.

Essas definições permitem classificar os indicadores da qualidade na assistência à saúde, conforme o componente da qualidade mensurado.

2.5 Passos para monitoramento e melhoria da performance clínica.

Segundo Donabedian (2003) para assegurar a qualidade do cuidado na saúde através da monitoração da performance clínica e sua melhoria, quando necessária, devemos seguir nove passos abaixo relacionados:

1. Determinar o que monitorar.
2. Determinar as prioridades de monitorização.
3. Selecionar um ou mais abordagens do sistema de informação para auxiliar a avaliação da performance (a tríade do aspecto da avaliação: estrutura, processo e resultado).
4. Formular critérios e padrões para a avaliação.
5. Obter informação necessária.
6. Escolher quando monitorar. Selecionar o momento adequado para avaliação.
7. Escolher como monitorar. Elaborar a forma de avaliação.
8. Construir um sistema de monitoração.
9. Criar uma mudança comportamental.

Neste estudo, foram utilizados os elementos descritos por Donabedian (2003, p.30 a 89) para a avaliação do desempenho através de indicadores de qualidade do cuidado nos clientes com suspeita de SIA ou SIA diagnosticada.

Para facilitar a avaliação da qualidade dos cuidados na saúde, Avedis Donabedian (2003, p.46-57) propõe que esta qualidade deve ser considerada sobre aspectos da estrutura, do processo e do resultado. Ele chama essa tríade de Sistema de informação pra Avaliação de Desempenho.

Donabedian (2003, p.46), define estrutura como:

1. Os recursos materiais, tais como as instalações e os equipamentos.
2. Os recursos humanos, considerando a quantidade, variedade e qualificação da equipe de saúde e pessoal de apoio.

3. As características organizacionais, como a organização do Staff médico, de enfermagem e dos demais profissionais. A existência das funções de ensino e pesquisa, o tipo de supervisão exercida, os tipos de processos desenhados e formas de pagamento pelos cuidados oferecidos.

A estrutura física, organizacional, de equipamentos e de recursos humanos pode gerar indicadores, como, por exemplo, número de funcionários por leitos, número de enfermeiras por leitos, taxa de absenteísmo, entre outros. (D'INNOCENZO, 2006)

Por processos este teórico entende com:

1. Todas as atividades relacionadas aos cuidados de serviços de saúde, como o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a prevenção e a educação do cliente.
2. Todas as contribuições aos cuidados do próprio cliente e sua família.

Miotto e Vessani (2003) referem que, processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-lhe valor e gera uma saída (output), ou seja, um resultado para o cliente. Não existe um produto ou serviço sem que haja um processo. Envolve limites, feedback, repetibilidade podendo gerar mudanças físicas, de localização e transacionais.

E por resultados Donabedian (2003) refere que são:

1. As mudanças no estado de saúde de um indivíduo ou de uma população que pode ser atribuídos à assistência de saúde prestada.

Como exemplo, podemos citar o encaminhamento em tempo hábil do cliente com o eletrocardiograma e clínica de infarto agudo do miocárdio

com supradesnível do seguimento ST para uma estratégia de reperfusão coronariana.

2. As mudanças no conhecimento adquirido por clientes ou seus familiares que possam influenciar futuros cuidados.

Este exemplo pode ser compreendido como o melhor entendimento do cliente sobre seu estado de saúde e assim aprimorar seu autocuidado.

3. As mudanças de comportamentos do cliente ou de seus familiares que possam influenciar em sua saúde futura.

Como exemplo, podemos citar a cessação do fumo por um indivíduo com sintomas de SIA, após ter recebido aconselhamento da enfermeira ou de outro profissional de saúde para parar de fumar.

4. A satisfação do cliente e de seus familiares com os cuidados recebidos e com os resultados deste cuidado.

Desta forma fica evidente a importância de nós profissionais de saúde, nos atentar ao quinto atributo da qualidade que é a aceitabilidade. Neste entendimento, a equipe de saúde não pode deixar de valorizar as preferências dos clientes as quais também irão influenciar para quem está recebendo o cuidado, na avaliação da qualidade ser boa ou ruim.

Para Donabedian (1990), estes três elementos são necessários para realizar a avaliação do desempenho a partir de um determinado modelo. São espécies de informações que podem ser obtidas de forma que seja possível inferir se a qualidade do serviço de saúde oferecido é boa ou ruim. Esta classificação tripartida representa um modelo de medição e avaliação da qualidade considerando três pontos de vistas os quais não são autônomos nem dissociados. E sim, intimamente relacionados e

mantendo uma linha de causalidade e efeito, sendo necessária muita cautela ao se avaliar.

O autor ainda refere que, uma boa estrutura e a existência de processos adequados facilitam na obtenção de resultados desejados, porém esta relação nem sempre existe. Assim, é possível que ocorra resultados excelentes sem que a estrutura o seja ou que os processos não tenham os padrões necessários. Da mesma forma que uma estrutura excelente ou os melhores processos não garantem os melhores resultados.

Para Donabedian (2003), existe uma série de fatores que podem corroborar para que isto aconteça. Tanto por parte dos clientes, quanto por parte dos profissionais de saúde, que é difícil de identificar e controlar. Por isso é necessário buscar permanentemente a melhoria da estrutura e dos processos para garantir os melhores resultados, embora esta relação seja mais uma probabilidade do que uma certeza.

CAPÍTULO III – Metodologia

3.1 Abordagem metodológica

Trata-se de uma pesquisa prospectiva, com abordagem quanti-qualitativa e que utilizou o método tipo estudo de caso único, com características de **caso representativo ou típico** por se tratar de uma pesquisa que irá fornecer informações inovadoras sobre a atuação da enfermeira num cenário especializado, que é a UDT e onde o referido hospital tornou – se o pioneiro no Brasil, desde 1996.

De acordo com os procedimentos formais, foi solicitado à instituição em que atuo a devida autorização para o desenvolvimento desta pesquisa, sendo aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa do hospital em 12 de Março 2008, parecer nº. 246. (ANEXO VI).

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade de Dor Torácica de um hospital privado de 97 leitos, situado na cidade do Rio de Janeiro.

Trata-se de um hospital que obteve a certificação da qualidade nível 3 pela Organização Nacional de Acreditação Hospitalar em 27 de Abril de 2007.

A instituição tem como visão Ser Referência em Medicina de Alta Complexidade no Brasil e sua missão é Praticar Medicina de Alta Complexidade por meios de atividades que, de forma sustentável, os posicione como referência.

Neste cenário onde atuo como enfermeira gerente de unidade, trata-se de uma sala de emergência cardiológica, em que 30% a 40% dos atendimentos são clientes com queixa de dor torácica.

A Unidade é composta de dezesseis quartos destinados aos atendimentos dos clientes com queixa de dor torácica, bem como outras situações clínicas - ambulatoriais e de emergência.

Anexados à Unidade estão os laboratórios de cintilografia e de intervenção cardiovascular, que permite o pronto atendimento e estratificação dos clientes que chegam à sala de emergência com infarto agudo do miocárdio ou angina instável de risco elevado para desenvolvimento de evento cardiovascular.

Todos os boxes são equipados com rede de rede de oxigênio, vácuo, ar comprimido, monitor à beira dos leitos capazes de fazer a leitura do ritmo e frequência cardíaca, bem como valores da pressão arterial sangüínea e nível de oxigênio no sangue, além de equipamentos necessários para o atendimento de situações que coloquem o indivíduo em risco iminente de morte.

Os boxes também possuem privacidade, telefone, televisão e uma cadeira para acomodação de um acompanhante, objetivando um maior conforto para os clientes em investigação diagnóstica.

Nesse cenário, atuam vários profissionais, sendo que a equipe médica é composta de 22 médicos, a equipe de enfermagem é constituída de 10 enfermeiras e de 22 técnicos de enfermagem, 08 recepcionistas e 5 auxiliares administrativos.

A equipe de enfermagem que atua na Unidade de Dor Torácica está distribuída em uma escala de plantão mensal de 12 x 60 horas e mais quatro complementações de 12 horas (diurnas ou noturnas) e divididas em 6 plantões diferentes. Três enfermeiras atuam em regime de diaristas,

escaladas nos períodos de maior atendimento, identificado entre os horários de 7h da manhã às 22h noite.

Devido à natureza da pesquisa, o Comitê de Ética em pesquisa que julgou o trabalho em seu parecer, absteve a investigadora principal da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois este não julgou necessário, tratando-se de uma pesquisa que não envolve riscos, sendo exigido apenas um termo de confiabilidade dos dados (ANEXO VII).

3.3 Obtenção dos dados da pesquisa

A construção dos dados se deu em três momentos:

O 1º momento foi destinado a descrição da Sistematização da Assistência de enfermagem destinada aos clientes na Unidade de Dor Torácica, que consistiu no levantamento de informações inerentes ao cuidado de enfermagem através de uma observação participante registrado em um diário de campo e revisão bibliográfica literária e eletrônica.

Segundo Waldow et al (1995), o diário de campo foi inspirado nas estratégias de pesquisa qualitativa e é uma forma bastante útil para descrever situações, pessoas ou eventos.

A observação da assistência foi iniciada logo após o consentimento do CEP da instituição de origem. Foi realizada observação participante durante 12 semanas, de 2ª. a 6ª. feira e em horários alternados, entre os períodos de 8h às 17 horas, nos meses de Maio a Junho de 2008, sendo concomitantemente efetuado os registros do que fora observado em um diário de campo.

Para Waldow et al (1995), são atividades de escrita que são efetivas e apropriadas no ambiente acadêmico e que podem ser utilizadas no cenário de trabalho. O diário tem como objetivos explorar e desenvolver a expressão individual, assim como, a criatividade e a habilidade de pensar e agir.

Foram acompanhadas 41 admissões de clientes alocados em rotas de investigação diagnóstica para coronariopatia. As admissões tiveram um tempo de duração que variou entre 30 a 45 minutos, dependendo das condições clínicas do cliente e o nível de interação enfermeira/cliente.

Das admissões observadas, 100% tinham registro do histórico de enfermagem, com anamnese e exame físico, porém foram observados apenas nove (21,9%) registros de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Isto traduz que, apesar de termos incorporado em nossa prática a sistematização da assistência de enfermagem desde o último trimestre de 2007, ainda não utilizamos 100% esta ferramenta, sinalizando uma oportunidade de melhoria no cuidado a essa clientela.

O 2º momento foi reservado ao levantamento sistematizado na literatura especializada, objetivando identificar os indicadores de qualidade da assistência na UDT.

Este levantamento foi realizado através de uma busca eletrônica em banco de dados BIREME, LILACS, PUBMED e MEDILINE, utilizando os descritores unidade de cuidados coronarianos, qualidade da assistência à saúde, enfermagem, indicadores de qualidade de assistência à saúde, garantia da qualidade dos cuidados de saúde, nos idiomas inglês, português e espanhol. O período de coleta dos dados foi realizado entre os meses de

Setembro de 2007 a Abril de 2008. Respeitou-se um recorte temporal entre os anos de 1996 a 2008. A opção de iniciar a identificação dos artigos no ano de 1996 foi embasada pelo ano da implementação UDT no Brasil.

Todos os resumos dos artigos identificados pela pesquisa foram revisados e aqueles que preencheram completamente os critérios de inclusão tiveram os textos completos recuperados.

Crêterios de inclusão dos artigos analisados

Cada artigo inclui dados sobre qualidade do cuidado, atendimento na UDT, indicadores de qualidade nos clientes com suspeita de SIA, indicadores de qualidade do cuidado na SIA, gerenciamento da qualidade na UDT, creditação hospitalar na UDT.

Foram selecionados, também, os *guidelines* da ACC/AHA 2007 para o manejo dos pacientes com angina instável e infarto agudo do miocárdio não supra (IAMSSST) e para o manejo de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supra (IAMCSST).

Foi encontrado um grande número artigos sobre atendimento na UDT, protocolo de inclusão nos caminhos de investigação diagnóstica, avaliação do protocolo, adesão aos indicadores de qualidade de cuidado na SIA, principalmente no idioma inglês, sendo resgatados 108 neste idioma e 05 no idioma português.

Após leituras, análises e apontamentos dos mesmos selecionamos 10 artigos que estavam relacionados ao objeto e os objetivos do estudo e realizamos uma discussão do que fora encontrado, identificando os indicadores relacionados à estratégia de atendimento na UDT e os indicadores de cuidado no manejo dos clientes com IAMSSST e IAMCSST.

No 3º. momento, selecionamos quatro indicadores identificados na literatura e foram aplicados e avaliados à realidade da instituição. Foi programada uma avaliação, estipulada para ocorrer no 1º. mês e no 6º. mês, logo após o consentimento da instituição.

Após a liberação do CEP e com o desenvolvimento das fases da pesquisa foram avaliados 54 prontuários no primeiro mês e 157 no 6º mês, totalizando 211 prontuários que foram selecionados a partir do plano de ação dos clientes admitidos na instituição para investigação diagnóstica na UDT, buscando identificar os registros dos indicadores 2, 3 e 4 (ANEXO VIII).

Para a informação do indicador 1, foi solicitado à equipe da engenharia clínica da instituição o sincronismo entre o horário do relógio do aparelho de eletrocardiograma (ECG) com o relógio do sistema de informação da recepção da Unidade de Emergência, objetivando obter o tempo exato entre a chegada do cliente com dor torácica para atendimento até a realização do primeiro ECG e seu respectivo laudo.

A checagem desse sincronismo foi realizada antes do início da avaliação, logo após a liberação do CEP e no 3º. e no 5º. meses, de acordo com o planejamento do estudo.

Foram mensurados 19 ECGs na primeira avaliação e na segunda avaliação 97 ECGs, totalizando 116.

Utilizando o modelo do ciclo de monitoria da qualidade de Avedis Donabedian, foi possível identificar oportunidades de melhoria, planejar ações, agir e reavaliar, observando se as ações propostas apresentaram resultados.

A seguir, será tratado como realizamos escolha dos indicadores.

3.4 - Selecionando os indicadores da assistência na UDT.

Os passos que seguimos para a seleção dos indicadores identificados na literatura foram embasados no teórico Donabedian (2003, p.27).

Como já descrito anteriormente, este teórico elaborou passos para avaliação e melhoria do desempenho clínico, objetivando garantir a qualidade do cuidado prestado. Neste estudo foram adotados os cinco primeiros passos do método de Donabedian para a escolha dos indicadores. São eles:

1. **Determinação do que avaliar** - o objeto selecionado foi a qualidade da assistência prestada ao cliente com sintomas de SIA na UDT de uma clínica privada no município do Rio de Janeiro. Partindo do ponto de vista da importância desta preocupação no atual cenário de assistência à saúde e do pioneirismo dessa instituição em adotar o modelo de UDT.
2. **Determinação das prioridades de avaliação** – foi realizada uma vasta busca em literatura específica sobre o tema e sobre indicadores de impacto na assistência ao cliente com sintomas de SIA. Após leitura e análise desse conteúdo, foram selecionados três indicadores para serem aplicados a realidade da instituição.
3. **Seleção do sistema de informação adequado para a avaliação do desempenho** – foram encontrados na literatura 12 procedimentos de qualidade da assistência aos clientes com SIA e com sintomas de SIA e mais 8 elementos necessários para a certificação e monitoramento da qualidade na UDT. Em seguida foram identificados os

indicadores representativos do desempenho a ser avaliado e gerenciado. Os indicadores foram classificados de acordo com os ensinamentos de Donabedian (2003, p.6 a 47), considerando tanto o atributo da qualidade a ser mensurado como a sua relação com o aspecto da avaliação de desempenho.

Segundo D’Innocenzo (2006), os indicadores são medidas usadas para ajudar descrever uma situação existente, avaliar mudanças ou tendências durante um período de tempo e avaliar quanti – qualitativamente as ações de saúde.

As avaliações são usadas para descobrir como funciona um programa, tratamento, prática ou política. As enfermeiras, principalmente as clínicas, as administradoras e as educadoras freqüentemente necessitam formular questões que indaguem o funcionamento da prática corrente, a eficácia dessas ações e até mesmo questionar se deveria ser adotada uma nova prática (POLIT et al, 2004).

4. **Formulações de critérios e padrões de avaliações -**

Existe na literatura específica evidências do que é aceitável ou não quando se discute o cuidado ao cliente com sintomas de SIA e SIA diagnosticado. Esses critérios e padrões foram descritos através de *guidelines* definidos pela Associação Americana do Coração, do Colégio Americano de

Cardiologia e pelos Serviços de Medicaid e Medicare, nos Estados Unidos.

5. **Obtenção da informação necessária** – Trata – se de um cenário de coleta de dados que faz parte de uma instituição acreditada em nível 3 desde 27 de Abril de 2007, imbuída na cultura da qualidade e com alta preocupação com os registros da equipe de saúde. Desta forma, optou-se por realizar a coleta de informações através das investigações dos indicadores selecionados nos prontuários e fichas institucionais específicas, utilizando-o com um instrumento norteador para o registro do que fora encontrado.

Após esta etapa, analisamos os possíveis motivos para as não conformidades encontradas, com o intuito de contribuir para o processo de melhoria, no que tange ao cuidado prestado aos clientes com sintomas de SIA e SIA identificada, atendidos em uma UDT que é a pioneira nesse serviço oferecido em nosso País.

Na cultura da melhoria contínua da qualidade na saúde devemos estar sempre dispostos a refletir sobre nossa prática, visualizando os aspectos assistências mais frágeis e propor medidas de melhoria.

CAPÍTULO IV - Resultados: A Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Dor Torácica.

4.1. O Processo de Enfermagem e sua aproximação com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A preocupação em orientar as atividades de enfermagem com respaldo no método científico teve como marco o desenvolvimento e divulgação do Processo de Enfermagem, inicialmente expresso na literatura americana entre as décadas de 1950 e 1960 (Figueiredo et al, 2005) e no Brasil foi divulgado principalmente por Wanda de Aguiar Horta com a publicação de seu Livro *Processo de Enfermagem*, em 1979.

O processo de enfermagem (PE) é um método de organização e prestação do cuidado de enfermagem, tendo como componentes a ***investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação***, os quais fornecem a estrutura organizacional para a realização de propósito do processo (Figueiredo et al, 2005).

Sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado junto à equipe de saúde são metas e desejos demonstrados pelos enfermeiras ao longo dos anos.

Segundo Figueiredo (2006), a busca incessante da cientificação profissional é e vem sendo observada nos profissionais de enfermagem e somente será alcançada com a utilização de instrumentos científicos que subsidiem a prática.

Atualmente, o termo Sistematização da Assistência de Enfermagem foi incluído na decisão COFEN n ° 272/2002, e considera a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da

comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pela enfermeira.

Tanure e Gonçalves (2008) referem que, para sistematizar é necessário haver um marco conceitual que fundamente a organização do cuidado que o serviço almeja alcançar. Sistematizar é tornar coerente com determinada linha de pensamento. Para isto é preciso se apropriar de uma teoria de enfermagem para conceber o alicerce estrutural para implantação da SAE. E o método para se implantar a teoria na prática é o processo de enfermagem.

Torna-se unânime entre os autores que a aplicação da SAE possibilita determinar os problemas do cliente que necessitam de cuidado profissional e é a forma de tornar a enfermagem mais científica.

Apesar da importância deste entendimento ter se aprimorado e já tenha havido sensível mudança para a sua utilização, o seu emprego no âmbito da enfermagem brasileira ainda não é unânime, podendo ter como dificuldades de implantação fatores inerentes a sua própria estrutura, ao cenário do ensino – aprendizagem e ao cenário da prática assistencial (Carvalho et al, 2007).

Em nosso hospital a implementação eletrônica da SAE, com todas as suas etapas, foi realizada no final do ano de 2007. Apesar dos esforços das lideranças de enfermagem da instituição em divulgar, monitorar e exigir o cumprimento da mesma observamos que ainda há dificuldades na realização do método.

A Sistematização da Assistência na UDT é realizada através de um plano de ação multiprofissional, embasado em um protocolo de atendimento gerenciado, que norteia as atividades em um plano temporal e de acordo com as prioridades no atendimento ao cliente com SIA. Essas ações são prescritas desde a admissão até a sua alta ou confirmação diagnóstica e internação.

O protocolo gerenciado de atendimento para os clientes com dor torácica foi o primeiro implementado pela instituição. Atualmente trabalhamos também com o protocolo para atendimento da SEPSE, da pneumonia e do acidente vascular cerebral.

O plano de ação contempla as seguintes condutas de enfermagem:

- Registro apurado do histórico de enfermagem, buscando fatores de risco cardiovascular, história de eventos anteriores, medicação em uso, alergias e relato da história atual;
- Exame físico minucioso, focado nas características da dor torácica com tipo, intensidade, localização, duração, precedência e atenuação;
- A realização do diagnóstico e prescrição das intervenções de enfermagem.
- Realização de eletrocardiograma com 18 derivações (12 convencionais mais 4 precordiais direitas e dorsais), visando determinar a causa e efeito do desconforto torácico e também, constituir uma linha de base para comparação dos sintomas durante a investigação diagnóstica;
- Monitoração eletrocardiográfica, da pressão arterial e oximetria digital e registro em folha de balanço hídrico a cada duas horas, viabilizando a identificação e tratamento precoce de possíveis arritmias e instabilidade hemodinâmica;
- Instalação de acesso vascular periférico, objetivando manter uma linha venosa pérvia para administração de fluidos e drogas venosas;
- Instalação de oxigênio sob máscara facial nos clientes com indicação (pulso oximetria com O₂ menor ou igual a 92%);

- Instituir repouso absoluto no leito e jejum durante as primeiras seis horas, para a realização de exames diagnósticos;
- Providenciar laboratório para coleta de sangue para dosagem de marcadores de necrose miocárdica, bioquímica, eletrólitos e hemograma;
- Administrar terapêutica medicamentosa prescrita;
- Solicitar ecocardiograma, visando avaliar contratilidade miocárdica, fração de ejeção do ventrículo esquerdo e identificar alterações mecânicas;
- Solicitar radiografia de tórax para avaliação de alterações pulmonar e vascular torácica;
- Iniciar, assim que possível, a estratégia educacional focada no entendimento dos sinais e sintomas precoces do infarto agudo do miocárdio, a importância da valorização da dor torácica, das formas de controlar e amenizar os fatores de risco cardiovascular, informar sobre os hábitos de vida saudáveis, da importância da adesão da terapêutica medicamentosa prescrita, do tempo médio de permanência hospitalar e os possíveis exames a serem realizados durante a investigação diagnóstica.
- Registrar todas as alterações do quadro clínico do cliente e as intercorrências, as mudanças nas condutas já estabelecidas, bem como todas as ações realizadas.
- Gerenciar o protocolo de atendimento na UDT, objetivando a manutenção correta dos registros dos dados e avaliação dos indicadores de desempenho.

A seguir será descrito mais detalhadamente, as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem na UDT, utilizando como instrumento norteador, as fases do processo de enfermagem realizadas pelas enfermeiras que atuam nesse cenário especializado.

4.2 O Histórico de Enfermagem na UDT

Esta fase trata-se do primeiro passo para determinar o estado de saúde do cliente em investigação diagnóstica na UDT.

Consiste na coleta de informações guiada por dois procedimentos: o primeiro é através de uma entrevista realizada pela enfermeira, onde se busca identificar, direta e indiretamente, dados sobre a história pregressa e atual do estado de saúde do cliente, estilo de vida, terapêutica medicamentosa prévia utilizada, internações e procedimentos cardiológicos anteriores, e o segundo é a realização do exame físico, que visa identificar os padrões de funcionamento orgânico alterados.

Esses dados são obtidos pelas enfermeiras diretamente, quando coletados com o cliente através da anamnese e do exame físico descritos acima, ou indiretamente, quando obtidos com os familiares ou amigos, registros de outros profissionais (por exemplo, informações registradas pelos médicos e até mesmo pela equipe de técnicos de enfermagem) e checagem de resultados de exames laboratoriais e complementares.

Os dados observados pelas enfermeiras, algumas vezes entram em conflito do que é relatado pelo cliente. Durante a observação da prática das enfermeiras na UDT, verifiquei em certas entrevistas, que o cliente relatava cansaço em sua história, porém a sua frequência respiratória encontrava – se dentro dos parâmetros de normalidade.

Esse achado é fundamentado no que refere Tannure e Gonçalves (2008) quando diz que os dados são classificados em objetivos, isto é, o fenômeno observado pelo investigador, e em subjetivos, os elementos que a pessoa afirma está sentindo ou sentiu. Portanto, a enfermeira deve sempre inferir quais são os possíveis fatores relacionados com o aparecimento das evidências apresentadas pelo cliente.

Observamos que nesta primeira etapa do processo (entrevista/investigação), é imprescindível que se tenha uma interação enfermeira/cliente para que haja uma boa relação entre o entrevistado e o profissional. É essencial que haja entrosamento, empatia e relação de ajuda, bem como conhecimentos da enfermeira sobre semiologia e semiotécnica e do cuidado, a fim de levantar de maneira fidedigna, dados objetivos e subjetivos apresentados pelos clientes em investigação diagnóstica na UDT.

Observamos, também, que se torna de grande importância o entendimento da enfermeira a cerca dos elementos do cuidar, visto que ela pode se apropriar da comunicação, com exemplo, para lhe auxiliar na interação com o cliente atendido na UDT, fortalecendo não somente o cuidado técnico, como também o cuidado subjetivo.

Segundo Canciarullo (2000), os instrumentos básicos para o cuidar são a observação, a comunicação, os princípios científicos, o método científico, a criatividade, o trabalho em equipe, o planejamento e a destreza manual. Por meio desses instrumentos, a enfermeira estabelece uma relação entre os cuidados prestados aos clientes e o entendimento de suas necessidades e respostas.

Após o levantamento desses dados, a enfermeira realiza o agrupamento dos dados e os registra em impresso próprio.

O agrupamento dos dados é um princípio do pensamento crítico que exige da enfermeira julgamentos norteados por evidências. (FREIRE e ALMEIDA, 2003)

O impresso destinado aos registros dos dados nesse cenário específico, vem sendo aprimorado ao longo dos anos. Porém, percebi que alguns elementos imprescindíveis para a exatidão das anotações precisam ser melhores estruturados, como por exemplo, as características detalhadas da dor precordial na admissão.

Outro ponto que se tornou evidente é que, apesar da preocupação desse grupo de enfermeiras em realizar esta etapa da maneira mais metódica possível, ainda carece uma visão mais holística do processo, ou seja, assegurando não somente as esferas biológicas e sociais, como também as esferas psicológicas e espirituais e das preferências individuais de cada um.

Esta observação vai ao encontro do que nos ensinou Donabedian (2003) quando refere que, quando falamos em qualidade nos sistemas de saúde devemos estar atentos, também, às preferências dos pacientes. Este ponto de vista nos permite reconhecer o paciente como cliente, colocando – o como o centro das atenções para o qual se deva direcionar os bons resultados da saúde.

Segundo Leopardi (2006), a metodologia da assistência através da Teoria de Florence, permite no âmbito hospitalar, reduzir o estresse, melhorar as adaptações e satisfazer as necessidades dos clientes através das intervenções realizadas pelas enfermeiras.

Esta autora refere ainda que essa teórica, apesar de não utilizar a terminologia Processo de Enfermagem, valorizava a prática/assistência de enfermagem, sendo a observação, a experiência e os registros dos dados fundamentais para uma metodologia de trabalho que acentue a possibilidade de alcance de resultados.

Após esta fase do processo de enfermagem, a enfermeira que atua na UDT identifica os diagnósticos de enfermagem para subsidiar as intervenções necessárias no plano terapêutico destinado a essa clientela.

4.3 Diagnósticos de enfermagem na UDT.

A realização dos diagnósticos de enfermagem pelas enfermeiras que atuam na UDT em questão é recente, tendo sua implementação iniciada em Agosto de 2007.

Os diagnósticos de enfermagem constituem a segunda etapa do processo de enfermagem e é um instrumento que possibilita a enfermeira expressar as necessidades de cuidado identificadas na clientela atendida. (BRAGA e CRUZ, 2003)

Os diagnósticos de enfermagem baseiam – se tanto nos problemas voltados para o presente (reais), tanto quanto para os problemas voltados para o futuro (potenciais), e podem ser sintomas fisiológicos, comportamentais, psicossociais ou espirituais. (CARPENITO, 2003)

Segundo Tannure e Gonçalves (2008), o termo diagnóstico de enfermagem surge na literatura norte – americana na década de 50, com MacManus, que ao descrever as funções de responsabilidade das enfermeiras, inclui a identificação ou o diagnóstico de problemas de enfermagem.

Nos anos de 1973 foi criada a Nanda (North American Nursing Diagnosis Association). Um grupo de enfermeiras norte – americanas reconheceu a necessidade de se desenvolver uma terminologia própria para descrever os problemas de saúde diagnosticados e tratados com maior frequência pelas enfermeiras. Foi realizada, então, a I Conferência Nacional sobre Classificação de

Diagnóstico de Enfermagem, em Saint-Louis University School of Nursing (Tannuro e Gonçalves, 2008).

Os diagnósticos foram organizados por ordem alfabética e posteriormente evoluíram para um sistema de classificação conceitual em uma taxonomia (Carpenito, 2003).

Em 1982, uma listagem alfabética com 50 diagnósticos foi desenvolvida e aceita para se testada clinicamente e as conferências foram abertas para a comunidade de enfermagem. E assim foi criada a primeira taxonomia da NANDA (Johnson, 2005).

A partir de então, a NANDA tem se reunido bianualmente para discussão e aprimoramento da taxonomia que é, atualmente, o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem mais utilizado mundialmente (traduzida para 17 idiomas e utilizada em 33 Países).

A taxonomia II foi proposta na 14^o Conferência, sendo projetada para ser multiaxial na sua forma, aumentando a flexibilidade da nomenclatura e possibilitando acréscimos e modificações, tornando – se mais adequada para utilização em banco de dados.

E foi seguindo essa linha de raciocínio que o grupo composto de 10 enfermeiras líderes da instituição em questão optou por se utilizar o sistema de classificação de NANDA para organizar na SAE, os problemas de enfermagens.

Os diagnósticos de enfermagem listados pelas enfermeiras que atuam na UDT foram descritos abaixo, bem como sua correlação com os domínios e classes da Taxonomia II da NANDA:

- **Diagnóstico 00146:** Ansiedade – **Domínio 9:** Enfrentamento/Tolerância ao estresse – **Classe 2 :** O processo de controlar o estresse ambiental.
- **Diagnóstico 00011:** Constipação – **Domínio 3:** Eliminação – **Classe 2:** Sistema gastrintestinal.
- **Diagnóstico 00029:** Débito cardíaco diminuído – **Domínio 4:** Atividade/ repouso – **Classe 4:** Respostas cardiovasculares/pulmonares.
- **Diagnóstico 00132:** Dor aguda - **Domínio 12:** Conforto – **Classe 1:** Conforto físico.
- **Diagnóstico 00093:** Fadiga - **Domínio 4:** Atividade/ repouso – **Classe 3:** Equilíbrio de energia.
- **Diagnóstico 00134:** Náusea - **Domínio 12:** Conforto – **Classe 1:** Conforto físico.
- **Diagnóstico 00095:** Padrão do sono perturbado – **Domínio 4:** Atividade/repouso – **Classe 1:** Sono/repouso.
- **Diagnóstico 00032:** Padrão respiratório ineficaz - **Domínio 4:** Atividade/repouso – **Classe 4:** Respostas cardiovasculares/pulmonares.
- **Diagnóstico 00024:** Perfusão tissular ineficaz - **Domínio 4:** Atividade/repouso – **Classe 4:** Respostas cardiovasculares/pulmonares.
- **Diagnóstico 00155:** Risco de queda - **Domínio 4:** Segurança/proteção - **Classe 2:** Lesão física.

- **Diagnóstico 00025:** Risco de desequilíbrio do volume de líquidos -

Domínio 2: Nutrição - **Classe 5:** Hidratação.

Apesar dos achados representarem em sua totalidade os problemas de enfermagem mais freqüente na clientela com sintomas de SIA e SIA diagnosticada, sentimos falta da identificação de diagnósticos que emergem do cuidado através de uma abordagem mais direta da enfermeira, tais como: ***angústia espiritual, síndrome do estresse por mudança, medo e padrões de sexualidade ineficazes.***

Andrade (2003) refere que a evidência de sentimentos como a fragilidade, a ansiedade e a angústia sentida por essa clientela somente serão verbalizadas a partir de uma abordagem direta e hábil pela enfermeira. Muitas vezes eles omitem suas queixas a fim de se proteger.

Botega *in* Andrade (2003) corrobora com este pensamento quando afirma que uma internação, por mais tenha caráter de observação, leva o indivíduo a sentir uma ameaça à sua integridade. As fantasias de onipotência, de imortalidade, de controle do seu próprio destino, dão lugar a pensamentos de medo, pânico e impotência, gerando ansiedade.

Durante o desenvolvimento desta etapa da pesquisa observamos que a utilização dos diagnósticos de enfermagem pelas enfermeiras da UDT é uma atividade recente no cotidiano dessa equipe. Porém, o desejo do grupo em aprimorar essa prática, através de leituras e reflexões durante as discussões dos casos clínicos (round) e reuniões científicas internas foi uma preocupação constante e unânime entre os diversos plantões.

4.4 - O planejamento e a implementação das ações de enfermagem na UDT.

O planejamento da assistência constitui a terceira etapa do processo de enfermagem e consiste em estabelecer as prioridades para os problemas de enfermagem encontrados, fixar os resultados esperados (sempre que possível) e registrar por escrito os diagnósticos de enfermagem, os resultados e as prescrições de enfermagem.

Para Potter (2002), planejamento é uma categoria dos comportamentos de enfermagem onde os objetivos da assistência são determinados, prioridades são estabelecidas, resultados da assistência são projetados e um plano de assistência é escrito.

Esta autora refere ainda que o planejamento da assistência inclui a consulta do paciente por outros profissionais de saúde, modificação do tratamento e registro relevante a abordagem do paciente.

O planejamento da assistência de enfermagem na UDT é norteado através de um plano de ação multiprofissional, no qual procura relacionar as ações de forma temporal, de acordo com o caminho de investigação em que o cliente é alocado, auxiliando na implementação das atividades de enfermagem.

A implementação é a quarta etapa do processo de enfermagem e é uma categoria de comportamento de enfermagem em que as ações necessárias para o cumprimento do plano assistencial são iniciadas e completadas (POTTER, 2002)

Esta autora refere ainda que, a implementação da assistência pode acontecer logo após a abordagem inicial, como por exemplo, quando a enfermeira identifica necessidades emergências do cliente.

Vale ressaltar que existem ações específicas para os indivíduos com SIA com supradesnível do segmento ST diagnosticado, como por exemplo, a estratégia de reperfusão mecânica em até 90 minutos da chegada desse indivíduo na UDT.

Esses clientes após receberem a abordagem inicial na UDT, são preparados e encaminhados imediatamente para o laboratório de intervenções cardiovascular. O objetivo primordial no planejamento dos cuidados dessa clientela é o preparo e encaminhamento do cliente sem perda de tempo, para a restauração da artéria coronária obstruída. Logo após o procedimento, a enfermeira realiza a transferência para a Unidade Coronariana, para internação hospitalar.

Para Tannure e Gonçalves (2008), a implementação da assistência de enfermagem é definida com sendo as ações prescritas e necessárias à obtenção dos resultados esperados, definidos durante o planejamento, e que envolve a comunicação do plano de cuidados a todos os participantes do atendimento ao cliente.

Com a realização desta pesquisa foi observado que, além da enfermeira atuar diretamente no cuidado ao cliente, ela também é um importante agente fiscalizador dos indicadores dos protocolos gerenciados institucionalmente.

Porém ainda carecem nessa assistência a delimitação e registros dos resultados esperados com as intervenções prescritas.

Para McCloskey (2004), a intervenção é qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por uma enfermeira para aumentar os resultados obtidos pelo cliente e sua família.

Atualmente, para ter uma diretriz sobre o que deve ser prescrito, a fim de que os resultados esperados (taxonomia desenvolvida pela Nursing Outcomes Classification – NOC) sejam alcançados, a enfermeira tem como guia a Nursing

Intervention Classification (NIC), uma taxonomia de intervenções de enfermagem ligada aos diagnósticos da NANDA (Tannure e Gonçalves, 2008).

Segundo MacCloskey (2004), a NIC foi criada para padronizar a linguagem utilizada pelas enfermeiras na descrição dos cuidados prestados. Essa classificação favorece a realização de pesquisas e a elaboração de protocolos fundamentados na prática baseada em evidências.

A utilização da NIC para prescrever, de acordo com os diagnósticos da NANDA identificados pela enfermeira na UDT, não foi observado durante o período de coleta dos dados.

É válido deixar registrado a importância de incorporarmos essa prática, já que a preocupação com a qualidade da assistência embasada nas melhores evidências, bem como os registros fidedignos das ações de enfermagem permeiam a cultura organizacional em que estamos inseridas.

As intervenções da enfermeira na nossa realidade hospitalar foram implementadas através de uma padronização, construída por um grupo de enfermeiras que, através de um levantamento bibliográfico sistemático, selecionaram as prescrições que mais se aproximaram da nossa prática assistencial.

O quadro abaixo apresenta as ações desenvolvidas pelas enfermeiras que atuam na UDT, bem como sua fundamentação:

Quadro 1 As ações das enfermeiras na UDT e sua fundamentação teórica.

Ações	Fundamentação
Realizar o histórico de enfermagem	Buscar fatores de risco cardiovascular, história de eventos anteriores, medicação em uso, alergias e relato da história atual;
Realizar exame físico	Identificar as características da dor torácica como tipo, intensidade, localização, duração, precedência e atenuação e levantamento dos diagnósticos de enfermagem.
Instalar monitor cardíaco.	Monitorar e atuar precocemente nas possíveis arritmias cardíacas e instabilidade hemodinâmica.
Instalar acesso vascular periférico com jelco calibroso.	Manter linha venosa permeável para hidratação e administração de possíveis medicações.
Monitorar pressão arterial.	Viabilizar a identificação de tratamento precoce de instabilidade hemodinâmica.
Monitorar oximetria digital.	Monitorar e Identificar precocemente os sinais de padrões de respiratório ineficaz.
Implementar oxigênio sob máscara de Hudson se SPO_2 for $\leq 92\%$.	Os Guidelines endossam o conceito de o aumento do fluxo de oxigênio no ar inspirado, protege o miocárdio isquêmico.
Avaliar recorrência da dor precordial.	A recorrência da dor precordial pode ser um sinal de aumento do dano miocárdio.
Providenciar coleta de marcadores de necrose miocárdica	- Quando ocorre necrose celular miocárdica, as enzimas são liberadas na circulação sanguínea e esta detecção possui valores diagnósticos e prognósticos na SIA. - A boa prática clínica prevê um tempo máximo para coleta e liberação do resultado laboratorial em até 30 minutos da admissão do cliente na UDT.
Realização de eletrocardiograma (ECG) seriado.	- A realização do ECG em um tempo de 5 minutos da chegada do cliente na UDT e a sua interpretação e diagnóstico pelo médico em até 10 minutos da admissão, é preconizado pelos Órgãos de Acreditação Hospitalar para as UDTs americanas. - Dar seguimento no cuidado do cliente em

Ações	Fundamentação
	investigação diagnóstica, bem como registro da extensão da possível isquemia, lesão e infarto miocárdio.
• Instituir jejum.	• Existe um caminho diagnóstico a ser seguido que requer a realização de outros exames completos e há, também, a possibilidade de instabilidade clínica.
• Administrar terapêutica medicamentosa prescrita.	• Estudos demonstram que a utilização de anti – agregantes na admissão do cliente com SIA, bem como o uso de bloqueadores reduz a mortalidade, melhorando os resultados da assistência. • A administração dos medicamentos no tempo correto minimiza erros durante o cuidado e traz maior segurança para o cliente.
• Encaminhar o cliente para realização de radiografia de tórax.	• Investigar outras possíveis causas da dor torácica, bem como evidências de congestão pulmonar.
• Encaminhar o cliente para a realização de ecocardiograma.	• Avaliar déficit de contratilidade miocárdica, fração de ejeção do ventrículo esquerdo e possíveis alterações mecânicas.
• Considerar, junto à equipe, possível estratégia de reperfusão miocárdica.	• De acordo com ACC/AHA-2007, o restabelecimento do fluxo coronário por angioplastia percutânea deve acontecer em até 90 minutos do diagnóstico do infarto. • Restabelecer precocemente o fluxo sanguíneo do miocárdio está relacionado aos melhores resultados para os clientes, no que tange às menores complicações hemodinâmicas, menor tempo de permanência hospitalar, menor mortalidade e melhor qualidade de vida.
• Gerenciar o protocolo de atendimento na UDT	• Manter os registros dos dados dentro dos critérios de conformidades estabelecidos pela instituição, para que os indicadores de desempenho do protocolo institucional possam ser avaliados.
• Realizar a evolução do plano terapêutico 12/12horas	• Registrar as ações realizadas, mudança de conduta, intercorrências, a fim de monitorar e avaliar a assistência prestada na UDT, bem como a continuidade do cuidado oferecido.

Ações	Fundamentação
Realizar estratégia educacional.	- Dentro dos padrões estabelecidos pelos guidelines de atendimento a essa clientela, está claro que o aconselhamento direcionado à cessação do fumo para a população fumante é imprescindível, melhorando os resultados para o cliente com SIA diagnosticado. - A satisfação do cliente atendido com os cuidados oferecidos pode sofrer influência das informações fornecidas pela enfermeira.

Desta forma as enfermeiras organizam, planejam e prescrevem a assistência de enfermagem destinada aos clientes internados na UDT.

Percebemos que nos falta ainda uma melhor apropriação da NIC e da classificação do NOC.

A taxonomia dos resultados de enfermagem trás uma lista de indicadores que podem ser usados pra avaliar o estado do cliente em relação ao resultado, através de uma escala de cinco pontos e uma lista resumida da bibliografia utilizada para elaborar o resultado.

Após essas leituras fica evidente, que urge a necessidade de aprofundar nossos conhecimentos acerca desta temática. E é unânime, também, a preocupação dos autores estudados sobre a necessidade da enfermeira monitorar os resultados do cuidado oferecido, a fim de poder estar em processo contínuo de melhoria da assistência.

Porém, na realidade brasileira, esta temática ainda está em fase de aprofundamento e aprimoramento e passa por alguns percalços, que podem variar desde a própria estrutura na qual a prática está sendo desenvolvida, até o não comprometimento com cultura da qualidade.

4.5 – A avaliação da assistência de enfermagem na UDT

A avaliação ou evolução é a quinta etapa do processo de enfermagem e consiste na ação de acompanhar as respostas dos clientes aos cuidados prescritos, tanto através de registros no prontuário e em local próprio, da observação direta do cliente à terapia proposta, bem como os relatos expressos por ele (Tannuro e Gonçalves, 2008).

Dentro deste ponto de vista, as enfermeiras da UDT estudada, realizam essa atividade a cada 12 horas e sempre que há algum desvio ou mudança no plano terapêutico proposto. A prática da evolução de enfermagem é um elemento culturalmente inserido no cotidiano das enfermeiras observadas, concluindo, desta forma, as cinco etapas do processo de enfermagem.

Para Potter (2002), o processo de avaliação determina a eficácia do plano da assistência, é contínuo e interage com outras etapas da técnica de enfermagem. Durante a avaliação, o profissional compara a resposta do paciente às ações de enfermagem com os resultados esperados, os quais servem de critérios de avaliação.

No entanto, partindo deste entendimento fica evidente que nos carece ainda, uma avaliação da nossa prática através de indicadores de desempenho capazes de monitorar a assistência prestada e identificar pontos de melhoria ou não.

CAPÍTULO V - Resultados: Identificando os Indicadores

5.1 Os indicadores de Qualidade do Cuidado nos Clientes com sintomas de SIA atendidos nas UDTs.

Nas últimas décadas o conceito de UDT desenvolveu-se desde o início em St. Agnes, EUA, através do bem formado modelo operacional de hoje. Ao manter-se atualizado com os avanços feitos na ciência da Síndrome Isquêmica Aguda torna – se fácil compreender que esses avanços também aconteceram na compreensão de como implementar a nova ciência de SIA de uma maneira prática no mundo real e integra-la as várias funções do hospital. (JOSEPH, 2004)

Esse autor afirma ainda que hospitais Americanos operam tanto como empresas, tanto quanto fornecedores de cuidados na saúde, sendo então necessário um modelo operacional que incorpore o melhor dos dois mundos. E para ele, o modelo operacional de UDT é essa abordagem.

O termo “Unidade de Dor Torácica” aplica-se à unidade inteira, assim como a designação de “Centro de Trauma” aplica-se a todo o centro. O modelo de UDT é agradável não somente para as operações do hospital, mas também para a melhoria dos processos dentro das instalações utilizando métodos científicos de melhoria conhecidos. (GOODRACE et al, 2007)

Nesse contexto, a Sociedade dos Centros de Dor Torácica (SCPC) planejou, desenvolveu e implementou a Iniciativa de Acreditação de UDT. Pretende-se que o processo de acreditação seja uma experiência de esforço de melhoria dos processos. (JOSEPH, 2004)

Quando se pensa em Gestão da Qualidade nas UDTs, a unidade em si é, individualmente, o objeto da melhoria. Para isso foi construído o manual de acreditação que delimitou os processos a serem descritos e gerenciados, desde a

estrutura até os resultados esperados durante o cuidado destinados aos pacientes com suspeita de SIA.

Os processos guiados para o gerenciamento de clientes desde a fase inicial de contato, são itens requisitados dentro desse manual.

Isto significa que toda UDT tem que adotar um processo guiado para o gerenciamento rápido e correto dos clientes com SIA. Esta abordagem fornece estrutura, organização e incorporação de *guidelines* atuais, assegurando realização e terapia ótima para clientes que apresentem sintomas sugestivos de SIA.

Segundo JOSEPH (2004), existem 8 elementos-chave que uma UDT deve possuir para estar de acordo com os critérios para designar-se como uma UDT acreditada. Esses elementos serão descritos a seguir:

Elemento-chave 1: Integração da Unidade de Emergência (UE) com o Sistema Médico de Emergência.

O elemento-chave 1 lida diretamente com processos relacionados à integração da Unidade de Emergência individual com o Serviço de Emergência Médica. Essa integração precisa compreender que a primeira resposta a um cliente com SIA, é um processo de cuidado iniciado pelo SME ou pré – hospitalar que apresente união e congruência com o cuidado recebido na admissão da U.E.

As relações entre a U.E e o SME devem estar descritas e formalizadas em um processo tático, através de reuniões freqüentes entre os dois grupos e devendo seguir as seguintes sugestões:

- Notificação pelo SME à U.E dos clientes admitidos com SIA;
- Preparo da U.E para receber clientes vindos do SME;
- ECG combinado com interpretação do segmento ST;
- Critérios de exclusão para fibrinólise X intervenção coronariana percutânea;

- Utilização de fibrinolítico no pré-hospitalar embasado em protocolos;
- Utilização de aspirina no pré-hospitalar;
- Utilização de nitrato no pré-hospitalar;
- Um protocolo para que o pré – hospitalar transporte adequadamente o cliente com IAM com supra diretamente para o laboratório de intervenção, sem parar na UE.

Elemento-chave 2: Acesso de emergência aos clientes com sintomas de SIA: diagnóstico e tratamento em tempo correto.

A UDT precisa de um processo de triagem que identifique rápida e consistentemente os clientes com sintoma de SIA devido à natureza sensível do tempo para tratamento na SIA, principalmente no IAM com supra. A triagem deve abranger decisões binárias tais como “realização de eletro? Sim/Não”, devido à necessidade do cliente com sintomas de SIA precisar ter um ECG em tempo hábil.

De acordo com os *guidelines* do ACC/AHA (2007), o ECG do cliente com suspeita de SIA deve ser realizado com um ΔT de chegada de 5 minutos e estar nas mãos do médico que efetuará o diagnóstico com um ΔT de 10 minutos da chegada. Para que esse processo funcione adequadamente a U.E deve trabalhar em conjunto com um processo de estratificação, somente assim essa meta poderá ser atingida.

A triagem é um processo de estratificação e pode ser realizado pela Enfermeira utilizando-se um protocolo de triagem baseada em evidências científicas para a SIA, o que influenciará na decisão de qual cliente realizará o ECG em 5 minutos ou não.

Clientes com o primeiro ECG compatível com IAM com Supra ou Novo Bloqueio de Ramo Esquerdo

O eletrocardiograma fornece informações diagnósticas importantes na avaliação de síndrome coronariana aguda, incluindo a identificação de pacientes com IAM com supra desnível de segmento ST e que precisa de terapia de reperfusão em tempo apropriado. Da perspectiva dos pacientes com dor torácica inespecífica (IAM não supra, dissecção aguda da aorta, embolia pulmonar, pericardite, pneumonia, e dor músculo-esquelética) existem evidências limitadas para a utilidade rotineira do ECG nas decisões de tratamento e resultados para estes pacientes. (GLICKIMAN.et al, 2008)

Clientes triados e que apresentam o primeiro ECG de chegada com supradesnível do segmento ST ou bloqueio de ramo esquerdo recente requer um esforço de reperfusão tempo-dependente. Deve-se tentar uma estratégia de reperfusão usando trombolítico ou angioplastia. (ACC/AHA, 2007)

Para JOSEPH (2004), existe um aspecto relacionado à conduta de decisão para reperfusão dos clientes com IAM com supra que não é bem documentado na literatura. A maioria dos médicos na prática de emergência hoje em dia, completou seu treinamento antes das evidências na literatura atual para angioplastia percutânea como uma estratégia de reperfusão primária.

Refere ainda que, este grupo de médicos foi treinado em uma época onde o termo “critério de exclusão” era usado em referência às drogas fibrinolíticas. Se um cliente possui critério de inclusão para IAM com supra e critério de exclusão para fibrinolítico, este cliente deve ser um candidato a receber angioplastia percutânea imediatamente. Nos Departamentos de Emergência, nos Estados Unidos, esse entendimento é disseminado através do conceito de UDT.

Elemento-chave 3: Identificação de clientes com baixo risco de SIA, sem sintoma característico.

Trata-se de um grupo de clientes os quais são atendidos na UDT com sintomas de SIA, porém apresentam seu eletrocardiograma de admissão normal ou inespecífico e que permanecem em um nível de risco para uma possível SIA.

Portanto, torna-se necessário que a UDT possua uma estratégia de educação informando a população sobre esses sintomas de riscos para SIA, assumindo a responsabilidade para uma abordagem correta que inclua: “tempo curto de permanência hospitalar, observação de clientes externos, protocolos de imagem, testes de marcadores enzimáticos e outros métodos apoiados pela literatura” (Christenson et al, 2005).

Também precisam ser considerados testes de estratificação de risco para a abordagem da população com sintomas de SIA com baixo risco para doença, devendo a UDT criar um protocolo de forma organizada e sistemática para o teste de estresse.

A estratégia do diagnóstico não deve estar necessariamente direcionada a doença coronariana em si. Deve-se determinar se o cliente possui isquemia induzida pelo exercício (estresse). A ausência de isquemia induzida por estresse, marcadores seriados de necrose miocárdica negativos e ECGs inalterados caracterizam o indivíduo como sendo de baixo risco. (JOSEPH, 2004)

Esse grupo de clientes deve ser observado por um período de 3 a 12 horas com marcadores de necrose miocárdica seriados e a monitoração do ECG. (JAGMINAS e PARTRIDGE, 2006)

Marcadores de necrose miocárdica negativos indicam a não-evidência de necrose miocárdica. A não alteração do ECG indica a não-evidência de isquemia em repouso, podendo este indivíduo ser encaminhado ao teste de estresse. Um teste de estresse negativo indica a não-evidência de isquemia esforço-induzido.

Entretanto, esses indivíduos, após a investigação diagnóstica, podem ser liberados e seguidos como clientes ambulatoriais. (GOODACRE et al, 2004)

Uma estratégia educacional durante o tempo de permanência hospitalar, informando aos clientes e familiares sobre os resultados e o que eles significam, também é de extrema importância durante o cuidado oferecido a esses clientes.

Elemento-chave 4: Instalação com *design* funcional.

De acordo com AMOLD, GOODACRE e MARRIS, (2007), ao considerar uma UDT, deve-se pensar em alguns elementos que deverão estar presentes no seu *design* funcional:

- Sinalização e padrões de tráfego (fluxo de pessoas)
- Entrada exclusiva para a Emergência e Área de Triagem
- Área exclusiva de acesso para as situações de emergência
- Processo de cuidado que também inclua situações além da emergência

Algumas literaturas descreveram “tempo de espera” como o comportamento do cliente e sua demora na procura de tratamento. Esse tempo inclui o percurso do cliente desde seu ponto de origem até o Departamento de Emergência.

Muitos indivíduos relutam em procurar atendimento imediatamente após o início dos sintomas. Um percentual significativo desses indivíduos chega por conta própria, devendo ter no processo de melhoria do cuidado, sinalizações que direcionem o indivíduo diretamente ao Departamento de Emergência sem passar pela Recepção Principal da instituição.

Dos clientes que chegam por conta própria no Departamento de Emergência, uma porção substancial apresenta sintomas de SIA. Portanto, no Departamento de Emergência deve-se ter um suporte de triagem rápida para esses clientes, sem que

haja espera para essa triagem. É necessário pessoal treinado com visualização a todos os clientes que chegam por conta própria.

Os registros devem acontecer secundários ao processo de triagem. A obtenção de informações financeiras deve ser sempre secundária ao cuidado clínico. É extremamente inapropriado esperar sobre a informação seguro saúde antes de realizar o ECG. (CHRISTENSON et al, 2006)

A planta física da área principal do Departamento de Emergência precisa ser organizada de uma forma que os clientes com sintomas de SIA nunca aguardem pela realização do primeiro ECG. O primeiro ECG precisa ser obtido em 5 minutos e laudado pelo médico do atendimento em até 10 minutos do tempo de chegada do indivíduo à instituição. (JOSEPH, 2004)

O processo de cuidado deve estar bem delineado além do departamento de emergência, significando que a instalação deve ter leitos apropriados para o diagnóstico de SIA, e que na ausência deste é necessário se ter um plano para transferência desses clientes baseado no diagnóstico e no nível de acuidade. (STORROW e GIBLER, 2000).

Esses leitos devem estar designados tanto para clientes internados como para clientes externos, e geograficamente eles podem ser uma extensão do Departamento de Emergência. (JOSEPH, 2004).

Elemento-chave 5: Pessoas Competentes e Treinadas.

Médicos, enfermeiras, técnicos e outros engajados no cuidado aos clientes com sintomas de SIA precisam ter treinamentos e competências focadas para essa clientela.

É comum para os clínicos possuírem papéis administrativos relacionados a gerenciamento de uma UDT. Os clínicos com função administrativa podem precisar de treinamento e de competência adicional para atuar na UDT.

Nos EUA, para o médico que atua em UDT, é necessário que ele tenha pelo menos uma das seguintes especialidades Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina de Emergência ou Cardiologia. Para que se conquiste a certificação na UDT, é necessário que se tenha certeza de que o médico tenha mantido seu conhecimento-base em SIA, e para tanto, é imprescindível que ele tenha realizado um tempo mínimo de 10 horas de treinamento até 3 anos antes da certificação final.

Esse treinamento deve constar Fisiopatologia, Diagnóstico e Tratamento de SIA.

Segundo Joseph (2004) devido à escassez de enfermeiras no atual cenário do cuidado na saúde, é necessário que o processo de acreditação e a UDT estejam focados num modelo operacional que faça o certo para o cliente. Neste contexto, devemos estar atentos às competências e treinamento da equipe de enfermeiras que atua nesse cenário.

Existe uma tentação das instituições em se preencher vagas importantes com enfermeiras novatas ou através de agências de enfermagem (cooperativas).

Esta questão torna-se um ponto negativo a partir do momento que em um sistema de triagem de clientes no Departamento de Emergência e para triagem de clientes com sintomas de SIA, por exemplo, não existe lugar para uma enfermeira novata sem treinamento, sem supervisão e sem base de experiência. (KUCIA, TAYLOR e HOROWITZ, 2002)

Essas autoras referem ainda que, toda enfermeira que cuida de clientes com sintomas de SIA ou SIA diagnosticada ou indivíduos com baixo risco de SIA em qualquer momento do cuidado, necessita dos seguintes requisitos:

1. Possuir curso de Suporte Avançado de Vida atualizado
2. Competência de Enfermagem baseado em treinamento sobre as diferenças de sintomas de SIA entre idade e sexo, obtenção de ECG de 12 a 18 derivações, interpretação de segmento ST e onda-T, identificação de envolvimento de ventrículo direito, obtendo ECG de parede posterior (V7, V8 e V9).

Uma enfermeira treinada em cuidados na SIA pode reduzir o tempo de transferência dos clientes com SIA do Departamento de Emergência para a Unidade Coronariana, reduzindo o tempo de início do tratamento definitivo (administração de trombolíticos, nitratos, antiagregantes plaquetários e reperfusão por angioplastia). nessa clientela (KUCIA, TAYLOR e HOROWITZ, 2002).

O Treinamento e competência da enfermeira são essenciais para o sucesso da UDT. A instituição deve fornecer um treinamento anualmente que inclua: Fisiopatologia, Diagnóstico Precoce e Tratamento de SIA, baseados nos *guidelines* do ACC/AHA.

Elemento-chave 6: Estrutura Organizacional e Comprometimento.

Comprometimento Administrativo da Instituição - Os hospitais americanos funcionam como unidades de negócio, tendo os seus custos controlados pela administração. Sem uma alocação apropriada de recursos humanos e financeiros não existe UDT. Portanto, a administração do Hospital deve estabelecer um compromisso formal com a UDT, incluindo os 8 elementos-chave para que se dê o início ao processo de acreditação.

Elemento-chave 7: Orientação na melhoria contínua dos processos.

Estabelecer o diagnóstico correto para os clientes com dor torácica tem sido um dos maiores desafios enfrentados, não somente pelos médicos e pelos hospitais, mas também pelos responsáveis pelos custos, incluindo o governo, as seguradoras de saúde e as prestadoras de assistência médica. (BASSAN, 2002)

As metas para que se possa ter uma orientação contínua dos processos são:

- Aumentar a consciência das instituições sobre as melhorias científicas e SIA.
- Encorajar a aplicação de métodos de melhorias nos processos de cuidado relacionados à SIA, como por exemplo, mapeamento de processos.
- Considerar indicadores apropriados para todos os elementos-chave que podem ser usados por todas as UDTs acreditadas. Reconhecer que o cuidado da saúde atualmente está focado nos resultados, e para tanto é necessário definir indicadores capazes de mensurar esses resultados.

De acordo com PARKOSEWICH (2005), o instituto de medicina dos Estados Unidos (EUA) identificou falhas na qualidade dos cuidados da equipe de saúde, tais como a subutilização dos padrões mínimos apropriados exigidos, a superutilização dos padrões, gerando um cuidado e custo inapropriados e o uso errôneo dos padrões, causando negligência durante a performance dos profissionais e injúria verdadeira aos clientes atendidos (eventos sentinelas).

Atualmente, existe uma preocupação mundial para a qualidade no cuidado da saúde não estar somente focada nos eventos sentinelas.

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América chama a atenção para o sub-uso de *guidelines* direcionados ao gerenciamento dos pacientes com SIA e outras doenças. Desta forma, foi organizado e implementando a padronização de relatórios de indicadores de qualidades específicos das doenças.

Através de esforços legislativos os hospitais agora são responsabilizados pela segurança dos clientes e pela qualidade do cuidado ao relatarem eventos sentinelas e performance dos indicadores de qualidade. (PAKOSEWICH, 2005)

Uma UDT preocupada com a qualidade do cuidado deve ter uma busca contínua pelo processo de melhoria. No cuidado a SIA, os processos devem ser mapeados e mensurados através de um sistema de indicadores capazes de medir tanto o processo quanto o resultado, e podem incluir decisões, intervalos de chegada e outros critérios que possam surgir.

Muitos indicadores já existem em *guidelines* internacionais, e outros podem ser regionais ou institucionais. Uma instituição onde existe uma alta utilização de certo procedimento pode criar um indicador local para garantir o impacto de sua prática local nos seus resultados (Berwick, James e Coye, 2003).

Alguns exemplos de indicadores usados para avaliarem processos relacionados ao cuidado na SIA ou suspeita de SIA já formalizados no Manual de Acreditação das UDTs e incluem tempo de início dos sintomas e chegada para atendimento, tempo do primeiro ECG, hora da interpretação do ECG, tempo de fibrinolítico ou a primeira insuflação do balão no caso da angioplastia primária (Joseph, 2004).

Para Síndrome Isquêmica Aguda com Supra Desnível do Seguimento S-T é definido pela ACC/AHA 2007 os seguintes Indicadores de Qualidade do cuidado:

AAS na chegada = Porcentagem de clientes que recebem aspirina nas 24 horas antes ou após a chegada.

AAS na alta = Porcentagem de clientes que foi prescrita aspirina na alta.

Betabloqueador na chegada = porcentagem de clientes que recebem betabloqueador com 24 horas depois de chegada.

Betabloqueador na alta = porcentagem de clientes que foram prescritos betabloqueador na alta.

Inibidor da IECA / Betabloqueador de receptor angiotensina para fração de ejeção abaixo de 40% = porcentagem de clientes que foram prescritos IECA / Betabloqueador na alta.

Aconselhamento para cessação do fumo = porcentagem de clientes que usaram tabaco no ano anterior e que receberam aconselhamento para parar.

Intervenção Coronariana Percutânea dentro de 90 minutos = porcentagem de clientes com IAM com Supra ou Bloqueio de Ramo Esquerdo agudo que receberam a angioplastia com 90 minutos da chegada no Departamento de Emergência.

Tempo médio em minutos da Angioplastia = Tempo médio em minutos da chegada ao Departamento de Emergência para receber Angioplastia para IAM ou Bloqueio de Ramo Esquerdo agudo.

Agente trombolítico em 30 minutos = porcentagem de clientes com IAM ou Bloqueio de Ramo Esquerdo agudo que receberam agente trombolítico em 30 minutos da chegada ao Departamento de Emergência.

Mortalidade Hospitalar = porcentagem dos clientes que morreram durante a hospitalização.

Avaliação de LDL = porcentagem de clientes com LDL documentado ou plano para sua mensuração após a alta.

Teste de LDL em 24 horas da chegada = porcentagem de clientes testados para LDL dentro de 24 horas após a chegada.

Terapia de uso de Estatina na alta = porcentagem de clientes com LDL acima de 130 que receberam alta com prescrição de hipolipemiante.

Atualmente nos Estados Unidos, mais de 4.000 hospitais submetem voluntariamente os resultados para SIA, insuficiência cardíaca e pneumonia para a Aliança de Qualidade na Saúde. (PARKOSEWICH, 2005)

Elemento-chave 8: Orientação educacional à comunidade.

Os indivíduos antes de serem clientes são indivíduos convivendo em uma comunidade. A doença cardiovascular é a primeira causa de morte nos EUA e a forma mais comum de apresentação na SIA é falência cardíaca com perda de miocárdio. A saúde e o bem estar de nossas comunidades melhorarão se o diagnóstico de SIA for realizado precocemente e no estágio inicial da doença. A comunidade como um todo deve participar no processo do diagnóstico e tratamento precoce da SIA (GOODACRE et al, 2007).

De acordo com o Manual de Acreditação, a instituição tem o dever e responsabilidade de participar numa estratégia educacional voltada para a comunidade. Os melhores esforços da U.E e UDT podem ser em vão caso o indivíduo não reconheça os sintomas de SIA, ou não procure atendimento médico precocemente. (JOSEPH, 2004)

Esse autor refere ainda que a estratégia educacional na comunidade sobre os possíveis sinais e sintomas de SIA, pode ter muitas formas e ocorrer em vários fóruns. Um amplo material gratuito está disponível através do EHAC (Early Heart Attack Care = Reconhecimento Precoce dos Sinais e Sintomas de SIA). O processo de acreditação em UDT encoraja os programas de EHAC.

Os elementos-chave reforçam um ao outro. Dois deles se relacionam como o local e interação com a comunidade (Elementos-chave 1 e 8). Três deles focam especificamente no cuidado do cliente com SIA (Elementos-chave 1, 2 e 3). Quatro deles se relacionam com as áreas da organização que contribuem para uma

abordagem de sucesso no local da SIA, mas não são diretamente focados no cuidado específico desses clientes (Elementos-chave 4, 5, 6, e 7). E todos os elementos juntos formam a estrutura de acreditação e Gestão da Qualidade nas UDTs.

A partir dessas leituras, foram selecionados quatro indicadores de desempenho clínico e foram avaliados na UDT de uma clínica privada do Rio de Janeiro.

CAPÍTULO VI- Resultados - Avaliando a Sistematização do Cuidado na UDT.

6.1 Avaliação e Discussão dos Indicadores Seleccionados.

Foram mensurados 116 ECGs inicial, objetivando identificar o indicador de desempenho relacionado ao tempo do primeiro ECG no paciente com suspeita de SIA (1). Para identificação dos registros da estratégia educacional durante a permanência hospitalar (2), o aconselhamento para a cessação do fumo (3) e o tempo porta balão (4) avaliamos 211 prontuários que foram seleccionados a partir das fichas de plano de ação dos clientes em investigação diagnóstica para coronariopatia.

Foi realizada uma análise dos prontuários, a fim de identificar os registros dos indicadores 2, 3 e 4 pela equipe multiprofissional que atua com o cliente em investigação na Unidade de Dor Torácica.

Para Donabedian (2003), pode-se dizer que uma análise dos registros seja uma reflexão razoável na qualidade do cuidado, porque o registro é uma ferramenta necessária no cuidado à saúde. O prontuário é necessário para assegurar a continuidade e a coordenação durante a evolução da assistência. Ele também é necessário como um documento médico-legal quando a qualidade do cuidado for questionada em processos jurídicos, podendo culpar ou inocentar a responsabilidade por uma falha.

Para a avaliação dos prontuários foi necessário identificar e separar a ficha de plano de ação, a qual é um impresso que também é preenchido pela enfermeira no momento da admissão. Esta ficha registra de forma temporal, o que é realizado pela equipe multiprofissional durante o período de investigação diagnóstica, contemplando desde os exames realizados até os registros de orientação durante a permanência hospitalar.

Ela se parece com um check list e auxilia a equipe, norteando as ações que devem ser realizadas durante o período de investigação diagnóstica, sendo um instrumento muito importante na sistematização dos cuidados nesta clientela.

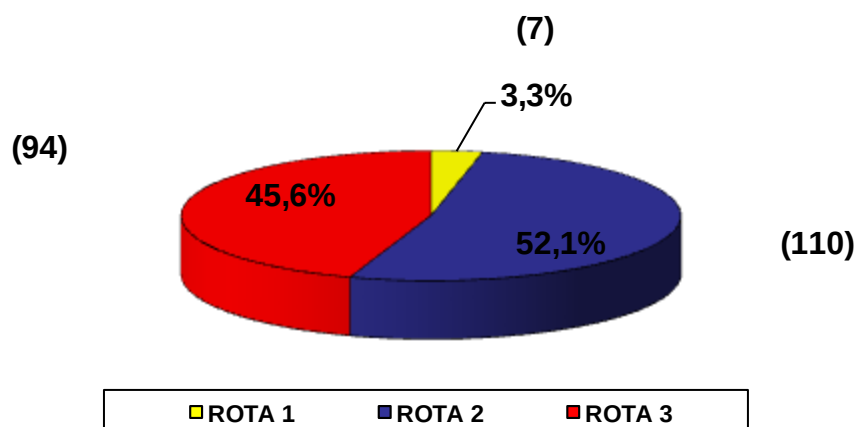
No que se refere ao caminho de investigação diagnóstica, 110 clientes foram alocados na Rota 2 (52,1%), 94 clientes na Rota 3 (44,5%) e 7 (3,3%) clientes foram alocados na rota 1, sendo sete elegíveis a estratégia de reperfusão da artéria coronária através de angioplastia.

A partir do protocolo institucional, a alocação do cliente em um desses caminhos de investigação é de acordo com o seu ECG inicial e com os sintomas e características de suspeição clínica para coronariopatia, de acordo com os critérios de Braunwald.

Desta forma, esses dados revelam que a maioria da população com dor torácica atendida na UDT possui características compatíveis com moderado a alto risco de evento coronariano, demonstrado no percentual dos indivíduos alocados na rota 2 e na rota 1.

O gráfico abaixo ilustra a distribuição dos clientes nas Rotas de investigação diagnóstica:

Gráfico I – Rota de investigação diagnóstica na UDT



Esses números vão ao encontro das características encontradas no perfil da clientela atendida na UDT.

Quanto às características dos 211 clientes alocados nas rotas, não houve diferença significativa entre os sexos, sendo 54,5% (115) para o sexo masculino e 45,5% (96) para o sexo feminino e a média de idade foi de 66,3 anos.

Quadro 2. Características da população de 211 pacientes atendidos na UDT.

CARACTERÍSTICAS	NÚMERO / MÉDIA	% dos 211 PACIENTES
Idade	66,3	
Sexo Feminino	96	45,5%
Sexo Masculino	115	54,5%
Hipertensão Arterial	115	54,5%
Diabete Melito	34	16,1%
Uso prévio de AAS	82	38,8%
Tabagismo	18	8,5%
Dislipidemia	67	31,7%
Obesidade	20	9,4%
Historia Familiar	36	17%
DAC prévia	97	46%
Sedentarismo	83	39,3%

Um número representativo de clientes (83) tinha mais de três fatores de risco, traduzindo 39,3% da população. Dentre os fatores de risco, foram encontrados 115 clientes com hipertensão arterial (54,5%), 36 (17%) clientes com história familiar de

coronariopatia, 67 clientes dislipidêmicos (31,7%), 34 clientes diabéticos (16,1%), 20 clientes obesos (9,4%), 18 clientes tabagistas (8,5%) e 83 clientes sedentários (39,3%), sendo este último o segundo de maior incidência na população estudada.

O número de indivíduos sedentários é extremamente relevante e preocupante quando entendemos que o sedentarismo é um fator de risco que independe do desenvolvimento de doenças cardiovasculares e tem sido identificado como um fator altamente predominante nas sociedades modernas.

Alguns estudos mostram uma relação inversa entre o nível de capacidade física e a morbidade e mortalidade cardiovascular, independente de outros fatores de risco associados (NOBRE E SERRANO, 2005).

Estes autores ainda referem que em razão de sua relação com a hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e diabetes tipo 2, além da morbi-mortalidade cardiovascular, o sedentarismo deve ser tratado como um problema de saúde pública.

Desta forma, a prática diária de atividade física, além de eliminar o sedentarismo, auxilia no controle dos principais fatores de risco cardiovasculares, devendo ser sempre recomendada pela equipe de saúde.

Em especial, a enfermeira desempenha um papel importante na equipe, podendo desenvolver uma estratégia educacional que contemple essas orientações, visto que é um profissional próximo ao cliente e muitas vezes, identificando os problemas de saúde na admissão durante a realização do histórico de enfermagem, tornando a UDT um cenário propício para a educação do cliente.

Um número considerável de clientes (97) apresentou história prévia de doença arterial coronariana e 84% (82) desta clientela utilizava AAS, representando uma forte adesão à terapêutica medicamentosa por parte do cliente coronariopata.

As características dos clientes atendidos nesta UDT demonstram que além de possuírem múltiplos fatores de risco, também apresentam doença arterial coronariana estabelecida, tornando-os mais complexos e vulneráveis ao desenvolvimento de um novo evento cardíaco.

Um protocolo de atendimento para o cliente com dor torácica na sala de emergência auxilia no diagnóstico correto, minimizando riscos e aumentando a segurança para o cliente, bem como a escolha e monitoração de indicadores capazes de mensurar o desempenho clínico, torna-se imprescindível, auxiliando não apenas no diagnóstico, como também na tomada de decisão e no melhor resultado para esta clientela.

Bassan (2002) colabora com este pensamento quando refere que o sucesso das UDTs está no uso de protocolos específicos, algoritmos sistematizados e fluxogramas de atendimento que facilitam a tomada de decisão, reduzindo o retardo intra-hospitalar para a identificação e tratamento do indivíduo com SIA.

Uma das características de uma UDT preocupada com a qualidade dos cuidados oferecidos é a identificação de clientes com baixo risco de SIA. (JOSEPH, 2004)

Trata-se de um grupo de clientes os quais são atendidos na UDT com sintomas de SIA, porém apresenta seu eletrocardiograma de admissão normal ou inespecífico, permanecendo no mesmo nível de risco para uma possível SIA. (JOSEPH, 2004)

Portanto, torna-se necessário que a UDT possua uma estratégia de educação informando a população sobre esses riscos, assumindo a responsabilidade para uma abordagem correta sobre o tempo de permanência hospitalar, observação de

clientes externos, protocolos de imagem, testes de marcadores enzimáticos e outros métodos apoiados pela literatura.

Precisamos considerar testes de estratificação de risco para a abordagem dessa população com sintomas de SIA, porém com baixo risco para doença, devendo a UDT criar um protocolo de forma organizada e sistemática para o teste de estresse. (CHRISTENSON et al, 2006)

A estratégia do diagnóstico não deve estar necessariamente direcionada à doença coronariana em si. Deve-se determinar se o cliente possui isquemia induzida pelo exercício (estresse). A ausência de isquemia induzida por estresse, os marcadores seriados de necrose miocárdica negativos e ECGs inalterados caracterizam o indivíduo como sendo de baixo risco. (STORROW E GIBLER, 2000)

Uma estratégia educacional durante o tempo de permanência hospitalar, informando aos clientes e familiares sobre os resultados dos exames e o que eles significam, também é de extrema importância durante o cuidado oferecido a esses clientes e a enfermeira é um profissional imprescindível no fornecimento dessas orientações, amenizando as dúvidas que emergem desta clientela.

O protocolo de atendimento da UDT estudada, inicia com a alocação do indivíduo nas rotas de investigação, levando-o a realizar dois ECGs e dois marcadores de necrose miocárdica seriados e se esses exames são negativos, o cliente é encaminhado ao teste de estresse miocárdio, antes da alta hospitalar.

A rota 1 traduz os indivíduos com IAM com supra ou bloqueio de ramo esquerdo no ECG. Esses clientes são encaminhados ao laboratório de hemodinâmica para abordagem da artéria coronária comprometida e posteriormente transferidos para a Unidade Coronariana para internação.

Os clientes alocados na rota 2 e 3 são os indivíduos com suspeita de SIA e permanecem na sala de emergência para investigação diagnóstica em um período de 14 horas em média para realização da investigação para coronariopatia.

Desta forma, vale apresentar como se comportou os caminhos de investigação diagnóstica na UDT estudada. A tabela a seguir traduz um panorama dos 211 clientes alocados nas rotas:

Quadro 3. Panorama da investigação diagnóstica dos clientes na UDT

Rota Alocada		Diagnóstico final		
		Angina instável	IAM não supra	Com rota -
Rota 1	7			
Rota 2	110	33	17	60
Rota 3	94	9	2	83
Total de pacientes	211			

Os dados revelam que dos indivíduos que cumpriram a investigação na rota dois, 30% teve seu diagnóstico final de angina instável e 15,4% de IAM não supra, e dos que foram alocados na rota 3, o diagnóstico de angina instável foi identificado em 9,5% dos clientes e dois clientes desenvolveram IAM não supra, caracterizando uma adequada alocação e manejo dessa clientela na UDT em questão.

O período que o indivíduo realiza dois eletrocardiogramas e dois marcadores de necrose miocárdica seriados, com um intervalo de 6 horas entre um e outro, iniciado na admissão, é entendido como a avaliação para SIA com o cliente em repouso.

Quando esses exames são negativos, a investigação avança e o cliente pode ser encaminhado a um método de estratificação para isquemia miocárdica, que é entendido como a avaliação de esforço.

Esses métodos podem variar de acordo com a indicação médica para cada pessoa e permite uma liberação hospitalar com maior segurança para o cliente. (JOSEPH, 2004)

A seguir os gráficos demonstram o perfil dos métodos de estratificação dos clientes em investigação diagnóstica na UDT, de acordo com a rota alocada.

Gráfico II - Método de estratificação nos clientes alocados na Rota 2.

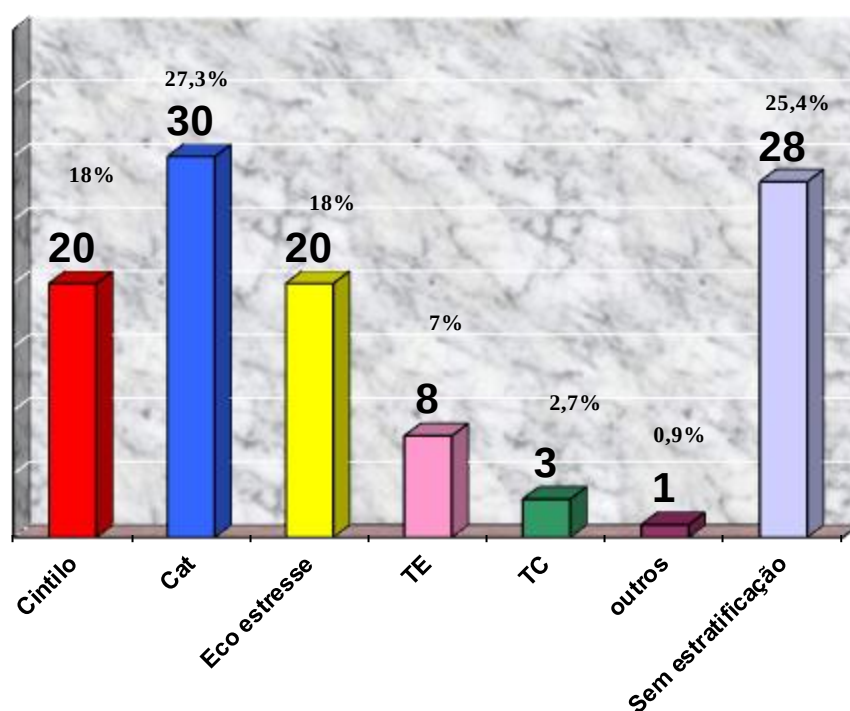
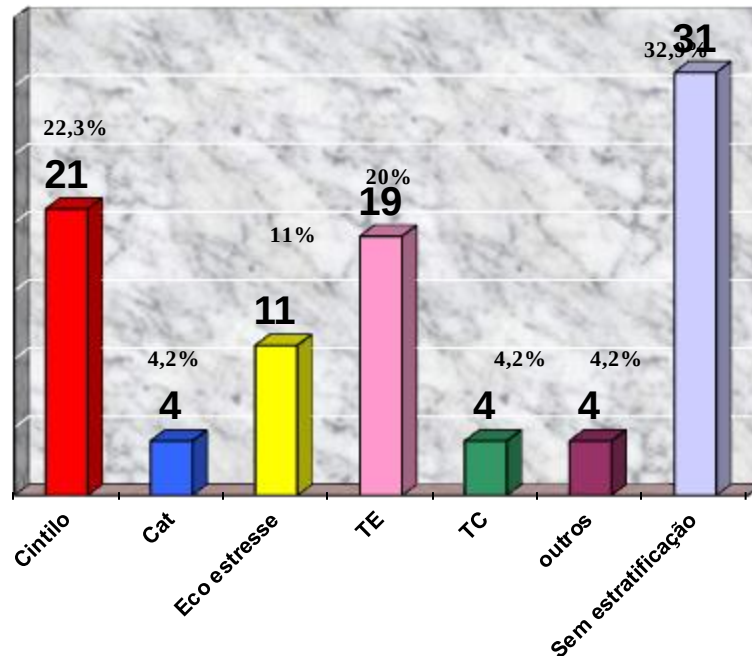


Gráfico III - Método de estratificação nos clientes alocados na Rota 3.



n = 94

Esses números revelam um percentual considerável de clientes que não realizam teste de estratificação antes da alta hospitalar, identificando a não realização em 25, 7% da clientela alocada na rota 2 e 32,9% nos indivíduos que seguem a rota 3.

Penso que esses dados podem traduzir a necessidade da inclusão de um follow-up dos indivíduos liberados sem estratificação, buscando re-internações pelo mesmo sintoma, desenvolvimento de um evento cardíaco e óbito, a fim de monitorar e avaliar mais profundamente a efetividade do protocolo do nosso atendimento.

Uma UDT deve ter uma busca contínua pelo processo de melhoria. No cuidado com os clientes com SIA, os processos devem ser mapeados e mensurados através de um sistema de indicadores capazes de medir tanto o processo quanto o resultado, e podem incluir decisões, intervalos de chegada e outros critérios que possam surgir.

O eletrocardiograma é o primeiro exame realizado no indivíduo que chega a sala de emergência com queixa de dor torácica.

É através dele que podemos identificar precocemente uma dor torácica de isquemia miocárdica elegível a estratégia de reperfusão da artéria coronária, seja por trombólise, seja por angioplastia, tornando a mensuração do seu tempo de realização e respectivo laudo um indicador imprescindível a ser avaliado na UDT.

Desta forma, elegemos o tempo de realização do primeiro ECG do cliente que procura atendimento na UDT com sintomas de SIA como o primeiro indicador de desempenho a ser avaliado. Foram avaliados 116 ECGs objetivando mensurar a mediana de tempo para a realização e respectivo laudo dos mesmos.

De acordo com os ensinamentos de Donabedian (2003), este indicador foi identificado nos aspectos de avaliação de desempenho na dimensão **resultado**, tendo seu atributo de qualidade em **efetividade**.

Ele refere ainda que a efetividade implica na comparação entre a performance real e a performance que a ciência e a tecnologia podem alcançar de forma ideal ou sob condições específicas.

Para mensuração do mesmo, foi solicitado ao serviço de engenharia clínica da instituição, que realizasse o sincronismo do relógio dos aparelhos de ECGs da sala de emergência com o relógio do sistema de solicitação de atendimento, localizado na recepção da unidade de Emergência. Esse sincronismo foi realizado antes do início da primeira avaliação, logo após a liberação do CEP, no 3º. e no 5º. mês, de acordo com o desenvolvimento da pesquisa.

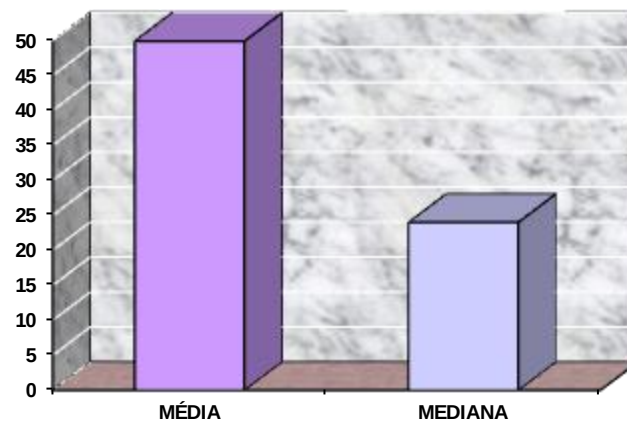
A avaliação dos 116 ECGs inicial foi realizada calculando a mediana de tempo entre a chegada do cliente na recepção da Unidade de Emergência e solicitação do atendimento, até a realização do primeiro ECG e seu respectivo laudo.

Cabe ressaltar que o laudo do ECG é dado simultaneamente com a realização do exame, uma vez que o primeiro ECG é feito pelo médico que está atendendo o cliente.

O gráfico abaixo representa a primeira avaliação e foi realizada em uma amostra de 19 ECGs.

Gráfico IV – 1ª avaliação do tempo de realização do primeiro ECG

Minutos



Nesta primeira avaliação foi observado que entre a solicitação de atendimento e a realização do exame gastou-se uma mediana de tempo de 22 minutos, sendo identificado um tempo mínimo de 3 minutos e um tempo extremo de 422 minutos.

De acordo com as recomendações dos *guidelines* e artigos estudados, todo cliente com SIA ou com suspeita de SIA deve realizar ECG e, idealmente, o ECG deve ser realizado em até 10 minutos da chegada para atendimento no hospital (classe I:b).

Os dados evidenciaram que apesar de termos um protocolo institucional de atendimento aos clientes com dor torácica, precisávamos realizar alguns ajustes no processo para que pudéssemos melhorar o tempo do ECG, principalmente nos momentos de maior demanda de atendimento.

No atual processo de atendimento a essa clientela, não há um processo de triagem estruturado. O primeiro contato do cliente quando chega para atendimento é através das recepcionistas da Unidade de Emergência. Os clientes são encaminhados por vez de chegada e por se tratar de uma Unidade de Emergência que possui uma média de 30 a 40 atendimentos nas 24 horas, o encaminhamento dos clientes pelas recepcionistas para a consulta médica é quase 100% imediato.

Porém nos momentos em que a alta demanda acontece, fica evidente o despreparo técnico e científico dessas profissionais para a realização de um processo de triagem mais sistematizado de classificação de prioridade para os atendimentos no Departamento de Emergência.

A triagem é um processo de estratificação e pode ser realizada pela enfermeira treinada e com as devidas competências, bem como o protocolo de triagem deve estar baseado em evidências científicas para SIA, influenciando na decisão de qual cliente realizará o ECG em 5 minutos ou não (JOSEPH, 2004).

KUCIA et al (2002) corrobora com este pensamento quando refere que a alocação de enfermeiras *sênior* treinadas em SIA nos Departamentos de Emergência, agiliza a transferência dos clientes, para o tratamento coronariano definitivo.

Acreditamos que o sistema de triagem realizado pelas enfermeiras, identificando a população que deverá ou não realizar o ECG no tempo estabelecido, seja a melhoria no processo de atendimento do cliente com queixa de dor torácica na sala de emergência.

O sucesso do cuidado do cliente com infarto agudo do miocárdio com supra desnível do segmento ST ou bloqueio de ramo esquerdo agudo é tempo dependente. O ideal é que este indivíduo receba o tratamento de reperfusão da

artéria coronária afetada através de angioplastia primária, em até 90 minutos da chegada ao hospital (ACC/AHA, 2007).

Associado a essa recomendação está o entendimento de que alguns pacientes com IAM com supra podem não apresentar sintomas associados característicos.

Em relação à relevância clínica do resultado, associado com a adesão deste indicador de performance, tem sido demonstrado que o ECG é o mais informativo para o diagnóstico inicial dos pacientes com dor torácica não traumática na sala de Emergência. (GLICKMAN,2008)

Desta forma, a preocupação com monitoração do tempo de realização do ECG e a sua otimização através de reajustes no processo, podem ajudar na melhoria da qualidade do cuidado oferecido e maior segurança para o cliente atendido com sintomas de SIA na Unidade de Emergência.

Utilizando o modelo do ciclo de monitoria da qualidade de Avedis Donabedian, essas evidências nos possibilitaram a realização de intervenções no processo, a fim de reduzir o tempo de realização do ECG inicial nesta clientela.

O modelo do ciclo de monitoração se traduz em: Obtenção de dados na performance, Análise do padrão, Interpretação (que significa hipótese de melhoria que pode explicar os padrões observados), Tomar precauções, correções ou promoções baseadas nas hipóteses causais que tenham sido atingidas e Obtenção de dados da performance subsequente para determinar as conseqüências das ações tomadas (reavaliar).

Foram realizadas 13 reuniões em serviço, nos períodos da manhã, tarde e noite, entre os meses de Junho e Julho de 2008, objetivando orientar o maior número de profissionais possíveis, alertando a equipe para os tempos recomendados pela

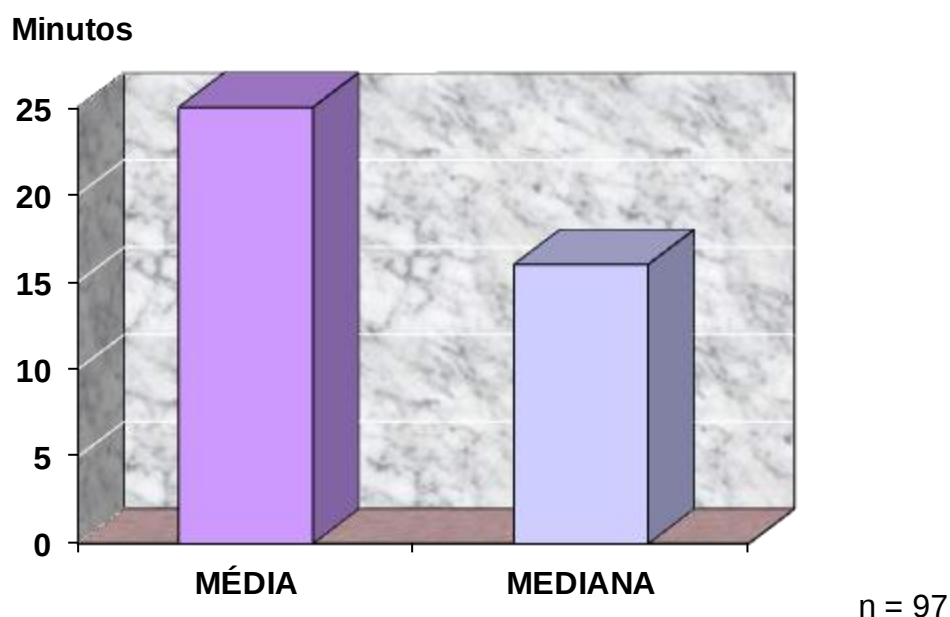
ACC/AHA e como o tempo do primeiro ECG pode impactar no resultado do cliente com suspeita de SIA.

As reuniões tiveram duração entre 20 a 35 minutos, de acordo com o entendimento e questionamentos da equipe. Participaram das reuniões médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e as recepcionistas.

Houve a participação de 85,4 % (53) da equipe multiprofissional. Foram excluído os funcionários de férias e licença médica durante o período, traduzindo uma boa adesão e participação do grupo.

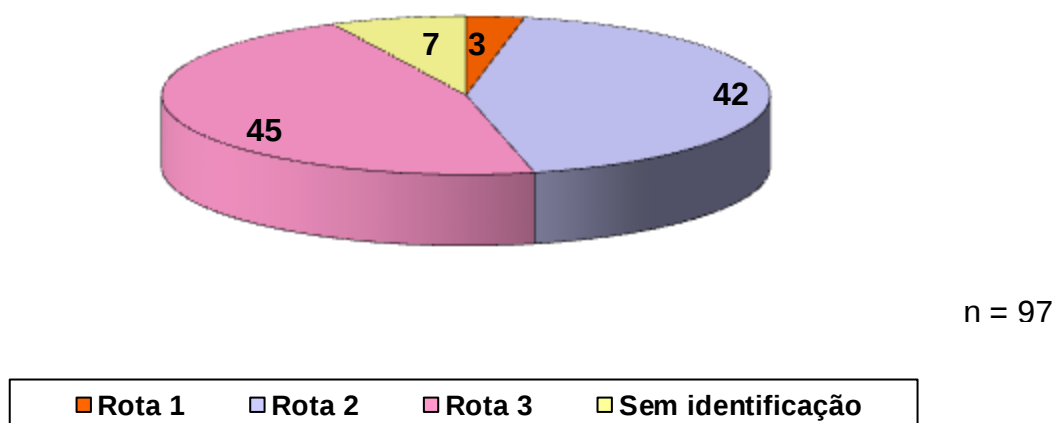
Esta intervenção nos permitiu observar na segunda avaliação, uma redução da mediana do tempo de realização do ECG para 16 minutos, representando uma diminuição do tempo em seis minutos e uma queda no tempo médio de 25 minutos, evidenciando como pequenos ajustes podem traduzir grandes melhorias. O gráfico V ilustra estes tempos:

Gráfico V - 2ª Avaliação do Tempo de realização do primeiro ECG.



Foram mensurados na segunda fase de avaliação 97 ECGs o gráfico VI representa a rota alocada após a realização do ECG inicial:

Gráfico VI - Alocação dos pacientes nas Rotas após o ECG inicial.

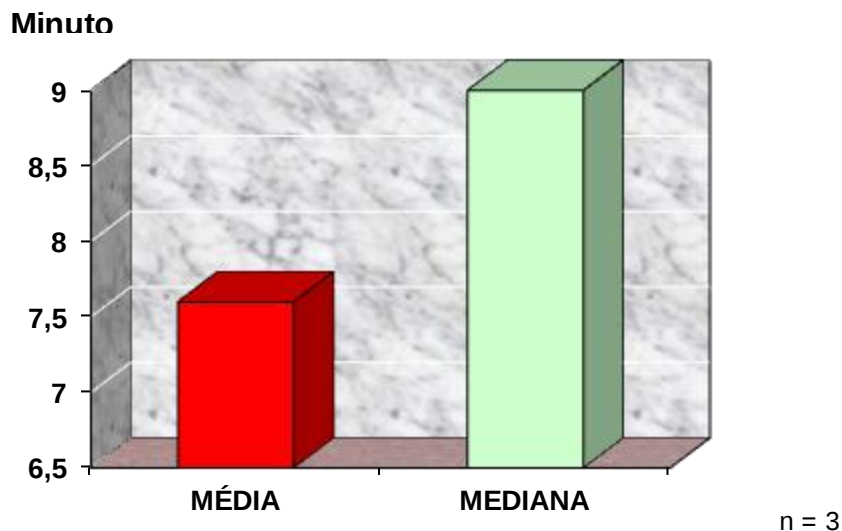


Foram identificados três pacientes com ECG inicial com diagnóstico de IAM com supra. Apesar do tempo da realização do primeiro ECG nas rotas ainda não esteja no tempo preconizado nos *guidelines*, observamos nesta clientela os menores tempos mensurados, se mostrando com uma mediana de tempo de nove minutos.

Torna-se fácil compreender esse tempo quando sabemos que os indivíduos que desenvolvem IAM com corrente de leão no ECG inicial, apresentam-se à sala de emergência com sintomas mais fortes, característicos de uma situação emergencial, o que parece ser melhor entendido pelas recepcionistas de plantão, priorizando essa clientela ao atendimento médico.

A seguir, o gráfico VII apresenta o tempo do primeiro ECG no IAM com supra.

Gráfico VII - Tempo de Realização do primeiro ECG no IAM com Supra.



Esses dados refletem uma melhoria dos resultados no atendimento do cliente com dor torácica neste cenário tão especializado. Porém acredito que a implementação de um processo de triagem estruturada realizada pela enfermeira, seja a intervenção que deva ser realizada futuramente na UDT estudada, para que se possa alcançar os tempos preconizados de 5 minutos para a realização do ECG e até 10 minutos com laudo médico.

O segundo indicador avaliado foi o percentual de pacientes que receberam orientações educacionais durante a permanência na UDT. Ele foi alocado no aspecto de avaliação de desempenho clínico dentro da dimensão de **processo** e teve a **efetividade** como o componente da qualidade mensurado.

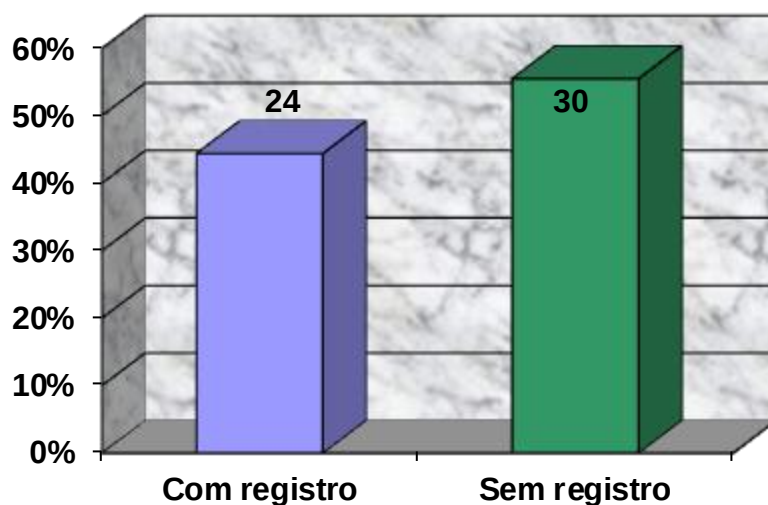
Donabedian (2003) refere que nós mensuramos a efetividade não pelo o que ocorreu, e sim pelo que esperamos que ocorra em uma amostra adequada de um tipo específico de cuidado. O importante é que a equipe de saúde forneça o cuidado

com os melhores resultados na média para aquele determinado tipo de caso, mesmo que aquele cliente específico não melhore, apresente complicações ou venha a falecer.

A estratégia educacional direcionada aos clientes durante a permanência na UDT foi observada como uma ação da equipe de saúde e a enfermeira é um importante interlocutor neste processo.

No primeiro momento foram avaliados 54 prontuários e 55,5% (30) não apresentavam o registro das orientações educacionais da equipe de saúde ao cliente em investigação diagnóstica na UDT, representado pelo gráfico a seguir:

Gráfico VIII: 1 º Avaliação sobre as orientações da equipe de saúde ao cliente em investigação diagnóstica na UDT.



Nesta primeira avaliação, realizada em 54 prontuários, observamos que apesar de já apresentarmos uma evolução no aspecto da qualidade dos registros médicos e de enfermagem, percebemos oportunidades de melhoria no que tange aos registros da orientação educacional ao cliente e família, ao preenchimento completo das fichas médicas de atendimento e, algumas vezes, o desfecho adequado da

investigação final do cliente na UDT, tanto pela equipe médica, como pela equipe de enfermeiros.

Desta forma, surge nova oportunidade de melhoria. Conseguir a adesão da equipe nos registros das orientações para o cliente em investigação na UDT, foi um novo desafio.

No que tange a enfermagem, a evolução do cuidado representa o quinto elemento do processo de enfermagem, sendo imprescindível para avaliação da assistência. Sem ele não sabemos como estamos e nem como podemos melhorar. Desta forma, intervir para que o melhor registro ocorra é de suma importância no aprimoramento do atendimento a esta clientela.

Um detalhe que não podemos excluir é que podem existir falhas de registros em relação às informações oferecidas aos clientes em investigação diagnóstica na UDT, levando uma não-notificação deste indicador em alguns prontuários e fichas específicas .

Donabedian (2003) corrobora com esta afirmativa quando relata que uma questão importante no que se refere à observação dos registros dos prontuários é que o conceito de qualidade pode ser empobrecido pela quase total exclusão dos registros de informações importantes nos aspectos da qualidade, por exemplo, a relação enfermeira-cliente ou em relação às preferências dos clientes em relação ao gerenciamento das estratégias do tratamento.

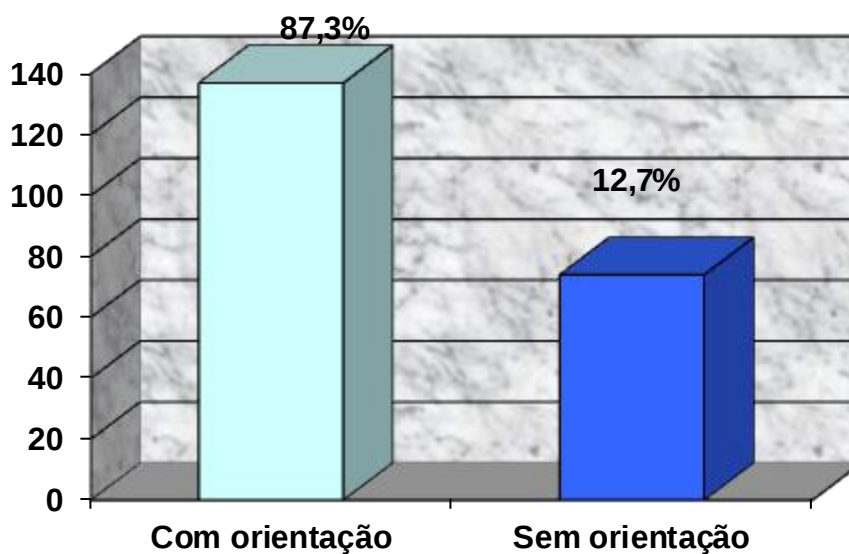
A solução para se melhorar os registros inconsistentes é estabelecer uma cultura focada na necessidade de um sistema de controle de qualidade. Também é possível comparar o que aparece nos registros com o que se aprende com outras fontes de informações (BERWICK, JAMES E COYE, 2003).

As lideranças possuem um papel importante na conscientização, avaliação e cobrança dos padrões estabelecidos, conduzindo a equipe multiprofissional na busca dos melhores resultados.

Como intervenção, foi conversada com a equipe de enfermeiros e médicos sobre a importância de um bom registro e o que um prontuário pobre de informações pode impactar: a sub-notificação de um cuidado bem realizado. Muitas vezes realizamos o cuidado em todas as suas dimensões, mas ao deixar de registrá-lo não deixamos evidências de que ele foi concluído.

No segundo momento foram avaliados 157 prontuários e foram observados 137 registros desse indicador nos prontuários e fichas selecionadas, demonstrando uma maior adesão ao indicador no 6º mês de avaliação, representado no gráfico abaixo:

Gráfico IX – 2ª Avaliação sobre as orientações da equipe de saúde ao cliente durante a investigação diagnóstica na UDT:



Os dados demonstram um ganho de 42,9%, traduzindo a melhoria ocorrida no processo após uma simples intervenção em que orientamos a equipe sobre a

importância das informações ao cliente durante o período de investigação diagnóstica, mostrando o aumento da adesão a esse indicador.

Esta assertiva vai ao encontro do que esta pesquisa pode observar.

No primeiro momento de avaliação do estudo, ocorrido no 1^o mês, observamos que (3) 6,6% dos clientes atendidos possuíam fator de risco tabagismo e não havia sido identificado nenhum registro de aconselhamento do fumo, nem tão pouco observado esta prática na atividade diária das enfermeiras.

Este foi o terceiro indicador selecionado e analisado na UDT e traduziu uma outra oportunidade de melhoria no processo de cuidado do cliente em investigação diagnóstica na UDT. Ele foi identificado no atributo da qualidade **eficácia** e teve como dimensão do desempenho avaliado o **resultado**.

Parkosewich (2005) chama a atenção para a avaliação da adesão clínica aos padrões de prática norteados pelo ACC/AHA para SIA e IAM com supra desnível do segmento ST, identificando a subutilização de intervenções conhecidas para diminuir a mortalidade, tais como: o uso de aspirina, beta-bloqueadores, aconselhamento para a cessação de fumo, tempo de reperfusão com trombolítico e intervenção coronariana percutânea.

Apesar da Instituição em questão possuir uma Clínica anti-tabágica, formada por uma equipe multiprofissional e funcional desde 2002, observávamos que a prática do aconselhamento para a cessação do fumo não estava presente na rotina das enfermeiras e nem da equipe de saúde que atua com essa clientela.

Parkosewich (2005) em seu estudo observou que a subutilização de terapias conhecidas, mesmo após intervenções de melhoria, permaneceu ainda um problema para 41% para a provisão de aconselhamento de cessação de fumo e 86% para o uso de aspirina. Porém, embora se tenha alcançado um nível moderado de adesão,

ganhos significantes foram atingidos na redução da mortalidade intra-hospitalar em 30 dias e em 1 ano, demonstrando que mesmo pequenos ganhos na performance podem traduzir efeitos significantes.

Este estudo também identificou cinco características comuns nos hospitais analisados, os quais alcançavam as melhores práticas, nomeando-os como fatores críticos de sucesso. Os fatores descritos foram um nível substancial de suporte administrativo, fortes líderes clínicos, alto grau de objetivos compartilhados, a utilização de dados fidedignos e o tipo de iniciativa na melhoria da qualidade.

Desta forma estava evidente que precisávamos incorporar na sistematização dos cuidados oferecidos ao cliente com SIA ou suspeita de SIA esta atividade, aumentando a adesão a esse padrão já estabelecido nos *guidelines*.

Paralelo a este entendimento, as leituras demonstraram que os líderes desempenham um importante papel para o melhor entendimento e adesão das melhores práticas estabelecidas nas diretrizes e consensos sobre SIA.

Os líderes clínicos fornecem um relacionamento formal com os esforços da melhoria da qualidade. O sucesso da liderança está no comprometimento com a sua responsabilidade. A credibilidade profissional, tanto na prática clínica como nos métodos de melhoria da qualidade, são necessários para a liderança manter o tempo certo para as mudanças, promover a confiança entre a equipe multidisciplinar, construir consensos que envolvam os objetivos definidos e assim, transformar a prática (BERWICK, JAMES E COYE, 2003).

Para Donabedian (2003), existem quatro elementos que compõem os reajustes em curto prazo e que podemos implementar para que a mudança ocorra:

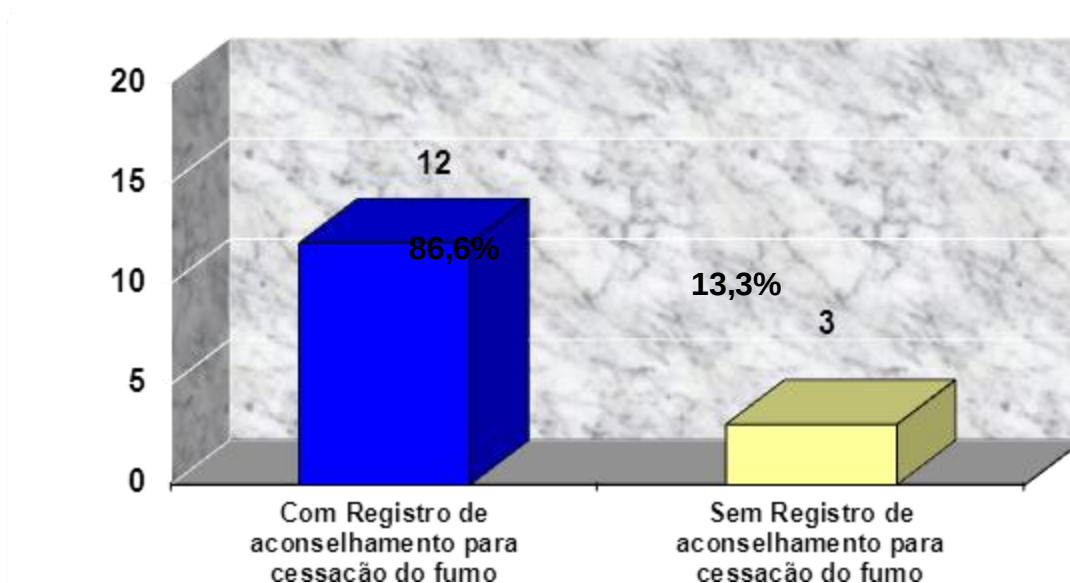
- ✓ Facilitação – Que é entendida como a identificação e remoção de obstáculos para o bom cuidado.

- ✓ Padronização – Que está relacionado a nortear e regularizar o processo clínico e administrativo do cuidado, através de fluxogramas, algoritmos, guidelines.
- ✓ Ponderação – relaciona-se à criação de mecanismos e procedimentos que possam ultrapassar obstáculos que não podem ser eliminados, como exemplo, se um médico não pode fornecer uma estratégia educacional para o cliente sobre natureza da doença, a enfermeira pode ser designado para tal.
- ✓ Intervenção direta – Está relacionada à identificação de um obstáculo para o bom cuidado e a imediata intervenção para que a melhoria ocorra.

Partindo deste entendimento e como se tratava de um indicador de forte evidência científica e de alto impacto no resultado do cliente com síndrome isquêmica aguda, possuindo direta relação com novos eventos cardiovasculares, essas questões nos possibilitaram realizar intervenções no processo. Nós incluímos no plano de ação os itens: FUMANTE ☐ Sim ☐ Não e aconselhamento para cessação do fumo ☐ Sim ☐ Não (ANEXO XI e XII), bem como reforçamos, durante os rounds e reuniões com a equipe, a orientação sobre a importância da adesão a este indicador.

Estas intervenções nos permitiram observar na segunda avaliação que 86,6% (12) dos clientes fumantes apresentaram em seu prontuário o registro da orientação quanto à cessão do fumo, permitindo um ganho de 86,6% de adesão deste indicador, corroborando que pequenas melhorias e ajustes no processo podem levar a excelentes resultados.

O gráfico X representa a segunda avaliação das orientações sobre o aconselhamento do fumo em clientes fumantes:



Parkosewich (2005) fundamenta a ação realizada quando refere que um sistema de sucesso utiliza processos múltiplos e redundantes desde a admissão até a alta para assegurar toda a oportunidade da equipe de saúde em fornecer o cuidado certo na hora certa. Por exemplo, o alcance de uma boa performance no aconselhamento da cessação do fumo pode ser facilitada ao implementar-se um sistema em que a enfermeira, no momento da admissão possa avaliar o uso de tabaco nos 12 meses anteriores e providenciar um método rápido para documentar o aconselhamento na cessação do fumo.

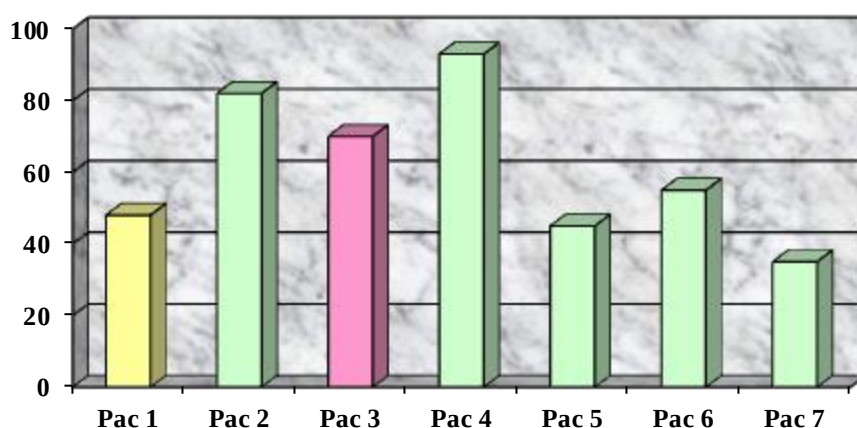
O quarto e último indicador avaliado foi o tempo porta-balão nos clientes atendidos na UDT elegíveis para reperfusão da artéria coronária através de angioplastia primária.

Este indicador foi alocado no aspecto de avaliação do desempenho na dimensão **resultado**, tendo o atributo **eficácia** da qualidade, definido por Donabedian.

Sete clientes foram identificados na Rota 1 (3,3%) e 100% dessa clientela apresentou o tempo porta-balão dentro dos critérios estabelecidos pela ACC/AHA 2007 e pelos serviços de Medicaid e Medicare, que preconiza um tempo em até 120 minutos para reperfusão mecânica, computado da chegada do cliente ao hospital até a primeira insuflação do balão na angioplastia, com demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico XI - Tempo porta balão em minutos dos clientes com IAM com supra atendidos na UDT.

Minutos



Esses dados sugerem o entendimento, engajamento e a preocupação da equipe de enfermagem e multiprofissional em oferecer o tratamento para essa clientela no menor tempo possível.

Ao finalizarmos as discussões sobre os resultados encontrados nesta pesquisa, consideramos que os métodos utilizados para mensurar a qualidade dos

processos incluem avaliação apropriada do cuidado e a adesão aos padrões da prática profissional.

O cuidado é considerado apropriado quando uma intervenção tem um benefício de saúde esperado e é maior do que o risco (PARKOSEWICH, 2005).

Entendemos que a adesão aos padrões é assegurada ao observar o processo do cuidado dado a uma determinada população selecionada e comparando este cuidado com uma lista de indicadores de qualidade aceitáveis.

Obter informações sobre o desempenho, interpretar essas informações e realizar as ações adequadas para reajustá-las, é para Donabedian (2003, p.xxvii), o que irá traduzir a obtenção do ajustamento do nível de qualidade desejável.

Acreditamos desta forma, ter conseguido alcançar os objetivos determinados para a construção e finalização desta pesquisa.

CAPÍTULO VII - Considerações finais

No atual cenário mundial, cresce a preocupação das instituições focadas na melhoria contínua da qualidade em monitorar indicadores capazes de traduzir a real performance da assistência prestada aos clientes com SIA. (PARKOSEWICH, 2005)

Para Donabedian (2003), o mais importante para os reajustes é incluir a reestruturação de incentivos para identificar e premiar uma boa performance, bem como identificar o que está abaixo do padrão e corrigir.

Ele refere ainda que, idealmente deve existir um elo entre a qualidade da performance e o progresso na carreira profissional, desde o operacional até o executivo. Os incentivos necessariamente não são somente econômicos. Os profissionais podem responder a outros incentivos tais como: hora vaga para estudo e pesquisa e elogio do líder. O gestor inteligente tentará entender o que cada profissional valoriza mais e desenhar o incentivo de acordo com a característica de cada um.

Nos Estados Unidos da América o pagamento por performance está ganhando força no meio da melhoria da qualidade do cuidado clínico.

Os centros para serviços de saúde Medicaid e Medicare vem expandido iniciativas de pagamento por performance para os hospitais que incorporarem indicadores de cuidado de emergência, incluindo indicadores para cuidado cardíaco. (GLICKIMAN et al, 2008)

Desta forma torna-se, evidente que precisamos estar atentos ao desempenho da assistência prestada ao cliente com dor torácica na sala de emergência, para que possamos identificar oportunidades de melhoria no processo do cuidado.

O presente estudo nos levou a refletir sobre muitos aspectos da sistematização do cuidado destinados a essa clientela.

A primeira delas foi de que urge a necessidade da intervenção do processo atual de acesso do cliente com dor torácica para atendimento e alocação nos caminhos de investigação diagnóstica na UDT.

Apesar de termos realizados a intervenção sobre a atenção aos tempos de realização do primeiro ECG, ainda nos carece um processo estruturado de triagem e que deve ser realizado pela enfermeira, como foi demonstrado em alguns estudos apresentados neste trabalho.

Mas esta mudança dever ser entendida, aceita e pactuada com o chefe médico da UDT, bem como compartilhada com o Diretor clínico e Comitê Executivo da instituição em questão.

A pesquisa demonstrou que precisamos incorporar o indicador do tempo do primeiro ECG do cliente com suspeita de SIA e realizar ajustes no processo sempre que houver necessidade, entendendo que as lideranças representam um importante papel na busca dos melhores resultados.

No aspecto da magnitude e da relação entre a performance e o resultado, foi demonstrado que as evidências disponíveis sugerem que o ECG é o mais informativo para o diagnóstico inicial nos pacientes com IAM com dor no peito não traumática. (GLICKMAN et al, 2008).

O diagnóstico do ECG no IAM com supra pode levar a terapia de reperfusão precoce e reduzir a mortalidade.

A magnitude da terapia de reperfusão nessa clientela é tempo-dependente do diagnóstico do ECG. Porém o tempo do ECG ainda é pouco relatado nas medidas

de iniciativas de relatórios de qualidade do cuidado na SIA nos Estados Unidos. (GLICKMAN et al, 2008)

Isto nos leva a concluir que ainda carece estudos sobre o real tempo de realização do ECG nos clientes com suspeita de SIA que procuram atendimento na sala de emergência, tornado os achados desta pesquisa bastante relevantes.

Outro aspecto interessante observado com o estudo foi o número de clientes que são liberados sem o método de estratificação, após a investigação em repouso. Os números encontrados sugerem que precisamos incorporar na sistematização dos cuidados na UDT, um programa de follow up para os clientes alocados principalmente na rota 2, que são liberados sem a realização do método de estratificação miocárdica.

A enfermeira que atua na UDT pode contribuir com este programa realizando um contato com o cliente após a liberação hospitalar, buscando história de re-internações pelo mesmo sintoma, história de eventos cardiovasculares e óbito.

Acreditamos que desta forma estaremos avaliando mais profundamente a eficácia e eficiência do protocolo de atendimento da UDT estudada e que futuras pesquisas poderão advir deste programa.

Em relação à educação do cliente na UDT, identificamos que pequenos ajustes realizados no processo podem traduzir grandes resultados. Esta afirmativa foi observada na intervenção feita no plano de ação direcionado a essa clientela, em que incluímos o aconselhamento do fumo para os indivíduos fumantes.

Com esta medida, obtivemos um ganho de 76,7% de adesão a este indicador de qualidade do cuidado de extremo impacto no resultado do cliente com SIA ou suspeita de SIA atendido na sala de emergência.

Outro detalhe observado na dimensão educação do cliente na UDT foi a incidência de indivíduos sedentários encontrados no perfil demográfico dos clientes alocados nas rotas de investigação, traduzindo outra oportunidade de melhoria no cuidado.

Através da atividade de educação em saúde, a enfermeira pode planejar gerenciar e coordenar o controle dos fatores de risco cardiovasculares.

Ela é a principal responsável pelas atividades de educação em saúde, coordenação e controle da assistência que visem a modificação do estilo de vida, adesão ao tratamento proposto e o auto cuidado adequado (STTIP et al,2008).

Para Donabedian (2003), uma intervenção em longo prazo pode ser entendida como a educação dos clientes e a sua participação mais efetiva no processo do cuidado, pois os clientes não são apenas receptores passivos do cuidado, e sim participantes ativos.

Assim, os clientes não ajudam apenas a si próprios como também aqueles que fornecem o cuidado. Portanto, deve-se promover uma estrutura para que se possa ouvir o cliente e intervir sempre que necessário.

Desta forma, torna-se evidente que incluir na estratégia educacional direcionada a esta clientela a orientação sobre a importância da atividade física e sua atuação na redução de outros fatores de risco, pode colaborar no melhor entendimento do cliente e auxiliá-lo em seu autocuidado.

Em relação à Sistematização da Assistência de enfermagem na UDT, observamos que precisamos incorporar na prática um elo das intervenções de enfermagem com os resultados esperados. Isto irá nos permitir uma melhor mensuração da assistência, focando em indicadores cada vez mais específicos do cuidado de enfermagem nesta clientela.

Outro aspecto identificado foi de que precisávamos rever e modificar a ficha de histórico de enfermagem, para que contemplasse as características da dor torácica no cliente com suspeita de SIA, bem como identificar aspectos mais subjetivos do cuidado (ANEXO IX). Este impresso já foi aprovado pela instituição e encontra-se em fase de confecção gráfica.

Este estudo também destacou a atividade gerencial da enfermeira que atua na UDT, demonstrando que ela é um membro imprescindível dentro deste cenário tão especializado.

Dentro do processo do cuidado ao cliente na UDT, ela é capaz de diagnosticar uma situação que apresente oportunidade de melhoria, intervir junto com a equipe de saúde para que ocorram os reajustes, monitorar e avaliar os resultados agregando valor a sistematização dos cuidados a essa clientela.

E para finalizarmos, aprendemos muito com os ensinamentos de Donabedian.

Aprendemos que uma instituição que assume responsabilidades para planejar, coordenar, dirigir e implementar esforços da monitoração como um todo, precisa ter na liderança da missão de monitoração alguém com conhecimento, experiência, que comande com respeito e que também entenda a missão e os métodos da certificação da qualidade na saúde.

Os líderes precisam possuir habilidades para analisar e interpretar os dados da qualidade, para desenhar e conduzir estudos freqüentemente necessários para identificação de falhas ou sucessos quando a ação corretiva é feita.

A conexão entre a educação continuada e a monitoração da qualidade merece atenção especial por que se acredita que a educação direcionada para reconhecer deficiências na performance, seja a forma mais fácil de implementar

melhorias no processo. As atividades de pesquisa podem emergir das necessidades levantadas pela gestão da qualidade do cuidado.

A pesquisa confirmou que monitoração da qualidade do cuidado permite auditar as causas das deficiências observadas e aplicar ações corretivas e posteriormente certificar se as ações implementadas tiveram sucesso, realizando plenamente o ciclo da monitoração da qualidade aprendido com os ensinamentos de Donabedian.

REFERÊNCIAS

AMERICAN NURSING ASSOCIATION (ANA). **Nursing Sensitive Quality Indicators for Acute Care Setting and ANA's Safety & Quality Initiative**; 2005. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/readroom/fssafe99.htm>. Acesso em: 01 dez. 2006.

AMOLD, J. GOODACRE, S., MARRIS, F., an behalf of the ESCAPE Research Team. **The Sctruture, Processes and Outcomes of Chest Pain Units Eestablished in the ESCAPE Trial.** *Emerg Med J* 2007; 24:462-6. <http://gateway.ut.ovid.com/gwl/ovidweb.cgi> acessado em 13 de Junho de 2007.

ANDRADE, K. B. **As necessidades não físicas do cliente em investigação diagnóstica na Unidade de Dor Torácica: Subsídios para cuidar na sala de emergência.** 2003, 88p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ANDRADE, K. B. Rotina de enfermagem quanto o protocolo de dor torácica in TIMERMAN, S. et al **Suporte Avançado de Vida em Emergências.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2000, p. 582 – 591.

BAHR R. Growth in Chest Pain Emergency Departamentos **Throughout** the United States: a cardiologist's Spin on Solving the heart attack **problem.** *Coron Artery Dis* n.6, p. 827-830, 1995.

BASSAN, R. **Síndrome Coronariana Aguda nas Unidades de Dor Torácica.** São Paulo: Atheneu, 2000.

BASSAN, R. Unidades de Dor Torácica. Uma forma de manejo de pacientes com dor torácica na sala de emergência. *Arq Brás Cardiol*, volume79 (n ° 2,196-2002,2002

BASSAN, R., PIMENTA, L., LEÃS, P. E., TIMERMAN, A. Sociedade Brasileira de Cardiologia I **Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência.** *Arq Brás Cardiol* 2002;79(supl II): 1.

BERWICK, D. M., JAMES, B. e COYE, M. J. **Connections Between Quality Measurement and Improvement.** *Medical Care*,2003. 41(suppl): I-30-I-38.

BITTAR, D. B., PEREIRA, L. V., LEMOS, R. A . **Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico: Proposta de Instrumento de Coleta de Dados;** 2006 Disponível em Texto e Contexto enfermagem, Florianópolis ,2006, acessado em 22 de Fevereiro de 2008.

BRAGA, C. G. e CRUZ, D. L.M. **A taxonomia II Proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA);** 2003 Disponível na Revista Latino Americana de Enfermagem 2003 março-abril;11(2):240-4. www.eerp.usp.br/rlaenf acessado em Março de 2008.

BORK, A T **Enfermagem de Excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.

CALIL, A . M., PARANHOS, W. Y. **Os Enfermeiras e as Situações de Emergência**. São Paulo : Atheneu, 2007.

CARPENITO, L. J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem** – 9º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CARVALHO, E. C., BACHION, M.M., DALRI, M. B. e JESUS, C. C. **Obstáculos para Implementação do Processo de Enfermagem no Brasil**; 2007 Disponível em Revista d e Enfermagem UFPE on line;1(1):95-99.

CHRISTENSON, J., INNES, G., MCKNIGHT, D., TOMPSON, C., et al. **A Clinical Prediction Rule for Early Discharge of Patients With Chest Pain**. *Annals of Emergency Medicine*, 2005 Disponível em www.elsevier.com/locate/ajem Acessado em 03 de Dezembro de 2007.

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos Básicos do Cuidar** : Um Desafio para a Qualidade de Assistência. São Paulo: Atheneu, 2000.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

CIANCIARULLO, T.I. et al. **Sáude, Desenvolvimento e Globalização: Um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2002.

D'INNOCENCENZO, M., FELDMAN, L. B., FAZENDA, N. R. R., HELITO, R. A., RUTHES, R. M. **Indicadores, auditorias , certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. São Pulo: Martinari, 2006.

DONABEDIAN, A . **The Quality of Care. How Can it be Assessed?** *Journal of the American Medical Association*, 260: 1743-1748,1988.

DONABEDIAN, A . **Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica**. Instituto Nacional de Salud Pública. México , 1990; 10:12.

DONABEDIAN, A . **Prioridades par el Progreso en la evaluacion y Monitoreo de la Calidad de la Atención**. Instituto Nacional de saúde Pública. Vol 35, pp: 94-97, México, 1993.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care** Oxford, 2003.

ESPORCATE, R., RANGEL, F. D., ROCHA, R.M. **Cardiologia intensiva – Bases práticas** Rio de Janeiro: Revinter , 2005.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde – Critérios de avaliações , procedimentos de controle , gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação** . São Paulo : Martinari , 2004.

FELDMAM, L. B. e CUNHA, I. K. **Identificação dos Critérios de Avaliação de Resultados do Serviço Enfermagem nos Programas de Acreditação Hospitalar**; 2006 Disponível em Ver. Latino Am. Enfermagem vol.14 no. 4 <http://www.sielo.br/sielo.php?script=sci-arttext&pid=S0104-111692006000400011> acessado em 10 de Janeiro de 2008.

FIGUEIREDO, R. M. , MASCARANHAS, S. H. NAPOLEÃO, A . A . e CAMARGO, A . B. **Caracterização da Produção Científica do Conhecimento sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil**; 2005. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp/ acessado em 13 de Dezembro de 2007.

FREIRE, S. M. e ALMEIDA, R. T. **Utilização do Processo de Enfermagem em Centros de Terapia Intensiva no Rio de Janeiro com Subsídio à Implantação de Prontuário Eletrônico**; 2003 Disponível em Online Brazilian Journal of Nursing vol.2, no. 3, December 2003 www.uff.br/nepae/objn203fulyfreirealmeida.htm acessado em 17 de Novembro de 2007.

GALDEANO, L. E. e ROSSI, L. A . **Construção e Avaliação de Instrumentos de Coleta de Dados par o período Per-operatório de Cirurgia Cardíaca**; 2002 Disponível em Ver.Latino-am. Enfermagemvol.10 no. 6 <http://www.sielo.br/sielo.php?pid=S0104-11692002000600008&script=sci-arttext> acessado em 13 de outubro de 2007.

GLICKMAN, S. W.,SCHULMAN, K., PETERSON, E. D.,HOCKER, M., CAIRNS , C.B. **Evidence-based Perspectives on Pay for Performance and Quality of Patient Care and Outcomes in Emergency Medicine** Annals of Emergency Medicine, volume 51. no.5: May 2008.

GOODACRE, S., DIXON, S., CROSS, E., ANGELINE, K., NICHOLL, J., AMAMOLD, J et al. **Randomised Controlled Trial and Economic Evaluation of a Chest Pain Observation Unit Compared with Routine Care**. *BMJ*2004; 328:254-7. Disponível em <http://gateway.ut.ovid.com/gwl/ovidweb.cgi> acessado em 13 de setembro de 2007.

GOODACRE, S., CROSS, E., LEWIS, C., NICHOLL, J., CAPEWELL, S. **Effectiveness and Safety of Chest Pain Assessment Prevent Emergency Admissions: ESCAPE Cluster Randomised Trial**; *BMJ*2007 Disponível em <http://gateway.ut.ovid.com/gwl/ovidweb.cgi> Acessado em 4 de Janeiro de 2008.

JAGMINAS, L. e PARTRIDGE, R. **A Comparasion of Emergency Departament versus Inhospital chest Pain Observation Units**; 2004 Disponível em The American Journal of Emergency Medicine. www.elsevier.com/locate/ajem acessado em 21 de Novembro de 2007.

JOHNSON, M. et al **Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem: Ligações entre NANDA, NOC e NIC** – Porto Alegre: Artmed, 2005.

JOHNSON, M., MAAS, M., MOORHEAD, s. **Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 2º ed – Porto Alegre: Artmed, 2004.

JOSEPH, A. **Acreditation of Chest Pain Centers**; 2004 Disponível em Critical Pathways of Cardiology <http://gateway.ut.ovid.com/gwl/ovidweb.cgi> acessado em 10 de Outubro de 2007.

KUCIA, A . M. et al **Can a Nurse Trained in Coronary Care Expedite Emergency Department Management of Patients With Acute Coronary Syndromes?**; 2002 Disponível em Heart e Lung vol. 30 no. 3 www.http://heartelung. Acessado em 20 de setembro de 2007.

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M.A. **Metodologia Científica** – 2º ed. São Paulo. Atlas, 1991.

LEITÃO, R.E. e KURCGANT, P. **Qualidade na Prática Gerencial da Enfermagem: As Duas Faces da Mesma Moeda** –Niterói: Intertexto, 2004.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e Método da Assistência de Enfermagem** –2º. ed. Florianópolis: Ed Soldasoft, 2006.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde** – Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, A . F. e KURCGANT, P. **Meanings of the Nursing Diagnosis Implementation Process for Nurses at a University Hospital**; 2006 Disponível Rev Latino-am. Enfermagem 2006 setembro-outubro;14(5):666-73 www.eerp.usp.br/rlae acessado em 24 de Setembro de 2007.

LIMA, G. B. **Implicações Ético- Legais no Exercício da Enfermagem** – 2º. ed. Rio de Janeiro: Mondrian, 2003.

LIMA, M. J. **Desafio de hoje: O desenvolvimento dos profissionais de enfermagem** – Década de trabalho com criatividade, sensibilidade e expressividade. In: Waldow, V. R. (Org.) **Marcos da Diversidade: Saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

LIMA, S. S. e ERDMANN, A . L. **A enfermagem no processo da Acreditação Hospitalar em um Serviço de Urgência e Emergência**; 2006 Disponível em Acta Paulista de Enfermagem;19(3):271-8. acessado em 15 de Junho de 2007.

LUNNEY, M. PARKER, L. FIORE, L. CAVENDISH, R. e PULCINI, J. **Feasibility of Studying the Effects of Using NANDA, NIC and NOC on Nurses Power and Children's Outcomes**; 2004 Disponível em CIN: Computers, Informatics, Nursing vol.22, no. 6,316-315.

MARQUIS, B. L. e HUSTON, R.G. **Administração e Liderança em enfermagem: Teoria e Prática** – 4º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

McCLOSKEY, J.C. E BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 3º ed – Porto Alegre: Artmed, 2004.

MELO, E. P. ,CAERVALHO, M. S. e TRAVASSOS, C. **Distribuição Espacial da Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil**;2006 Disponível em Caderno Saúde Pública, 22(6;1225-1236,jun,2006. Acessado em 20 de Novembro de 2007.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social** : teoria, método e criatividade. 9^a ed. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

NANDA – **Diagnósticos de Enfermagem: Definições e Classificações – 2003-2004 / Organizado por North American Nursing Association** – Porto Alegre: Artmed, 2005.

NICOLAU, J.C., TIMERMAN, A . , PIEGAS, L. S., MARIN-NETO, J.A . e RASSI, A . Jr. **Guidelines for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction of the Brazilian Society of Cardiology** (II Edition,2007.Arq Bras Cardiol 2007; 89(4): e89-e131.

NOBRE, F., SERRANO JR, C. **Tratado de cardiologia da SOESP** Barueri, São Paulo: monole, 2005.

NOBREGA, C. **A ciência da Gestão-Marketing, Inovação, estratégia: Um físico explica gestão- A maior Inovação do século XX – como uma ciência.** Rio de Janeiro: editora Senac Rio, 2004.

PARKOSEWICH, J. FUNK, M. BRADLEY, E. H. **Applying Five Key Success Factors to Optimize the Quality of Care for Patients Hospitalized with Coronary Artery Disease**, 2005 Disponível em www.lejacq.com acessado em 15 de Agosto de 2007.

POLIT, D.F. HUNGLER, P. BECK , C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem _ Métodos , avaliação e utilização.** 5^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P. A . e PERRY, A . G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática Clínica e Hospitalar** – 3^a. ed.São Paulo: Santos, 2002.

SILVA, V. M.,OLIVEIRA, T. C., DAMASCENO, M. C. **Linguagens da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Dissertações e Teses dos Catálogos de Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem. Estudo Bibliográfico.** online Braz nurs abr.2006,Disponível na world wide web: <http://www.portalbvsenf.eep.usp.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1676-42852006000200021&ing=pt&nrm=iso>iss1676-4285> acessado em 10 de Fevereiro de 2008.

SOUZA, F. L. S. **Indicadores da qualidade em Enfermagem na Síndrome Coronariana Aguda** Orientador Marlucci Andrade da Conceição Stipp. Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2006, 105p. (dissertação de mestrado).

ST- Elevation Myocardial Infarction: 2007 Focused Update of the ACC/AHA Guidelines for the management of patients with JAM coll cardiol, 2008; 51:210-

247 doi: 10.106/j.jacc.2007.10.001; Disponível em
<http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/j.jacc>. Acessado em 13 de Janeiro de 2008.

STORROW, A . B., GIBLER, W. B. **Chest Pain Centers: Diagnosis of Acute Coronary Syndromes** Annals of emergency medicine,35:5 May 2002.

STTIP. M. A et al **Doença cardiovascular e seus Fatores de Risco- Uma análise sobre o tema** online Braz nurs,Janeiro,2008.

TAIT, A . R. **Clinical Goverance in Primary Care: a Literature Review**; 2004 Disponível em Jounal of Clinical Nursing, 13, 723-730.

TANNURE, M.C. e GOLÇALVES, A . P. **SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático** – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TINOCO, E. M. **Emergências Clínico-Cardiológicas: 40 anos de Experiência do Hospital Pró-Cardíaco**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

Unstable Angina / Non ST- Elevation Myocardial Infarction: ACC/AHA2007 Guidelines for the managememt of patients withJAM coll cardiol 2007;50: e 1-157.Disponível em <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/j.jacc>. Acessado em 13 de Janeiro de 2008.

VIGO, K. O ., PACE, A . E. e SANTOS, C. B. **Análise retrospectiva dos Registros de Enfermagem em uma Unidade Especializada**; 2003 Disponível em VER Latino-em enfermagem 2003 março-abril:11(2):184-91 www.eerp.usp.br/elaenf acessado em 02 de Março de 2008.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: O cuidado necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra, 2001.

WALDOW, V. R. LOPES, M. J. MEYER, D. E. **Maneiras de Cuidar Maneiras de Ensinar. A enfermagem e a Prática profissional** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

YIN, R.K. **Estudo de Caso:planejamento e métodos** – 3ª. ed – Porto Alegre: Bookman, 2005.



ANEXO I

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

NOME					OBSERVAÇÕES
DIAGNÓSTICO					
DATA DE NASCIMENTO	PESO	ALTURA	SC	LEITO	
MÉDICO ASSISTENTE			TELEFONE		
PRONTUÁRIO	INTERNAÇÃO / DATA		SETOR		

NOME DO RESPONSÁVEL	TELEFONE
---------------------	----------

INFORMAÇÕES GERAIS

JÁ ESTEVE INTERNADO ALGUMA VEZ?	☐ SIM ☐ NÃO	DATA DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO
PORQUE		
JÁ FEZ OUTRAS CIRURGIAS?	☐ SIM ☐ NÃO	QUAL(IS)?
USOU ANESTÉSICOS CIRURGICOS?	☐ SIM ☐ NÃO	QUAL(IS)?
TEM ALGUMA ALERGIA?	☐ SIM ☐ NÃO	QUAL(IS)?
ALIMENTOS		
MEDICAMENTOS		
OUTROS		
CARDIOPATIAS?	☐ SIM ☐ NÃO	QUAL(IS)?
HIPERTENSÃO?	☐ SIM ☐ NÃO	QUAL A SUA PA NORMAL?
DIABETES?	☐ SIM ☐ NÃO	DESDE QUANDO?
HEPATITE?	☐ SIM ☐ NÃO	TIPO DATA APROXIMADA
NÍVEL DE COLESTEROL		JÁ FEZ TRANFUSÃO SANGÜÍNEA? ☐ SIM ☐ NÃO
FAZ USO DE MEDICAMENTOS?	☐ SIM ☐ NÃO	COM RECEITA MÉDICA? ☐ SIM ☐ NÃO

NOME	DOSE	OBSERVAÇÃO CASO A RESPOSTA ACIMA SEJA "NÃO", ALERTAR O PACIENTE PARA O RISCO DA AUTO-MEDICAÇÃO.

COAGULOPATIA?	☐ SIM ☐ NÃO
---------------	---

PARTICULARIDADES QUANTO A:

ALIMENTAÇÃO

SONO

INGESTÃO DE ÁLCOOL

ELIMINAÇÕES

TABAGISMO

PRESENÇA DE PRÓTESE?	☐ SIM ☐ NÃO	DESCREVER
ATIVIDADE FÍSICA?	☐ SIM ☐ NÃO	QUAL?

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS

PULSO _____ FREQÜÊNCIA _____ ☐ RÍTMICO ☐ ARRÍTMICO ☐ CHEIO ☐ FILIFORME

PA _____ ☐ TEMPERATURA _____

RESPIRAÇÃO FREQUÊNCIA _____

☐ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ SUPERFICIAL ☐ PROFUNDA ☐ ABDOMINAL ☐ TÓRACO-ABDOMINAL

ESTADO GERAL	
--------------	--

☐ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ PROSTRADO ☐ ATIVO ☐ ORIENTADO

☐ CONFUSO ☐ CORADO ☐ DESCORADO ☐ HIDRATADO ☐ DESIDRATADO

SEGMENTOS	
-----------	--

CABEÇA E PESCOÇO _____

TÓRAX _____

ABDOMEN _____

GENITAIS _____

MMSS E MMII _____

OUTRAS INFORMAÇÕES (SINAIS E SINTOMAS)
--

OBSERVAÇÕES	
-------------	--

ENFERMEIRO(A)	COREN
---------------	-------

ASSINATURA _____

Plano de Ação na Síndrome Isquêmica Aguda com Supra - Rota 1 **ANEXOII**

Alta data ____/____/____ Hora : _____h

Unidade alocada	Sala de Emergência	L.I.C.V.	Unidade Coronariana	UCOR / Leito	UCOR / Quarto	UCOR/ Quarto	UCOR/Quarto
Hora dia	0 a 30 minutos	30 minutos a 2ª hora	2ª hora a 24ª hora	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia
Avaliação	Realizar Anamnese Avaliar características da dor torácica: início do sintoma, duração, intensidade localização e irradiação	Estratégia educacional / informações ao cliente sobre o procedimento/ TCLE	Realizar ECG de 12 derivações (avaliar derivações adicionais)	SAE Verificar sinais vitais a cada 4 h	SAE Verificar SV e PA 6/6h	Idem ao 3º dia	SAE Avaliar necessidade de ECG
	Intervenções de Enfermagem	Realizar ECG de 18 derivações	Manter M.C.C. / Pulso oximetria	Manter MCC	Verificar PA horária		Realizar exame físico geral e direcionado
		Avaliar necessidade de novo acesso vascular se GPII b/ IIIa	Manter pulso oximetria Manter elevação máxima da cabeça a 30º	Monitor cardíaco contínuo	Atentar p/ sinais de angina, dispnéia, tonturas, sinais de baixo débito e arritmias		
Instalar: Monitor cardíaco contínuo (MCC) Oxigenioterapia sob macronebulização à 5l/min – manter SPO2 > 90% Pulso oximetria contínua		Realizar degermação e antisepsia no local de acesso	Avaliar recorrência da dor torácica; e anormalidades do ritmo cardíaco Avaliar estado geral e Instalar imobilizador no membro relacionado ao procedimento	Realizar ECG de 12 derivações	Realizar ECG de 12 derivações		Estimular a deambulação assistida
Puncionar acesso vascular periférico em MSE		Manter macro / a 5L / min. Se SPO2 < 92%	Verificar sinais vitais horário Realiar Sistematização de Enfermagem Eletrônica (SAE)	Fazer e registrar exame físico geral e direcionado	Considerar suspensão de acesso vascular periférico		Promover estratégia educacional na alta: adesão a terapêutica e auto cuidado.
Verificar sinais vitais a cada 15 minutos		Manter sinais vitais online – registrando a cada 15'	Manter oxigenioterapia e avaliar suspensão após a 6ª hora	Promover higiene corporal	Implementar estratégia de mobilização precoce: estímulo a higiene corporal de aspersão deambulação sendo assistida e sentar fora do leito		Questionário de satisfação
Manter dieta zero			Atentar p/ possíveis eventos adversos à terapêutica medicamentosa: cefaléia, hipotensão, bradicardia, sangramento Avaliar liberação da dieta Observar e registrar aceitação da dieta Promover higiene corporal no leito, se necessário Orientar cliente/família sobre rotina da Unidade	Observar e registrar função intestinal Até a suspensão da anticoagulação plena Realizar curativo semi-compressivo			
			Verificar pulso / + temperatura / coloração no membro utilizado no exame	Manter infusão venosa de fluido Dosar TCA e obedecer ao protocolo de retirada do introdutor			
	Estratégia educacional: orientação cliente/família sobre a doença e provável realização de procedimentos Providenciar transferência/LINCV Vide sistematização de ATC	Preparar p/ transf. UCOR/Centro Cirúrgico Hora da punção: _____	Registrar ritmo e frequência cardíaca Repouso absoluto no leito Inspeccionar o membro relacionado ao exame quanto: coloração, sangramento temperatura e perfusão tecidual	Orientar sobre fatores de risco e hábitos de vida saudável! Aconselhamento para cessação do fumo			
Operacionalização do plano terapêutico	Considerar estratégia de reperfusão miocárdica: trombólise farmacológica / intervenção mecânica por angioplastia AAS B bloqueador Nitroglicerina IV (sedar) Hemograma CR, UR, Na, K+, Glicose, PCRt MNN PTT D dímero e BNP						



PLANO DE AÇÃO NA DOR TORÁCICA – ROTA 2/3

Tempo esperado de permanência: até 16h

Data e Hora da alta: ____/____/____ : ____h

ANEXO III

Admissão			1 h	2 h a 3 h	5ª h	6ª h	7ª h	12 h a	< 17 h				
Avaliação	✓ ECG, anamnese		Checar resultados MNM			CK massa Trop I ECG	____:____h ✓ Rever resultados MNM ✓ Avaliar possibilidades de outras causas de dor torácica de alto risco de vida: TEP / Dissecção aórtica / pericardite / pancreatite / colescistite ✓ Definir método de estratificação	☐ Positivo ☐ Negativo	Internação/ Alta Hospitalar Tomada de Decisão				
Laboratório	✓ CK- massa / Trop I ✓ LDL-COL total ✓ Glicose ____:____h ✓ Hemograma ✓ PTT / INR ✓ Creatinina ✓ PQTS												
Testes Complementares	✓ RX de tórax ✓ Avaliar necessidade de Ecocardiograma ✓ Avaliar necessidade de USA	Checar RX de tórax									Cintilografia Miocárdica/ Eco estresse Teste ergométrico / Angio TC tórax / RM Cardíaca		
Tratamento	✓ AAS – 200mg / Isordil SL / NTG IV ✓ BB oral ou IV (alto risco) ✓ Heparina SC ou IV (alto risco) ✓ Ringer 3 (rota 3 a critério médico)												
Nutrição	Dieta zero											Liberar desjejum	<u>Orientação</u> Dietética / colesterol / obesidade / diabetes
Intervenções de Enfermagem	✓ Realizar SAE eletrônica ✓ Repouso no leito ✓ PA / SAT O ₂ / ECG ✓ Acesso venoso / Ringer 3 ✓ O ₂ 3l/min ✓ Monitor cardíaco ✓ Avaliar fatores de riscos modificáveis ✓ Adesão ao tratamento (HAS, diabetes, colesterol) ✓ Aconselhamento para cessação do fumo.	Monitor ECG Reavaliar PA/FC / SAT O ₂						Monitor ECG PA / FC SAT O ₂	Monitor ECG PA / FC SAT O ₂			Monitor ECG PA / FC SAT O ₂	☐ Alta com orientação Médica e de enfermagem ☐ Questionário de satisfação
								Iniciar após estabilização do quadro clínico					

Tratamento farmacológico com AAS + Isordil SOS exceto na presença de história de DAC documentada.
Obs: ECG normal + dor típica e refratária ao Isordil SL sem história prévia de DAC ▶ buscar novos diagnósticos

Caso positividade achados ECG / marcadores de necrose miocárdica / retorno da dor – Transferir para Unidade Coronária

ETIQUETA

TIPOS DE DOR

Dor Torácica A: Definitivamente anginosa

Dor Torácica B: Provavelmente anginosa

Dor Torácica C: Provavelmente não anginosa

**Dor sugestiva de
Síndrome Coronariana Aguda**

+

**História prévia
Fatores de Risco
Sintomas associados
Equivalente anginoso
Eletrocardiograma**

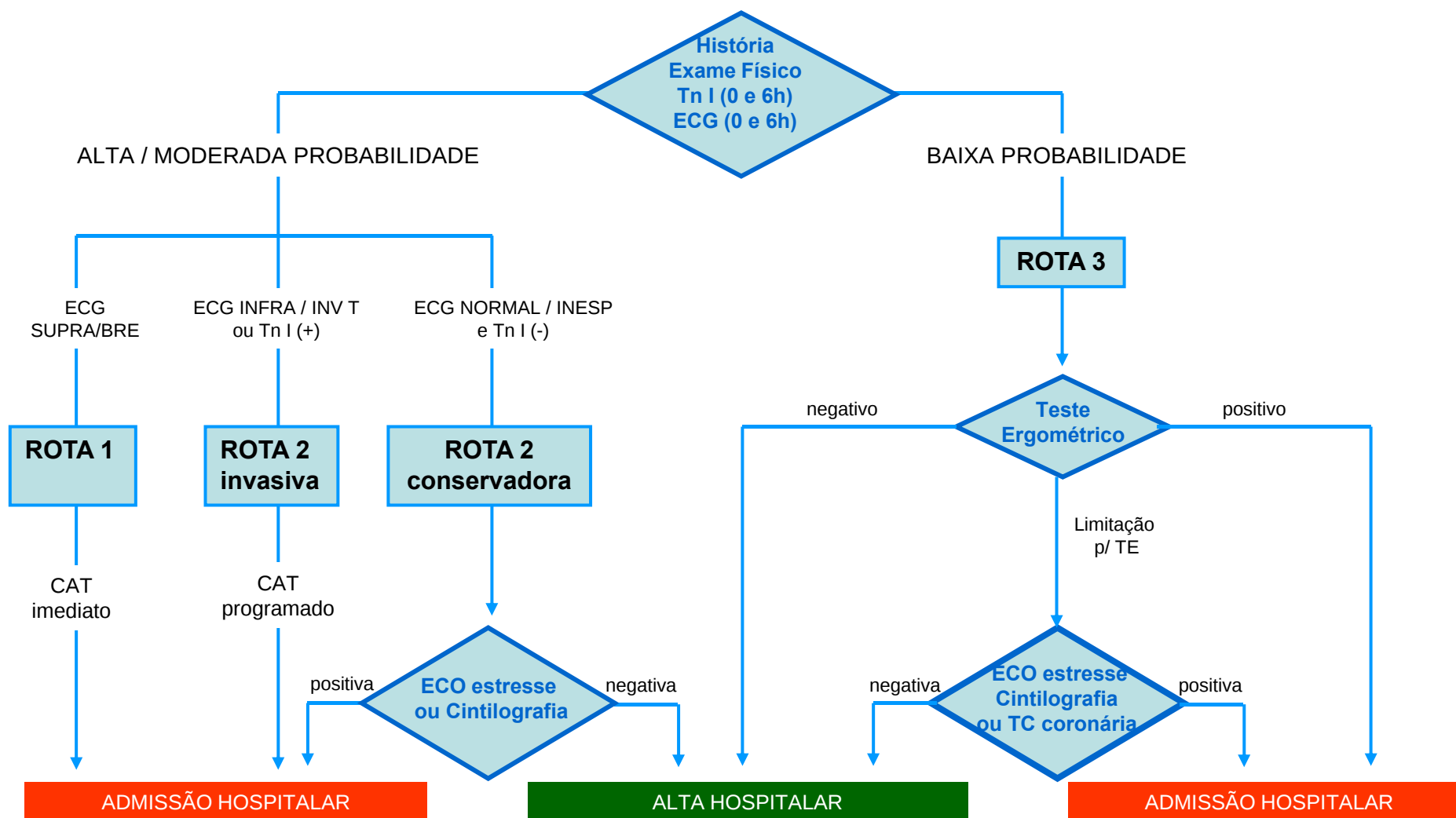


SUSPEITA CLÍNICA

PROBABILIDADE DE SCA EM PACIENTES COM DAC

	ALTA (presença de pelo menos 1 indicador)	MODERADA (ausência de indicador de alta e pelo menos 1 indicador de moderada probabilidade)	BAIXA (ausência de indicador de alta ou moderada probabilidade)
História	• Dor Definitivamente anginosa • DAC documentada	• Dor provavelmente anginosa • Diabetes Mellitus • Idade ≥ 70 anos	• Dor provavelmente não anginosa • Uso recente de cocaína
Exame Físico	• Insuficiência mitral, IVE ou hipotensão arterial	• Doença vascular extracardíaca	• Desconforto torácico reproduzido pela palpação
ECG	• Infradesnível ST (≥ 1 mm) ou inversão T em derivações correlatas	• Infradesnível ST (0,5 - 1 mm) ou inversão T (≥ 1 mm)	• Normal/inespecífico ou Inversão T (<1 mm)
MNM	• Elevação de Tn I	• Normais	• Normais

SUSPEITA CLÍNICA DE SCA



ANEXO VI

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO

Data da Aprovação: 12/3/2008

Título do Protocolo: **Indicadores da qualidade da assistência de enfermagem na Unidade de Dor Torácica**

Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Pró-Cardíaco

Rua Dona Mariana, 219
22280-000 - Botafogo
Rio de Janeiro
Tel: (21) 2131-1584
Fax: (21) 2131-1523

cep@procardiaco.com.br

Nome do investigador principal: **Enfª Karla Biancha S. de Andrade**

Local de condução do estudo: **Hospital Pró-Cardíaco - Unidade de Emergência
Rua General Polidoro, 192
Rio de Janeiro, RJ • CEP: 22280-020**

Registro nº

246

O COMITÊ DE ÉTICA

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pró-Cardíaco avaliou os documentos relacionados abaixo e aprovou-os constando em ata.

1. Projeto de pesquisa: **Indicadores da qualidade da assistência de enfermagem na Unidade de Dor Torácica** com versão de janeiro/2008.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Conforme discutido em reunião, este Comitê abstém o pesquisador principal da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois este não julgou necessário, tratando-se de uma pesquisa que não envolve risco.

Solicitamos a elaboração de um termo de compromisso para utilização de informações clínicas.

Situação do projeto: **APROVADO**



Dr. Alfredo Potsch

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO VII

Requerimento

Eu, Karla Biancha Silva de Andrade, portadora da carteira de identidade n º 07742644 –3 IFP, residente e domiciliada na Av. Drº Geraldo de Mello Ourívio, 1153, Bl C, Apto 308 – Cambinhas - Niterói, aluna do Curso de Doutorado da Escola de enfermagem ANNA NERY, venho solicitar ao Comitê de Ética e Pesquisa desta Instituição a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **“ Indicadores de Qualidade da Sistematização da Assistência na Unidade de Dor Torácica: Resultados gerenciados pela enfermeira”**, no período de Janeiro/2008 a Dezembro/2008. Para tanto necessitarei realizar uma observação participante junto a equipe de enfermagem que atua na sala de emergência e realizar análise dos prontuários dos clientes investigação diagnóstica na UDT.

Para maiores esclarecimentos sobre o objeto, os objetivos e questões metodológicas, bem como o roteiro da entrevista, segue o projeto em anexo.

Rio de Janeiro, Janeiro/2008.

Atenciosamente,

Karla Biancha de Andrade

Orientadora Prof ª Dr ª Marluci Stipp

ANEXO VIII

Termo de Compromisso e Responsabilidade

Eu Karla Biancha Silva de Andrade, coordenadora do projeto de pesquisa intitulado **“Indicadores de Qualidade da Sistematização da Assistência na Unidade de Dor Torácica: Resultados gerenciados pela enfermeira”** comprometo manter a confiabilidade, assim como a privacidade dos participantes do projeto.

A identidade dos participantes do projeto, assim como os resultados obtidos com esse projeto, será mantida em um banco de dados sob a minha responsabilidade.

Os resultados obtidos com essa pesquisa serão divulgados em comunicações científicas, mantendo o anonimato dos participantes e o material utilizado não será empregado em outras pesquisas, a não ser , quando abertos outros novos protocolos.

Seguindo a orientação deste Comitê de Ética em Pesquisa, firmo este termo de compromisso para utilizar os dados armazenados, com a finalidade de elaboração de trabalhos científicos, que serão divulgados em periódicos médicos, de enfermagem, seminários, congressos e tese na tese de Doutorado **Indicadores de Qualidade da Sistematização da Assistência na Unidade de Dor Torácica: Resultados gerenciados pela enfermeira”**.

Atenciosamente,

Karla Biancha de Andrade

Investigadora Principal

ANEXO IX

Instrumento de Coleta de Dados

Data de Nascimento: ____/____/____

Data de Chegada: _____ Hora de chegada: _____

Hora do início da dor: _____

At da Dor: _____ Dor Tipo: _____

Tempo de Permanência: _____ Teste De Estratificação: _____

Timi Risk: _____

Rota Alocada: _____ D. Final _____

Fatores de Risco associados: ☐ HAS ☐ DM ☐ Uso prévio de AAS ☐ Fumante ☐ Dislipidemia ☐

Obesidade ☐ Sedentarismo ☐ história familiar + ☐ DAC prévia ☐ outros.

Sexo: F ☐ M ☐

Indicador 2 – dimensão: processo/atributo: efetividade

Percentual de pacientes que receberam informações educacionais durante a permanência na UDT.

Indicador 3 – dimensão: resultado/atributo: eficácia

Percentual de pacientes fumantes que receberam aconselhamento para parar de fumar.

Indicador 4 – dimensão: resultado/atributo: eficácia

Tempo Porta Balão: porcentagem de pacientes com IAM com Supra ou Bloqueio de Ramo Esquerdo agudo que receberam a angioplastia com 90 minutos da chegada no Departamento de Emergência.

NOME COMPLETO			
PRONTUÁRIO	REGISTRO/ATENDIMENTO		
CONVÊNIO			
DATA NASCIMENTO	SEXO		
DATA INTERNAÇÃO	HORA		
Nome do Responsável:		Tel:	
Já esteve internado:	☐ Sim	☐ Não	Data da última internação: ____ / ____ / ____
Motivo:			Local:
Precaução:	☐ Sim	☐ Não	Tipo:
Peso:	Altura:	Idade:	Setor:
HISTÓRIA DA DOENÇA PREGRESSA			
☐ Cardiopatia	☐ ATC	☐ RM	Qual(is)?
História familiar de coronariopatia			Grau de parentesco:
Hipertensão			Qual a sua P.A normal?
Diabetes:	☐ Tipo I	☐ Tipo II	Desde quando?
Dislipidemia			Último colesterol:
Tabagista			Nº de cigarros:
Etilista			Frequência:
Obesidade			Circunferência abdominal:
Neoplasia			Qual(is)?
Arritmias			Qual(is)?
Transfusão sanguínea prévia:			Reação Transfusional: ☐ Sim ☐ Não
Alergia:	☐ Não	☐ Sim	Especifique:
Cirurgia (s):	☐ Não	☐ Sim	Especifique:
Portador de Prótese:	☐ Não	☐ Sim	Especifique:
☐ AVE			☐ Drogas Ilícitas
☐ Síncope			☐ Gastrite / Úlcera Péptica / Esofagite
☐ Insuficiência Cardíaca			☐ Hérnia Hiatal
☐ Distúrbios hormonais			Reflexo de deglutição: ☐ Sim ☐ Não
☐ Depressão / Ansiedade			Doença Infecto contagiosa: Qual(is)?
☐ Hepatite Tipo:			Outros:
História de queda:	☐ Não	☐ Sim	Risco de Queda: ☐ Sim ☐ Não
MEDICAMENTOS EM USO:			
NOME	DOSE		HORÁRIO
HÁBITOS DE VIDA			
Alimentação:	☐ Sem restrições	☐ Com restrições	Especifique:
Atividade Física	☐ Não realiza	☐ Realiza	Quantas vezes por semana:
Sono	☐ Tranquilo	☐ Induzido	☐ Insônia
Eliminações intestinais	☐ Normais	☐ Constipação	Dia última função intestinal:

