



UNIRIO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**O GERENCIAMENTO DE RISCO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
ÀS CRIANÇAS CRONICAMENTE ADOECIDAS**

Vania Lucia dos Santos das Neves Sá

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Nébia M. A. Figueiredo

RIO DE JANEIRO

2011



UNIRIO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM**

VANIA LUCIA DOS SANTOS DAS NEVES SÁ

**O GERENCIAMENTO DE RISCO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS
CRIANÇAS CRONICAMENTE ADOECIDAS**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para obtenção do grau de mestre. Área de concentração: O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e ensinar.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Nélia M.A.Figueiredo

RIO DE JANEIRO

2011

CATALOGAÇÃO

N111 Sá, Vania Lucia dos Santos das Neves.
O gerenciamento de risco do cuidado de enfermagem às crianças cronicamente adoecidas / Vania Lucia dos Santos das Neves Sá, 2011.
136 f. : 30 cm + CD-ROM

Orientadora: Teresa Tonini.

Coorientadora: Nélia M.A. Figueiredo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

1. Serviços de enfermagem - Administração. 2. Cuidados de Enfermagem - Planejamento. 3. Administração de risco. 4. Doentes crônicos - crianças.
I. Tonini, Teresa. II. Figueiredo, Nélia M.A. III. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 610.73068

O GERENCIAMENTO DE RISCO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS
CRONICAMENTE ADOECIDAS

VANIA LUCIA DOS SANTOS DAS NEVES SÁ

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Teresa Tonini
Presidente
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO)

Prof. Dr. Marcio Tadeu Ribeiro Francisco
1º Examinador
(Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ)

Prof^ª. Dr^ª. Grace Ferreira de Araújo
2ª Examinadora
(Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz – IFF/FIOCRUZ)

Prof^ª. Dr^ª. Nébia M.A.Figueiredo
3ª Examinadora
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO)

Prof^ª. Dr^ª Zenith Rosa Silvino
Suplente (Universidade Federal Fluminense – UFF)

Prof^ª. Dr^ª. Enirtes Caetano Prates Melo
Suplente (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro) – UNIRIO

DEDICATÓRIA

A minha mãe e irmã agradeço toda a compreensão, apoio e paciência, nesse longo caminho trilhado, sem os quais não seria possível chegar aqui.

Aos profissionais que tive a oportunidade de conviver e que sempre acreditaram no potencial de meu trabalho.

A todos que participam da linda atribuição de ser enfermeiro, e de ter a oportunidade de cuidar do ser humano, pensando na qualidade do cuidado prestado.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus pela vida, amor, família, saúde, esperança e oportunidades que me deu. A cada dia, Ele me fortalece frente aos obstáculos que a vida me impõe e me dá sabedoria para escolher os caminhos que irei seguir..

Ao meu filho amado, Leonardo Matheus dos Santos das Neves Sá, por tudo que vivemos juntos. Pelo amor, por sua fidelidade, caráter e felicidade e presença em todos os instantes desde quando embrionário.

A minha irmã, que as palavras escritas são pequenas demais para expressar o meu amor e gratidão por ela.

Ao meu marido amado, Osvaldo das Neves Sá Filho, companheiro de jornada nessa longa estrada, pela oportunidade de crescermos juntos, nos caminhos de Deus, onde o amor e a fé foram soberanos.

Aos meus pais, Josefa Ferreira dos Santos e Demetrio Dias dos Santos, pelo amor incondicional.

Ao meu cunhado, Silveira, que considero irmão por estar presente e solícito sempre que precisamos (principalmente quando o Léo solicita – TIOOO!

Ao meu “irmão” Flávio Lorena e meus sobrinhos: Tatá, Priscilla e Flavinho.

A minha tia Tieta.

Aos meus parentes.

Ao querido primo *in memoriam* Oswaldo (*Waldo - Ospaulo*)

Ao Coto, à Cadence, aos piquiritos, ao CUT CUT e a GUT GUT (mascotes da família), que trazem alegria para todos nós.

À minha família, pelo companheirismo, carinho, união e por suportarem a minha ausência quando me dedicara aos estudos, que sempre me apoiaram apesar de muitas vezes se sentirem “trocados pelo computador”. e por me darem forças para isto, acreditando em mim e por me amarem tanto.

À Profª Drª Teresa Tonini, que me adotou e ensinou muito nesse tempo, tanto para o meu despertar para o conhecimento científico, como o despertar para a vida. Sem perceber, me mostrou que a vida é mais simples do que eu imaginava e tudo tem seu tempo. Estou aprendendo, pois não pretendo me despedir aqui - o que nos faz bem deve perdurar. Obrigada

por saber fazer um diamante a partir de minhas humildes palavras e idéias, com sua brilhante capacidade de lapidar e alinhar os pensamentos.

À Prof^a Dr^a Nébia Maria de Almeida Figueiredo por ter confiado em mim tamanha responsabilidade em sentar-se à mesa com ela. Tem tamanha capacidade em transformar pensamentos soltos de nós, mestrandos iniciantes no conhecimento científico, em teorias científicas. Saiba que é inesquecível por fazer com que enxerguemos das discussões temáticas além do que existe de concreto em nossos pensamentos – é renovadora de nossos atos, ações e fazer/saber.

Ao Prof. Dr. Carlos Lyra da Silva, por abrir caminhos em nossas mentes e mostrar o caminho para o conceito de tudo que queremos falar, me fazendo pensar sempre mais antes de colocar as palavras, numa dança científica imprescindível.

À Prof^a Dra. Enirtes Caetano, por também me acolher e por ter me dado o prazer de conviver com todo o seu saber, que admiro tanto.

Ao Prof^o. Dr. Marcio Tadeu, pela sua generosidade contribuição nesta pesquisa e organização dos pensamentos, condições necessárias para dar continuidade a este trabalho.

Ao Prof^o. Dr. Frederico Peres (ENSP/FIOCRUZ)), por despertar o meu encantamento pelo tema desenvolvido, durante suas aulas.

À Dra. Martha Savedra, que despertou o meu interesse sobre a temática estudada.

À Dra. Ana Butter, pelos seus ensinamentos na área de qualidade da assistência.

Aos amigos Diamantino, Leonam, Betânia, Marcinha, Débora Chaves, Barbara (Babi), Grasiela, Raquel, Keitt, Flávio Rangel, Dora, Suzy, Célia Regina, Ciro Brandão, Marília e Simone.

Aos meus colegas, professores e funcionários da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado (PPGENF), pelo bem-querer e por compartilharmos essa jornada juntos.

Aos professores do PPGENF/UNIRIO, pois não me deram somente conhecimento, mas conseguiram tocar *minha alma* tornando-me uma profissional mais consciente, coerente e, acima de tudo, reafirmando o amor que tenho por minha profissão. Em especial, à Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo que contribuiu com seus saberes, experiência, sagacidade e audácia, pois crê na “*enfermagem-ciência*” e na “*enfermagem-arte*”.

Aos companheiros e amigos que conheci no desenrolar dos dois anos do curso de mestrado na UNIRIO, pelo aprendizado e valiosas contribuições

Aos funcionários e colegas que fazem parte do processo de trabalho da UI do Instituto Fernandes Figueiras, que sem a participação não teríamos desenvolvido esta pesquisa; assim dedico-lhes o meu carinho, sabendo que são co-participes e co-responsáveis pelo meu êxito neste estudo.

Às enfermeiras da UI do IFF/FIOCRUZ e enfermeiros que me acolheram com tanta ética e zelo no momento em que se dispuseram a viver o papel de observadas (os), para a concretização da pesquisa em campo, como fontes primárias “vivas” deste mundo chamado Enfermagem.

Ao cliente, paciente, sujeito do cuidado: razão da existência do meu Ser-Enfermeira.

Amo todos vocês, de coração. Essa vitória não é só minha, pertence a vocês também.

*“Como são fáceis as coisas para quem não participa
de estratégias. Quem as planeja, sente a dor das
batalhas antes mesmo de elas acontecerem”*
Orlando Paes Filho

RESUMO

Tendo em vista a importância de consolidar a avaliação dos riscos do cuidado às crianças cronicamente adoecidas, é fundamental considerar a importância das práticas de gerenciamento e, particularmente, a de gerenciamento de riscos do cuidado, realizada pelo enfermeiro. O objeto de estudo foi a avaliação da qualidade do cuidado às crianças segundo o gerenciamento de risco. As questões norteadoras foram: Os enfermeiros possuem conhecimento do gerenciamento de risco do cuidado em relação às crianças cronicamente adoecidas? Existem indicadores de risco do cuidado para avaliação do cuidado realizado pelo enfermeiro às crianças cronicamente adoecidas? Objetivou-se o seguinte: identificar indicadores de risco do cuidado que são utilizados pelas enfermeiras e Discutir o conhecimento das enfermeiras em relação ao gerenciamento de risco do cuidado às crianças cronicamente adoecidas. Utilizou-se abordagem quanti-qualitativa para produção de dados a partir da observação do que fazem as enfermeiras quando cuidam de crianças cronicamente adoecidas e da busca da existência de Riscos no Gerenciamento do cuidado. A pesquisa quantitativa utilizou, a técnica de observação do gerenciamento de risco, nas diversas ações desenvolvidas pelos enfermeiros em uma Unidade Intermediária de atenção às crianças cronicamente adoecidas. A pesquisa qualitativa utilizou, na coleta de dados, as técnicas de entrevista semi-estruturada, com enfermeiros que atuam na Unidade Intermediária. Os dados quantitativos foram organizados em quadros e figuras para análise de frequência simples e os dados qualitativos em evocações para análise de conteúdo. Os resultados indicam a existência de um CUIDADO DIRETO (o fazer necessidades e tecnologias utilizadas no corpo) marcado como doméstico e empírico e relacionado à categoria epistemológica assistencial e de um CUIDADO INDIRETO (o gerenciamento do cuidado direto e de riscos, prevenção e intervenção) que emerge como empírico e científico sob a categoria Organizacional. Concluiu-se que há necessidade de replicações em novas investigações que envolvam a gerência e os seus riscos nos cuidados. A finalidade é não só confirmar ou refutar a utopia que equivale a um cuidado sem risco (100%), mas a realidade molar e molecular encontrada nesta investigação. Desta forma, o que se espera é a institucionalização de uma prática PREVENTIVA de RISCO em qualquer tipo de cuidado.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Gerência, Gerenciamento de Segurança.

ABSTRACT

In sight of the importance of consolidating the evaluation of the risks of caring children chronically sick, is fundamental to consider the importance of management practices and especially the management of caring risks, accomplished by the nurse. The object of this study is evaluating the quality of child care through a risk management assessment starting from some guiding questions: (1) Do nurses have the appropriate knowledge of risk management of caring for a chronically ill child?; (2) There are specific risk indicators to evaluate nurses' care for chronically ill children and its objectives?: Identify what are the risk indicators of care used by nurses and discuss their knowledge related to the risk management of caring for chronically ill children. The study has been conducted using a qualitative approach which provides data from observing what nurses do while caring chronically ill children and by means of the search for the existence of risks associated to care management. The quantitative research, used on data collecting, the observation technic of risk management in many actions developed by the nurses in a Intermediary Unity of attention to children chronically sick. The quantitative research, used on data collecting, the semi-structured interviews technics with nurses who act in the Intermediary Unity. The strategies used involved scales/schools, registering tools and observation in practice. The results indicate that some statements were precisely followed; there is a (1) DIRECT CARE (basic needs and technology for the body) – ASSISTANTIAL, DOMESTIC & EMPIRICAL and the (2) INDIRECT CARE (management of direct care and its risks, prevention and intervention) – ORGANIZATIONAL & SCIENTIFIC- EMPIRICAL, discussed and analyzed as categories from the perspective of care. The conclusion is that it's necessary to replicate in new investigations questions that should involve not only MANAGEMENT and RISK in the DIRECT. The purpose is not just to confirm nor refute an INDIRECT but also including utopia (100%) and reality; molar and molecular, that might be understood and made clear in the implementation of a new investigacion. This way, what is expected is the institutionalization of a practice RISK PREVENTIVE practice in any kind of care

Key words: Nurse Cares, Management and Security Management.

SUMÁRIO

	Página
CAPÍTULO I.....	1
1. Introdução.....	1
1.1.Considerações Sobre Minhas Implicações e o Problema do Estudo.....	1
1.2. Objeto do Estudo.....	7
1.3. Questões Norteadoras.....	8
1.4. Objetivos.....	8
1.5. Justificativa do Estudo.....	8
CAPÍTULO II.....	11
2. Bases que Fundamentam o Objeto de Estudo.....	11
2.1.Gerenciamento de Risco do Cuidado.....	11
2.2.Cuidados de Enfermagem em Pediatria.....	20
2.3.Cuidados as crianças crônicas.....	22
CAPÍTULO III.....	25
3. Materiais e Método do Estudo.....	25
3.1.Tipo de Estudo e Abordagem Metodológica.....	25
3.2.Cenário do Estudo.....	27
3.3.Participantes do Estudo e a Coleta dos Dados Qualitativos.....	29
3.4.A Coleta e Organização dos Dados Quantitativos.....	31
3.5.Análise e Interpretação dos Dados Quanti-qualitativos.....	32
3.6.Questões Éticas da Pesquisa.....	38
CAPÍTULO IV.....	39
4. Resultados e Discussão.....	39

CAPÍTULO V	50
5. Análise e Discussão dos Resultados	50
5.1.O Gerenciamento de Riscos nos Cuidados Diretos e Indiretos de Enfermagem	50
5.2.O Gerenciamento de Riscos nos Cuidados Indiretos ofertados pelos Enfermeiros	54
5.2.1. Dimensão “Gerenciamento das Ações Administrativas” na Categoria Organizacional.....	54
5.2.2. As Dimensões “Gerenciamento do Cuidado na Utilização de Equipamentos” e “Gerenciamento de Riscos do Cuidado na Segurança Física e do Ambiente” na Categoria Organizacional/Assistencial.....	57
5.2.3. A Dimensão “Gerenciamento de Riscos” para um cuidado científico: graus de ações prioritárias.....	60
5.2.3.1.O Gerenciamento de Riscos nos Cuidados Diretos ofertados pelos enfermeiros....	67
5.2.3.1.1. A Dimensão “Gerenciamento dos Cuidados de Higiene.....	71
5.2.3.1.2. A Dimensão “Gerenciamento do Cuidado nas Atividades Físicas e de Conforto Físico	73
5.2.3.1.3. A Dimensão “Gerenciamento do Cuidado nas Ações Técnicas.....	74
5.2.3.1.4. A Dimensão “Gerenciamento dos Cuidados na Nutrição e na Hidratação	75
5.2.3.1.4. A dimensão “Gerenciamento do Cuidado com Oxigenação e Ventilação	78
5.2.3.1.5. Dimensão “Gerenciamento do Cuidado Durante as Eliminações	79
CAPÍTULO VI.....	83
6. Considerações Finais.....	83
CAPÍTULO VII.....	90
7. Referências Bibliográficas.....	90
APÊNDICES	99
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	99

Apêndice B - Formulário do Roteiro de Observações das Atividades Desenvolvidas por Enfermeiros ao Cliente Internado na Unidade Intermediária do Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz.....	101
Apêndice C - Roteiro para Coleta de Dados do Instrumento de Observação.....	109
Apêndice D - Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro de Entrevista.....	111
ANEXOS.....	113
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz.....	113
Anexo B - Autorização da Direção de Ensino e Pesquisa.....	118
Anexo C - Portaria N° 745 de 22 de Dezembro de 2005 – Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção a Saúde	120

INTRODUÇÃO**1. Introdução****1.1. Considerações Sobre Minhas Implicações e o Problema do Estudo**

As questões relacionadas aos cuidados de enfermagem em pediatria – prestada a nossos pequenos clientes¹ - requerem investigações e atenção ainda pouco conhecidas para o desenvolvimento técnico-científico do enfermeiro.

Essa constatação veio à tona quando participei do processo de Acreditação Hospitalar, como enfermeira do setor de Qualidade de uma empresa privada, e assumiu proporções preocupantes na medida em que a prática ali desenvolvida deixou patente minha dificuldade e a de outros enfermeiros em relação ao gerenciamento de risco e segurança hospitalar.

Conhecimentos adquiridos e inúmeros questionamentos depois, hoje assumi, de uma certa forma, a responsabilidade de não só ampliar, mas compartilhar o conhecimento sobre esta temática. Até porque, atualmente, trabalho em uma instituição pública de assistência, ensino e pesquisa em atenção à Saúde da Criança e da Mulher: o Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ). E ali desempenho a função de enfermeira assistencial da Unidade Intermediária em Pediatria, vinculada ao Departamento de Pediatria. Um terreno, assim, fértil para aprofundar a questão.

¹ Neste estudo a pessoa cuidada pode ser entendida como cliente ou doente. A denominação cliente é utilizada para todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme sinalizam a Portaria nº 202/2001, da SAS/MS, e a Portaria nº 881/20014 do MS. Concordamos com Figueiredo (2005), segundo quem há necessidade de uma nova cultura para reconhecimento dos direitos e deveres do cliente como cidadão, a partir de sua compreensão enquanto sujeito do cuidado.

O Instituto Fernandes Figueira (IFF), fundado em 1924, tem como missão melhorar a qualidade de vida e promover a saúde da mulher, da criança e do adolescente. O compromisso institucional caracteriza-se pela assistência de alto padrão de qualidade a pacientes de risco, com necessidades especiais e, muitas vezes, dependentes de tecnologia, um fator de melhoria contínua das atividades desenvolvidas. O desempenho da instituição tem gerado competências que o qualificam como Centro de Referência e de Desenvolvimento Tecnológico para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o Ministério da Saúde.

Reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro Nacional de Referência e pelo Ministério da Educação, como Hospital de Ensino, o IFF mantém papel ativo na saúde pública brasileira desde a sua fundação. Por meio de ações articuladas de pesquisa, ensino, cooperação técnica, atenção integral à saúde, desenvolvimento e avaliação de tecnologias, o Instituto está sempre em busca de subsídios para formular políticas públicas em sua área de atuação e implementá-las em âmbito nacional.

A instituição aqui em foco, o Instituto Fernandes Figueiras, passou por avaliação no processo de Acreditação Hospitalar à luz dos critérios de avaliação da Joint Commission, e aguarda a instalação do processo. Entre as avaliações previstas no programa estão os critérios de gerenciamento de risco do cuidado e a segurança do cliente.

Novas experiências como as que tenho vivenciado são pródigas em questionamentos. Comigo não é diferente e, por isso, venho refletindo sobre a seguinte questão: as enfermeiras, quando cuidam, se preocupam com o gerenciamento de riscos² do cuidado e sabem alguma coisa a respeito deste tipo de gerenciamento?

² A Gestão de Risco é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Enquanto risco é a possibilidade da ocorrência de um evento adverso e está associado ao potencial de perda e danos e de magnitude de suas conseqüências (FELDMAN, 2004)

Pensar em risco é um dever que beira as raias da lei quando a tarefa é cuidar de crianças internadas. O motivo é simples: os riscos existentes são inúmeros e variados. Destaco, entre eles, as infiltrações por via endovenosa, que podem lesar tecidos tegumentares; possíveis complicações na visão por uso inadequado de oxigênio e eventual ulceratite de córnea daí decorrente; quedas do leito responsáveis por fraturas ósseas e traumatismos; higienização inadequada de mãos e ambiente – piso, paredes, berços, roupas e demais materiais – que geram infecção hospitalar. A lista é grande e não para por aí. O isolamento da mãe ou de familiares muito próximos, por exemplo, prejudica a saúde mental de clientes. Além disso, a falta de espaços destinados a atividades lúdicas provocam stress nas crianças, assim como o barulho dos aparelhos que prejudicam o padrão de sono e repouso. Outros fatores prejudiciais são o excesso de iluminação e as dores provocadas por procedimentos invasivos. Mais preocupante ainda é a percepção que o profissional tem do cliente. Quando os sinais, sintomas e signos que seus corpinhos expressam não são olhados e escutados de forma apropriada, a definição dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem podem vir a ser comprometidos.

O ato de pensar em risco é vital, no entanto, quando o cuidado é prestado a crianças internadas numa Unidade de Cuidados Intermediários em Pediatria. E a razão é simples. O perfil desta clientela é diferenciado porque os pequenos clientes necessitam de tecnologia para a sobrevivência, como cirurgias de correção. Além disso, essas crianças são submetidas a longos períodos de internação, desde o nascimento, ou porque suas mães vivenciaram gestações de alto risco, ou porque são portadoras de malformações congênitas e doenças genéticas.

Atualmente, podemos afirmar que muitos clientes pediátricos enfrentam problemas desta natureza. Conseqüentemente, o nível de atenção e o tempo de permanência nos centros de tratamento também crescem. Outro fator que cada vez ganha mais peso no processo é o crescimento da oferta de recursos terapêuticos e tecnológicos, notadamente estes últimos. É

que os avanços da tecnologia elevam não só a complexidade dos cuidados, mas o aprimoramento da qualificação dos profissionais que trabalham nessas unidades.

O aumento da sobrevivência de crianças decorrente da evolução tecnológica, assim, modificou o perfil dos clientes internados e a própria organização dos serviços de saúde. A prova mais evidente disso vem das unidades de cuidados intermediários em pediatria. Elas surgiram para o atendimento de uma demanda crescente da população infantil, que necessitava de monitoramento frequente de suas funções vitais e intervenções de enfermagem. Isso tornou o cuidado intermediário uma nova alternativa custo-efetiva à admissão em unidade de cuidado intensivo, argumenta Jaimovich (2004). Ainda nessa direção, a quantificação e qualificação desses cuidados desenvolvidos correspondem à preocupação de gestores do serviço de saúde. Afinal de contas, a enfermagem desempenha uma função primordial na garantia do processo ininterrupto da arte de cuidar.

Estima-se que cerca de 3 a 5% de todos os recém-nascidos vivos apresentem algum defeito congênito. (KALTER WARKANY, 1983). As anomalias congênicas têm impacto potencial no futuro da criança afetada, da família da criança e da comunidade a que esta pertence. Dependendo do tipo específico da anomalia congênita, as consequências podem variar enormemente. Muitas podem ser corrigidas por cirurgia, mas em outras a correção completa é impossível, gerando limitações funcionais e deficiências variadas por toda a vida.

Nos países desenvolvidos, a diminuição da taxa de mortalidade infantil e natimortalidade, devido ao controle das doenças infecto contagiosas e melhor assistência pré-natal, fez com que as anormalidades congênicas assumissem o primeiro lugar como causa de morte nesta fase da vida (ICBDMS, 2003). Penchaszadeh (1993) relata que estudos de morbidade em centros de atenção terciária de algumas grandes cidades latino-americanas demonstraram que as anomalias congênicas por causas genéticas representam 10 a 25% de

internações de crianças. Já nos EUA, as anomalias congênitas são a 6ª causa de anos potenciais de vida perdidos antes dos 65 anos (CDC, 1993).

O Brasil apresenta uma heterogeneidade no que se refere às taxas de mortalidade infantil em diferentes regiões. Algumas áreas são similares aos países subdesenvolvidos. Em outras regiões, como alguns municípios das regiões Sul e Sudeste, as taxas se assemelham às dos países desenvolvidos em consequência da melhoria dos programas básicos de saúde e das condições socioeconômicas. Segundo as últimas estatísticas disponíveis, as anomalias congênitas ocupam o terceiro lugar como causa de mortalidade nos menores de um ano na região Sul e o primeiro lugar no Sudeste. (<http://www.datasus.gov.br>).

Além de portadores de anomalias, a Unidade Intermediária em Pediatria também admite crianças cronicamente adoecidas e portadoras de outras patologias, que apresentem características específicas para esse setor.

Diante desses clientes, com indicação de um cuidado intenso, fica evidente a necessidade do desenvolvimento de indicadores que facilitem a avaliação da assistência prestada, ou seja, os indicadores de riscos, assim definidos no Manual de Auditoria dos Processos de Acreditação Hospitalar. Esse aperfeiçoamento vai melhorar também a estruturação de estratégias capazes de minimizar os riscos desenvolvidos durante cuidados de enfermagem.

No cotidiano de cuidar tenho constatado que existe entre os enfermeiros uma preocupação com os riscos potenciais que envolvem as crianças durante o cuidado. Os profissionais, no entanto, não enfrentam o problema de forma sistemática.

É verdade que hoje idealizamos e buscamos uma visão holística e mais reflexiva no exercício de nossa profissão. E que esta concepção se fortaleceu com a Resolução CNE/CES Nº 03, de 07 de novembro de 2001, notadamente em seu Art. 4º, que reproduzimos aqui. De acordo com o texto legal, a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos

conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I Atenção à saúde, onde refere que o enfermeiro deve ser capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos; II Tomada de decisões: onde refere que o enfermeiro deve ter capacidade de tomar decisões; III Comunicação, onde o enfermeiro deve ser acessível e confiável tanto em relação ao público que atende, quanto no relacionamento com os demais profissionais que interage; IV Liderança, onde é novamente referida a necessidade de habilidade para tomada de decisões; V Administração e gerenciamento, onde os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação. O documento acrescenta ainda que os profissionais devem estar aptos para serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. Finalmente, o item VI dispõe que a educação do profissional deve ser permanente.

Tudo que o enfermeiro faz é fruto de uma aprendizagem de cuidado absorvida durante a graduação. A introjeção desses valores foi baseada num planejamento normativo mais dirigido para as atividades administrativas e procedimentos técnicos centrados no corpo, na doença e nos riscos presentes no ambiente. Ou seja, um planejamento pautado em ações administrativas de provisão e organização de material de pessoal para que os cuidados de enfermagem sejam ofertados.

Essas questões têm gerado reflexos sobre o que se sabe e o que se faz para rastrear riscos nos espaços de prática da enfermagem. Não queremos cair no modismo de que tudo é qualidade (“às vezes total”) que não se objetiva na prática. O que chamamos de qualidade depende de gerência de riscos na busca de cuidados seguros para crianças internadas. Esse conceito deve necessariamente estar em tudo que se faz no Hospital. A avaliação deste risco hoje em dia, portanto, se faz a partir de medidas de indicadores de riscos para a assistência

prestada. São esses indicadores que irão dizer se o cuidado está sendo realizado de forma segura.

Entendemos ser esta uma questão atual e central quando o tema é o exercício profissional do enfermeiro na cadeia da saúde. Assim, chamar a atenção para o gerenciamento de riscos do cuidado - uma prática e um discurso que poucos enfermeiros dominam – e trazer o assunto para o meio acadêmico é uma maneira didática de prevenir e rastrear riscos, destacando os benefícios de um cuidado sistematizado segundo essa técnica de gerenciamento.

Esse trabalho tem ainda a finalidade de suprir uma lacuna não só na literatura existente sobre o tema, mas nos registros da enfermagem. Esses últimos, sabemos, são em sua maioria gerados pela tensão permanente que o profissional enfrenta no trabalho do cuidar.

Foi nesse vai-e-vem reflexivo, vivenciado ao longo de minha prática profissional, que descobrimos a existência de um certo desconhecimento sobre gerenciamento de risco do cuidado e segurança hospitalar – entre os profissionais de enfermagem. A mudança deste cenário passa pela coordenação e organização de diversos setores hospitalares para o alcance de um cuidado sem riscos que, na perspectiva dos gestores de saúde, vem a ser um grande desafio. O enfermeiro é o profissional que coordena e gerencia todo o processo em saúde a ser desenvolvido em relação à pessoa e tudo o que envolve o contexto da instituição hospitalar. É necessário, então, que este profissional domine certos conhecimentos para desempenhar sua função de maneira adequada.

1.2. Objeto de Estudo

Com estas considerações definimos como objeto deste estudo:

- Avaliação de riscos nos cuidados de enfermagem às crianças cronicamente adoecidas, na perspectiva gerencial.

1.3. Questões Norteadoras

As questões norteadoras foram:

- Os enfermeiros possuem conhecimento do gerenciamento de risco do cuidado em relação às crianças cronicamente adoecidas?
- Existem indicadores de risco do cuidado para avaliação do cuidado prestado pelo enfermeiro às crianças cronicamente adoecidas?

1.4. Objetivos

Os objetivos para o desenvolvimento do estudo proposto são:

1. Identificar indicadores de risco do cuidado que são utilizados pelos enfermeiros.
2. Discutir o conhecimento dos enfermeiros em relação ao gerenciamento de risco do cuidado prestado às crianças cronicamente adoecidas.

1.5. Justificativa do Estudo

O interesse pelo estudo do gerenciamento de risco do cuidado às crianças cronicamente adoecidas se deve à prática desenvolvida como enfermeira no Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira (IFF), uma unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz direcionada ao ensino, à pesquisa e à assistência à saúde da mulher, do adolescente e da criança.

Ainda que muitos estudos desenvolvidos no IFF falem de cuidados em Pediatria, o discurso sobre cuidado a partir do gerenciamento de riscos não é habitual na prática de cuidar das crianças internadas naquela instituição. Essa contradição dá margem, no local de trabalho, ao fenômeno da objetivação de um discurso que é falado mas, na verdade, pouco comprovado.

Como já foi dito aqui, este estudo preenche uma lacuna no que diz respeito à originalidade científica. É que na busca realizada com palavras-chave - gerenciamento de riscos do cuidado integrado à criança - não encontramos, na área científica, artigos relacionados ao assunto pesquisado.

Na verdade, a preocupação do IFF com a qualidade da assistência ao cliente levou o Instituto a institucionalizar a Gerência de Riscos. A iniciativa foi divulgada de forma ampliada e sua estruturação foi feita a partir dos processos desenvolvidos pelos setores. O estudo aqui descrito tem o propósito de potencializar esse processo. Nosso trabalho seguramente pode ilustrar as potencialidades e necessidades de capacitação dos enfermeiros sobre gerenciamento de risco na assistência de enfermagem – de maneira que as ferramentas específicas sejam usadas para minimizar os riscos existentes no cuidado às crianças internadas.

De acordo com Feldman (2009), a tão importante participação da equipe de enfermagem no gerenciamento de riscos acontece devido à competência aplicada em todas as áreas para atingir a excelência da qualidade do serviço de uma instituição. “Essencialmente, a enfermagem deve estar direcionada para o Melhor cuidado, a Melhor prática, a Maior observação, o Querer-bem e Suprir da Melhor forma as necessidades do cliente”, assegura o autor.

Nosso estudo contribui, desta forma, para o planejamento e a organização de um dos padrões que são aplicados no processo de acreditação que está sendo implantado no cenário pesquisado visando à obtenção de uma assistência com padrões de excelência. Sabemos, hoje,

que a qualidade da assistência prestada por instituições competentes fideliza o cliente. E esse fenômeno tanto pode ocorrer numa instituição pública quanto numa empresa privada. Ao longo de nossa pesquisa, no entanto, observamos a falta de um planejamento para o cuidado realizado. Uma atenção, enfim, voltada para a prevenção de riscos, desde a admissão, que tenha como consequência prática um cuidado empírico e capaz de contemplar satisfatoriamente a clientela. Essa carência dificulta a busca de novas estratégias para melhorar e comprovar a qualidade da assistência.

O que se pretende, portanto, é o desvio de olhar da doença para o cuidado prestado na Pediatria. E a intenção é propor intervenções e pontuações nesse setor. O ponto de partida nesta jornada são os riscos e as implicações relacionados ao aspecto do gerenciamento de riscos, levando-se em conta, assim, os aspectos internos e externos do corpo e do ambiente onde as crianças se encontram.

BASES QUE FUNDAMENTAM O OBJETIVO DE ESTUDO**2. Bases que Fundamentam o Objeto de Estudo****2.1. Gerenciamento de Risco do Cuidado**

Quando falamos de gerenciamento de riscos é necessário apresentar o conceito de risco em toda sua extensão. Sua definição mais atualizada o define como a maneira moderna por meio da qual o homem lida com os perigos da vida. O risco pode ser entendido também como um processo recorrente baseado em longas séries de observação sobre o qual se tenta intervir de forma preventiva.

No campo da saúde, tornou-se muito comum empregar a expressão “comportamento de risco” para falar do descontrole dos indivíduos sobre os perigos a que estão expostos. O controle, assim, seria o pré-requisito para a manutenção de sua integridade física e mental. Já o descontrole seria, por conseguinte, olhado como uma doença, uma ameaça na qual o indivíduo, por desconhecimento ou pelo seu livre-arbítrio, segue contrário à situação tida como segura. (PENA – VEJA, 2001 apud PERES 2010).

De acordo com Ferreira, o conceito de risco está próximo da probabilidade de perigo, geralmente com ameaça física para o homem ou para o meio ambiente (FERREIRA, 2000). No entender de SALLES (2006), no risco há a previsibilidade de determinadas situações ou eventos por meio de conhecimentos dos parâmetros de uma distribuição de probabilidades de acontecimentos futuros. “Assim, pode-se pensar que o risco é uma antecipação do homem aos

perigos da vida, em que há possibilidade e probabilidade de ocorrência de dano e a sua magnitude” – explica o autor.

As antigas civilizações viam nos fenômenos ou catástrofes naturais, manifestações que a seu ver, procediam dos Deuses. Não havia, ainda, a ideia de considerar os riscos para antecipar os perigos. Nesse sentido, o futuro era o espelho do passado ou assunto sob domínio de oráculos e seus estudiosos.

Com o Renascimento (Séc. XVII), o homem, pela primeira vez, desafiou os deuses ao usar seu potencial racional para antever situações indesejáveis. Diversos acontecimentos criaram as condições necessárias para o desenvolvimento do conceito de risco ao longo do tempo. Um desses eventos foi a prática do fogo e as apostas comuns entre as sociedades européias, posteriormente proibidas por alguns governantes, em especial na França, por sua alta popularidade.

Frequentemente, esses jogos eram interrompidos por agentes do governo e ficava-se até sem saber quem era o vencedor.

No entanto, Pascal e Pierre de Fermat, matemáticos da época, aplicaram um método matemático para calcular quem seria o vencedor de um jogo interrompido, de acordo com as condições de cada jogador no momento da interrupção. Sem perceber a extensão desse advento, esses matemáticos, na realidade, desenvolveram a Teoria das Probabilidades que, desde então, tornou-se o pilar de todo o referencial técnico relacionado ao conceito de risco.

O início do século XVIII é marcado pelas Grandes Navegações. Acredita-se inclusive que a origem da palavra risco venha dessa era. Em espanhol, risco significa rochedo pontiagudo (os espanhóis eram grandes navegadores). Riscare, outra possível significação, é uma palavra de origem latina cujo significado é navegar por entre rochedos perigosos. Procede assim dos riscos inerentes à prática da navegação a necessidade de se criar seguros para as

grandes embarcações. Surge, desta forma, a base da matemática que fundamentou o conceito de risco atual.

No século XX, a partir do período pós II Guerra Mundial, o conceito de risco passa a ser relacionado à necessidade de se estimar danos decorrentes do manuseio de materiais perigosos. É nesta época, segundo Salles e Peres, que o conceito de risco incorpora o uso de pelo menos dois dos seguintes itens: potencial de perdas e danos; incerteza da perda ou dano; e relevância da perda ou dano. (SALLES, 2006 e PERES, 2010).

Cardoso (2009) é outro autor que se debruçou sobre o tema. Segundo ele, os conceitos de risco são inerentes a tudo que se faz - desde ações simples à tomada de decisões difíceis e complexas. A probabilidade de ocorrência de um evento adverso nos serviços de saúde, portanto, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está sendo prestado. O risco, portanto, é qualquer evento capaz de produzir perdas reais e mensuráveis às partes interessadas dentro da instituição.

Santos (2002) concorda com a ampliação do conceito de risco na medida em que ele agrega o grau de incerteza em relação à possibilidade de ocorrência de um determinado evento. Ocorrência esta que, em caso afirmativo, redundará em prejuízos.

Entre as diversas categorizações de risco daí consubstanciadas, as de cunho assistencial, ocupacional, estrutural e ambiental são de interesse para este estudo. A Assistencial está relacionada com a preocupação com a segurança, tanto para os clientes como para os profissionais que desenvolvem os cuidados durante a assistência ao cliente. A segunda – Ocupacional – visa condições adequadas e seguras para o desenvolvimento das atividades laborais. A Estrutural, por sua vez, objetiva a segurança para clientes e profissionais quanto às adequações dos equipamentos, produtos, materiais e estrutura física funcional. Já a quarta e última - a Ambiental - passa pelas atuações responsáveis na medida

em que visa preservar a saúde e a integridade dos profissionais, comunidade e meio ambiente.

O mapeamento de riscos implica em sua identificação. Eles estão presentes nos diversos setores e classificados segundo os seguintes critérios de criticidade: Muito Grave: 4; Grave: 3; Médio: 2 e Baixo: 1 (CARDOSO, 2009).

Além de criticidade, o risco deve ser classificado em relação às suas condições. Deve-se avaliar, assim, a possibilidade de ocorrência do dano às pessoas e bens de uma organização, adotando-se os seguintes critérios: Segurança 1 – Risco Controlado (pouco provável); Risco 3 – Risco presente (provável); Perigo 5 – Risco iminente (muito provável). (IDEM).

Carter apud Saupe e Horr (1982) sugere a relação entre qualidade da assistência e índice de positividade como índice de classificação dos riscos. De acordo com ele, isso deve ser levado em conta quando da análise de critérios adotados na avaliação de riscos, conforme quadro abaixo:

Quadro 1: Critérios de classificação da qualidade de assistência de enfermagem

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	ÍNDICE DE POSITIVIDADE
Assistência desejável	100% de positividade
Assistência adequada	90 a 99% de positividade
Assistência segura	80 a 89% de positividade
Assistência limítrofe	71 a 79%
Assistência sofrível	70% a menos de positividade

A avaliação de risco no cuidado realizado pelo enfermeiro implica na qualidade de assistência prestada ao cliente. Foi a preocupação com a qualidade e a insegurança existente nos serviços de saúde que despertou, nas instituições, a necessidade de avaliar os métodos adotados para a assistência prestada. Para tanto, a necessidade de uma organização pautada em critérios já estabelecidos, hoje em dia, torna-se cada vez mais necessária. É que os clientes, enquanto consumidores, também exigem uma assistência segura e sem riscos.

A Joint Commission International – JCI é uma das entidades voltadas para avaliar, monitorar e identificar elementos da assistência ao cliente na saúde. Atuante em diversos países do mundo, ela desenvolve a chamada metodologia da Acreditação Internacional. Os manuais e padrões internacionais aplicados são elaborados, testados e validados por um Comitê Internacional, constituído por membros representantes de diferentes países de todos os continentes. O processo, desta forma, preserva os diferentes aspectos técnicos, culturais, legais e sociais dos países onde irão ser utilizados.

Com a preocupação do risco gerado pela assistência insegura, a JCI vem definindo e implementando ações capazes de evitar ou minimizar conseqüências advindas dessa insegurança. No Brasil, a JCI estabeleceu um acordo com o Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA (Associação Brasileira de Acreditação). Como vem a ser uma Associação Civil, essa entidade tem como membros de sua Assembléia Geral o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Fundação Cesgranrio. Por meio desse acordo oficial, o CBA detém, no Brasil, exclusividade para desenvolver atividades de educação, consultoria e acreditação utilizadas pela JCI em todo o mundo.

O processo de acreditação internacional traz conceitos e definições relacionados ao Gerenciamento de Risco em seu conjunto de manuais e padrões. No glossário do manual de padrões, o JCI conceitua o Programa de Gerenciamento de Risco da seguinte forma: atividades “clínicas e administrativas que organizações adotam para identificar, avaliar e reduzir o risco de injúrias para o cliente, profissionais e visitantes e o risco de perda para a própria organização.” (JCI, 2008)

Para implantar o Gerenciamento de Risco, muitas instituições atribuem a um setor a responsabilidade pelas atividades denominadas de Gestão de Risco. A ele cabe realizar o

levantamento, o planejamento, a avaliação, aplicar as ações e analisar os resultados. É de sua responsabilidade também definir se novas ações podem ser implementadas.

Para Cardoso (2009), a Gestão de Risco pode ser interpretada como um processo lógico e sistemático que deve ser utilizado durante a tomada de decisões para melhorar a eficácia e a eficiência do desempenho. A GR, assim, deve ser integrada à rotina e aos procedimentos das diversas atividades. As noções da gestão de Risco devem ser aplicadas a todos os profissionais, organizações e a todas as funções e atividades da organização. Elas dizem respeito também à identificação de variações em relação ao que se planeja ou espera, e à gestão dessas variações para que seja possível maximizar as oportunidades, minimizar perdas e melhorar as decisões e os resultados. Por fim, gerenciar riscos significa identificar oportunidades e utilizá-las para melhorar as possibilidades de falhas ou condições inseguras.

A partir dessas interpretações é possível inferir que a Gestão de Risco envolve um conjunto de atuações e atividades. Entre elas destacamos riscos dos negócios, produtos e mercados até aos riscos dos processos de gestão, da atividade operacional da empresa, dos recursos humanos, das instalações, dos sistemas e tecnologias de informação. A GR engloba ainda os riscos financeiros e destaca os chamados riscos assistenciais. Estes últimos, aqui neste estudo, estão relacionados com a enfermagem. (AZEVEDO, 2008). Todavia, devemos lembrar a correlação da gestão de risco com as demais gestões institucionais. É necessário integrar constantemente as interfaces que constituem e integram os diversos serviços que alavancam a instituição, geralmente gerenciados por enfermeiros.

Na saúde, atualmente, essa correlação entre as gestões de uma instituição traz um aspecto positivo de aliança e continuidade do processo de trabalho e do sistema funcional. O gestor de risco, por exemplo, tem importante função na integração, organização e como facilitador dos processos e atividades dessa gestão. De acordo com Feldman, ele contribui

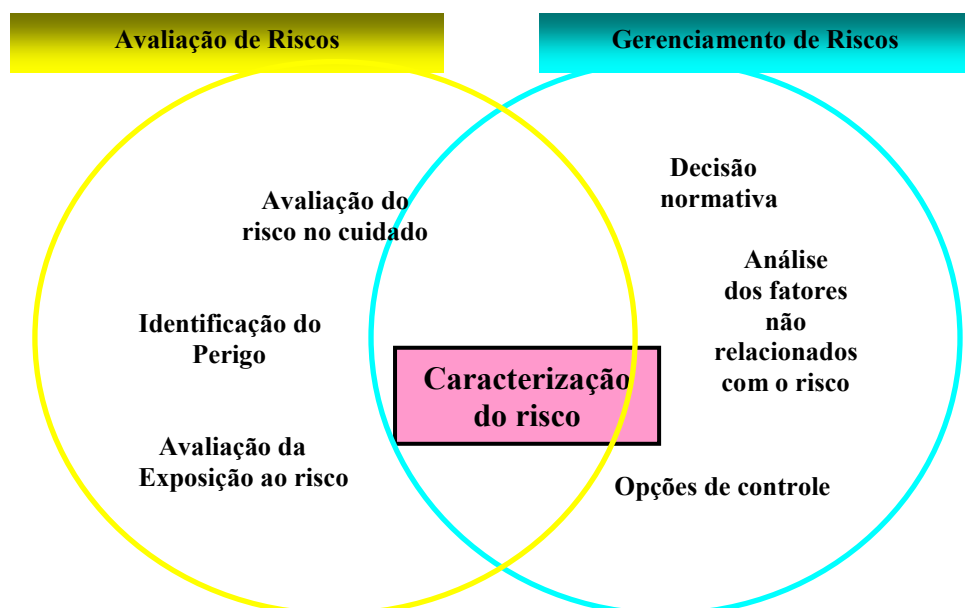
para aumentar o conhecimento e a consciência sobre os riscos quando desperta as pessoas para as deficiências existentes e realça as boas práticas da organização. (FELDMAN, 2009).

Ainda segundo Feldman (op. cit.), a formação de um grupo que reúna profissionais de várias áreas e especialistas em disciplinas específicas - como enfermeiro de terapia intensiva, de centro cirúrgico, de pronto socorro e outros - objetiva ampliar a visão e o entendimento dos fatos e eventos de risco. O enfermeiro é um componente vital nesse grupo, pois na função de líder assistencial ou durante os plantões, como líder administrativo, conhece as peculiaridades do serviço. Com aguçada habilidade e atitude, ele favorece a tomada de decisão assertiva nas situações de conflito e negociação.

É importante que o gestor de risco institucionalize a notificação dos problemas encontrados durante a assistência, de modo que o enfermeiro, em constante sintonia com os riscos ou situações surgidas durante os cuidados realizados, revise ou até mesmo implante novas estratégias.

As ações estratégicas a serem desenvolvidas devem seguir padrões que variam de instituição para instituição, mas seguem algumas diretrizes pré-estabelecidos na área de planejamento. Para facilitar a visualização do processo reproduzimos a figura abaixo:

Figura 1 – Caracterização do risco



Adaptação da Fonte: Shaefer, Morris (1991). Combating Environmental Pollution, National Capabilities for Health Protection. World Health Organization. *Fonte:* OPS/EPA, 1996

São duas as dimensões - denominadas de Avaliação de Risco e Gerenciamento de Riscos – que caracterizam o chamado risco. Na primeira, é necessário avaliar o risco no cuidado, identificar o perigo e avaliar a exposição ao risco; na segunda, a tarefa consiste em estabelecer a decisão normativa, a análise dos fatores não relacionados com o risco e as opções de controle. Com estas etapas prontas, as dimensões devem ser relacionadas entre si, caracterizando-se o risco.

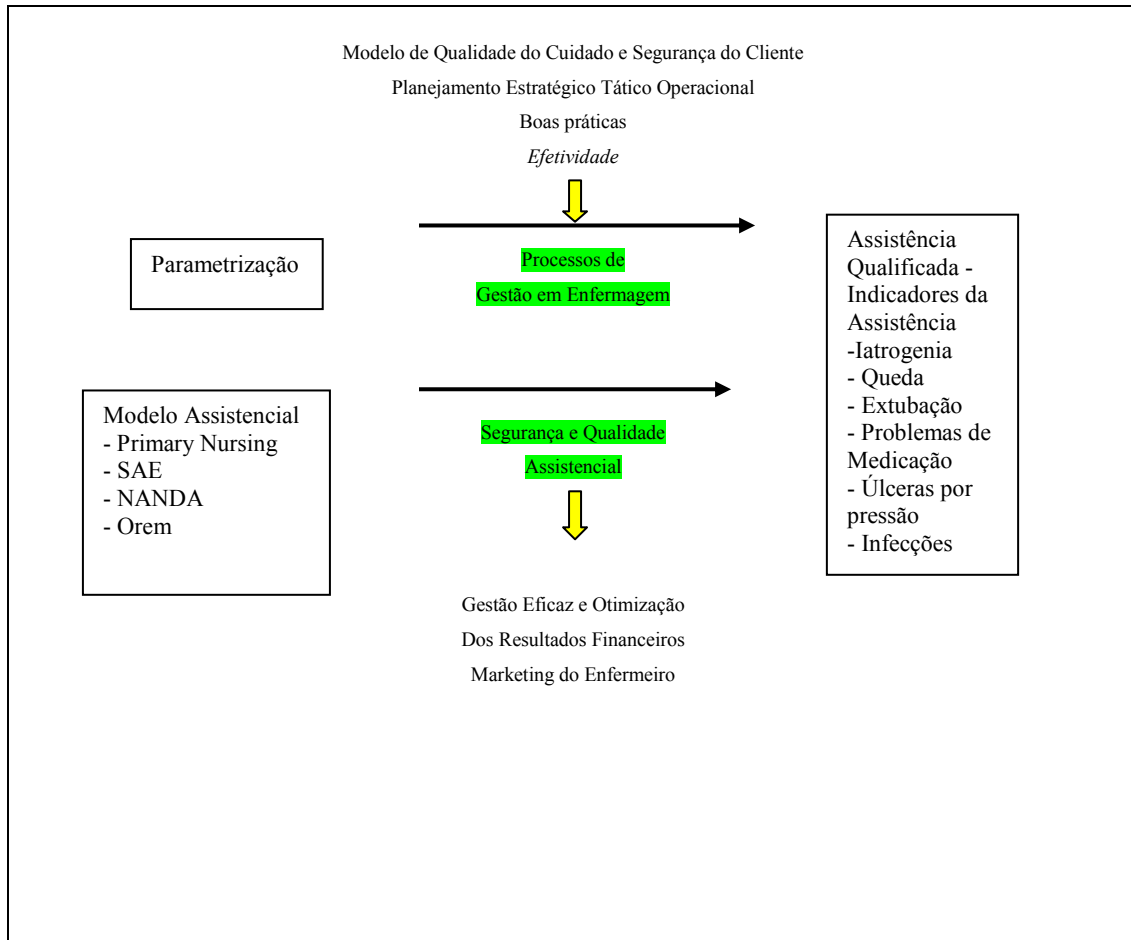
Feldman (2009) identifica as seguintes finalidades na Gestão de Risco: a segurança da comunidade usuária, a redução de perdas, a preservação da organização, o atendimento à legislação vigente e o alinhamento aos padrões para certificação de qualidade, como finalidades da Gestão de Risco.

Já para Azevedo (2008), os riscos assumem importância quando relacionados com as instalações e as pessoas. Mas, lembra o autor, eles se relacionam ainda com equipamentos, tecnologias e sistemas de informação na medida em que estes últimos estão associados aos procedimentos invasivos, curativos, habilidade técnica profissional, competência no manuseio de aparelhos vitais, idade e condições dos pacientes, além de patologias associadas.

A contribuição do enfermeiro e equipe de enfermagem na redução, controle e eliminação dos riscos durante a assistência de enfermagem, pode ocorrer, de acordo com Feldman, com estratégias direcionadas aos sistemas gerenciados, práticas e procedimentos sistematizados, protocolos multidisciplinares implantados e avaliações de desempenho mensuradas. A participação do profissional é extensiva ao parque de equipamentos controlados, contratos estabelecidos e serviços terceirizados avaliados e de fato inseridos na organização, mecanismos e ferramentas de avaliação e monitoramento implementados de forma efetiva e eficiente (FELDMAN, 2004).

Feldman et als (2007) trabalharam a questão da Gestão de Riscos centrada na disciplina da enfermagem e criaram o seguinte esquema (Figura 2) para trabalhar o tema das Boas Práticas no contexto dos cuidados de enfermagem.

Figura 2 – Modelo de Qualidade do Cuidado e Segurança do Cliente



Fonte: Feldman L.B; Bohomol E; Cardoso M.L.A. (2007).

Com relação à eficiência, Donabedian (1990), ao analisar a questão da qualidade nos cuidados à saúde, estabelece sete atributos, destacando, entre eles, a eficiência que se relaciona ao custo. Segundo ele, se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente delas é a de menor custo. A ideia de qualidade está presente ainda em todos os tipos de avaliação. E a razão é simples: ela tem como característica nuclear o estabelecimento de um juízo e a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positiva, significa qualidade na acepção atual do termo. Quando uma avaliação tecnológica tem melhor custo-efetividade

isso quer dizer também que o sistema tem mais qualidade. Na avaliação de um programa, portanto, o estabelecimento do mérito, por referência a determinados parâmetros, remete ao estabelecimento de uma qualidade. O mesmo autor, no entanto, sublinha que na “avaliação, gestão e garantia de qualidade” esse conceito deixa de estar implícito. Ele passa a ter uma “função teórica e prática central” enquanto construtor de um ponto de partida para todo o processo (DONABEDIAN, 1988).

2.2. Cuidados de Enfermagem em Pediatria

Os estudos sobre cuidados de enfermagem em pediatria são diversos. Todos têm em comum a busca incessante de ações para cuidar de crianças e suas implicações desde seu nascimento até sua despedida com o fim da adolescência.

Os enfermeiros especialistas em pediatria transitam por diferentes abordagens teóricas e espaços onde as crianças convivem, seja na saúde ou doença. A cada situação os profissionais utilizam estratégias específicas para cuidar não só dos desvios de saúde das crianças, mas também das demandas necessárias à prevenção e aos benefícios daí decorrentes.

Martins (2005) assinala que o cuidado é inerente à profissão de enfermagem e envolve um olhar individualizado que contemple as condições físicas e emocionais dos pacientes, fornecendo, assim, a orientação e o apoio condizente com a conquista da autonomia. O objetivo final é a recuperação do cliente e sua reinserção no meio social.

Vale destacar que os enfermeiros, de um modo geral, ainda são tímidos e não consideram o cuidado de enfermagem como uma ação/ato científico. Muitos profissionais do setor ainda não entendem e não se preocupam com o fato de que o cuidado pode ser olhado sob diversos aspectos das ciências da vida – entre elas as da natureza, das exatas, sociais e

antropológicas, culturais e filosóficas. Lamenta-se ainda que muitos profissionais ainda não tenham entendido os conceitos de Cuidado e de Cuidados de enfermagem.

Autoras como NIGHTINGALE (1989); HENDERSON; HORTA; OREM trabalharam a questão da Enfermagem numa época em que o cuidado ainda era pouco compreendido. Àquela altura o que predominava no discurso dos enfermeiros era o conceito da assistência. Posteriormente, as reflexões sobre a assistência e o cuidado culminaram em estudos que possibilitaram estabelecer a distinção entre os dois conceitos.

De acordo com os estudos filosóficos e acadêmicos de Carvalho (2003), o cuidado é um constructo que influencia a construção do conhecimento para a área de enfermagem.

Figueiredo [et al.] (2009, p. 424), por sua vez, compreendem o cuidado como fundamento, estrutura, conceito, paradigma epistemológico e unidade epistêmica de significado, sem agregação de substantivos e adjetivos. O cuidado, assinalam, está assentado no campo onde práticas e saberes são construídas independente do processo de pensar a enfermagem como área de interesse dos enfermeiros. Assim, cuidado é um campo de ação onde as enfermeiras transitam e pesquisam sobre o constructo na área exclusiva de enfermagem.

Nightingale, Henderson, Horta e Orem (p. 414) veem no cuidado de enfermagem, a “expressão de enfermagem aplicada, não específica e restrita a Enfermagem Hospitalar”. De acordo com elas, o cuidado de Enfermagem significa um conjunto de ações e atos de cuidar desenvolvidos em situações de cuidado dirigidas a pessoas sadias ou adoecidas... (...)...”. Já Martins (2007, p. 14) enxerga no ato de cuidar uma ação relacional em que se ajuda alguém a crescer, ter flexibilidade, coragem e esperança, o que proporciona, ao receptor deste cuidado, uma transformação qualitativa do relacionamento.

Fundamentar o cuidado como uma das bases desta dissertação, assim, é buscar significados diversos para ações e atos de enfermagem dirigidos às crianças para promover e

manter conforto e segurança. Devemos lembrar apenas que esse cuidado de enfermagem também é uma ação incondicional do corpo que cuida de outro corpo, desencadeando impulsos diversos que envolvem variadas emoções. (FIGUEIREDO et al., 2009).

O mesmo Figueiredo entende o cuidado como ação que exige a presença do profissional na cena do cuidar. A conduta do enfermeiro, portanto, deve estar comprometida com o querer cuidar. O cuidador deve se envolver para manter a vida quando o cliente estiver em risco. É de sua competência também criar um ambiente rico de estímulos auditivos, visuais e espirituais. Para tanto, o profissional deve estar emocionalmente bem, de maneira que possa transmitir energia mental e corporal positivas. Ele, finalmente, deve ser capaz de pensar e refletir sobre o cuidado que está ofertando, avaliando e julgando sempre o que se faz como cuidado. (FIGUEIREDO et al., 2009).

2.3. Cuidados a crianças crônicas

Cuidar de crianças com doença crônica exige, por parte da enfermeira, uma compreensão e conhecimentos sobre como lidar com as limitações apresentada por elas. O progresso da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a essas pacientes não é apenas fruto da excelência técnica e científica, mas, sobretudo, do conhecimento específico para desenvolver um cuidado com maior minimização ou isenção de riscos. Todavia, por vezes, esse cuidado é insuficiente, tanto por aspectos psicológicos do enfermeiro que lida com a situação, quanto pelo impacto da cronicidade do quadro clínico, que exige buscas de conhecimento especializado.

É fundamental, assim, reconhecer e compreender as necessidades, potencialidades e valoração das competências que a enfermeira detém. Além disso, é necessária a aquisição de conhecimentos para o desenvolvimento da essência do fazer e saber da enfermagem – o cuidado.

A integração desse cuidado, em parceria com outras áreas, age como facilitador para se conseguir um resultado adequado ao atendimento das crianças crônicas. Uma dessas articulações é o Gerenciamento de Risco, que enfatiza a importância das interfaces de conhecimentos/instituições, de maneira que o desenvolvimento dos processos, propostos no seu ciclo, sejam completos.

Alguns enfermeiros se sentem ansiosos e inseguros com relação a certos procedimentos realizados no cuidado de crianças crônicas. Diversas necessidades foram sentidas ao longo dos anos nesse processo de cuidar. Essas carências demandaram inovações com o passar do tempo, visando sempre resultados mais benéficos para o cliente. E a ampliação do conhecimento, sabemos, tem, em última instância, a finalidade de compreender melhor os procedimentos e a segurança física das crianças.

A medicina clínica, por meio do diagnóstico e da terapêutica, responde prioritariamente às necessidades do corpo biológico e pouco valoriza outras necessidades de um ser em fase de crescimento e desenvolvimento. Esse indivíduo (ser) também quer brincar, estabelecer vínculos, ser respeitado, receber e dar afeto, mesmo quando doente. Essa característica, então, pressupõe a necessidade de estabelecer padrões que evitem riscos diversos para as crianças durante os cuidados.

A Unidade Intermediária do IFF tem uma clientela de crianças crônicas com freqüentes reinternações. Isso leva o profissional a refletir se os cuidados de enfermagem amenizam os riscos a ponto de diminuir o tempo de internação dessas crianças.

Essa preocupação se deve fundamentalmente porque as crianças são portadoras de anomalias genéticas. De acordo com Carvalho e Kenner, os defeitos congênitos consistem na ruptura da arquitetura anatômica normal de um ou mais órgãos. Alguns podem ser total ou parcialmente corrigidos por meio de intervenções cirúrgicas. Entretanto, a criança pode ter

que conviver com limitações e mudanças de hábitos cotidianos, demandando cuidados prolongados e dispendiosos (CARVALHO et al., 2005; KENNER, 2001).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Sociedade Brasileira de Genética Clínica e a Sociedade Brasileira de Genética, aproximadamente 5% das gestações têm como desfecho o nascimento de uma criança afetada por alguma malformação que comprometerá seu desenvolvimento e sua qualidade de vida.

O cuidado é inerente à profissão de enfermagem e envolve um olhar individualizado que contemple uma prática sem risco ao cliente, de acordo com a singularidade de cada ser. E cuidar significa proporcionar conforto e condições de conviver com as limitações, diminuindo as angústias causadas pelos limites impostos ao corpo de quem cuida e de quem é cuidado. São esses aspectos que fortalecem a necessidade de conhecer mais sobre o cuidado e sua avaliação.

De acordo com a Academia Americana de Pediatria, as crianças têm necessidades especiais porque são expostas a riscos maiores de ter seu crescimento e desenvolvimento comprometidos. Elas apresentam problemas crônicos, comportamentais, emocionais e, por isso, permanecem mais dependentes dos serviços de saúde (AAP E CCWD, 1999).

As crianças internadas no setor de Pediatria do IFF, na Unidade Intermediária Pediátrica, podem ser consideradas crianças especiais, muitas vezes crônicas e dependentes de tecnologia biomédica. Elas necessitam de cuidados contínuos, além de dispositivos apropriados para a manutenção da vida. Mas, pouco se sabe como prestar cuidado a essas crianças à luz do gerenciamento de risco. Isso talvez aconteça porque os profissionais estão mais focados em cuidados direcionados aos aspectos fisiológicos. Com isso, os enfermeiros se distanciam do cliente. Afastando-se, assim, de um cuidado mais integral e capaz de atender as necessidades emocionais, sociais e econômicas tão comuns em crianças com doenças crônicas.

MATERIAIS E MÉTODO DO ESTUDO

3. Materiais e Método do Estudo

3.1. Tipo de Estudo e Abordagem Metodológica

A investigação sobre o gerenciamento de risco do cuidado às crianças crônicas busca disponibilizar atos e ações de qualidade ao trabalho dos enfermeiros. Por ser um tema sobre o qual buscamos explorar a objetividade e a subjetividade, optou-se por desenvolver um estudo do tipo descritivo com abordagem quanti-qualitativa. Este tipo de abordagem permite que os fatos sejam observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador (LOBIONDO-WOOD; HABER 2001).

Gil (2008) explica que os estudos descritivos são aqueles que têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população. Procede-se ao levantamento de suas opiniões, atitudes e crenças por meio da identificação da existência de relações entre variáveis, com possibilidade de determinar a natureza destas relações.

Minayo (2008, p.12) refere que “a pesquisa social se faz por aproximação, mas, ao progredir, elabora critérios de orientação cada vez mais precisos”. Segundo esta autora, o objeto da investigação é essencialmente qualitativo. Minayo explica também que a abordagem qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos e às estruturas sociais. Essa abordagem, ainda de acordo com ela, se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, pois trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Estas especificidades, por sua vez, correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos. Leopardi (2001) concorda com a

opinião de Minayo, quando ela afirma que, neste método de pesquisa, tenta-se compreender o problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam. Ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos.

A pesquisa qualitativa é considerada por POLIT e HUNGLER (1995) como uma técnica fundamentada na premissa de que só é possível conhecer através da descrição da experiência humana, tal como ela é vivenciada e definida por seus próprios sujeitos. Esta abordagem metodológica, sabemos, tem sido muito utilizada pelos pesquisadores em saúde como estratégia para o desenvolvimento de suas investigações.

Diante das particularidades e possibilidades do método qualitativo na busca de resultados que transcendam a simples compreensão do fenômeno, outro autor, Richardson (1985) concluiu o seguinte: a estratégia metodológica de se utilizar a complementaridade entre os dados quantitativos e qualitativos proporciona maior nível de integração e profundidade na análise.

Daí a opção do método qualitativo como complementação aos dados quantitativos, de modo que números e discursos se configurem com duas linguagens fundamentais no relatório de pesquisa. Acreditamos que isso facilitará o reconhecimento de possíveis relações ou implicações existentes na prática gerencial do grupo estudado. Conforme afirmam Polit e Hunter (1995), optar pela estratégia metodológica da complementaridade quanti-qualitativa proporciona a compreensão do fenômeno estudado. O entendimento se dá dentro das possibilidades reais e concretas e permite o avanço em busca de possíveis explicações da realidade.

Minayo (2008) acrescenta que estudos quantitativos e qualitativos não se opõem. Pelo contrário. Quando feitos em conjunto, segundo ela, promovem uma construção da realidade mais elaborada e completa, dando oportunidade ao desenvolvimento de teorias e novas

técnicas cooperativas. De acordo com a autora, a técnica de triangulação dos dados é particularmente recomendada para estudos de avaliação. Essa ferramenta dispõe de meios que, durante o desenvolvimento do processo de investigação e análise, permitem aos avaliadores, que programam as ações, se apropriarem da compreensão dos dados quantitativos e qualitativos gerados pelo trabalho. “É possível, então, recolher os subsídios para que as mudanças necessárias sejam feitas” – acrescenta.

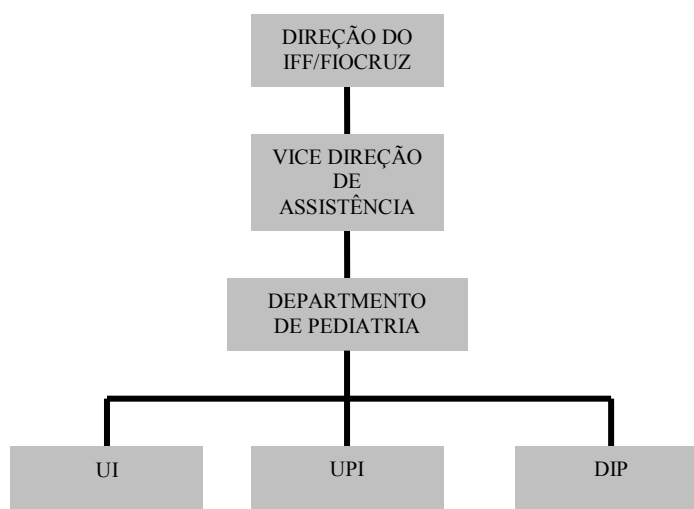
3.2. Cenário do Estudo

A investigação ocorreu na Unidade Intermediária (UI), do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira (IFF), uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz que atende a crianças e adolescentes com patologias de média e alta complexidade nas modalidades ambulatoriais e de internação.

Considerado referência para a área materno-infantil pela SAS/MS, na Portaria nº 745, de 22 de dezembro de 2005, o IFF tem como missão realizar de forma integrada assistência, ensino e pesquisa na área de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. Cabe destacar aqui o atendimento a malformações congênitas, muitas vezes diagnosticadas ainda intra-útero, passíveis ou não de correção ou intervenções cirúrgicas.

A UI pediátrica do referido Instituto foi escolhida como cenário de estudo porque, ali, crianças são admitidas e permanecem com necessidades de cuidados integrais do enfermeiro. Não raro, a dependência dos cuidados de enfermagem é total. Essa unidade tem capacidade instalada para 5 leitos hospitalares, atendendo lactentes, crianças e adolescentes de risco, com necessidades especiais e/ou dependentes de alta tecnologia. Subordina-se ao Departamento de Pediatria e possui a mesma horizontalidade de outros setores conforme o organograma aqui reproduzido:

Figura 3 – Organograma do Departamento de Pediatria do IFF/FIOCRUZ



A equipe de profissionais de enfermagem que trabalham na UI se constitui de 8 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem. Entre os enfermeiros sete são servidores públicos e um é cooperativado, dos quais dois em escala diária e os outros seis distribuídos no serviço diurno (SD) e serviço noturno (SN). Na escala de plantão (SD/SN) um(1)enfermeiro lidera dois(2)técnicos de enfermagem, no período de 07h às 19h, enquanto outro profissional coordena três(3) técnicos no horário de 19h às 07h. Todos cuidam das crianças internadas.

Com relação à clientela, a média de internação na UI apresentou uma variação de um(1) a dez(10) clientes ao mês. A média de ocupação de seus leitos variou de 54,84% a 95,33% e o tempo de permanência variou de 4,72 a 12,09 dias. Estes dados se referem ao ano de 2009.

A clientela consta de clientes pediátricos com idade de 28 dias a 18 anos. Às vezes, em casos de necessidade, são aceitos clientes com idade inferior a 28 dias de idade. Já pacientes com idade acima de 18 anos de idade, com diagnósticos clínicos e cirúrgicos, nunca são admitidos.

Segundo Barreto (2007), o Instituto Fernandes Figueira (IFF) é referência nacional para o Ministério da Saúde na área da saúde da mulher, da criança e do adolescente. O perfil assistencial da população infantil caracteriza-se por doenças crônicas e tratamento continuado para além do ambiente hospitalar.

A clientela a que refiro neste estudo são crianças crônicas. Muitas delas apresentam um quadro associado a síndromes genéticas/anomalias congênitas. As anomalias congênitas são anomalias estruturais, funcionais e/ou bioquímico-moleculares presentes ao nascimento, independentemente de terem sido detectadas nesse momento ou não. (Czeizel, 2005).

A estrutura física da unidade é fechada e os clientes estão distribuídos na unidade de forma que sejam observados diretamente do posto de enfermagem, cuja arquitetura permite total visualização de todos os internados.

3.3. Participantes do Estudo e a Coleta dos Dados Qualitativos

Os participantes da pesquisa para a coleta de dados qualitativos foram: o enfermeiro, em escala diária, responsável pela gerência e assistência da UI pediátrica do IFF e os enfermeiros, em escala de serviços diurno e noturno (SD e SN), responsáveis pelos cuidados diretos às crianças internadas nesse setor.

A formalização do convite a cada participante ocorreu após a pesquisadora receber uma cópia da escala mensal da Chefia de Enfermagem do setor UI-Pediatria, com a identificação do dia e do horário de cada enfermeiro. Durante essa formalização, os objetivos da pesquisa foram explicados e o agendamento de hora e local estabelecidos, conforme concordância de cada um, no horário de entrada ou saída de plantão/serviço.

A coleta de dados ocorreu em Dezembro de 2010. Para tanto, escolhemos a técnica de entrevista semi-estruturada porque ela permite que os depoentes compartilhem, com o

entrevistador, seus conhecimentos, significados, percepções e interpretações sobre o objeto de estudo. (LUDKE e ANDRÉ, 1986).

Essa entrevista seguiu um roteiro elaborado (Apêndice D) com as seguintes questões: o conhecimento dos enfermeiros relacionado ao gerenciamento de risco do cuidado; a experiência dos enfermeiros em relação aos indicadores do cuidado; e propostas dos enfermeiros em aumentar seus conhecimentos na temática de gerenciamento de risco do cuidado às crianças cronicamente adoecidas. Na construção deste roteiro de entrevista, nossa preocupação foi incluir perguntas ou temas relevantes ao objeto, com o propósito de adquirir um entendimento mais profundo.

A elaboração de um roteiro temático funcionando como guia é necessário para focar os objetivos propostos sem prejudicar a flexibilidade durante o diálogo entre o pesquisador e o informante, favorecendo a descoberta de possíveis novas pistas e questões pertinentes ao tema central do estudo, alertam autores como Tobar e Yalour(2004).

A proposta do pesquisador, assim, foi conduzir a conversa tendo em vista os objetivos da pesquisa. Essa estratégia auxilia e favorece a construção de um material sobre descrições, opiniões e informações peculiares, podendo ser alcançado com a interação entre o pesquisador e o entrevistado.

Antes da entrevista, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) elaborado segundo as determinações da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as entrevistas foram gravadas em equipamento digital e arquivadas em pastas no computador. Posteriormente, cada depoimento foi transcrito e encaminhado ao respectivo depoente para exclusão, inclusão ou retificação do conteúdo de modo que se atendessem ao critério de confiabilidade.

Embora o estudo do método qualitativo considere o número de participantes satisfatório quando os atributos investigados permitem a reincidência de informações sem que outras informações singulares sejam desprezadas, ou quando ocorre a repetição das informações a respeito do objeto estudado (GOMES [et al], 2005), pretendeu-se entrevistar os 08 enfermeiros que representam 100% dos participantes potenciais. Entretanto, cabe; o reconhecimento que esse número absoluto configura-se como uma limitação deste estudo, devendo-se ser replicado em outros estudos para afirmativas mais consistentes.

3.4. A coleta e Organização dos Dados Quantitativos

Polit e Hungler (1995) dizem que o método quantitativo envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle. Por isso, a técnica de coleta escolhida foi a observação não participante, uma vez que permite ao pesquisador permanecer alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observando de maneira espontânea os fatos que ocorrerem no cenário de observação.

Para que os indicadores de risco do cuidado possam ser identificados durante a observação, elaborou-se um instrumento de coleta (Apêndice B) com itens e sub-itens com enfoque no processo de avaliação do gerenciamento de risco. A lista incluiu a observação do ambiente onde se encontra o cliente, condições dos materiais, equipamentos e cuidados realizados durante a assistência do enfermeiro, além do acompanhamento do exame físico do cliente. Realizado pelo enfermeiro, este último tem, por finalidade, avaliar as condições clínicas segundo os aspectos relacionados no roteiro de observação. A elaboração do instrumento de coleta de dados será detalhada no sub-item 3.5 deste capítulo.

A proposta para a coleta de dados desta etapa baseou-se na observação dos cuidados realizados pelos enfermeiros, no período de tempo em que a maioria das atividades de rotina

da unidade é executada, qual seja no início do plantão, e quando são realizados procedimentos específicos de enfermagem, de acordo com a necessidade de cada criança. O período de acompanhamento (observação) dos enfermeiros ocorreu durante dois dias de atividades laborais de cada um deles.

Polit e Hungler (1995) afirmam que a observação permite a obtenção de informações necessárias aos pesquisadores, entre elas a eficácia do trabalho realizado pela equipe de enfermagem ou indagações a respeito do aperfeiçoamento das práticas da enfermagem. A partir desses dados é possível definir o diagnóstico da unidade da observação.

Após os procedimentos de coleta, os dados foram organizados em matriz de Planilhas do Programa Microsoft Excel Office XP e submetidos à análise estatística de frequência simples.

3.5. Análise e Interpretação dos Dados Quanti-qualitativos

Após a elaboração e avaliação de vários modelos de instrumentos, pautados nas características da clientela da UI, elegeu-se a avaliação por dimensões e periodicidade do gerenciamento de risco do cuidado. Esse tipo de levantamento é feito por meio da análise do conhecimento do enfermeiro assistencial e envolve a aplicação de entrevistas e a observação do ambiente onde o cliente está inserido. Depois desta etapa, passou-se a analisar como se dava o gerenciamento de risco do cuidado pelo enfermeiro da UI do IFF – FIOCRUZ, e a avaliar e discutir os resultados obtidos através da observação.

Para Malik e Schiesari (1998), o processo de avaliação ocorre a partir de padrões previamente estabelecidos. Compara-se o que é encontrado nos serviços e verifica-se se os mesmos atingiram ou não os critérios preconizados. Realizamos a avaliação através da comparação dos resultados obtidos com o Quadro 1 (p. 12) que trata dos Critérios de

Classificação da qualidade de assistência de enfermagem defendidas por CIANCIARULLO (1997), SAUPE, HERR e CERQUEIRA(1983).

Como a mensuração dos dados quantitativos preconiza que se diminua a subjetividade e aumente a validade e confiabilidade das medidas, optamos por adotar alguns dos Padrões Mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1978), porque acreditamos que eles expressem padrões para o gerenciamento de risco do cuidado. Descrevemos abaixo os princípios nos quais nos apoiamos:

- A enfermagem presta assistência livre de riscos ao cliente nas suas necessidades físicas, previamente identificadas, considerando as características individuais e assegurando os recursos indispensáveis.
- A enfermagem presta assistência às necessidades terapêuticas do cliente num contexto multiprofissional, aplicando os princípios científicos nos diferentes níveis de complexidade.
- A enfermagem assiste o cliente nas suas necessidades espirituais, emocionais e sociais, respeitando seus valores, utilizando os recursos da instituição, da família e da comunidade.
- A enfermagem assegura que o ambiente onde se proporcionam os cuidados ao cliente seja confortável e livre de riscos e orienta-o para proteger-se das agressões do meio ambiente.

Os critérios utilizados para avaliar os processos de trabalho da Unidade Intermediária realizado pelo enfermeiro, a fim de observar como se realiza o gerenciamento de risco do cuidado, foram listados com as seguintes preocupações, estabelecidas com base nas necessidades humanas básicas de Horta (1979): se estavam de acordo com as atividades e características da equipe e do perfil do cliente, e se foram obtidos através da observação do

ambiente onde o cliente está inserido, com o auxílio do instrumento de observação.

Reproduzimos aqui os princípios preconizados pela autora:

- Necessidades ambientais – variações de temperatura, ruídos, luz, estímulos externos, segurança, limpeza e conforto.
- Necessidades espirituais, emocionais e sociais – respeito às crenças religiosas, necessidade de afeto, segurança, relações interpessoais, prestígio, valorização pessoal, respeito, dignidade, apoio moral, auto-estima e auto-expressão.
- Necessidades físicas – oxigenação, água, alimentação, eliminação (pele, pulmões, intestinos e rins), exercícios, descanso e sono.
- Necessidades terapêuticas – diagnóstico e tratamento, alívio de sintomas e prevenção de complicações.
- Necessidade de reabilitação – física, psíquica e social, compensação das limitações, segurança e continuidade no tratamento, auto-cuidado e reintegração ao meio social.

O instrumento de observação no processo de avaliação do gerenciamento de risco do cuidado foi fundamentado também em documentos da ANVISA sobre auditoria, descritos por Feldman e Alves (2009), além do conhecimento absorvido pela pesquisadora deste estudo.

O instrumento com dados qualitativos para a entrevista inclui dados demográficos sobre idade e sexo e um roteiro semi-estruturado. Com esses instrumentos buscamos investigar a visão das enfermeiras acerca de o gerenciamento de risco. Cabe esclarecer, ainda, que as entrevistas serviram para apoiar ou esclarecer os dados quantitativos encontrados.

O instrumento com dados quantitativos, usado para observar o ambiente onde o cliente se insere, apresenta identificação do cliente, diagnóstico, grau de dependência da enfermagem, data e identificação do observador. O mesmo instrumento foi dividido em dez dimensões de acordo com a necessidade afetada e o gerenciamento a ser observado. Quais sejam as ações administrativas; cuidados de higiene; atividades físicas e conforto físico;

segurança física, no ambiente e nas ações técnicas; ações técnicas, nutrição e hidratação; oxigenação e ventilação; eliminações; utilização de equipamentos (monitor multiparamétrico, bomba infusora, ventiladores, etc.) e gerenciamento de riscos. Há uma coluna para anotações das respostas positivas ou negativas, uma coluna para a anotação dos itens que não se aplicam naquela avaliação e outra coluna para registros das observações.

Cada uma das dez dimensões são divididas em vários sub-itens, conforme os critérios estabelecidos para analisar o gerenciamento do risco no cuidado. (Anexo D).

Todos os instrumentos foram testados. Após o pré-teste foram realizados somente pequenos ajustes na redação dos critérios de análise do instrumento de observação e de entrevista, mantendo-se a essência do texto.

Donabedian (1981) recomenda que as instituições estabeleçam seus padrões, critérios e normas de maneira que possam ser adotados para avaliar serviços com características diferentes, mas essas ferramentas devem ter pontos em comum no que diz respeito aos indicadores de qualidade. Neste estudo, o indicador de qualidade é o cuidado, com uma abordagem específica de gerenciamento do risco do cuidado. É importante saber que na avaliação é necessária a definição de gerenciamento de risco. A avaliação do risco do cuidado pode ser obtida, utilizando-se métodos objetivos para determinar o grau de risco durante o cuidado. E, diante do grau obtido, detectar e corrigir precocemente os desvios para o índice de positividade abaixo da assistência desejável, evitando, assim, a possibilidade de riscos para o cliente assistido.

No trabalho aqui apresentado, o processo de avaliação do gerenciamento do risco do cuidado foi realizado no período de um mês, na UI pediátrica do IFF – FIOCRUZ.

A primeira etapa do processo consistiu nas entrevistas realizadas com os enfermeiros assistenciais, que fazem parte do quadro de funcionários da UI. Não se conseguiu atingir a amostra, porque um (1) enfermeiro encontrava-se de licença maternidade e outro de férias,

limitando o universo pesquisado a 06 enfermeiros entrevistados. A entrevista foi realizada em uma sala reservada, anexa ao setor utilizado como cenário, após consentimento por escrito do enfermeiro. Observou-se a regra de explicar os objetivos e garantir o sigilo da entrevista para estimular a liberdade de expressão. Reforça-se aqui o quantitativo de enfermeiros entrevistados como uma limitação deste estudo, mesmo para o método qualitativo.

A segunda etapa do processo de avaliação do gerenciamento de risco do cuidado consistiu na observação do ambiente onde o cliente estava inserido e dos cuidados a ele dispensados, das condições da área física, materiais e equipamentos de uso do cliente e da coleta de informações sobre o gerenciamento de risco da UI.

A avaliação pode e deve ser utilizada pelas organizações de saúde que estejam engajadas na melhoria contínua e na prevenção de danos (JCI, 2008). Para trabalhar a segurança e a excelência da prestação dos cuidados de saúde à população é imprescindível a observação sistemática e a consequente obtenção de dados.

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

Todo o processo de avaliação do gerenciamento do risco do cuidado foi realizado pelo pesquisador e supervisionado pelo orientador do estudo. Isso garantiu uma visão global dos cuidados prestados aos clientes. Em média, foram utilizados trinta minutos para a entrevista e três horas, divididas em dois dias de jornada de trabalho, para a observação dos cuidados realizados pelo enfermeiro assistencial.

Na avaliação dos resultados das entrevistas utilizou-se o critério de organização das falas de acordo com as evocações referidas pelos entrevistados, dando valor numérico às evocações em comum, obtendo-se o quadro abaixo.

Quadro 2 - Quadro do Resultado Obtido pelas Evocações dos Enfermeiros na Entrevista

	EVOCações	NÚMERO DE RESPOSTAS
MICRO	Sente insegurança em relação ao conhecimento GR	1
	Falar com a equipe para se alertar a erro de medicação	8
	Relaciona com queda do leito (grades, rolinhos, distância entre grades, barra de contenção)	16
	Relaciona à medicação (erro, dano)	13
	Avaliar pele e prevenção de dermatite	20
	Indicar mudança de decúbito, colchão caixa de ovo	12
	Planejamento para qualidade segundo contingencial/circunstância – lida mais com o inesperado	10
	Diagnóstico, Prognóstico e Intervenção segundo a complexidade do cliente para cuidar no dia com melhoria da qualidade	13
	Avaliação do cuidado (si mesmo, colega)	13
	Somatório do Microespaço	106
MACRO	Não recebeu capacitação na instituição de trabalho/Ter treinamento / conhecimento / educação continuada/ Não tem formação específica	63
	Desconhece indicadores e mudanças necessárias GR	10
	Inexistência de protocolos / organizações como indicadores de juízo ao GR	15
	Ter materiais necessários (rolinho, suspensório)	4
	Ter pessoal para ---- GR	11
	Ter protocolos / normatização e indicadores estabelecidos	15
	Ter acolhimento e valorização para equipe, apoio emocional	28
	Relaciona resíduo hospitalar à gerenciamento de risco	1
	GR expõe cliente / profissional	2
	Trabalhar com TISS	3
Somatório do Macroespaço	152	

Em relação ao processo de observação do ambiente onde eram realizados os cuidados ao cliente, adotou-se os critérios de Carter *apud* Saupe; Horr (1982). O quadro abaixo reproduzido ilustra o processo:

Quadro 1 - Critérios de classificação da qualidade de assistência de enfermagem

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	ÍNDICE DE POSITIVIDADE
Assistência desejável	100% de positividade
Assistência adequada	90 a 99% de positividade
Assistência segura	80 a 89% de positividade
Assistência limítrofe	71 a 79%
Assistência sofrível	70% a menos de positividade

3.6. Questões Éticas da Pesquisa

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proposta para o cenário do estudo. Depois de avaliado e aprovado, foi realizada a coleta de dados com base nos aspectos ético-legais determinados na Resolução nº 196/96 da CNS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO**4. Resultados e Discussão**

O Gerenciamento do Cuidado é inerente à Enfermagem. Seus princípios foram fundados por Florence Nighttingale, profissional preocupada em formar enfermeiras e prepará-las para gerenciar as atividades profissionais.

Hoje, essas atividades são compreendidas como atos e ações de enfermagem direcionadas ao atendimento físico, social, emocional dos clientes e suas famílias, de forma direta ou indireta.

Figueiredo e colaboradores¹ (2009, p. 414) denominaram esse conjunto de atos e ações de Enfermagem de cuidados de enfermagem, conceituando-os como:

“Conjunto de ações desenvolvidas em situações de cuidados e dirigidas à pessoa sadia ou adoecida, às demais pessoas a ela ligadas, às comunidades e aos grupos populacionais com a meta de promover e manter conforto, bem-estar e segurança, no máximo limite de suas possibilidades profissionais e institucionais”.

As enfermeiras e suas equipes devem realizar esses atos e ações, de forma correta e pautadas em conhecimentos técnico-científicos para assegurar um cuidado de enfermagem seguro, livre de riscos no corpo de quem cuida e de quem é cuidado e no ambiente social e institucional onde estes indivíduos se inserem.

Florence Nigthingale, em 1863, chamou a atenção para os requisitos básicos de uma instituição hospitalar: não causar dano ao cliente, mostrando a importância da avaliação das

enfermeiras baseada em acurada observação sistemática sobre a pessoa, o ambiente, a saúde e a doença. Assim, ela brindou a Enfermagem com sua teoria ambientalista e o caráter da avaliação nos processos de cuidados à clientela e instituição.

Pensar a observação sistemática sobre esses quatro (4) elementos exige uma reflexão articulada em busca de um elemento intercessor, capaz de resgatar, ao mesmo tempo, ideias acerca da pessoa que oferta o cuidado. Esse resgate foi feito por Figueiredo quando ele discutiu o corpo como instrumento-ação do cuidado de enfermagem, envolvendo “impulsos de amor, ódio, alegria, energia (...), manipulação de humores e odores”. Carregado ainda de “emoção e de possibilidades de manter o outro livre”.

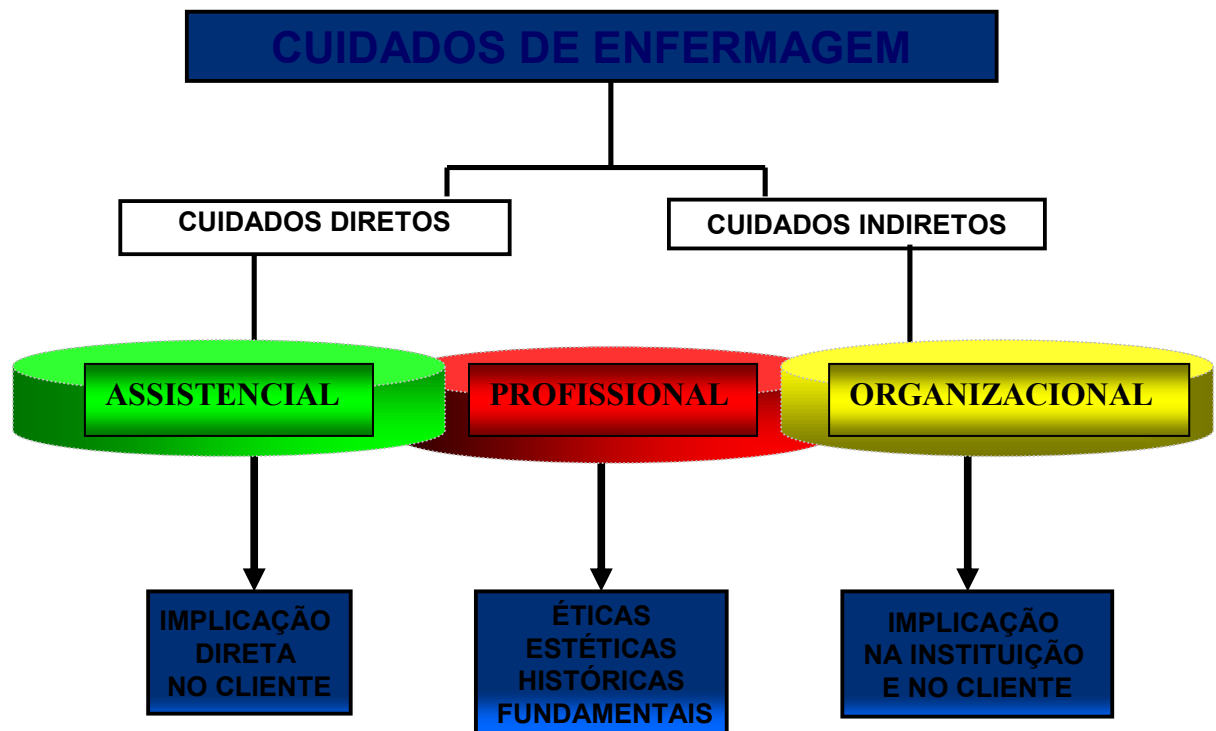
Deve-se pensar que os enfermeiros são corpos biológicos racionais-emocionais, políticos, cognitivo-sensoriais (TONINI, 2009, p. 390). Os profissionais, assim, podem e devem estar em cena no ato/ação em si de cuidar dos seus clientes, cujas características são as mesmas delas. Os enfermeiros são protagonistas também preparando ou organizando o ambiente, os espaços, os cenários, os instrumentais, os objetos, as pessoas de suas equipes, os formulários e documentos que serão utilizados nas ações e atos a serem executados diretamente nos clientes. Ou em plena interação entre si.

Alguns autores denominam de cuidados diretos os atos/ações de cuidar dos clientes que envolvem interações por meio do toque, da fala, do olfato, da conversa, da escuta, do olhar do corpo da enfermeira com o corpo do cliente. Já os atos/ações, que não implicam tais interações, são denominados como cuidados indiretos. Estes últimos envolvem planejamento, organização, prever, provisão, controle, treinamento, educação continuada e permanente, dimensionamento de pessoas e recursos materiais e insumos, processos e resultados e estabelecimento de metas, entre outros.

Considerando as categorias epistemológicas de CARVALHO, é possível afirmar que os cuidados diretos se vinculam à categoria ASSISTENCIAL, com implicações diretas no

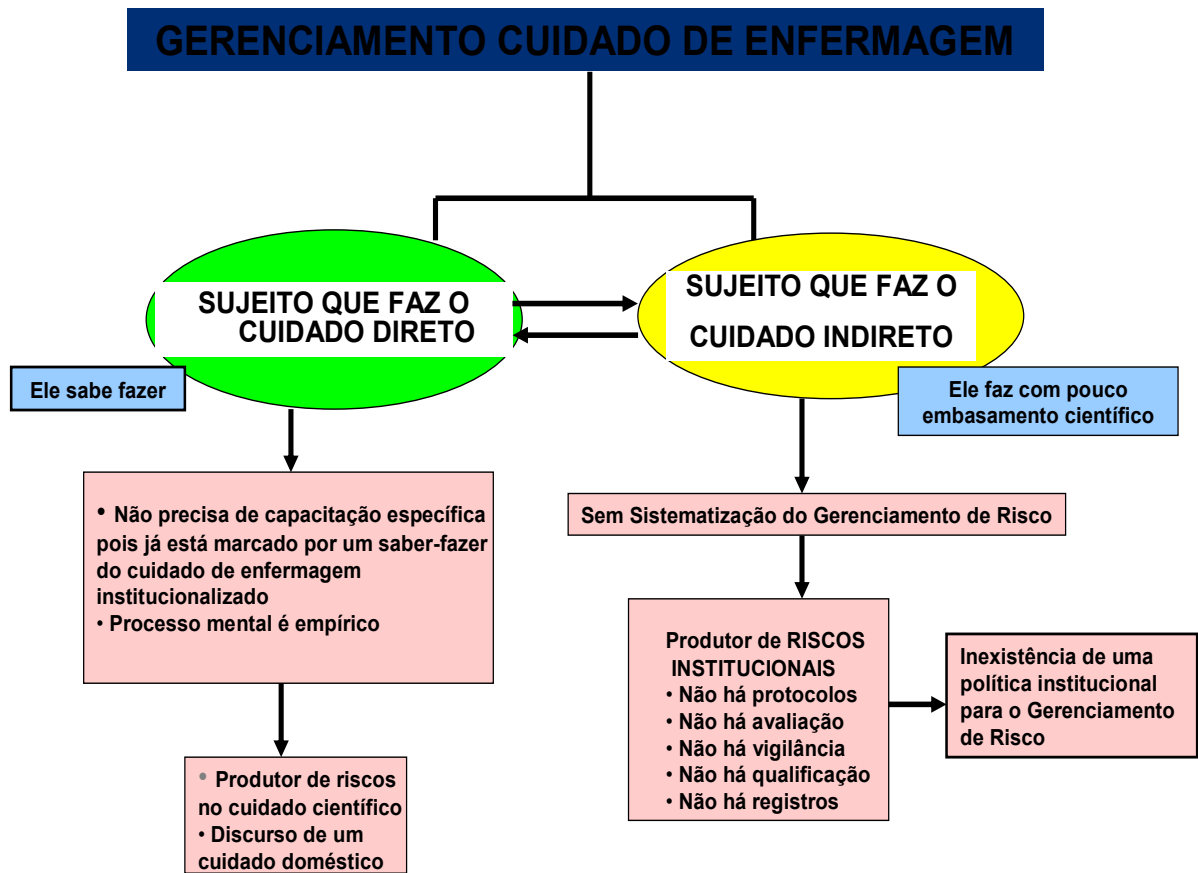
cliente, e à ORGANIZACIONAL, relacionadas com a instituição. Na interseção dessas duas categorias, encontra-se a categoria PROFISSIONAL, constituída pelo enfermeiro, que faz o cuidado direto, e do enfermeiro que faz o cuidado indireto acontecer. Descrevemos a seguir o esquema 1.

Esquema 1 – Caracterização dos Cuidados de Enfermagem a partir dos resultados analisados



A partir de dados analisados nesta pesquisa gerou-se a imagem contida no Esquema 2. Nesta fase, buscou-se compreender de que forma esses enfermeiros gerenciam os riscos existentes ou possíveis no cuidado de enfermagem.

Esquema 2 – Gerenciamento de riscos do cuidado



Depreende-se daí que há um gerenciamento do cuidado de enfermagem bastante precário sobre atos/ações arriscadas e geradoras de riscos no saber-fazer dos enfermeiros. E essa precariedade é ofertada aos sujeitos que recebem o cuidado.

Para Figueiredo (2009), esse sujeito (cliente) é compreendido como:

[...] indivíduo que traz consigo e em si o ideal de liberdade, de valor supremo, fonte de riqueza e alvo de esforço pessoal e coletivo. Precisamos, quando estamos diante do homem/mulher, saber que ele é parte de um sistema que se caracteriza pela organização familiar, social, educacional e jurídica; por instituições morais e cívicas, muitas vezes colocadas acima e à margem dos indivíduos pelo trabalho, que mantém tudo em funcionamento, desde o trabalho doméstico ao trabalho científico.

Neste estudo, portanto, esses sujeitos são as crianças internadas. Elas são parte de um sistema macroinstitucional (molar) que influencia seus corpos, desejos e necessidades. As pacientes são um corpo que interessa à enfermagem e demandam cuidados diferenciados. As diferenças se dão a partir do modo de vida de cada um, do estrato social a que pertencem, da importância que tem para os seus pares ou das condições sociais em que vivem.

Esses fatores em si demandam riscos. Isso se dá porque estes pequenos pacientes são estigmatizados ainda nas fases intra-ventre e pós nascimento. Neste último, os clientes crônicos, acompanhados na UI, estão expostos aos riscos psicológicos, físicos e ambientais provindos de cuidados danosos gerados por desconhecimento dos enfermeiros. Os profissionais, na verdade, não sabem interpretar os signos não lingüísticos que expressam as necessidades e os desejos provindos de seus corpos.

Os esquemas 1 e 2, então, representam nossos pensamentos, como se olhássemos as mentes dos produtores dos dados. Eles demarcam, em princípio, o que se deseja construir como GERÊNCIA baseada em cuidados diretos e indiretos. A explicação dessa construção talvez se justifique por sabermos, empiricamente, que as enfermeiras têm seus próprios mapas mentais para exercer suas ações e atos de cuidar sem separar, claramente, o que é um e o que é o outro, conforme o estudo de BARRETO (2009).

Existem ainda, assim, muitos “buracos negros” neste processo. E esses limites só serão rompidos com o apoio das pesquisas sobre as ações de gerenciar que merecem ser entendidas e aceitas como linguagem e prática na Enfermagem. Esta investigação mostra que os riscos “aceitos” estão decodificados e as necessidades parecem mais claras tornando-se um verdadeiro “buraco negro” quando se sai da objetividade e se tenta mergulhar no sujeito e em sua subjetividade.

Essas necessidades vieram à tona por meio de um cuidado prestado geralmente num ambiente doméstico e, portanto, empírico e não científico. Esse dado procede da

história/origem dos cuidados provenientes do lar e dos conventos, institucionalizados nos Século XVII e XVIII através de um saber apreendido pelas mulheres com suas avós e mães.

A evolução dessa dimensão doméstica para o empírico, contemplando o discurso de gerência e de riscos, se fortalece no final do Século XX e se intensifica no Século XXI. Portanto, o discurso/linguagem que corre de forma paralela é tayloriano. Essa categoria embasa os princípios científicos da atual área de administração que, por sua vez, são objetivados no ensino como princípios decodificados e operacionais. Taylor sublinha que a Enfermagem institui as técnicas e procedimentos que buscam o chamado fazer de resultados caracterizado por pouco esforço físico, pouco gasto de material e muito produto realizado, pouco considerando, assim, os cuidados específicos da profissão, em especial o antes e o depois das ações.

O cuidado, sabemos, é muito importante para a humanidade. No cuidar é necessário que cada um desenvolva a afetividade para com os outros. Só assim é possível perceber as necessidades do outro e construir um mundo melhor. Do contrário, não passamos da utopia. E a utopia, conforme indica sua origem etimológica, é o lugar nenhum. É na verdade, aqui em nosso caso, o cuidado que sonhamos, aquilo que deve ser mas ainda não é.

O transformar esse desejo em realidade depende de duas premissas. A primeira é a busca pelo conhecimento técnico-científico que abrange o saber gerenciar as questões inerentes à profissão. A outra consiste no cuidado à personalidade (aspectos psicológicos) do ser humano. Seguir essas premissas faz do enfermeiro um profissional capaz de identificar os erros reais ou potenciais que às vezes permeiam de forma imperceptível o cuidado prestado. Portanto, há de considerar que o ser humano erra e a Enfermagem é o VIGILANTE para que isso não aconteça.

Os erros podem ser classificados de várias formas. Um erro pode ser descrito em termos de comportamento, dos processos psicológicos e dos fatores que contribuíram para a

sua ocorrência. Suas consequências, nesses casos, podem acarretar em risco para o cliente que está sendo cuidado. Esse cuidado arriscado e de risco deixa a tela da arte de enfermagem “borrada”, como disse o Professor Renam Tavares (*in memoriam*). Mestre das atividades realizadas para pensar o cuidado, ele cunhou a expressão durante práticas educacionais em torno do tema “cenas sobre cuidado e arte”.

Figueiredo (2009) mostra que a busca por uma melhor compreensão do que é cuidar tem propiciado princípios norteadores de uma prática para todos. Os cuidados devem contemplar o corpo sadio ou doente, onde quer que ele esteja, compreendendo-se a doença, aqui no caso, como um fenômeno do corpo, um desvio de saúde. Estes entendimentos têm emergido de pesquisas e reflexões que funcionaram, a princípio, como pontos de condução no ensino e no cuidado. São princípios norteadores que podem ser encontrados na teoria de sistematização de um cuidado que tem no corpo seu objeto de interesse. Clarificam ainda as dimensões de ações e atos de cuidar.

Essas dimensões são de ordem doméstica, empírica e científica, sendo que esta última deve ter saber físico e bioquímico, anatômicos e psico-emocionais (Figueiredo, 2009), exigindo-se delas os seguintes princípios norteadores do cuidado de enfermagem: o cuidado tem implicações para a enfermagem e consequências para o corpo que o recebe; o cuidado nunca deve ser um risco para o cliente, o cuidado deve ser sempre uma intervenção de conforto e de ajuda. O cuidado, enfim, é restaurador, conforme a visão de Nightingale (1989).

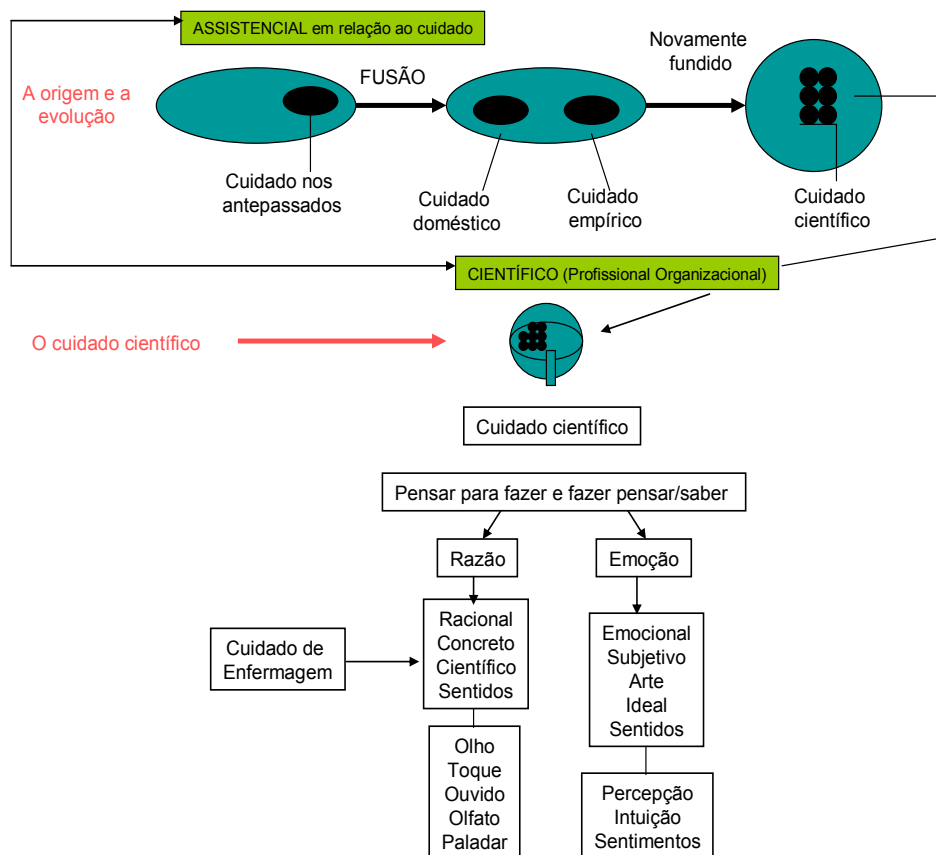
Para entender como o cuidado se estrutura, utilizamos o modelo de Figueiredo (2009), construído através da imagem da “reprodução celular”. O autor descreve o cuidado a partir de sua origem na história do mundo, que nos remete especialmente ao papel da mulher. Esta, aliás, é uma marca antiga e datada de bilhões de anos atrás, quando mulheres e homens

cuidavam da natureza, da casa, dos filhos e da terra e/ou quando havia epidemias e desastres naturais ou provocados.

Ao refletir sobre os esquemas 1 e 2, nos damos conta de um processo em construção, de uma enfermagem efêmera (que se movimenta), como afirma Caccavo e Carvalho (2000). De acordo com estes autores, o cuidado é um movimento histórico, cultural, científico, que tem um nascedouro, um percurso e um aparente local seguro - a ciência da enfermagem que tanto se almeja. Sua origem e trajeto são bastante conhecidos. Será, no entanto, que nossa disciplina terá chegado a seu porto definitivo?

Esse modelo propicia uma melhor compreensão das dimensões sugerindo a imagem metafórica do cuidado como uma célula particular (célula tronco) inserida na história das pessoas:

Figura 4 – A origem e a evolução/O cuidado científico (FIGUEIREDO & COLS., 2009, p.66)



Através desse esquema, observou-se que o enfermeiro deve necessariamente ter conhecimento dos cuidados fundamentais comuns. São eles o cuidar do corpo, detectar sinais e sintomas e verificar sinais vitais. Cabe a ele também implementar terapêuticas procedimentos que são mais invasivos e criar uma célula que gerencie o cuidado e seja gerenciada por quem cuida dela – o corpo, assim, entendido como célula universal.

Vale destacar que o esquema (Figura 4) se encontra nos constructos de Carvalho, na medida em que este autor entende que o assistencial é CUIDAR - independente do que seja, onde esteja e quem o faz. Para tanto devemos considerar o envolvimento do cuidado doméstico (empírico) e as pesquisas e os experimentos (científico), sendo necessário que o Profissional e o Organizacional devem estar inclusos no cuidado científico, essas Dimensões se tornam espaços de pensar-fazer-pesquisar em qualquer cuidado.

Nos estudos de Tonini (2006 e 2009), notadamente os descritos em sua tese de Doutorado, as enfermeiras são efêmeras empíricas e científicas quando se movimentam entre o instituído e o instituinte. À luz das categorias de Carvalho, esse gradiente, portanto, pode ser comparado ao “assistencial” direto e indireto gerenciado por elas.

Referimo-nos neste estudo tanto ao cuidado direto como ao cuidado indireto. Este último está relacionado às ações administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro, formando, assim, uma grande teia de atos de cuidados.

Este cuidado, direto ou indireto, traz na particularidade de cada um a necessidade do conhecimento do enfermeiro sobre o processo de gerenciamento do cuidado em particular. Qual seja, descobrir onde ele funciona como o orquestrador que faz o movimento de cuidar acontecer e se tornar ritmado – o movimento de fazer e pensar.

Observamos assim, através do esquema aqui descrito, que o enfermeiro, para realizar o cuidado, deve ter conhecimento dos cuidados fundamentais comuns. Quais sejam cuidar do

corpo, detectar sinais e sintomas e verificar sinais vitais, além de implementar terapêuticas e procedimentos que são mais invasivos.

Referimo-nos neste estudo tanto ao cuidado direto como ao cuidado indireto, lembrando que este último está relacionado às ações administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro.

Como já foi dito aqui, este cuidado (direto ou indireto) traz, na particularidade de cada um, a necessidade do conhecimento do enfermeiro sobre o processo de gerenciamento do cuidado em particular.

Quanto ao gerenciamento do cuidado prestado pelo enfermeiro, relacionado ao cuidado direto e ao cuidado indireto, gerenciar é o conjunto de ações desenvolvidas pelo profissional, visto que um processo está intimamente relacionado com o outro.

Com base no Gerenciamento em enfermagem, Tonini (2006) refere que “gerenciar não se restringe aos atos administrativos – organizacionais, devendo abarcar a dimensão subjetiva”. Gerenciar com os sentidos e fazer vibrar uma prática que precisa de movimento é dar vida à enfermagem. Um conhecido ditado ilustra bem o processo: “Viver é andar de bicicleta e ela só se mantém no equilíbrio se estiver em movimento”.

Se há autores (Carvalho, Figueiredo, Tonini) que assumem o cuidado como fundamento e campo epistêmico para pensar, fazer e pesquisar, neste caso, gerenciar as ações e os atos de cuidar também pode ser fundamento e campo epistêmico de organização do cuidado que fazemos.

A linguagem do gerenciamento do cuidado prestado pelo enfermeiro é ampliada e relacionada ao cuidado direto e ao cuidado indireto. Algo como agir com todos os sentidos: ouvindo, sentindo, tocando, escutando, olhando. Isso sugere uma organização que também inclua aspectos sensíveis e subjetivos nos processos de cuidar, de trabalhar e de organizar o que deve ser feito.

Figueiredo (2009) relata que ao longo dos séculos, as enfermeiras tiveram seus corpos físico-emocionais moldados pela narrativa da máquina e pelo discurso biomédico. Seus pensamentos e suas ações foram condicionados em todos os espaços sociais sob os princípios mecanicistas e biológicos, e o mesmo, diríamos, aconteceu com a administração instituída. Alguma coisa parecida com o personagem interpretados por Charles Chaplin, no filme Tempos Modernos – reduzido a uma peça de uma engrenagem que repete uma única tarefa sem ter ideia uma visão sistêmica de todo o processo.

Este processo ainda hoje é encontrado nas instituições hospitalares e persiste no sistema de ensino que molda o corpo das alunas para serem gerentes do cuidado. De acordo com Figueiredo, este modelo desarticula conteúdos sobre sujeito, poder, instituição, gerência de complexidade, política, economia, criticidade, criatividade e liberdade (FIGUEIREDO, 2009).

Apesar de todo esse gerenciar focado no cuidado, as enfermeiras procuram abrir um leque de funções dentro das instituições, buscando ampliar o seu papel, mostrando-se mais em relação a seu fazer e saber. Surge assim, a partir deste olhar ampliado, a necessidade de buscar as várias formas de gerenciar. E dentro deste leque, as diversas gerências, entre elas a de riscos no cuidado oferecido aos clientes, como o núcleo central de atos e ações neste campo.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. Análise e Discussão dos Resultados

5.1. O Gerenciamento de Riscos nos Cuidados Diretos e Indiretos de Enfermagem

A avaliação da qualidade por indicadores deve ser flexível e servir de referência para o processo de tomada de decisão. O enfermeiro precisa considerar o indicador como um instrumento que pode auxiliá-lo no planejamento da assistência, na tomada de decisão, na comunicação, no gerenciamento de risco causado pela ineficiência da adequação e manutenção de materiais e equipamentos.

Para uma avaliação segura, levamos em conta aqui alguns princípios da qualidade, buscando a utilização de um instrumento para mensurar riscos a partir do gerenciamento de risco do cuidado. A finalidade foi, a partir daí, mensurar a qualidade da assistência de enfermagem. Neste estudo, mesmo ciente da necessidade de integração de outros serviços para a avaliação do cuidado, detivemo-nos na análise de dados produzidos pelo enfermeiro no serviço de Enfermagem.

Parte-se do princípio de que a mensuração da estrutura, do processo e dos resultados resulta em aprimoramento da assistência em saúde, uma vez que fornece dados que servem como ferramentas para reelaboração e revisão dos métodos e indicadores que assegurem um cuidado de enfermagem seguro ou sem riscos.

Obviamente, antes da mensuração deve-se estabelecer o padrão de qualidade desejável para o cuidado de enfermagem, o monitoramento dos indicadores e o direcionamento da capacitação/treinamento dos profissionais envolvidos no gerenciamento dos cuidados diretos e indiretos, especialmente as enfermeiras dos diversos serviços.

Essas etapas são necessárias porque permitem o conhecimento dos enfermeiros sobre a gerência de riscos, auxilia na construção dos indicadores e na análise da eficiência e efetividade da mensuração.

Figueiredo, Silva, Costa e Machado (2002) referem que hospital é o teatro onde o cuidado acontece, sendo o enfermeiro um ator que administra atentamente tudo o que acontece buscando minimizar ou prevenir riscos à vida de pessoas sob sua responsabilidade. De acordo com o dicionário etimológico, risco significa perigo ou possibilidade de perigo, possibilidade de perda ou de responsabilidade pelo dano.

Fundamentos sobre o cuidar no Hospital e estar atenta aos riscos nos remetem a eles perdidos. Como estão dispersos ainda não foram lembrados ou anunciados e, por isso, não há uma preocupação em melhorar aquilo que se compreende como GERÊNCIA. Considerando-se aqui categorias de Carvalho e dimensões de Figueiredo.

Com base nessas considerações, apresentamos os resultados obtidos com a análise dos dados sobre as dimensões que configuram as ações de enfermeiros dirigidas ao gerenciamento de riscos segundo a criticidade e o índice de chance de ocorrência.

Essas dimensões se referem aos cuidados de enfermagem indiretos e diretos. As ações dos enfermeiros para os cuidados indiretos contemplam as questões administrativas, a segurança física do ambiente e da criança, o uso de equipamentos e os protocolos de gerenciamento de riscos. Já as ações relacionadas aos cuidados diretos ao cliente são a higiene corporal, as atividades físicas e conforto, as técnicas de enfermagem, a nutrição e hidratação, a oxigenação e ventilação, e as eliminações (Apêndice B).

Cabe ressaltar que essas dimensões foram estabelecidas neste estudo com a finalidade de verificar se ocorre o gerenciamento de risco durante o cuidado realizado pelos enfermeiros ao cliente e se eles se utilizam de indicadores do cuidado para avaliar o gerenciamento de riscos potenciais ou reais.

Inicialmente, valores obtidos nas dimensões nos permitiram comparação com a escala de positividade adotada para avaliação da assistência prestada. Então, houve necessidade de aplicar pesos nas ações de cada dimensão de modo que aquelas inexistentes ou não realizadas pelos enfermeiros não comprometessem a comparação entre o que se esperava e o que se observava como gerenciamento de riscos.

Desse modo, foi estabelecido um grau de prioridade para cada ação de cuidar, classificando-as em grande, média e baixa, segundo um dado valor em peso. (Quadro 3).

Quadro 3 – Prioridade da Ação de Cuidar

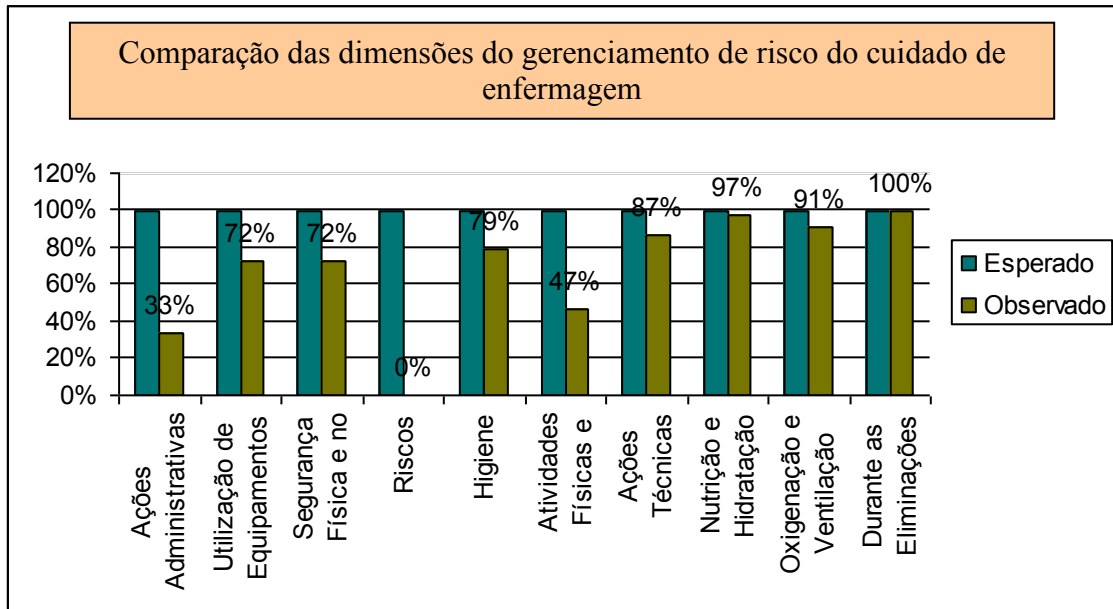
GRAU	CLASSIFICAÇÃO	PESO (SCORE)
1	GRANDE	3
2	MÉDIA	2
3	BAIXA	1

Ao aplicar a prioridade em cada ação de cada dimensão, obteve-se o Quadro 4, que mostra variação de sofrível a limítrofe na assistência de enfermagem para o gerenciamento de cuidados indiretos. Já para os cuidados diretos observados, a variação é de sofrível a desejável, isto é, a prioridade de ação é pequena e média para quem gerencia e faz o cuidado direto. Então, o gerenciamento de riscos e das atividades física e de conforto é pequeno em relação ao que a enfermagem faz. Isso significa que não há interesse? Que a enfermeira não vê? Não consegue identificar? Não sabe? De qualquer modo, as dimensões aparecem no quadro 3 (três) e são novas as questões que se colocam e merecem ser investigadas. Todavia, o fato de nos possibilitar novos questionamentos já é um resultado que interessa à Enfermagem e aos pesquisadores enfermeiros.

Quadro 4 – Avaliação das Ações dos Enfermeiros

		ORGANIZACIONAL		UTOPIA	REALIDADE	CIENTÍFICO
RISCO NO CUIDADO	CUIDADO INDIRETO	AÇÕES DOS ENFERMEIROS		ESPERADO	OBSERVADO	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
		• GER. DAS AÇÕES ADMINISTRATIVAS		100%	33%	Sofrível
		• GER. DO CUIDADO NA UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS		100%	72%	Limitrofe
		• GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA SEGURANÇA FÍSICA, NO AMBIENTE E ...		100%	72%	Limitrofe
	• GERENCIAMENTO DOS RISCOS		100%	0%	Sofrível	
	CUIDADO DIRETO	• GERENCIAMENTO DOS CUIDADOS DE HIGIENE		100%	79%	Limitrofe
		• GERENCIAMENTO DO CUIDADO NAS ATIVIDADES FÍSICAS E CONFORTO FÍSICO		100%	47%	Sofrível
		• GERENCIAMENTO DO CUIDADO NAS AÇÕES TÉCNICAS		100%	87%	Segura
		• GERENCIAMENTO DOS CUIDADOS NA NUTRIÇÃO E NA HIDRATAÇÃO		100%	97%	Adequada
		• GERENCIAMENTO DO CUIDADO DURANTE AS ELIMINAÇÕES		100%	100%	Desejável
• GERENCIAMENTO DO CUIDADO COM OXIGENAÇÃO E VENTILAÇÃO		100%	91%	Adequada		
		ASSISTENCIAL				

Figura 5 - Comparação das dimensões do gerenciamento de risco do cuidado de enfermagem



A análise do Quadro 4 e da Figura 5 permite afirmar que há maior frequência na qualidade de cunho sofrível e limítrofe, gerando uma assistência arriscada e de risco à clientela. Todavia, cabe um olhar específico sobre cada dimensão, em especial aquelas relacionadas ao gerenciamento de cuidados diretos que, individualmente, minimizam os riscos potenciais da assistência. Por isso, a análise dos resultados ora apresentada parte de um olhar panorâmico. Esse enfoque se debruça sobre as dimensões em direção ao olhar sobre a especificidade de cada dimensão - que mede as ações de enfermagem segundo a criticidade e índice de chance de riscos nos cuidados de enfermagem. Seria injustificável e injusto não relativizar o olhar entre o molar (dimensão) e o molecular (ação intradimensão).

O olhar panorâmico chama atenção para utopia (100%) e se confronta diante de uma realidade que pode ser efêmera, mostrando o sofrível e o limítrofe empurrando para “o buraco negro” da ciência. Pensar nessa ciência desejável implica reconhecer a necessidade de replicação de estudos que aprofundem essas hipóteses (BACHELARD, 1934). Afinal, são essas possibilidades que direcionam as enfermeiras para um caminho “cósmico”.

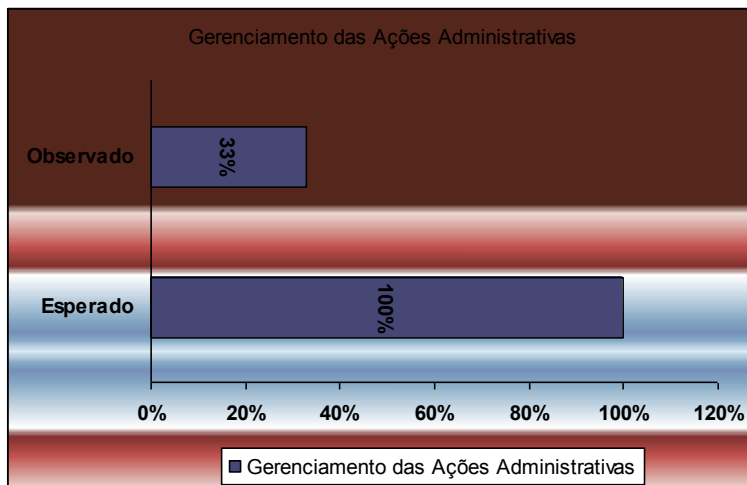
5.2. O Gerenciamento de Riscos nos Cuidados Indiretos ofertados pelos Enfermeiros

5.2.1. Dimensão “Gerenciamento das Ações Administrativas” na Categoria Organizacional

Um olhar panorâmico sobre esta dimensão, que contempla ações administrativas consideradas fundamentais e inerentes à função da enfermeira gerente, traz à tona um processo de trabalho bastante precário.

Essa precariedade está traduzida entre o que se esperava que a enfermeira desenvolvesse (100%) e o que se observou quando ela estava em cena para a execução das 26 ações estabelecidas. Observou-se que dessas 26 ações, ela realizou apenas 08 (33%) ações administrativas que foram avaliadas como assistência de nível sofrível (Figura 6).

Figura 6 – Gerenciamento das Ações Administrativas



Essas 08 ações dizem respeito à passagem de plantão, elaboração de escala de serviço, prescrição de enfermagem, habilidade e capacitação da equipe, registro de enfermagem, controle de psicotrópicos, aprazamento da prescrição médica e controle da temperatura do local de armazenamento de medicação. O Quadro 5 ilustra bem a situação:

Quadro 5 – Gerenciamento das Ações Administrativas e a síntese numérica dos resultados das observações realizadas na Unidade Intermediária

AÇÕES / CRITICIDADE E ÍNDICE DE CHANCE	GRAU	SCORE	ESPERADO	OBSERVADO
I. GER. DAS AÇÕES ADMINISTRATIVAS				
1.1. Existe passagem de plantão?	1	3	27x3=81	27x3=81
1.2. É realizada a escala de serviço?	1	3	27x3=81	27x3=81
1.4. Existe controle do carro de PCR?	1	3	27x3=81	0x3=0
1.5. Existe controle da bandeja de intubação?	1	3	27x3=81	0x3=0
1.8. Existe prescrição de enfermagem?	1	3	27x3=81	27x3=81
1.11. Existe controle da manutenção dos equipamentos eletrônicos?	1	3	27x3=81	0x3=0
1.12. O corpo funcional é habilitado e/ou capacitado às necessidades do serviço?	1	3	27x3=81	27x3=81
1.14. Existe avaliação inicial por meio da Sistematização da Assistência...?	1	3	27x3=81	0x3=0
1.16. Existem critérios estabelecidos para a transferência interna e ext...?	1	3	27x3=81	0x3=0
1.17. Existe identificação específica para clientes alérgicos?	1	3	27x3=81	0x3=0
1.18. Existe protocolo implantado para monitorar ulcera de pressão?	1	3	27x3=81	0x3=0
1.19. Existe protocolo implantado para o monitoramento das quedas?	1	3	27x3=81	0x3=0
1.20. Existe protocolo implantado para o monitoramento flebite?	1	3	27x3=81	0x3=0
1.21. Existe protocolo implantado para o monitoramento de saída de sonda enteral?	1	3	27x3=81	0x3=0
1.26. Existe relato escrito dos enfermeiros?	1	3	27x3=81	27x3=81
1.3. Existe controle dos psicotrópicos?	2	2	27x2=54	27x2=54
1.6. É realizado aprazamento da prescrição médica?	2	2	27x2=54	27x2=54
1.7. Existe controle da temperatura onde são guardados os equipamentos?	2	2	27x2=54	27x0=0
1.9. Existe controle da temp. onde são armazenados os medicamentos?	2	2	27x2=54	27x2=54
1.10. Existe controle da temperatura do ambiente/unidade?	2	2	27x2=54	0x2=0
1.22. Existem política e protocolo de enfermagem, definidos para a administr...?	2	2	27x2=54	0x2=0
1.13. Existem procedimentos de enfermagem descritos, atualizados...?	3	1	27x1=27	0x1=0
1.15. Existe procedimento de comunicação para a enfermagem fornecer...?	3	1	27x1=27	0x1=0
1.23. Existe proc. para recepção e com. relacionado à barreiras ling. e culturais?	3	1	27x1=27	0x1=0
1.24. Existe proc. em relação aos pertences pessoais trazidos. para a unidade?	3	1	27x1=27	0x1=0
1.25. Como é realizada a identificação/cadastro do cliente?	3	1	27x1=27	0x1=0
Somatório			1701	567
Percentual				33%

Entre as 15 ações classificadas como grande prioridade neste estudo, definidos por Carvalho como gerenciamento de riscos, os enfermeiros cumprem apenas 05 (30%), desconsiderando-se, aqui, as ações relacionadas ao monitoramento de integridade tegumentar, de quedas, de flebite e de cateteres e sondas.

Esse monitoramento deve ocorrer a partir de protocolos estabelecidos por gerentes, com a colaboração da equipe de enfermagem, tendo como fundamento os estudos publicados. Deve-se considerar principalmente as publicações sobre os protocolos e indicadores de estrutura, processo e resultados na Base de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade de Enfermagem, pertencentes à Associação de Enfermeiras Americanas (ANA)³.

Observou-se que os enfermeiros desenvolvem as ações de média prioridade, referentes ao controle e prescrição de medicamentos, procedimentos que minimizam a ocorrência de eventos adversos nas crianças internadas.

O evento adverso poderá ser uma iatrogenia ou não. A iatrogenia está associada à alteração patológica provocada no paciente por um tratamento ou conduta inadequada ao estado e necessidade do paciente. O evento adverso se refere a ocorrências com o paciente em função da ausência do cuidado ou de condições ambientais e estruturais, assim como também por uma ação inadequada. Ou seja, toda iatrogenia é um evento adverso, mas nem todo evento adverso é iatrogenia (PALADINI, 1994).

Lolita (2003) refere como eventos adversos as paradas cardíacas durante banho no leito, erros na medicação, extravasamento de antibióticos, quedas do leito, lesões de pele em mais de 15% dos pacientes com mais de quatro dias de internação, entre outros.

Em 1992, realizou-se o *The Australian Quality Care Study (QAHCS)*, na Austrália, que definiu evento adverso como “*lesão não intencional que resultou em incapacidade*

³ American Nurses Association. Disponível em www.nursingworld.org. Acesso em: 16/07/2011

temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado” (MENDES et al., 2005, p 398).

Segundo Ferreira (2007), desde o Século XVIII, são divulgados estudos a respeito de agravos à saúde causados pelos profissionais de saúde. Alguns exemplos foram citados na obra de Florence Nightingale, que revolucionou os cuidados hospitalares a partir de observação dos riscos a que eram submetidos os pacientes em função das más condições de higiene dos hospitais (MENDES et al., 2005).

Aliás, a falta de protocolos ou políticas específicas para a administração de medicamentos aumenta as chances de riscos dos erros de medicação.

Tonini, Lourenço e Silva (2002) assinalam que um dos instrumentos que a enfermagem utiliza para definir quem faz o que, como e onde, vem a ser os Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos. “Essas publicações detalham e padronizam etapas e ações administrativas e do cuidado a ser prestado” – lembram os autores.

Afinal de contas, a segurança do cliente e o conseqüente gerenciamento de risco do cuidado, devidamente padronizado, dependem da existência de manuais ou protocolos que orientem os funcionários no desempenho de um atendimento sem risco.

5.2.2. As dimensões do “Gerenciamento do Cuidado na Utilização de Equipamentos” e do “Gerenciamento de Riscos do Cuidado na Segurança Física e do Ambiente” na categoria ORGANIZACIONAL/ASSISTENCIAL

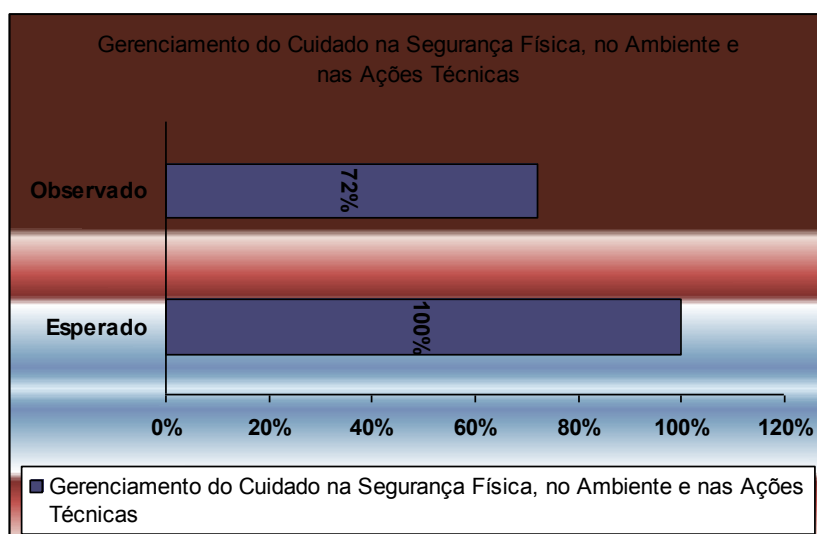
Avaliar a dimensão que trata de uso de equipamentos, em comparação com a dimensão que contempla a segurança física do ambiente, é uma preocupação derivada da associação intrínseca existente entre estes três elementos. E cabe ao cliente o foco central desta ligação.

Pensar no ambiente do cliente é trazer para a discussão os princípios de Florence Nightingale sobre a influência do ambiente na saúde do cliente e das pessoas que circulam no ambiente. A autora alerta para o cuidado com os objetos, que se encontram onde o cliente está; com as pessoas que ali convivem com os materiais de consumo (roupas, talheres, alimentos) e com a arquitetura hospitalar. Nightingale ressalta ainda as preocupações que a enfermeira deve ter em relação à higiene, ventilação, ruídos, iluminação e temperatura para propiciar segurança física e mental ao doente.

Atualmente, compreende-se que os equipamentos requerem cuidados porque são a extensão do cliente. No gerenciamento de riscos, leva-se em consideração a manutenção preventiva dos equipamentos, para que eles estejam em boas condições de uso no momento em que o cliente necessitar. O profissional deve necessariamente estar seguro de que não há possibilidade de curto-circuito, de resultados/informações não confiáveis/fidedignas. Essa, aliás, é condição necessária e capaz de garantir a continuidade do tratamento.

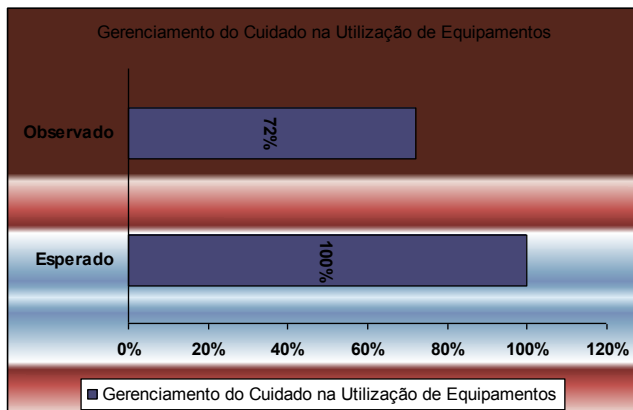
A avaliação dessas duas dimensões de gerenciamento de riscos culminou na classificação de uma assistência de qualidade limítrofe, qual seja um índice da ordem de 72% de positividade das ações observadas quando os enfermeiros cuidavam (Figuras 7 e 8).

Figura 7 – Gerenciamento do Cuidado na Segurança Física, no Ambiente e nas Ações Técnicas.



No gráfico anterior, o sofrível desaparece e dá lugar ao esperado, a partir do limítrofe no cuidado indireto. Até porque, no direto a performance é sofrível, conforme iremos constatar mais adiante.

Figura 8 – Gerenciamento do Cuidado na Utilização de Equipamentos



Ao focar individualmente as ações dessas dimensões, é possível identificar o quanto os enfermeiros estão atentos ao cliente, ao ambiente, aos equipamentos, aos profissionais e aos leitos. (Quadros 6 e 7).

Quadro 6 - Gerenciamento do Cuidado na Segurança Física, no Ambiente e nas Ações Técnicas e a síntese numérica dos resultados das observações realizadas na Unidade Intermediária

ACÇÕES / CRITICIDADE E ÍNDICE DE CHANCE	GRAU	SCORE	ESPERADO	OBSERVADO
4. GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA SEGURANÇA FÍSICA NO AMBIENTE E...				
4.1. O cliente está no leito registrado. Sua identificação está correta?	1	3	27x3=81	27x3=81
4.3. O cliente em leito não adequado para a idade está em segurança?	1	3	27x3=81	24x3=72
4.4. Há proteção das grades nas camas?	1	3	27x3=81	25x3=72
4.5. As grades da cama estão posicionadas adequadamente?	1	3	27x3=81	27x3=81
4.6. Passou mais de 24 horas sem queda do leito?	1	3	27x3=81	27x3=81
4.7. O leito esta em ordem, livre de objetos acumulados?	1	3	27x3=81	0x3=0
4.8. Não há presença de materiais usados ou contaminados?	1	3	27x3=81	26x3=78
4.9. O equipamento elétrico do leito está em ordem e funcionando bem?	1	3	27x3=81	27x3=81
4.10. O ambiente está limpo? (incluir mobiliário e cama)	1	3	27x3=81	26x3=78
4.12. É realizada higiene das mãos dos profissionais, antes e após procedi?	1	3	27x3=81	27x3=81
4.18. Existe preservação dos horários fisiológicos (sono e repouso)	1	3	27x3=81	2x3=6
4.19. O leito/UCR/Incubadora está limpa, desinfetada e em perfeito func...	1	3	27x3=81	25x3=75
4.20. O cliente está em ambiente limpo, livre de odores...	1	3	27x3=81	0x3=0
4.22. Os leitos possuem cabeceiras removíveis e grades laterais?	1	3	27x3=81	27x3=81
4.23. Há roupa suficiente para a demanda?	1	3	27x3=81	16x3=48
4.11. Todos os exames e cirurgia agendadas foram realizados?	2	2	27x2=54	25x3=75
4.15. A iluminação do setor é adequada?	2	2	27x2=54	27x3=81
4.13. Existe controle da umidade e temperatura do setor?	2	2	27x2=54	0x3=0
4.17. O silêncio é preservado no setor em todos os horários?	3	1	27X1=27	0x3=0
4.14. Existe uma geladeira para armazenamento de materiais de exames?	3	1	27X1=27	0x3=0
4.16. Existe impresso constando rota de fuga, no setor?	3	1	27X1=27	0x3=0
4.21. Há medidas de proteção contra correntes de ar?	3	1	27X1=27	0x3=0
Somatório			1485	1071
Percentual				72%

Quadro 7 - Gerenciamento do Cuidado na Utilização de Equipamentos e a síntese numérica dos resultados das observações realizadas na Unidade Intermediária

AÇÕES / CRITICIDADE E ÍNDICE DE CHANCE	GRAU	SCORE	ESPERADO	OBSERVADO
9. GER. DO CUIDADO NA UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS				
9.1. O equipamento utilizado está corretamente aplicado no cliente?	1	3	27x3=81	26x3=78
9.2. A bomba infusora em uso está corretamente programada?	1	3	27x3=81	27x3=81
9.4. É realizada checagem do desfibrilador?	1	3	27x3=81	0x3=0
9.3. Os parâmetros ventilatórios estão de acordo com o da presc. médica?	2	2	27x2=54	27x2=54
Somatório			297	213
Percentual				72%

Em relação ao ambiente, há preocupação com a limpeza, iluminação e contaminação em contraposição ao controle de umidade, temperatura, odores, ruídos e ventilação.

A tônica das ações desenvolvidas no universo pesquisado está centrada nas seguintes tarefas: identificar o cliente; minimizar riscos de queda do leito; organizar o espaço onde o cliente está; prover roupas, agendar exames/cirurgias; avaliar parâmetros ventilatórios do cliente; zelar pela manutenção e funcionamento dos equipamentos, especialmente os que estejam em uso.

5.2.3. A dimensão “Gerenciamento de Riscos” para um cuidado científico: graus de ações prioritárias.

Essa dimensão trata do gerenciamento de riscos propriamente e envolve ações tais como identificação de riscos e capacitação de pessoal. A identificação e a intervenção preventiva passam necessariamente por um banco de dados montado para monitorar os riscos.

Essas ações molares têm caráter de política institucional, mas, praticamente, inexistem. Decorre daí a assistência sofrível identificada na pesquisa, conforme descrito no Quadro 8:

Quadro 8 - Gerenciamento dos Riscos e a síntese numérica dos resultados das observações realizadas na Unidade Intermediária

AÇÕES / CRITICIDADE E ÍNDICE DE CHANCE	GRAU	SCORE	ESPERADO	OBSERVADO
10. GERENCIAMENTO DOS RISCOS				
10.1. O setor possui levantamento dos seus riscos?	1	3	27x3=81	0x3=0
10.3. Os enf.á receberam algum treinamento sobre o tema ger. de riscos?	1	3	27x3=81	0x3=0
10.4. Existe notificação dos riscos e dos eventos relac. aos cuid. de enf.?	1	3	27x3=81	0x3=0
10.2. Existe folha de notificação e fluxo? A equipe de enf. Tem ciência?	3	1	27x1=27	0x3=0
Somatório			270	0
Percentual				0%

Essa falta de uma política específica para o gerenciamento de risco explica, em parte, os resultados obtidos nas ações de cuidados diretos e indiretos que são capazes de minimizar ou prevenir riscos aos clientes e profissionais.

A falta de treinamento foi confirmada pelos dados qualitativos colhidos por entrevistas com seis (06) enfermeiras. Durante os depoimentos, elas afirmaram desconhecer o tema Gerenciamento de Risco do Cuidado ou a existência de uma política da instituição vinculada aos riscos, conforme os seguintes recortes:

“Gerenciamento de Risco, ou prevenção de risco, eu não me lembro desse assunto ter sido abordado durante a faculdade; eu nunca fiz curso de atualização que abordasse isso, não em relação ao cuidado direto ao paciente. Então, o que eu penso ser prevenção de risco é uma queda do leito, ou, enfim, um erro de medicação... Não acho que eu tenho uma educação continuada que fale sempre sobre isso, que estimule a gente a pensar nisso e ter sempre isso no nosso dia a dia.” (E1).

“O Gerenciamento de Risco é você estar buscando assim prováveis riscos que podem vir a acontecer e evitá-los, não é? Esta sempre ali... Sempre com essa vertente para poder... Os riscos que podem vir acontecer não aconteçam, e sempre tratando com a prevenção dos riscos.” (E2).

“Eu não tenho esse gerenciamento, eu acho que é uma falha. Eu acho que todos nós precisávamos estar atentos ao gerenciamento de risco, porque ele expõe tanto você como expõe o paciente.” (E3).

Autores como Cardoso descrevem a Gestão de Risco como um processo lógico e sistemático que deve ser utilizado durante a tomada de decisões para melhorar a eficácia e eficiência do desempenho, integrada à rotina e aos procedimentos das diversas atividades. (CARDOSO, 2009).

Já a percepção dos enfermeiros refere uma preocupação com o risco já ocorrido, distanciando-se, assim, de um planejamento, aplicação e avaliação do cuidado realizado. Os profissionais, no entanto, anseiam por uma capacitação específica sobre o tema, à luz de uma abordagem com viés educativo, contínuo e intrainstitucional.

O quadro abaixo revela a preocupação dos enfermeiros traduzida nos números de respostas no micro e macro espaço. Ao observar as manifestações enfermeiros, constatamos um número reduzido de respostas (1) no micro espaço, indicativo da insegurança do profissional em relação ao conhecimento de GR. Já no macro espaço, o número de respostas (63), relacionado à falta de capacitação na instituição de trabalho / ter treinamento / conhecimento / educação continuada / não tem formação específica, demonstrou que eles (os profissionais) relacionam o risco aos temas tanto no micro quanto no macro espaço.

Quadro 2 - Quadro do Resultado Obtido pelas Evocações dos Enfermeiros na Entrevista

	EVOCÇÕES	NÚMERO DE RESPOSTAS
MICRO	Sente insegurança em relação ao conhecimento GR	1
	Falar com a equipe para se alertar a erro de medicação	8
	Relaciona com queda do leito (grades, rolinhos, distância entre grades, barra de contenção	16
	Relaciona à medicação (erro, dano)	13
	Avaliar pele e prevenção de dermatite	20
	Indicar mudança de decúbito, colchão caixa de ovo	12
	Planejamento para qualidade segundo contingencial/circunstância – lida mais com o inesperado	10
	Diagnóstico, Prognóstico e Intervenção segundo à complexidade do cliente para cuidar no dia com melhoria da qualidade	13
	Avaliação do cuidado (si mesmo, colega)	13
	Somatório do Microespaço	106
MACRO	Não recebeu capacitação na instituição de trabalho/Ter treinamento / conhecimento / educação continuada/ Não tem formação específica	63
	Desconhece indicadores e mudanças necessárias GR	10
	Inexistência de protocolos / organizações como indicadores de juízo ao GR	15
	Ter materiais necessários (rolinho, suspensório)	4
	Ter pessoal para ---- GR	11
	Ter protocolos / normatização e indicadores estabelecidos	15
	Ter acolhimento e valorização para equipe, apoio emocional	28
	Relaciona resíduo hospitalar à gerenciamento de risco	1
	GR expõe cliente / profissional	2
	Trabalhar com TISS	3
Somatório do Macroespaço	152	

A educação do corpo profissional da instituição deve se desenvolver no local de trabalho. Os enfermeiros, desta forma, absorvem novos conhecimentos e se capacitam para executar seu trabalho. É desse processo educativo contínuo que virá a conscientização; a preocupação e a prática do Gerenciamento do cuidado e a consequente segurança do cliente. Porém, muitas vezes o profissional não tem a oportunidade de participar da implantação de novas estratégias que visam à melhoria da assistência. Ou porque não é convidado ou por incompatibilidade de horário.

Quando da implantação de novas estratégias, é importante que o corpo profissional seja envolvido de forma que todos não só contemplem o conhecimento, mas os conceitos de ajuda e solidariedade neles contido.

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

A funcionalidade desta mudança depende de um pré-requisito importante. Trata-se da comunicação entre os profissionais enfermeiros, de maneira que eles obtenham um resultado no desenvolvimento do trabalho de forma positiva, sem ruídos. Estes últimos, quando não são evitados, podem gerar falhas nos resultados do cuidado.

Para o gerenciamento de risco do cuidado eficaz a equipe de enfermagem deve comunicar-se como nunca se comunicou anteriormente. Até porque a não comunicação entre os membros assistenciais de uma equipe de saúde dificulta a implantação de programas para a melhoria do cuidado ao cliente. A partir das dificuldades e dúvidas, que surgem na

comunicação, é possível verificar as dificuldades da organização institucional que influenciam diretamente no cuidado ao cliente. Segundo Mezomo (2001), os trabalhadores têm necessidade de observar e sentir a transparência em todas as ações da administração.

A equipe de enfermeiros que compõem o quadro da UI é constituída de enfermeiros especializados em pediatria. Isso facilita a comunicação entre os membros da equipe. No entanto, os profissionais identificam na falta de padronização de rotinas na UI, uma das causas que interferem na realização do cuidado de forma padronizada, gerando, assim, riscos ao cliente.

Outro fator facilitador para o cuidado é a interação que ocorre entre os membros assistências de saúde (médico e enfermeiro). Esse intercâmbio é importante para a tomada de decisão e a busca de estratégias voltadas para a resolução de problemas. Nas situações que geram dúvidas é possível também traçar condutas referentes ao cuidado ao cliente assistido. No entanto, esta comunicação só será eficaz se integrar todos os membros de forma uniforme e planejada.

As dimensões do gerenciamento de riscos nos cuidados indiretos, apuradas neste trabalho, indicam que os enfermeiros, em seu processo de cuidar, criam diversas redes pactuadas com os mais variados serviços. Em algumas instancias estas relações estão interligadas e, em outras, elas são interdependentes. Ambas propõem e acompanham a produção do cuidado de enfermagem, promovendo, assim, a contratualização entre os diversos serviços de acordo com suas necessidades. Isso traz à tona um produto de cuidado otimizado e voltado para os riscos que, eventualmente, ameacem o cliente.

Os registros de gerenciamento de riscos surgem em imagens divulgadas no século passado. Destacamos aqui uma imagem que sinaliza o papel da enfermeira na instituição. Tonini e cols. (2009) entendem que resgatar os conceitos ali explicitados significa assumir o papel/função da enfermeira – prática social permanente e intacta no Século XXI. Esses

indícios materiais seguramente comprovam a atuação das enfermeiras enquanto gerentes de cuidados numa fase embrionária e doméstica. Mesmo que não se fale ou reconheça “abertamente”, ela é o centro, a aranha que tece sua rede de informações e de articulações nas ações e nos atos de gerenciar. Ela é a vigilante. Aquela que garante que tudo aconteça, dentro e fora de sua área de ação, em benefício do cliente, como mostra a figura a seguir.

Figura 9 - Figura gentilmente cedida pelo Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem (LAPHE)/Departamento de Enfermagem Fundamental/Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. (TONINI & COLS., 2009, p.395)



Segundo Tonini (2006), a enfermagem atual pauta-se na cientificidade e seu processo de cuidar ocorre de forma mais sólida e não de maneira frágil, submissa e sem reflexão. O processo de cuidar em enfermagem é impregnado de saberes científicos. Por isso, o cuidado prestado deve ser avaliado como produção de um produto ou como oferta de um serviço. Assim, o discurso da enfermeira é pautado de maneira a colocar o cuidado como uma prática

que amplia o seu discurso. O objetivo é a intervenção para gerar resultados, tanto nos processos quanto nos produtos. Tanto para preço e custo, quanto para política e poder.

É neste contexto que floresce a necessidade de avaliação constante do cuidado. Afinal, é a partir dos erros, potenciais causas de risco ao cliente, que surgem, após sistematizada análise, as respostas necessárias à reavaliação do processo. Na verdade, isso significa atualizar potenciais adormecidos na prática profissional. E é daí que surgem as ações corretivas que evitam eventos de risco do cuidado. É daí que virá uma gerência que coloque o doente ou o sadio no centro de suas preocupações.

O enfermeiro tem autonomia legal (Lei) para definir, guiar, prever, analisar e avaliar os cuidados realizados com o cliente. Essa liberdade permite a ele adquirir a capacidade gerencial na arte de pensar e julgar para melhor decidir e agir. Sempre com o propósito primeiro de não colocar a vida do outro em risco.

Os gerentes devem ter características de líder. Devemos prepará-los e destacar aqueles que têm inclinação a fim de influenciar, guiar e direcionar o processo gerencial. Segundo Marquis e Huston (1999), os líderes devem obter seu poder por intermédio da influência, da concentração nos processos grupais, na coleta de informações, no *feedback*, na delegação de poderes e das ênfase às relações interpessoais. Acrescentamos aqui também a habilidade de se comunicar.

O compromisso dos gerentes em promover um desenvolvimento educacional entre todos os membros da equipe faz parte da gestão que busca manter e alcançar a gestão de qualidade. Essa estratégia diversifica as estratégias educacionais e norteia a variação de cursos que proporcionem conhecimentos teóricos e práticos capazes de promover o desenvolvimento pessoal, faz parte da gestão que busca manter e alcançar a gestão de qualidade.

5.2.3.1. O Gerenciamento de Riscos nos Cuidados Diretos ofertados pelos enfermeiros

Esse subcapítulo representa as ações gerenciais desenvolvidas como uma dimensão científica do saber-fazer da enfermagem dentro do gerenciamento de riscos (5.2.3.).

As informações contidas nos quadros 10 (Gerenciamento dos Cuidados de Higiene); 11 (Gerenciamento do Cuidado nas Atividades Físicas e Conforto Físico); 12 (Gerenciamento do Cuidado nas Ações Técnicas); 13 (Gerenciamento dos Cuidados na Nutrição e na Hidratação); 14 (Gerenciamento do Cuidado com Oxigenação e Ventilação); 15 (Gerenciamento do Cuidado Durante as Eliminações) e suas respectivas figuras são dados produzidos e entendidos como diretos. Aqueles cuja coleta nos obriga a estar junto e em interação com o cliente tocando-o, olhando para ele, escutando suas queixas, auxiliando em suas eliminações ou cuidando de seu corpo para proporcionar. As informações ali coletadas mostram como as ações esperadas (100%) foram apenas observadas durante a coleta. A análise dos resultados aponta para um grau de prioridade das enfermeiras classificado entre GRANDE e MÉDIO.

Os dados sugerem a adoção de um gerenciamento de cuidados diretos, que podem ser fundamentados a partir de teoria de Enfermagem como a de Virgínia Henderson (1966). As NHB, aliás, têm sido a base científica das identificações de problemas, intervenções e avaliações de enfermagem. Afinal, são elas que preservam e monitoram os cuidados realizados para e com seus clientes.

Essa base científica de enfermagem é amplamente desenvolvida por estudiosas da ANA, que elaboram e avaliam a taxonomia de NANDA⁴ (CARPENITO, 1998).

⁴ NANDA – North American Nursing Diagnoses Association – foi desenvolvida a partir de 1973 e é constituída por estrutura teórica – Padrões de Respostas Humanas – que orienta a classificação e categorização dos diagnósticos de enfermagem no que tange às condições que necessitam de cuidados de enfermagem. (QUELUCI, 2009, p.33).

Paralelamente, os temas CORPO e CONFORTO têm sido associados como modos de ampliar e aprofundar as discussões sobre ENFERMAGEM relacionadas às NHB (HORTA, 1979).

Florence Nightingale (1859), Virgínia Henderson (1955), Faye Abdellah (1960) e Dorothea Orem (1971) entendem, naquilo que diz respeito às Necessidades Humanas Básicas (NHB), que há considerações de situações-problema biopsicossociais do cliente a serem identificadas como necessidades de intervenções da enfermeira.

Situação-problema é, conforme definição de Queluci (2009, p.18), uma forma que transcende as NHB. A seu ver, há alterações particulares ou singulares nas condições de cada ser humano. E essas alterações se dão por meio de graus de complexidade do quadro clínico com a inclusão do ambiente, das emoções e do institucional.

Quando pensamos na prática assistencial da enfermagem, é interessante observar onde ocorre tal articulação da diversidade com a singularidade. Vários clientes, com o mesmo diagnóstico médico, manifestam aspectos distintos que, em cada caso, caracterizam uma “situação-problema” particular. Singularizada, ela poderá estar relacionada a quaisquer fatores, seja de ordem pessoal, emocional, institucional e ambiental, entre outros. (opcit, p. 20).

Reconhecida por seus pares da Enfermagem como teórica do Ambiente, Nightingale sustenta que há situações institucionais (1863) e ambientais (2010) que podem gerar desvios da saúde das pessoas. Ela alerta, assim, para os cuidados de enfermagem necessários em relação ao ar, água, temperatura, limpeza, luz e ruídos do ambiente. A finalidade é restaurar e/ou manter a saúde dos clientes. Quanto às instituições hospitalares, a autora se preocupa com a arquitetura dos prédios, relacionando as condições sanitárias e a construção física sob os princípios de favorecer a circulação do ar (ventilação), entrada de luz natural (iluminação), a distância entre os pavilhões, os tipos de tetos e pisos e mobiliários mais adequados às necessidades dos doentes.

Outra preocupação de Florence Nightingale diz respeito à capacitação, quantitativo e saúde de suas enfermeiras. Segundo ela, o perfil do quadro de profissionais deve ser traçado a partir de um banco de informações. E as informações ali armazenadas são usadas para traçar um diagnóstico situacional do corpo de enfermagem.

Credenciada por seus registros estatísticos, que envolvem inclusive as instituições hospitalares, Nightingale é considerada, atualmente, como a primeira avaliadora em saúde. Seus bancos de dados foram tabulados, à época, em quadros e tabelas sobre elementos fundamentais para o planejamento de cuidados. A finalidade, desde o início, foi diminuir o número de mortalidade e a frequência de diferentes doenças através da classificação dos casos. Hoje, esses elementos são utilizados no sistema de saúde para análise de produtividade e incluem taxa de mortalidade hospitalar, taxa de ocupação, taxa de rotatividade, entre outros.

Nos estudos de Nightingale e Henderson, há descrição de princípios básicos de enfermagem com demarcação de atos e ações dos enfermeiros. Os trabalhos tratam da essência da profissão com ênfase nos cuidados, incluídos os demais cuidados específicos. Além disso, Henderson (1993, p.21) defende que a

“função exclusiva do enfermeiro é assistir ao indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação (ou para uma mente tranqüila), que ele realizaria sem auxílio se tivesse força, desejo ou conhecimento necessário. E fazer isso de tal maneira que o ajude a obter a independência tão rapidamente quanto possível”

Para o desempenho das ações de cuidar, Henderson propõe 14 (quatorze) procedimentos que, posteriormente, foram ampliados por Abdellah para 21 problemas de enfermagem. Além dos aspectos psicológicos e sociais, esses problemas abrangem as NHB como:

Quadro 9 – Problemas de enfermagem de Abdellah

21 problemas de enfermagem de Abdellah
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manter a boa higiene e o conforto físico. 2. Promover atividade, exercício, repouso e sono ideais. 3. Promover a segurança pela prevenção de acidentes, lesões ou outros traumatismos e pela prevenção da disseminação de infecções. 4. Manter a boa mecânica do corpo e prevenir e corrigir as deformidades. 5. Facilitar a manutenção do suprimento de oxigênio a todas as células do corpo. 6. Facilitar a manutenção da nutrição a todas as células do corpo. 7. Facilitar a manutenção das eliminações. 8. Facilitar a manutenção do equilíbrio hídrico e eletrolítico. 9. Reconhecer as respostas fisiológicas do corpo às condições das doenças. 10. Facilitar a manutenção dos mecanismos e funções reguladores. 11. Facilitar a manutenção da função sensorial <p>Fonte: Abdellah, Beland, Martin e Mathenet (1960)</p>

A UTOPIA ou o esperado parece ser mais fácil de se concretizar quando cuidamos diretamente do corpo do cliente em alguns procedimentos tais como banhos, alimentação e conforto. Não há espaço, nesse caso, para risco de subjetividades, de onde se depreende, então, que existe a implicação da categoria assistencial nos cuidados doméstico-empírico.

Olhar os resultados, tendo em mente a preocupação das enfermeiras com os cuidados diretos relacionados à NHB, nos permite afirmar que elas não perdem de vista o que é concreto e vinculado à anatomia e fisiologia do CORPO do cliente. Paralelamente, elas não “tratam” da linguagem de riscos existentes na ação de cuidar.

Queluci (2009, p. 60) ressalta a importância da “observação do cliente, sua avaliação, seus gestos e atitudes”. Segundo ele, esse deve ser o foco dos enfermeiros para o exercício da

arte de cuidar. Uma arte que se expressa quando as enfermeiras entram em cena para gerenciar os cuidados diretos alinhavados nas dimensões que contemplam a Higiene (Quadro 10); as Atividades Físicas e de Conforto (Quadro 11); as Ações Técnicas (Quadro 12); a Nutrição e Hidratação (Quadro 13); as Eliminações (Quadro 14) e a Oxigenação e Ventilação (Quadro 15)

Os quadros 10, 11, 12, 13, 14 e 15 e as figuras 10, 11, 12, 13, 14 e 15 apresentados na sequência dizem respeito aos cuidados diretos direcionados para as necessidades humanas básicas das crianças internadas.

5.2.3.1.1. A Dimensão “Gerenciamento dos Cuidados de Higiene”

A análise da dimensão que trata dos Cuidados de Higiene demonstra a preocupação dos enfermeiros com as ações voltadas para esta atenção. Isso acontece provavelmente porque o enfermeiro considera esta ação uma tarefa cotidiana de seu próprio cuidado. Normalmente, a higiene está relacionada ao odor e, para cuidar das pessoas, é preciso saber quais são as práticas rotineiras e anônimas que elas trazem e os seus saberes sobre higiene com o corpo. A ritualização da toalete, como a conhecemos, se intensifica em meados do século XIX, fazendo com que o banho apareça como a primeira preocupação nas prescrições do cuidado.

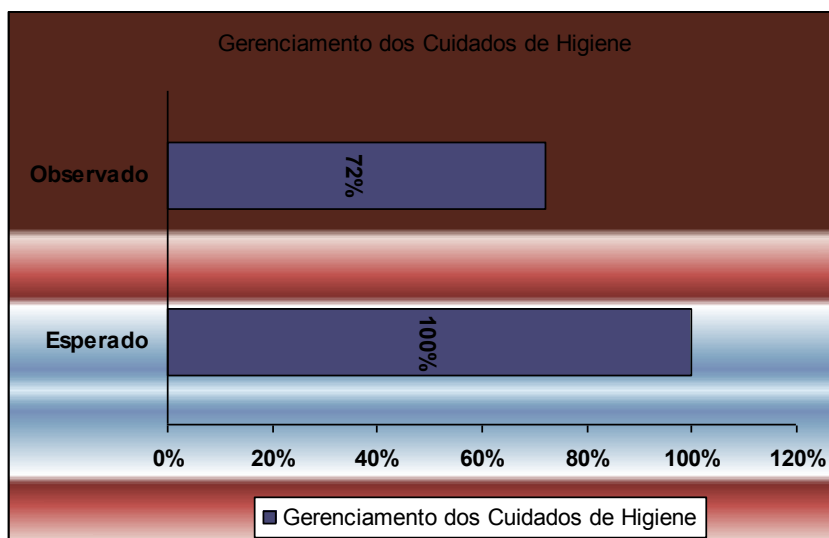
A cultura do cuidado de enfermagem prega o banho diário como um procedimento que faz parte do protocolo de higienização do cliente. No entanto, é comum não se respeita a cultura que o sujeito a ser cuidado traz consigo. Por outro lado, o banho favorece a aproximação enfermeiro-cliente. Figueiredo e cols, (2002) referem esta aproximação como favorável porque ela permite o compartilhamento de uma intimidade entre ambos. A interação no banho favorece ainda a troca de energia por meio do toque, promovendo conforto, bem-estar e, acima de tudo, o afloramento da sensibilidade.

Teoricamente, a higienização está relacionada à preocupação com os microrganismos que habitam o corpo e o desequilibram biologicamente.

Quadro 10 - Gerenciamento dos Cuidados de Higiene e a síntese numérica dos resultados das observações realizadas na Unidade Intermediária

ACÇÕES / CRITICIDADE E ÍNDICE DE CHANCE	GRAU	SCORE	ESPERADO	OBSERVADO
2. GERENCIAMENTO DOS CUIDADOS DE HIGIENE				
2.1. A boca está cuidada/higienizada?	1	3	27x3=81	3x3=9
2.3. As unhas das mãos e dos pés estão cortadas?	1	3	27x3=81	27x3=81
2.6. A cama do cliente está em ordem, limpa e seca?	1	3	27x3=81	26x3=78
2.5. Os curativos estão limpos e secos? (livres de secreções)	1	3	27x3=81	22x3=66
2.4. É realizada higiene corporal no leito?	2	2	27x2=54	27x2=54
2.7. Há oferecimento de colo durante a higiene corporal?	2	2	27x2=54	23x2=46
2.8. São realizadas brincadeiras durante higiene e conforto?	2	2	27x2=54	24x2=48
2.2. Os cabelos estão em ordem e higienizados?	3	1	27x1=27	22x1=22
Somatório			513	404
Percentual				79%

Figura 10 – Gerenciamento dos Cuidados de Higiene



5.2.3.1.2. A Dimensão “Gerenciamento do Cuidado nas Atividades Físicas e de Conforto Físico”

A dimensão do gerenciamento do cuidado nas atividades físicas e no conforto físico leva o enfermeiro a se preocupar com o cuidado relacionado às alterações do corpo esquelético.

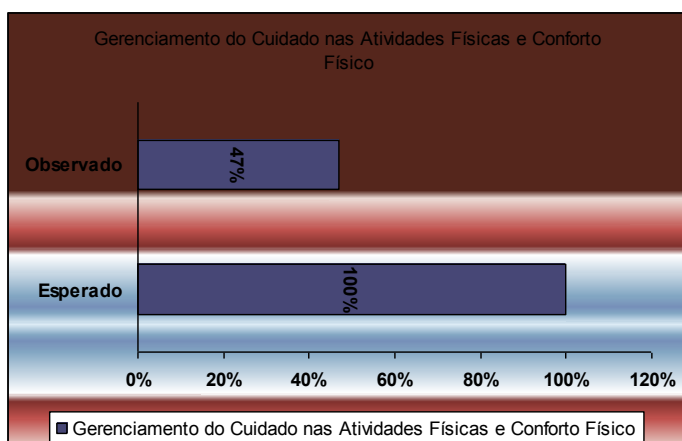
As alterações do corpo esquelético, segundo Figueiredo (2009), variam da simples perda de uma falange à deformidade difusa e fatal. Algumas deformidades podem ser hereditárias ou de origem genética. Frequentemente observamos estas alterações em nossos clientes e o fenômeno, por vezes, impacta ou amedronta o enfermeiro no desempenho do cuidado prestado ao cliente.

Nessa mesma dimensão, observamos também a preocupação do enfermeiro com o corpo tegumentar. Isso fica claro na ação 3.2 “Não houve formação de úlcera de pressão há mais de 24 horas”, confirmaram os depoimentos sobre a chamada lesão tegumentar. A pele, assim, oferece os melhores indicadores de saúde a partir dos quais é possível identificar anomalias no funcionamento fisiológico do organismo. Com isso, ficam afastadas as possibilidades de riscos originados do cuidado inadequado.

Quadro 11 - Gerenciamento do Cuidado nas Atividades Físicas e Conforto Físico e a síntese numérica dos resultados das observações realizadas na Unidade Intermediária

AÇÕES / CRITICIDADE E ÍNDICE DE CHANCE	GRAU	SCORE	ESPERADO	OBSERVADO
3. GERENCIAMENTO DO CUIDADO NAS ATIVIDADES FÍSICAS E CONFORTO FÍSICO				
3.5. O cliente acamado está em posição correta?	1	3	27x3=81	14x3=42
3.6. É realizado mudança de decúbito?	1	3	27x3=81	27x3=81
3.1. O cliente dependente está com mudança de decúbito programada?	1	3	27x3=81	0 x3=0
3.2. Não houve formação de úlcera de pressão há mais de 24 horas?	1	3	27x3=81	27x3=81
3.7. É realizado massagem de conforto?	1	3	27x3=81	4x3=12
3.4. O cliente está sendo atendido pela fisioterapia motora?	2	2	27x2=54	27x3=81
Somatório			459	216
Percentual				47%

Figura 11 – Gerenciamento do Cuidado nas Atividades Físicas e Conforto Físico



5.2.3.1.3. A Dimensão “Gerenciamento do Cuidado nas Ações Técnicas”

Na dimensão do gerenciamento do cuidado nas ações técnicas, os dados obtidos classificaram a qualidade da assistência como segura. Ainda que a realização dos procedimentos não observasse rotinas pré-estabelecidas.

Com relação à realização de procedimentos, de acordo com rotinas, observa-se que não existem manuais de rotina a serem consultados na realização dos procedimentos. De acordo com Antunes (1997), os manuais de normas e procedimentos são importantes fontes de informação e de transmissão de conhecimentos. (ANTUNES, 1997).

Para Silva (1991), os manuais são necessários porque, devidamente consultados, tiram dúvidas dos profissionais durante a execução de algum procedimento de enfermagem. O manual também explicita as responsabilidades dos profissionais quanto aos cuidados que prestam.

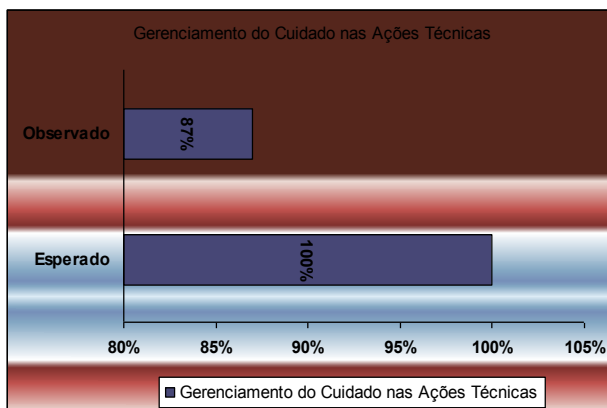
Tonini, Lourenço e Silva (2002) entendem os manuais como um dos instrumentos de que a enfermagem dispõe para definir quem faz o que, como e onde. As autoras acrescentam que estes documentos - Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos - detalham e padronizam etapas e ações administrativas e do cuidado a ser prestado.

A segurança do cliente e o conseqüente gerenciamento de risco do cuidado ocorre de forma padronizada. Por isso, a atenção saudável necessita da existência de manuais ou protocolos que orientem os funcionários e favoreçam o desempenho de um atendimento sem risco.

Quadro 12 – Gerenciamento do Cuidado nas Ações Técnicas

AÇÕES / CRITICIDADE E ÍNDICE DE CHANCE	GRAU	SCORE	ESPERADO	OBSERVADO
5. GERENCIAMENTO DO CUIDADO NAS AÇÕES TÉCNICAS				
5.1. As administrações das medicações são realizadas de forma padronizada?	1	3	27x3=81	27x3=81
5.3. Os cateteres em uso estão fixados corretamente?	1	3	27x3=81	25x3=75
5.4. Está sendo utilizado prevenção de pressão no uso das máscaras...?	1	3	27x3=81	26x3=78
5.5. Há coleta de urina com circuito fechado?	1	3	27x3=81	26x3=78
5.6. São prestados cuidados preventivos de úlceras por pressão?	1	3	27x3=81	27x3=81
5.7. O cliente com drenos e sondas está livre de irritações de pele e ...	1	3	27x3=81	26x3=78
5.2. Os procedimentos são realizados de acordo com as rotinas...?	2	2	27x2=54	0x3=0
Somatório			540	471
Percentual				87%

Figura 12 – Gerenciamento do Cuidado nas Ações Técnicas



5.2.3.1.4. A Dimensão “Gerenciamento dos Cuidados na Nutrição e na Hidratação”

No que se refere à dimensão gerenciamento dos Cuidados na Nutrição e na Hidratação, o enfermeiro deve interagir com outros profissionais (nutricionista, nutrólogo e médico) com o intuito de conseguir um exercício pleno na sua conduta clínica. Seu desempenho será

enriquecido com o intercâmbio que se estabelece na equipe. A consequência saudável deste intercâmbio é o bem estar físico do cliente.

Na busca pela eliminação de riscos, o enfermeiro deve necessariamente conhecer alguns conceitos sobre interação droga x nutriente. Afinal, tanto um quanto o outro estão envolvidos diretamente no manuseio de dietas e medicamentos.

Figueiredo e cols. (2002) dizem que o ato de beber água é uma necessidade básica e acrescentam que o líquido é, na verdade, um alimento. De acordo com eles, sua ingestão é necessária para que se mantenha o equilíbrio hídrico. Uma das técnicas para essa manutenção é a hidratação através da terapia por via endovenosa. A via parenteral se refere ao modo de administração de medicamentos e nutrientes através de dispositivos como seringas, agulhas, cateteres e equipos de infusão. É uma prática que deve ser realizada por pessoa qualificada – o enfermeiro.

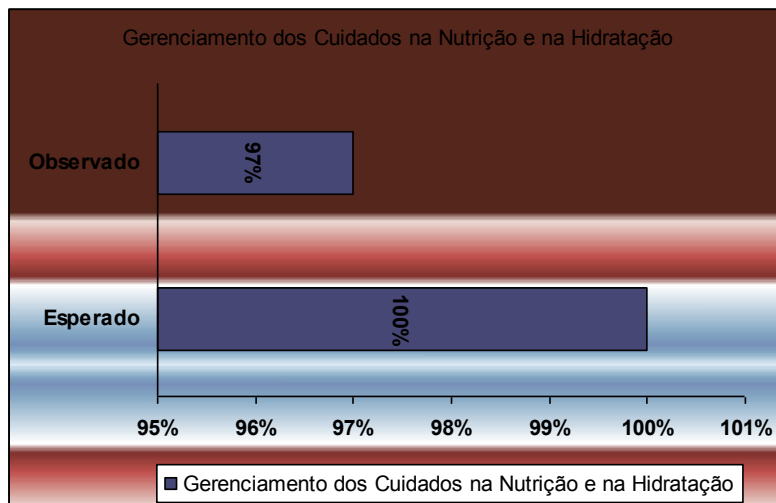
Silva e Silva (2001) lembram que todo material utilizado na administração parenteral deverá estar absolutamente esterilizado. No momento de manipulá-los, portanto, deve-se utilizar técnicas assépticas. Além destes cuidados, a ANVISA e o CDC (2009) preconizam a troca de equipos utilizados na administração parenteral a cada 96h, bem como a manutenção dos mesmos limpos, livres de sangue em seu conduto externo e interno. Da mesma forma, a troca de equipos de infusão de dietas deve ser feita a cada 24h. Observamos a preocupação dos enfermeiros na execução destas ações. Aqui no caso, os cuidados do gerenciamento permeiam as tarefas relativas à nutrição e hidratação. Os dados obtidos nessa dimensão indicaram, assim, que a qualidade de assistência prestada é adequada.

Os dados levantados nesta dimensão, assim, mostram que o enfermeiro está envolvido e alerta no desempenho destas ações.

Quadro 13 - Gerenciamento dos Cuidados na Nutrição e na Hidratação e a síntese numérica dos resultados das observações realizadas na Unidade Intermediária

ACÇÕES / CRITICIDADE E ÍNDICE DE CHANCE	GRAU	SCORE	ESPERADO	OBSERVADO
6. GERENCIAMENTO DOS CUIDADOS NA NUTRIÇÃO E NA HIDRATAÇÃO				
6.1. Os equip. de microgotas, de bombas infusoras estão instalados...?	1	3	3x27=81	27x3=81
6.2. Os equipamentos de parenterais estão datados e instalados com menos...?	1	3	3x27=81	27x3=81
6.3. Os eqips. de soro estão sem sangue coagulado na parte interna?	1	3	3x27=81	27x3=81
6.4. Os eqips. de soro estão limpos e sem sangue coagulado ...?	1	3	3x27=81	27x3=81
6.5. Os eqips. de soros estão identificados de forma correta?	1	3	3x27=81	27x3=81
6.6. Os soros instalados e drippings estão com identificação correta ?	1	3	3x27=81	24x3=72
6.7. Os dispositivos intravenosos periféricos estão identificados ?	1	3	3x27=81	21x3=63
6.8. Os dispositivos intravenosos periféricos estão instalados há menos...?	1	3	3x27=81	26x3=78
6.9. Os cateteres externos estão permeáveis e com soros conectados?	1	3	3x27=81	27x3=81
6.11. Os eqips. de dietas foram instalados há menos de 24 horas?	1	3	3x27=81	27x3=81
6.12. Os eqips. de dietas estão limpos?	1	3	3x27=81	27x3=81
6.10. Os membros superiores e inferiores dos clientes estão sem seroma?	2	2	2x27=54	27x2=54
6.13. Os eqips. de dietas são coloridos e adequados à nutrição?	3	1	27x1=27	27x1=27
6.14. A altura do frasco de dieta está a 40 cm da cabeça do cliente?	3	1	27x1=27	27x1=27
Somatório			999	969
Percentual				97%

Figura 13 – Gerenciamento dos Cuidados na Nutrição e na Hidratação



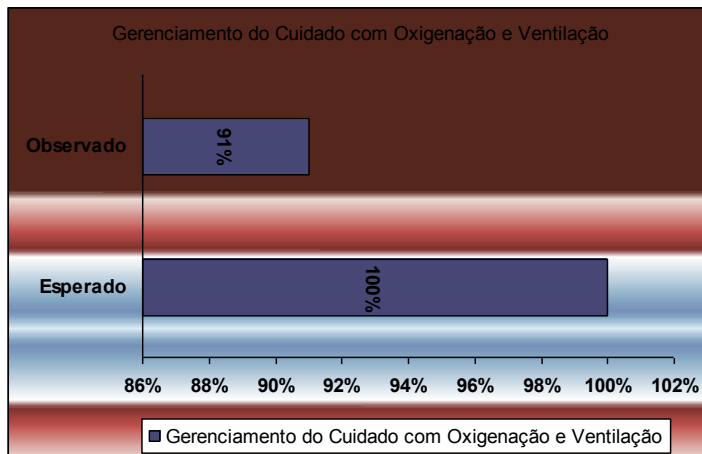
5.2.3.1.4. A dimensão “Gerenciamento do Cuidado com Oxigenação e Ventilação”

Na dimensão Gerenciamento do Cuidado com Oxigenação e Ventilação, os dados obtidos classificam a qualidade da assistência como adequada. Observamos mais uma vez, neste ítem, a preocupação do enfermeiro com o cuidado direto do corpo. Constatamos também a importância da padronização de rotinas, notadamente aquela relacionada ao serviço de infecção hospitalar para o manuseio dos circuitos ventilatórios e a do manuseio dos materiais de suporte para oxigenioterapia. Cuidados que facilitam a assistência para a realização de um cuidado voltado para o gerenciamento de riscos do cuidado ventilatório.

Quadro 14 - Gerenciamento do Cuidado com Oxigenação e Ventilação e a síntese numérica dos resultados das observações realizadas na Unidade Intermediária

AÇÕES / CRITICIDADE E ÍNDICE DE CHANCE	GRAU	SCORE	ESPERADO	OBSERVADO
7. GERENCIAMENTO DO CUIDADO COM OXIGENAÇÃO E VENTILAÇÃO				
7.1. Os inaladores estão mantidos secos e protegidos após utilização...?	1	3	27x3=81	19x3=57
7.3. A traqueostomia está livre de secreções?	1	3	27x3=81	27x3=81
7.4. O curativo da traqueostomia está limpo?	1	3	27x3=81	27x3=81
7.5. O oxigênio está com quantidade e instalação correta?	1	3	27x3=81	27x3=81
7.6. Os nebulizadores são higienizados após utilização?	1	3	27x3=81	27x3=81
7.10. Os cateteres enterais, gástricos, estão posicionados corretamente?	1	3	27x3=81	27x3=81
7.13. Os circuitos de ventilação em uso estão montados corretamente?	1	3	27x3=81	27x3=81
7.2. Os nebulizadores estão datados e instalados há menos de 24 horas?	2	2	27x2=54	27x3=81
7.7. A cabeceira do leito está entre 30° e 45°?	2	2	27x2=54	27x3=81
7.9. Existe rotina de aferição de resíduo gástrico?	2	2	27x2=54	0x2=0
7.8. Existe rotina para troca de artigos vent....(NEBULIZADORES e DEMAIS ARTIGOS DE VENT.)	2	2	27x2=54	27x2=54
7.11. A higiene oral é realizada adequadamente? (utiliza-se alguma solução dentifrícia)	2	2	27x2=54	1x2=2
Somatório			837	761
Percentual				91%

Figura 14– Gerenciamento do Cuidado com Oxigenação e Ventilação



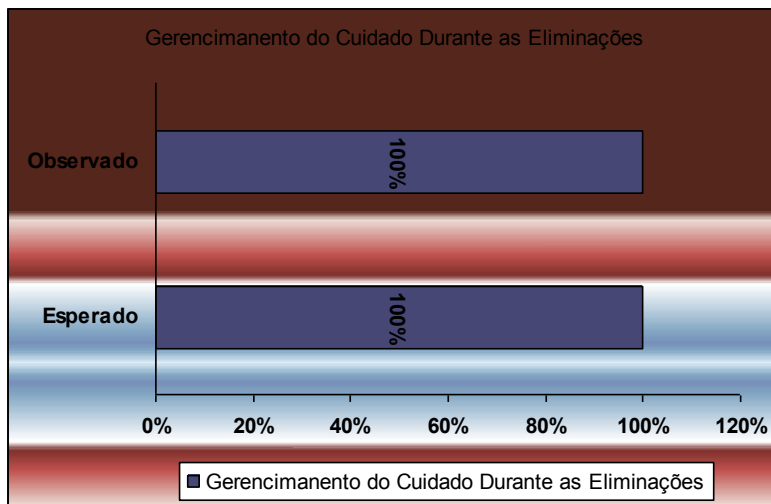
5.2.3.1.5. Dimensão “Gerenciamento do Cuidado Durante as Eliminações”

Na dimensão Gerenciamento do Cuidado Durante as Eliminações, a classificação da qualidade de assistência obtida por meio dos dados levantados foi a esperada. O resultado indica a preocupação do enfermeiro com as ações voltadas para uma tarefa que envolve cuidados que são diretos ao cliente e podem ser coletivizados com os chamados cuidados de higiene.

Quadro 15 - Gerenciamento do Cuidado Durante as Eliminações e a síntese numérica dos resultados das observações realizadas na Unidade Intermediária

AÇÕES / CRITICIDADE E ÍNDICE DE CHANCE	GRAU	SCORE	ESPERADO	OBSERVADO
8. GERENCIAMENTO DO CUIDADO DURANTE AS ELIMINAÇÕES				
8.5. O dreno de tórax está com instalação adequada?	1	3	27x3=81	27x3=81
8.1. Dreno está com coletor ou curativo adequado?	1	3	27x3=81	27x3=81
8.6. A sonda nasogástrica está em posição correta, fixada adequadamente e...?	1	3	27x3=81	27x3=81
8.7. O cateter vesical de demora está fixado corretamente e com...?	1	3	27x3=81	27x3=81
8.2. Ostomias e bolsas coletoras estão bem adaptadas e com capacidade...?	1	3	27x3=81	27x3=81
8.4. O dreno de tórax está com identificação adequada e completa?	1	3	27x3=81	27x3=81
8.5. A troca de fraldas é realizada quando necessário nas eliminações?	1	3	27x3=81	27x3=81
Somatório			486	486
Percentual				100%

Figura 15 – Gerenciamento do Cuidado Durante as Eliminações



A análise dos resultados dos processos de cuidados vem a ser um dos aspectos mais importantes dos processos de controle. Saber usar os resultados obtidos parece ser tão difícil quanto à execução do plano de sua implementação, sustentam os autores Cianciarullo, Fugulin e Andreoni (1998).

Esses resultados demonstram que o enfermeiro responsável pelo cuidado direto ao cliente da UI do IFF – FIOCRUZ atingiu a meta de realizar o Gerenciamento de Risco do Cuidado adequadamente na maioria das ações que executa. Os profissionais, no entanto, apresentam dificuldades no Gerenciamento de Risco do Cuidado, quando a categoria é a do Gerenciamento do Cuidado nas Atividades Físicas e de Conforto. Mas, quando observamos os itens isoladamente das categorias, encontramos uma preocupação mais centrada nos cuidados no espaço mínimo de atuação do enfermeiro. Essa característica traz à tona a preocupação excessiva do enfermeiro com o cuidado voltado para o corpo. De acordo com Figueiredo (2009), a enfermeira, nesses casos, fica “caolha”, porque está focada somente no espaço mínimo do seu fazer, distanciando sua prática de seu saber.

Ao longo de seus depoimentos, os enfermeiros referem que o número de pessoal também influencia a maneira e a eficácia com que as ações são executadas. Matsuda, Évora e

Boan (2000) destacaram que os enfermeiros reconhecem a importância da assistência de enfermagem planejada e implementada com enfoque no cliente. Entretanto, esses mesmos profissionais alertam que enfrentam dificuldades para efetivar essa estratégia. As razões alegadas são a escassez de recursos humanos, falta de incentivos da instituição e a pouca ou nenhuma valorização que a equipe dá aos aspectos interacionais com o cliente. Quanto a este último aspecto, Carraro (2001) sustenta ser necessário que a equipe de enfermagem esteja e seja junto ao ser humano, e não se transforme apenas num mero executor das atividades de assistência para o ser humano.

O enfermeiro passa a dar menos prioridade ao Gerenciamento do ambiente e volta o seu olhar para o corpo do cliente fazendo deste seu espaço mínimo de cuidado e não consegue visualizar os demais cuidados. Desta forma, o profissional acredita, de maneira equivocada, que o Gerenciamento de risco está sendo realizado, o que não é verdade. Com um sério agravante: nessa sua teoria empírica, ele (o enfermeiro) passa a acreditar que os resultados de seu cuidado são positivos, ainda que detenha dados capazes de provar essa cientificidade empírica.

Como os enfermeiros acham que os resultados de suas ações são suficientes, e compatíveis com um cuidado de qualidade, não há a necessária conscientização do problema. A conclusão do silogismo é clara: não há empenho suficiente, não raro mínimo, capaz de desenvolver as mudanças necessárias para transformar a realidade e estabelecer o chamado cuidado sem risco.

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

Cianciarullo (1997), por sua vez, sublinha que através do controle da qualidade da assistência de enfermagem prestada é possível estabelecer ações corretivas imediatas. “Mas alguns casos exigem um estudo detalhado das causas que provocam os problemas e as melhores estratégias para solucioná-los” – argumenta ele.

Já para Kron (1978), nenhuma mudança ocorrerá até que o indivíduo fique insatisfeito consigo mesmo e com o modo de fazer algo. É essa sensação de insatisfação, destaca ele, que proporciona os estímulos que, por sua vez, levará o enfermeiro a querer experimentar alguma coisa diferente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. Considerações Finais

O estudo aqui desenvolvido descreve as ações de gerência de cuidados diretos e indiretos prestados aos clientes por profissionais lotados no Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ). A fundamentação do trabalho foi feita à luz da categoria epistemológica ASSISTENCIAL e dos marcadores doméstico-empíricos, observados e pensados com a reflexão dos enfermeiros sobre sua prática.

Constatamos que os profissionais sabem prestar o cuidado que aprenderam. No entanto, há poucas ações pautadas em preocupações de RISCOS potenciais ou existentes no cuidado direto ou indireto. Na verdade, o olhar dos enfermeiros está geralmente focado naquilo que é concreto ou objetivado – quais sejam os materiais e tecnologias duras e leves necessárias aos doentes.

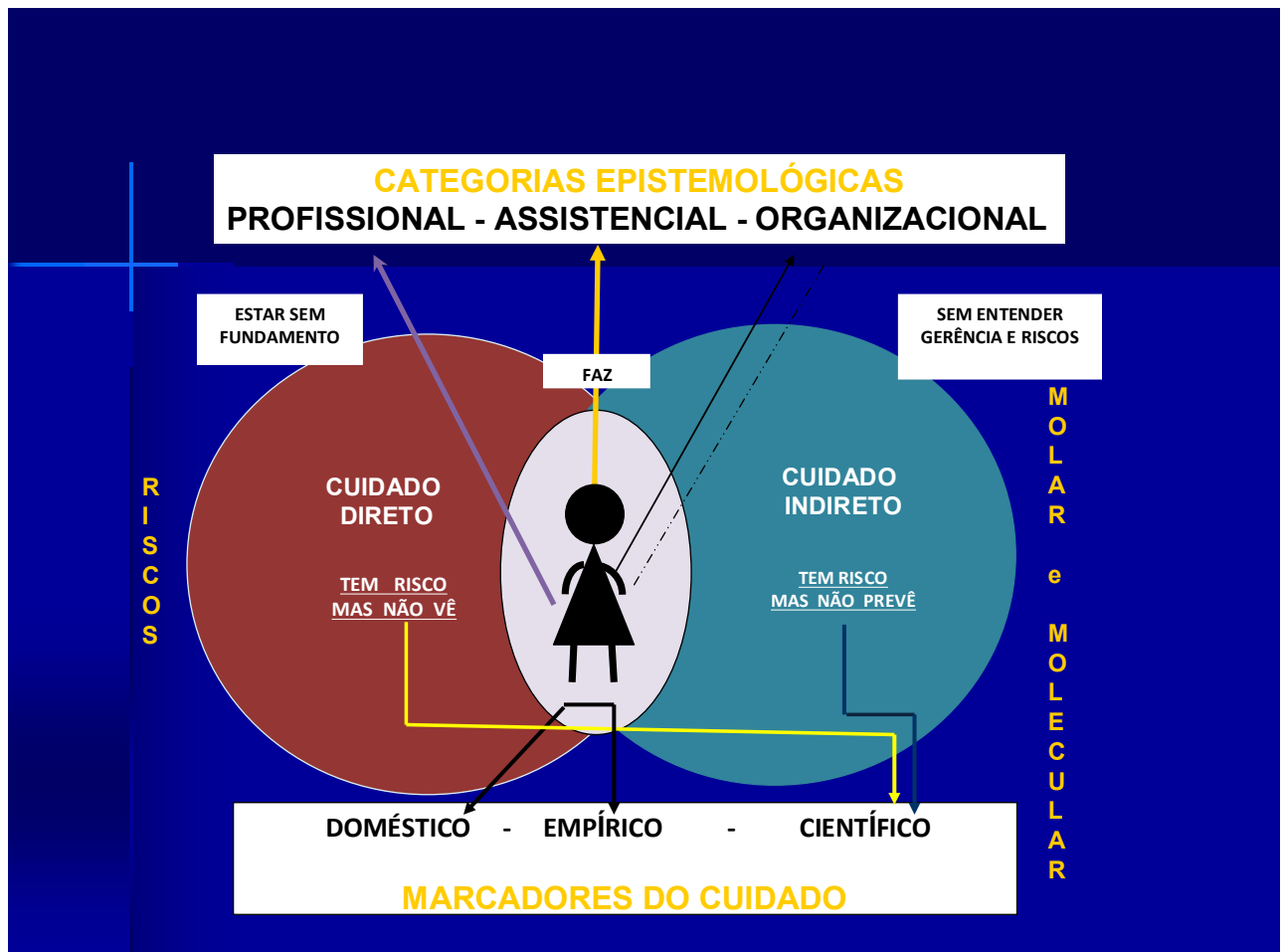
Os dados indicaram que a Enfermagem está em busca de uma utopia – na medida em que pensa num gerenciamento ideal totalmente sem riscos. Na prática, entretanto, sabemos que tudo o que se faz na vida não está isento de erros ou riscos e nem pode ser considerado totalmente seguro. Sabemos que o termo utopia – derivado do grego antigo *utopus* que quer dizer lugar nenhum – indica algo inalcançável. Isso, no entanto, não deve inibir sua permanente procura.

Cabe esclarecer que este almejado e idealizado cuidado sem riscos não se concretiza só porque eles (os profissionais) não querem. Isso acontece principalmente porque os enfermeiros estão sobrecarregados e convivem com condições de trabalho sofríveis. Além disso, a capacitação e a qualificação em Gerenciamento de Risco são baixas mesmo quando

falamos de uma instituição de ponta. Existem, assim, razões objetivas que separam o ideal do real.

Os profissionais de enfermagem são seres transversalizados por questões políticas, de afetos, de escolhas, de espaços institucionais – numa molaridade que está além de suas compreensões. Os enfermeiros e a instituição não percebem a natureza macromolecular de seus movimentos, conforme indica a imagem a seguir.

Esquema 3 – Os movimentos dos enfermeiros



Acreditamos que este estudo venha a ser uma ferramenta capaz de melhorar a compreensão de uma estrutura complexa como a gerência do cuidado, conforme ficou demonstrado no Quadro 3. A realização deste trabalho proporcionou a construção de

argumentos com os quais pretendemos explicar as questões que lhe deram origem. Nesse sentido, os objetivos propostos foram atingidos, na medida em que identificamos indicadores de risco do cuidado utilizados por enfermeiros e discutimos, também, o conhecimento deles em relação ao gerenciamento de risco do cuidado às crianças cronicamente adoecidas. Um cuidado que é gerenciado pelo enfermeiro em toda a sua extensão, desde o planejamento ao ato em si do cuidar do corpo do sujeito em estudo.

Quadro 4 – Avaliação das Ações dos Enfermeiros

		ORGANIZACIONAL	UTOPIA	REALIDADE	CIENTÍFICO
		AÇÕES DOS ENFERMEIROS	ESPERADG	OBSERVADG	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
CUIDADO INDIRETO	RISCO NO CUIDADO	• GER. DAS AÇÕES ADMINISTRATIVAS	100%	33%	Sofrível
		• GER. DO CUIDADO NA UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	100%	72%	Limitrofe
		• GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA SEGURANÇA FÍSICA, NO AMBIENTE E ...	100%	72%	Limitrofe
		• GERENCIAMENTO DOS RISCOS	100%	0%	Sofrível
CUIDADO DIRETO	RISCO NO CUIDADO	• GERENCIAMENTO DOS CUIDADOS DE HIGIENE	100%	79%	Limitrofe
		• GERENCIAMENTO DO CUIDADO NAS ATIVIDADES FÍSICAS E CONFORTO FÍSICO	100%	47%	Sofrível
		• GERENCIAMENTO DO CUIDADO NAS AÇÕES TÉCNICAS	100%	87%	Segura
		• GERENCIAMENTO DOS CUIDADOS NA NUTRIÇÃO E NA HIDRATAÇÃO	100%	97%	Adequada
		• GERENCIAMENTO DO CUIDADO DURANTE AS ELIMINAÇÕES	100%	100%	Desejável
		• GERENCIAMENTO DO CUIDADO COM OXIGENAÇÃO E VENTILAÇÃO	100%	91%	Adequada
		ASSISTENCIAL			

Os fatores essenciais para o alcance desses objetivos foram os seguintes: a participação dos enfermeiros com seus depoimentos e durante a execução do cuidado, na sua prática; e o respaldo obtido nos textos dos diversos autores, com a consequente contextualização da fundamentação teórica e as discussões acerca dos conceitos aqui tratados.

Cabe lembrar aqui que os resultados obtidos retratam apenas uma aproximação da realidade vivida na UI do IFF/FIOCRUZ, quando enfermeiros gerenciam o risco no cuidado prestado às crianças cronicamente adoecidas. Trata-se, assim, do retrato de uma imagem ainda turva, pouco clara e esmaecida. Por isso, o tema carece de estudos futuros com um foco mais centrado de maneira que se tenha uma melhor visão dos mesmos dados encontrados ou de novas evidências.

O gerenciamento de risco do cuidado é um tema ainda em fase embrionária e instigante em termos de conhecimentos para a enfermagem. A temática proporciona variadas formas de gerenciar o cuidado a ser realizado e amplia a ideia de medidas por indicadores. Estas últimas são utilizadas como ferramentas moldadas para avaliar a qualidade de assistência.

Ao mesmo tempo, este é um tema que estabelece vínculos de caráter individual, profissional e institucional. Nesse sentido, o instrumento de observação utilizado neste estudo serviu para avaliar as ações desenvolvidas pela Enfermagem. A ferramenta investigou as mais variadas dimensões do cuidar, relacionando-as com as categorias epistemológicas de Carvalho e os marcadores de cuidado de enfermagem de Figueiredo. A análise dos resultados, assim, permitiu a compreensão de que as enfermeiras desenvolvem ações gerenciais efêmeras e empíricas. Depreendeu-se daí que as enfermeiras são efêmeras, empíricas, científicas e aparecem no processo como “instituídas” e “instituintes”. Elas fazem, assim, o “Assistencial” para dentro do “Organizacional”, de modo direto e indireto, dirigido e gerenciado para o cliente.

Ainda nesta linha de pensamento, comprovou-se que o cuidado é inerente à Enfermagem. E o gerenciar dos atos e das ações de enfermagem são direcionados ao sujeito que se desenvolve de forma direta e indireta ao cliente. A estratégia, portanto, deve ser pautada no conhecimento técnico-científico para assegurar um cuidado seguro, livre de riscos

no corpo de quem cuida e de quem é cuidado e no ambiente social e institucional onde estes indivíduos se inserem.

Para tanto é necessária a observação sistemática, com foco em 4 elementos: o sujeito, o ambiente, a saúde e a doença. Deve-se levar em conta que o observador – o enfermeiro – é corpo biológico, com variáveis únicas influenciáveis pelo ambiente, pela emoção e pelo momento em que a observação se dá.

Pode-se considerar também que o gerenciamento dos cuidados observados está vinculado às categorias epistemológicas. Afinal de contas, foram elas (essas categorias) que nos auxiliaram a compreender a forma como esses enfermeiros gerenciam os riscos existentes ou os possíveis no cuidado de enfermagem. No entanto é bom lembrar, que há uma gerência bastante precária sobre os atos/ações arriscadas e geradoras de riscos no saber-fazer dos enfermeiros. E isso compromete os cuidados ofertados aos sujeitos que recebem o cuidado: as crianças internadas na UI.

É bom lembrar que uma criança, como qualquer sujeito, tem suas particularidades e especificidades que demandam riscos – até por força de estigmatizações sofridas ainda intra-ventre e pós nascimento. Isso acontece porque esses pequenos clientes crônicos são expostos a riscos psicológicos, físicos e ambientais provenientes de cuidados danosos decorrentes do desconhecimento dos enfermeiros. Os profissionais, sabemos, não sabem interpretar os signos não lingüísticos que expressam as necessidades e os desejos daqueles pequeninos corpos.

A partir dos dados obtidos, identificamos também a construção de uma GERÊNCIA de enfermagem com base em cuidados diretos e indiretos. Isso porque, de forma empírica, as enfermeiras têm seus próprios mapas mentais em que planejam e organizam as ações e atos de cuidar sem separar claramente cada tipo de cuidado.

Esses resultados nos permitiram imaginar a existência de muitos “buracos negros” no processo aqui estudado. Entretanto, essas fronteiras e limites podem ser rompidos com

pesquisas que “naveguem” nas ações de gerenciar. Estas últimas devem e merecem ser entendidas e aceitas como linguagem e prática na Enfermagem.

Outra consideração importante trata da decodificação de riscos pouco visíveis para os participantes. Em parte porque eles não estão capacitados ou qualificados para diagnósticos de situações-problema com enfoque no gerenciamento de riscos. Todavia, essa decodificação clareou as necessidades dos enfermeiros. Eles, na verdade, devem ficar alertas a cada dimensão medida e avaliada no plano epistemológico organizacional (ampliado pelo assistencial). Assim como a oferta de cuidados deve ocorrer com base empírica e doméstica.

A evolução dessa dimensão empírica para o científico contempla o discurso de gerência e de riscos, que se intensifica no século XXI, na área da Saúde e da Administração.

Nesse sentido, há um retorno à imagem de “buraco negro” quando se sai da objetividade e tenta-se mergulhar no sujeito e sua subjetividade.

Diante desses clientes, com indicação de um cuidado livre de danos, fica evidente a necessidade do desenvolvimento de indicadores que possibilitem a avaliação da assistência prestada. Ou seja, indicadores de riscos definidos no Manual de Auditoria dos Processos de Acreditação Hospitalar. Assim como, também, a estruturação de estratégias que viabilizem a minimização dos riscos desenvolvidos durante os cuidados de enfermagem.

Espera-se, dessa forma, que o enfermeiro busque novos modelos gerenciais voltados para o cuidado. Essa busca deve definir ações para uma gerência inovadora, capaz de melhorar a qualidade da assistência em Enfermagem. A consequência saudável dessas inovações será o alcance das categorias assistencial, organizacional e profissional, em conformidade aos preceitos éticos e os princípios básicos de Enfermagem.

O conhecimento deve ser amplo e não deve se relacionar apenas com o conhecimento técnico-científico. O enfermeiro precisa conhecer o sujeito do cuidado e, assim, realizar os diagnósticos necessários para o cuidado e seu gerenciamento. Essas ações são possíveis

desde que ele esteja próximo ao cliente e tenha ampliado e aprofundado seus conhecimentos sobre gerência, em especial aqueles relacionados à segurança da clientela.

Assim, espera-se a institucionalização de uma prática PREVENTIVA de RISCO em qualquer tipo de cuidado. Esperamos também que este trabalho ajude de alguma maneira nossa principal meta: a permanente humanização das atividades ligadas à enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. Referências Bibliográficas

ABDELLAH, Faye Glenn, and others. **Patient-Centered Approaches to Nursing**. New York: Macmillan Publishing Co. Inc., 1960. [tradução nossa]

ADAMI, N.P. A Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. Fórum Internacional de Enfermagem – Sessões Simultâneas, jun. 1999, **Acta Paulista de Enfermagem**, Brasília, v. 13, número especial, parte I, p. 190-196, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **Informação e Documentação – Referências – Elaboração – NBR 6023**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação, 2002.

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. (Tradução Estela dos Santos Abreu). Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BARBOSA, L.R.; MELO, M.R.A. da C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 366-370, maio-junho, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARRETO, V.M.P. **A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes internados em terapia intensiva**. Tese (mestrado). 2007. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N.A. de S. **Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica**. 3ª ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BASTOS, L. da R.; PAIXÃO, L.; FERNANDES, L.M.; DELUIZ, NEISE. **Manual para elaboração de projetos e relatórios de pesquisas, teses, dissertações e monografia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; LEOPARDI, M.T. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, M.T. (Org). **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2ª ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2002, p. 163-182.

BRASIL, **Portaria nº 466, de 04 de junho de 1998**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de Tratamento Intensivo. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/utihc/portaria466.htm>>. Acessado em: 16 de outubro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 745, de 22 de dezembro de 2005**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/sas05/sasdez05.htm>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde./Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CACCAVO, Paulo Vaccari. **A Arte da Enfermagem: efêmera, graciosa e perene**. [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2000.

CAMPBELL S.M.; ROLAND M.O.; BUETOW A.S. Defining quality of care. **Social Science and Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1613-1625, 2000.

CARDOSO, M.L.A.P. **Gerenciamento de Risco no Hospital e Maternidade São Luiz – HMSL**. In: FELDMAN, L.B. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. 2ªed. São Paulo: Martinari, 2009.

CARPENITO, L.J. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem**. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CARPENITO, Linda Juall. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 8ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARVALHO, V. Sobre constructos epistemológicos nas ciências – uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, n:12, v.4, p. 420-8, julho-agosto 2003.

CARVALHO, Vilma de. **Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca dos significados e implicações na prática da enfermagem**. (Conferência) In: III Jornada de Enfermagem Oncológica do Instituto Nacional do Câncer – INCA, no dia 11/07/2002, no Rio de Janeiro. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Volume 12. número 5. Setembro/Outubro 2004.

_____. **Sobre construtos epistemológicos nas ciências – uma contribuição para a enfermagem**. Revista Latino-Americana Enfermagem vol.11 n 4. Ribeirão Preto: *July/Aug.* 2003. Disponível em <<http://www.bvs.br/scielo>> acesso em 23 de Maio de 2008.

CASTILHO, V.; GAIDZINSKI, R.R. Planejamento da assistência de enfermagem. In: CQH. **Manual de orientações aos hospitais participantes**. 3ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

CASTRO, Ieda Barreira; CARVALHO, Vilma de; BORGES, Maria Valdez. **Reflexões sobre a prática de Enfermagem no Brasil e na América Latina: implicações educacionais**. In: CARVALHO, Vilma de (org.). **Sobre Enfermagem: ensino e perfil profissional**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

CBA, **Consórcio Brasileiro de Acreditação Hospitalar (CBA). Manual de Acreditação Hospitalar**. Rio de Janeiro, 1999.

CDC, Centers for Disease Control. **Years of potential life lost before age 65**. United States, 1990 and 1991.

CESARETTI, I.U.R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005. p.103-12.

CHIAVENATO I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CIANCIARULLO; T. I. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

CZEIZEL A.E; INTÔDY Z.; MODELL B. What proportion of congenital abnormalities can be prevented? **BMJ**, v.306, n. 6876, p. 499-503, february, 1993.

DAMODARAN, A. **Gestão Estratégica do Risco**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

DATASUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 01 de fev. de 2009.

DESLANDES, S.F., A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 615-626, 2005.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 56, n. 1, p. 84-8, janeiro-fevereiro, 2006.

DONABEDIAN A. Evaluacion de La calidad de La atencion médica. In: White K.L.; Frank J. (orgs.). **Investigaciones sobre servivies de salud: una antologia**. Washington: OPAS, 1992.

DONABEDIAN A. “**Quality, cost and health: Na integrative model**”. *Medical Care*, 1982.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol. Lab Med**, n. 114, v. 11, p. 1115-8, 1990.

DONABEDIAN, A. The assessment of technology and quality. **Int. J. Technol Assess. Health Care**, n. 4, p. 487-96, 1988.

FELDMAN, L.B. (Org.). **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. 2ªed. São Paulo: Martinari, 2009.

FELDMAN, L.B. Gestão de Risco na Enfermagem. In: FELDMAN, L.B. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. 2ª Ed. São Paulo: Martinari, 2009.

FELDMAN, L.B.; SIMONATTO, O. A Gestão de Risco na visão da Acreditação Nacional – ONA. In: FELDMAN, L.B. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. 2ª Ed. São Paulo: Martinari, 2009.

FELDMAN, L.B.; ALVES, V.L. de S. Avaliação do Serviço de Enfermagem: construção de critérios com foco na gestão de riscos – Instrumento para avaliação do serviço de enfermagem. In: FELDMAN, L.B. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. 2ª Ed. São Paulo: Martinari, 2009.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, V.R. **Análise dos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de gestão da qualidade da assistência de enfermagem**. 2007. Tese (mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; CARVALHO, Vilma de. **O Corpo da Enfermeira como Instrumento do Cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FIGUEIREDO, Nébia Almeida de; CARVALHO, Vilma de; QUELUCI, Gisela de Carvalho; SILVA, Rafaela de Oliveira Lopes da. **Do ato médico para o ato de enfermagem: princípios para uma prática autônoma de enfermagem / On the medical act to the nurse's act: principles for an autonomous practice of nursing**. Esc. Anna Nery Rev. Enferm;9(1):28-38, abr. 2005. v.1, n. lançamento, (1997). Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ

FIGUEIREDO, N.M.A.; MACHADO, W.C.A. Corpo e Cuidados Fundamentais: Condutas clínicas na saúde e em seus desvios. In: Figueiredo, N.M.A.; Machado, W.C.A. **Corpo e Saúde – Condutas Clínicas de Cuidar**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A.; et. als. Corpo e Desvios de Saúde – o conhecimento nas condutas de cuidar. In: Figueiredo, N.M.A.; Machado, W.C.A. **Corpo e Saúde – Condutas Clínicas de Cuidar**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

FIGUEIREDO, N.M. A. de; SANTOS, I. dos. Introduzindo a Enfermagem Clínica no Ambiente Terapêutico Hospitalar. In: SANTOS, I. dos; et al. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2005. v. 2, p. 3-20.

FIGUEIREDO, N.M.A.; WILIAM, C.A.M. (Orgs.). **Corpo e Saúde: Condutas Clínicas de Cuidar**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A.; et al. O que é Enfermagem e o que é Arte de Cuidar. In: FIGUEIREDO, N.M.A. **Práticas de Enfermagem – Fundamentos, Conceitos Situações e Exercícios**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002.

FIGUEIREDO, N.M.A.; et al. Cuidados Fundamentais: princípios gerais na atenção ao cliente e questões e desafios do cuidar e ensinar. In: FIGUEIREDO, N.M.A. **Enfermagem Oncológica: Conceitos e Práticas**. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Administração de medicamentos**. 3ª ed. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2001.

FIGUEIREDO, N.M.A.; et. al. Cuidado com o ambiente do cliente: atendendo necessidade e desejos. In: FIGUEIREDO, N.M.A. **Práticas de Enfermagem – Fundamentos, Conceitos Situações e Exercícios**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002.

FIGUEIREDO, N.M.A.; et al. Cuidados preventivos no espaço hospitalar: fatores de risco e transporte de clientes acamados – Fundamentos, conceitos, situações e exercícios. In: FIGUEIREDO, N.M.A. **Práticas de Enfermagem – Fundamentos, Conceitos Situações e Exercícios**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método de Metodologia na pesquisa Científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FILHO, A.D. da Cruz. **Unidade de Cuidados Intermediários Pediátricos do Instituto Fernandes Figueira: Um estudo para proposta de Normatização de Critérios de Admissão**. 2005. Tese (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FONSECA, M.G.U.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E.; PERES, F. Percepção de Risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007; v. 12, n. 1, p. 39-50.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

HENDERSON, Virginia. **The Nature of Nursing**. New York: The Macmillan Co., 1966 apud GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

ICBDMS, International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. **World Atlas of Birth Defects**. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2003.

ICBDMS, International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. **Annual Report 2007**. Roma, Itália: International Center for Birth Defects, 2007.

IOM, Institute of medicine. National Roundtable on Health Care Quality. **Measuring the Quality of Health Care**. Washington DC: National Academy Press, 1999. Disponível em <<http://www.nap.edu/readingroom>>. Acesso em out. de 2005.

JCI, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Accreditation**. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/22758/>>. Acesso em nov. 2008.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar**. 3.ed. Estados Unidos: Joint Commission Resources, 2007.

JUNIOR, H.C. A Gestão de Risco na visão da Acreditação Internacional – *The Joint Commission*. In: FELDMAN, L.B. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. 2ªed. São Paulo: Martinari, 2009.

KALTER, H.; WARKANY, J. Medical Progress. Congenital malformations: etiologic factors and their role in prevention (first of two parts). **New England**, n. 308, v. 8, p.424-431.
KERN, Allan Egon. Gestão por processos: pequenas estratégias com grandes resultados. In: FELDMAN, Liliane Bauer (Org). **Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

KURCGANT, P. (coord.); TRONCHIN, D. M. R. ; et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KURCGANT, P. (coord). **Administração em enfermagem**. São Paulo: Pedagógica Universitária, 1991.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **Construção do saber: Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciência Humana**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEÃO, et. als. (Orgs.). **Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão**. São Paulo: Yendis, 2008.

LEOPARDI, M. T., et al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

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

MARTINS M.L. Princípios do cuidar da pessoa ostomizada. In: Barreto, L.G.L. **“Rumo à casa: entendimentos da equipe de saúde da Unidade de Internação Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, sobre a alta de crianças ostomizadas”**. 2007. Tese (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MAXIMIANO A. C. A. **Introdução à administração**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MERIGHI, M. B.; PRAÇA, N. **Abordagens Teórico-Metodológicas Qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 27ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

MINAYO, M.C. de S.; et al. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 20ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. 20ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa Social – teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MMWR, **Morb Mortal Wkly. Rep**, n.42, v.13, p. 251-253, 1993.

MOTA, N.V.V.P. da; MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.R. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 9, n. 34, janeiro-março, 2007.

NIGHTINGALE, Florence. **Notes on Hospitals**. 3ª ed. London: Lorgman, 1863.

_____. **Notes on Nursing & Notes on Nursing for the Labouring Classes**. New York: Springer, 2010.

_____. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez: ABENCEPEEn, 1989.

NOVAES, H.M. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2ª ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde (MS), 1999.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. World Atlas of Birth Defects**. Genebra, Suíça, 2003.

PALADINI, E.P. **Qualidade total na prática**. São Paulo: Atlas, 1994.

PENCHASZADEH, V.B. Genetics and public health. **Bol. Oficina Sanit. Panam**. New York, v. 115, n.1, p. 1-11, 1993.

PENA-VEGA, A. Perception des risques, qualité de vie et éthique. Trabalho apresentado no Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2001. In: PERES, F. **Onde mora o perigo? O processo de construção de uma metodologia de diagnóstico rápido da percepção de riscos no trabalho rural**. Tese (Doutorado). UNICAMP – SP, 2003.

PERES, F. **Percepção de risco no trabalho rural em uma região agrícola do estado do Rio de Janeiro, Brasil: Agrotóxico, saúde e ambiente**. In: Cadernos de Saúde Pública, Vol. 21, nº 6, p.1836-1844, 2005.

PERES, F. **Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde**. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 135-141, 2002.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

QUALIDADE, Fundação para o prêmio nacional da. **Rumo a excelência: critérios para avaliação desempenho e diagnóstico organizacional (Ciclo 2005-2006)**. São Paulo.

QUELUCI, G. DE C. **Situações-problema de clientes hospitalizados: Um estudo Baseado em graus de complexidade na prática da enfermagem.** Tese (doutorado). 2009. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 12, supl. 2, 1996.

RODRIGUES, M.S.P.; LEOPARDI, M.T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros.** Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. As competências e a Gestão de Risco. In: FELDMAN, L.B. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar.** 2ª Ed. São Paulo: Martinari, 2009.

SACKETT, D.L. **Medicina Baseada em Evidências: prática e ensino.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SAGUSHI, L.T. **Iniciando a Excelência Organizacional nas Pequenas e Grandes Empresas.** 2ª ed. São Paulo, 2004.

SALLES JÚNIOR, C.A.C. **Gerenciamento de riscos em projetos.** 1ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23 ed rev. e atual. – São Paulo: Cortez, 2007. 304 p

SILVA, L.B. da; RODRIGUES, M.B. Reflexões sobre habilidades na UEPA. In: FEITOSA, E. da S.; TEIXERA, E.; SACRAMENTO, M.T.P. **Docência e Pesquisa: princípios para a qualidade em enfermagem na UEPA.** Belém: EDUEPA, 2008.

SANTOS, P.S.M. **Gestão de riscos empresariais.** São Paulo: Novo Século, 2002.

SAÚDE, Organização Mundial da (OMS), **Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde.** Genebra, 1981.

SAÚDE, Ministério da (MS). Disponível em <<http://www.saúde.gov.br/sps/acredit.htm>>.

SCHUSTER, M.A; MCGLYNN, E.A.; BROOK, R.H. How Good Is the Quality of Health Care in the United States? **The Milbank Quarterly**, v. 76, n. 4, p. 517-63, 1998.

SEVER, L.E. Congenital malformations related to occupational reproductive hazards. **Occupational Medicine**, v.9, n. 3, p. 471- 494, 1994.

SILVA, L.D. da. Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem na Terapia Intensiva. **R. Enfermagem UERJ**, n. 11, p. 111-6.

SILVA, et, als. Ensinando como administrar os medicamentos no corpo: aspectos farmacológicos na administração de substâncias. In: FIGUEIREDO, N.M.A. **Práticas de Enfermagem – Fundamentos, Conceitos Situações e Exercícios.** São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002.

SILVA FILHO, A. A. **Indicadores para avaliação local de serviços de saúde materna e perinatal: proposta de desenvolvimento.** Tese Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SOBRAL, V.; TAVARES, C.M.M. e S. Acolhimento como Instrumento Terapêutico. In: SANTOS, I. dos; et al. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar: realidade, questões, soluções.** São Paulo: Atheneu, v. 2, 2005.

SYSTEMS, International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring. **World Atlas of Birth Defects.** Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2003.

TEIXEIRA, J.D.R.; CAMARGO, F. de A.; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 271-8, abril – junho, 2006.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TONINI, Teresa. **Enfermeira instituída/instituente: a subjetividade das estratégias de cuidar.** 2006. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

TONINI, T.; LOURENÇO, L.H.S.C.; SILVA, I.C.M. da. Administração das Ações de Enfermagem. In: FIGUEIREDO, N.M.A. **Práticas de Enfermagem – Fundamentos, Conceitos Situações e Exercícios.** São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002.

TONINI, T.; et. als. Corpo, Ambiente e Gestão: Conduas de cuidar e seus espaços. In: Figueiredo, N.M.A.; Machado, W.C.A. **Corpo e Saúde – Conduas Clínicas de Cuidar.** Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

TREVIZAN, M. A. **Liderança do enfermeiro: o ideal e o real no contexto hospitalar.** São Paulo (SP): Sarvier; 1993.

TREVIZAN, M. A., MENDES, I. A. C., SHINYASHIKI, G. T. *et al.* **Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Maio/Junho 2006, vol.14, no.3, p.57-460. ISSN 0104-1169.

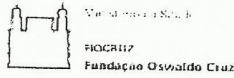
TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1995.

VERSIANI, C. de C.; MENDONÇA, J.M.G.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. **Maternidade Segura: Relato de Experiência.** *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 109-114, janeiro – março, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO – **Mathernal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Care in normal birth: a practical guide; report of a technical working group.** Geneva: WHO; 1996.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Projeto de Dissertação: O Gerenciamento de risco do cuidado as crianças cronicamente adoecidas.

Meu nome é **Vania Lucia dos Santos das Neves Sá**, sou Enfermeira, mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO. Estou desenvolvendo um projeto de dissertação que tem como objetivos: Identificar indicadores de risco do cuidado que são utilizados pelas enfermeiras; Analisar o conhecimento das enfermeiras em relação ao gerenciamento de risco do cuidado as crianças cronicamente adoecidas.

E desta forma, você está sendo convidada(o) para participar como sujeito da pesquisa, tendo plena liberdade de decidir pela participação ou não neste estudo e se, durante a realização do mesmo sentir necessidade de retirar seu consentimento, isso não lhe trará prejuízo algum. Comprometo-me a responder dúvidas que tiver em qualquer fase do estudo, destacando que a sua participação não implicará despesas.

Deixo claro que os dados obtidos serão tratados como confidenciais e seu nome mantido em absoluto sigilo, sendo sua identificação pessoal conhecida apenas por mim.

Caso concorde em participar, será agendado um contato para obtenção de dados necessários. A obtenção dos dados ocorrerá através de uma entrevista, sendo seu depoimento gravado em aparelho digital, para posterior transcrição e que submetido para conhecimento do texto, será guardado por mim durante cinco (05) anos e ao término desse período eu me comprometo apagar todo conteúdo da entrevista. Durante a entrevista você poderá optar em desistir, retirando a sua participação. Reafirmo que sua identificação pessoal será preservada e o depoimento identificado por um nome fictício, escolhido por você.

Esclareço ainda que os resultados também serão encaminhados para publicação em periódicos e para apresentação em eventos da área de saúde e enfermagem, com o propósito entre outros de contribuir para a qualificação do cuidado prestado à criança.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa você terá total liberdade para esclarecimento e poderá entrar em contato pelo telefone (21) 2289-6364 e (21) 9956-8873, bem como pelo e-mail: vanianeves@iff.fiocruz.br.

Vale destacar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição está a disposição para eventuais esclarecimentos sobre a pesquisa e outras providências que se façam necessárias através do telefone 2554-1730 e/ou pelo e-mail: cep@iff.fiocruz.br.

Agradeço sua disponibilidade e atenção.

Eu, _____,

concordo em participar desta pesquisa, após ter sido esclarecido todas as informações descritas acima e estou recebendo uma cópia deste documento.

Data: _____

Data: _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

APROVADO

Válido Até 31/12/2010

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefone: 2554-6411 / 2554-1730 r. 1730

Vania Lucia dos S. das Neves Sá

Vania Lucia dos S. das Neves Sá
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

54

Apêndice B - Formulário do Roteiro de Observações das Atividades Desenvolvidas por Enfermeiros ao Cliente Internado na Unidade Intermediária do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

Formulário do Roteiro de Observações das Atividades Desenvolvidas por Enfermeiros ao
 Cliente Internado na Unidade Intermediária do IFF/FIOCRUZ

Ministério da Saúde
 Fundação Oswaldo Cruz
 Instituto Fernandes Figueira

Roteiro de Observações / Cliente Internado

Cliente (iniciais) _____ N° do registro _____ Setor _____

Hora _____ Enf./Leito _____ Sexo _____ Idade _____ Grau de Dependência _____

Unidade _____ Data da internação _____ Data da observação _____

Diagnóstico _____ Entrevistador _____

1. GERENCIAMENTO DAS AÇÕES ADMINISTRATIVAS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	TEMPO GASTO NO CUIDADO	OBSERVAÇÕES
1.1. Existe passagem de plantão?					
1.2. A escala de serviço é feita?					
1.3. Existe controle dos psicotrópicos?					
1.4. Existe controle do carro de parada cardiorrespiratória e da maleta de transporte					
1.5. Existe controle da bandeja de intubação					
1.5. O aprazamento da prescrição médica é realizado?					
1.7. Existe controle da temperatura onde são guardados os equipamentos?					
1.8. Existe prescrição de enfermagem?					
1.9. Existe controle da temperatura no local onde são armazenados os medicamentos?					
1.10. Existe controle da temperatura do ambiente/unidade?					
1.11. Existe controle/agendamento da manutenção dos equipamentos eletrônicos?					
1.12 O corpo funcional é habilitado e/ou capacitado às necessidades do serviço?					
1.13 Existem procedimentos de enfermagem descritos, atualizados e de conhecimento de todos os colaboradores (Protocolos dos principais procedimentos realizados; verificar ciência dos colaboradores?)					
1.14 Procede-se a avaliação inicial por meio de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no momento da					

internação do cliente?					
1.15. Existe procedimento de comunicação por meio do qual a enfermagem possa fornecer informações ao cliente e a seus familiares sobre o cuidado a ser prestado?					
1.16. Existem critérios estabelecidos para a transferência interna e externa de clientes?					
1.17. Existe identificação específica para clientes alérgicos?					
1.18. Existe protocolo implantado para monitoramento da prevenção de úlceras de pressão. (Existe indicador relacionado – verificar evidência)					
1.19. Existe protocolo implantado para o monitoramento da prevenção de quedas? (Existe indicador relacionado – verificar evidência)					
1.20. Existe protocolo implantado para o monitoramento (prevenção) flebite? (Existe indicador relacionado – verificar evidência)					
1.21. Existe protocolo implantado para o monitoramento (prevenção) de saída acidental de sonda enteral? (Existe indicador relacionado - verificar evidência).					
1.22. Existe política e protocolo de enfermagem definidos para a admissão da criança vítima de maus tratos?					
1.23. Existe procedimento para recepção e comunicação relacionado a barreiras linguísticas e culturais?					
1.24. Existe procedimento em relação aos pertences pessoais dos colaboradores trazidos para a unidade?					
1.25. Existe protocolo que descreva sobre identificação/cadastro do cliente no momento da admissão e durante período de estada na instituição?					
1.26. Existe relato escrito dos enfermeiros?					
2. GERENCIAMENTO DOS CUIDADOS DE HIGIENE	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	TEMPO GASTO NO CUIDADO	OBSERVAÇÕES
2.1. A boca está cuidada/higienizada?					
2.2. Os cabelos estão em ordem e higienizados?					
2.3. As unhas das mãos e dos pés estão cortadas?					
2.4. É realizada higiene corporal no leito?					
2.5. Os curativos estão limpos e secos? (livres de secreções)					
2.6. A cama do cliente está em ordem, limpa e seca?					

2.7. Há oferecimento de colo durante a higiene corporal?					
2.8. São realizadas brincadeiras durante os procedimentos de higiene e conforto?					
3. GERENCIAMENTO DO CUIDADO NAS ATIVIDADES FÍSICAS E CONFORTO FÍSICO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	TEMPO GASTO NO CUIDADO	OBSERVAÇÕES
3.1. O cliente dependente está com mudança de decúbito programada?					
3.2. Não houve formação de úlcera de pressão há mais de 24 horas?					
3.3. Talas estão cuidadas corretamente?					
3.4. O cliente está sendo atendido pela fisioterapia motora?					
3.5. O cliente acamado está em posição correta?					
3.6. A mudança de decúbito é feita?					
4. GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA SEGURANÇA FÍSICA, NO AMBIENTE E NAS AÇÕES TÉCNICAS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	TEMPO GASTO NO CUIDADO	OBSERVAÇÕES
4.1. O cliente está no leito registrado. Sua identificação está correta (nome, data de nascimento, registro, responsável)?					
4.2. O cliente em uso do bebê conforto está acomodado com segurança?					
4.3. O cliente em uso do leito não adequado para a idade está acomodado com segurança?					
4.4. Há proteção das grades nas camas?					
4.5. As grades da cama estão posicionadas adequadamente?					
4.6. Passou mais de 24 horas sem queda do leito?					
4.7. O leito esta em ordem, livre de objetos acumulados (restos alimentares, materiais hospitalares, brinquedos, material para higiene, fraldas utilizadas, dobras nos lençóis, etc...)?					
4.8. Não há presença de materiais usados ou contaminados (comadre, papagaio, curativos e outros) próximo ao leito do paciente?					
4.9. O equipamento elétrico do leito está em ordem e funcionando bem (luminárias, monitores, leito eletrônico, UCR, incubadora)?					
4.10. O ambiente está limpo? (incluir mobiliário e cama)					
4.11. Todos os exames e cirurgias agendados foram realizados?					
4.12. Os profissionais praticam a higiene das mãos antes e após procedimentos?					
4.13. Existe controle da umidade e temperatura do setor?					

4.14. Existe uma geladeira para armazenamento de materiais de exames no período que antecede seu encaminhamento ao laboratório?					
4.15. A iluminação do setor é adequada?					
4.16. Existe impresso que descreva a rota de fuga no setor?					
4.17. O silêncio é preservado no setor em todos os horários? (há controle do ruído no setor?)					
4.18. Existe preservação dos horários fisiológicos (sono e repouso)					
4.19. O leito/UCR/Incubadora está limpo, desinfetado e em perfeito funcionamento?					
4.20. O cliente está em ambiente limpo, livre de odores desagradáveis e protegido contra excesso de ruídos					
4.21. Há medidas de proteção contra correntes de ar?					
4.22. Os leitos possuem cabeceiras removíveis e grades laterais?					
4.23. Há roupa suficiente para a demanda?					
4.24. Os acompanhantes/responsáveis são orientados sobre as rotinas terapêuticas e os cuidados prestados?					
5. GERENCIAMENTO DO CUIDADO NAS AÇÕES TÉCNICAS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	TEMPO GASTO NO CUIDADO	OBSERVAÇÕES
5.1. As administrações das medicações são realizadas de forma padronizada e com técnica asséptica?					
5.2. Os procedimentos são realizados de acordo com as rotinas estabelecidas no setor pela chefia de enfermagem e pela teoria fundamentada?					
5.3. Os cateteres em uso estão fixados corretamente? (cateteres: venoso, vesical, enteral, gástrico)					
5.4. A prevenção de pressão no uso das máscaras de cpap e no uso das prongas nasais está sendo observada?					
5.5. Há coleta de urina com circuito fechado?					
5.6. São prestados cuidados preventivos de úlceras por pressão?					
5.7. O cliente com drenos e sondas está livre de irritações de pele e de obstruções nos tubos, etc.					
6. GERENCIAMENTO DOS CUIDADOS NA NUTRIÇÃO E NA HIDRATAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	TEMPO GASTO NO CUIDADO	OBSERVAÇÕES
6.1. Os equipamentos de microgotas com reservatórios/sem reservatórios, de bombas infusoras estão instalados há menos de 72 horas? (verificar data,					

horário e assinatura)					
6.2. Os equipamentos de parenterais estão datados e instalados com menos de 24 horas?					
6.3. Os equipamentos de soro estão sem sangue coagulado na parte interna?					
6.4. Os equipamentos de soro estão limpos e sem sangue coagulado externamente?					
6.5. Os equipamentos de soros estão identificados de forma correta? (data e horário)					
6.6. Os soros instalados e drippings estão com identificação correta e completa?					
6.7. Os dispositivos intravenosos periféricos estão identificados com data, nome e horário?					
6.8. Os dispositivos intravenosos periféricos estão instalados há menos de 72 horas?					
6.9. Os cateteres externos estão permeáveis e com soro conectados?					
6.10. Os membros superiores e inferiores dos clientes estão sem seroma?					
6.11. Os equipamentos de dietas foram instalados há menos de 24 horas?					
6.12. Os equipamentos de dietas estão limpos?					
6.13. Os equipamentos de dietas são coloridos e adequados à nutrição?					
6.14. A altura do frasco de dieta está a 40 cm da cabeça do cliente?					
7. GERENCIAMENTO DO CUIDADO COM OXIGENAÇÃO E VENTILAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	TEMPO GASTO NO CUIDADO	OBSERVAÇÕES
7.1. Os inaladores estão mantidos secos e protegidos após utilização no intervalo de 6 horas?					
7.2. Os nebulizadores estão datados e instalados há menos de 24 horas?					
7.3. A traqueostomia está livre de secreções?					
7.4. O curativo da traqueostomia está limpo?					
7.5. O oxigênio está com quantidade e instalação correta?					
7.6. Os nebulizadores são higienizados após utilização?					
7.7. A cabeceira do leito está entre 30° e 45°?					
7.8. Existe rotina para troca de artigos ventilatórios (nebulizadores, circuitos de ventiladores, cpaps e bipaps)					
7.9. Existe rotina de aferição de resíduo gástrico?					
7.10. Os cateteres enterais, gástricos, estão posicionados corretamente?					

7.11. A higiene oral é realizada adequadamente? (utiliza-se alguma solução dentifrícia)					
7.12. Os nebulizadores estão datados e instalados há menos de 24 horas?					
7.13. Os circuitos de ventilação em uso estão montados corretamente?					
8. GERENCIAMENTO DO CUIDADO DURANTE AS ELIMINAÇÕES	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	TEMPO GASTO NO CUIDADO	OBSERVAÇÕES
8.1. Dreno está com coletor ou curativo adequado? (boa adaptação, mantendo volume adequado de preenchimento e sem provocar lesões de pele?)					
8.2. Ostomias e bolsas coletoras estão bem adaptadas e com capacidade de enchimento adequado? (2/3 da capacidade)					
8.3. Dreno de porto-vac está sendo mantido em posição adequada e com pressão negativa dentro do recipiente coletor?					
8.4. O dreno de tórax está com identificação adequada e completa?					
8.5. O dreno de tórax está com instalação adequada?					
8.6. A sonda nasogástrica está em posição correta, fixada adequadamente e o saco coletor com volume adequado?					
8.7. O cateter vesical de demora está fixado corretamente e com volume na bolsa coletora adequada? (2/3 da capacidade)					
9. GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS (MONITOR MULTIPARAMÉTRICO, BOMBA INFUSORA, VENTILADORES, ETC.)	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	TEMPO GASTO NO CUIDADO	OBSERVAÇÕES
9.1. O equipamento usado está corretamente aplicado no cliente?					
9.2. A bomba infusora em uso está corretamente programada?					
9.3. Os parâmetros ventilatórios estão de acordo com o da prescrição médica?					
9.4. É realizada checagem do desfibrilador?					
9. GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS (MONITOR MULTIPARAMÉTRICO, BOMBA INFUSORA, VENTILADORES, ETC.)	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	TEMPO GASTO NO CUIDADO	OBSERVAÇÕES
10.1. O setor dispõe de um levantamento sobre seus riscos?					
10.2. Existe folha de notificação e fluxo? A equipe de enfermagem tem ciência?					
10.3. Os enfermeiros já receberam algum treinamento sobre o tema					

gerenciamento de riscos?					
10.4 Existe notificação dos riscos e dos eventos relacionados aos cuidados de enfermagem?					

Apêndice C – Roteiro para coleta de dados do instrumento de observação

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DO INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO

Roteiro para ações administrativas:

1. Existe roteiro para passagem de plantão?
2. A Escala de Serviço é respeitada?
3. Existe impresso para controle de psicotrópicos, CPR e Bandeja de Intubação?
4. Existe roteiro para realização de exames?

Roteiro para ações técnicas:

1. A boca é higienizada?
2. Os cabelos estão em ordem?
3. As unhas dos pés e das mãos estão cortadas?
4. O cliente com drenos e sondas está livre de irritações de pele, obstruções nos tubos?
5. O cliente acamado está em posição correta?
6. Os curativos estão limpos e secos?
7. Os curativos estão protegidos durante o banho?
8. A cama do paciente está em ordem, limpa e seca?
9. O paciente permanece monitorizado durante a higiene corporal?
10. As medicações são administradas pela equipe de enfermagem (horário e técnica correta?)
11. Rótulos de HV/ MED / DATA / HORA / DOSE / NOME E LEITO
12. É ministrada medicação para dor, náusea ou vômito, quando solicitada e prescrita?
13. A enfermagem acompanha o cliente quando ele sai da unidade?
14. Houve queda do paciente na enfermaria?
15. O cliente está acomodado corretamente no leito? (uso de protetores para queda)
16. O cliente está identificado corretamente? (nome, clínica, leito, registro)

Roteiro para observação do ambiente:

1. Existe controle da temperatura e umidade do ambiente?
2. O ambiente é seguro?
3. O ambiente é limpo?

Apêndice D – Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro de Entrevista

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA -
DESTINADO AO ENFERMEIRO GESTOR DE CUIDADO E GESTOR
SETORIAL DA UNIDADE INTERMEDIARIA DO IFF / FIOCRUZ

Data

Identificação

Idade

Sexo

Este instrumento servirá como roteiro durante a entrevista do projeto de pesquisa intitulado “ O gerenciamento de risco do cuidado às crianças cronicamente adoecidas”.

- 1) Como você se sente em termos de conhecimento para a organização do cuidado de enfermagem voltado para a prevenção de riscos durante a prática do cuidar?
- 2) O que você entende sobre o gerenciamento de risco e como esta técnica pode interferir na qualidade da assistência prestada em seu serviço?
- 3) Qual o seu conhecimento sobre gerenciamento de risco do cuidado?
- 4) Como você faz para avaliar a qualidade de assistência nos cuidados prestados?
- 5) Quais mudanças são necessárias para melhorar a qualidade da assistência relacionada à prevenção de riscos oferecidos durante o cuidado?
- 6) Quais estratégias você utiliza durante o cuidado, prestado por sua equipe de trabalho, para melhorar a qualidade da atenção e a consequente redução dos riscos?
- 7) Você pratica alguma intervenção específica para melhorar o serviço?
- 8) Dos indicadores aqui apresentados, quais deles você utiliza e quais, na sua opinião, são viáveis e deveriam ser utilizados na assistência ora prestada ao cliente?

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/Fundação
Oswaldo Cruz

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: O gerenciamento de risco do cuidado as crianças cronicamente adoecidas

Pesquisador Responsável Vania Lucia dos Santos das Neves de Sá

Data da Versão 05/08/2010

Cadastro FR354652

Data do Parecer 25/11/2010

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

Identificar indicadores de risco do cuidado que são utilizados pelas enfermeiras e analisar o conhecimento das enfermeiras em relação ao gerenciamento de risco do cuidado as crianças cronicamente adoecidas.

Sumário do Projeto

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria Instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de identificação

Título melhor elaborado indicando o foco da pesquisa

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	Comentário
Delimitação	Total NAO Local
Tamanho de amostra	Não necessário (pesquisa quali)
Cálculo do tamanho da amostra	Funcionários da Instituição
Participantes pertencentes a grupos especiais	Ausente
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Comentário
Critérios de inclusão e exclusão	Adequada
Relação risco-benefício	Não utiliza
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Adequado
Monitoramento da segurança e dados	Comentário
Avaliação dos dados	Adequada
Privacidade e confidencialidade	Comentário
Termo de Consentimento	Sim
Adequação às Normas e Diretrizes	

APROVADO

Válido Até 31/12/2010

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefone: 2552-0411/2554-1700 r. 1730

P. Figueira de Azevedo
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Comentários sobre os Itens de Pacientes e Métodos

Houve melhor descrição dos métodos da pesquisa, esclarecendo que serão entrevistados todos os enfermeiros da unidade em estudo e foram especificados os períodos de observação da prática dos enfermeiros.

Em relação a entrevista:

O roteiro em anexo foi melhor definido. Fica claro que o roteiro não são as perguntas a serem feitas aos entrevistados. Considerando a última pergunta fica entendido que uma lista de indicadores será apresentada e esta não está anexada ao projeto. Se tal lista for construída através da observação, deve ser indicado na metodologia que esta etapa da pesquisa antecederá a aplicação das entrevistas.

Observação não participante: O roteiro de observação não foi alterado abordando aspectos que não parecem se correlacionar com os objetivos do estudo. Este aspecto pode dificultar a análise dos dados coletados. A tabela do índice de positividade foi inserida, mas é importante verificar se os quesitos listados no roteiro se adequam a este tipo de análise. Não há referência desta correlação, que deveria ser bem fundamentada.

Cronograma	
Data de início prevista	Adequado
Data de término prevista	
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Comentário
----------------------------	------------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas
As referências estão melhor especificadas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

Foram acatadas as sugestões do parecer anterior.

APROVADO

Válido Até 31/12/2010

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefone: 2552-0431 / 2554-1700 r. 1730

P. Zafre
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto Fernandes Figueira

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ

Declaro que recebi os seguintes documentos referente ao projeto de pesquisa:
O GERENCIAMENTO DE RISCO DO CUIDADO AS CRIANÇAS CRONICAMENTE ADOECIDAS

1. Parecer substanciado
2. TCLE carimbado e datado com prazo de validade;
3. Formulário SISNEP com aprovação pelo CEP-IFF
4. FAE - Formulário de Acompanhamento Ético, enviado para meu email.

Nº CAEE: 0044.0.008.000-10
Nº FOLHA DE ROSTO:354652
Nº REGISTRO NO CEPIFF: 0044/10

De acordo com a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde o pesquisador fica ciente que é de sua responsabilidade:

- a) apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa;
- b) desenvolver o projeto conforme delineado;
- c) elaborar e apresentar a este CEP relatórios semestrais e relatórios de eventos adversos, casos estes venham a ocorrer, assim como relatório final com os resultados das pesquisas, para finalização do processo,
- d) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- e) manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;
- f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- g) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.
- h) entregar uma cópia em capa dura da pesquisa com os resultados obtidos, na Biblioteca do IFF/FIOCRUZ, para fazer parte do acervo literário da Instituição.**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo CEP-IFF deverá ser utilizado pelo pesquisador (a) em sua investigação, de acordo com a Res. 196/96, IV.2, recomendamos que o mesmo seja:

- assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- elaborado em duas vias (devendo constar nome e telefone do pesquisador), sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador

Recomendação importante: Toda informação clínica e/ou laboratorial obtida na pesquisa a partir dos pacientes do IFF/FIOCRUZ deverá obrigatoriamente constar no prontuário médico.

DATA: 03/12/2010

ASSINATURA..... *Tania Lucinda Santos da Silva*

Andamento do projeto - CAAE - 0044.0.008.000-10

Título do Projeto de Pesquisa

O gerenciamento de risco do cuidado as crianças cronicamente adoecidos

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na
Aprovado no CEP	05/08/2010 14:18:55	25/11/2010 15:50:12		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	05/08/2010 14:18:55	Folha de Rosto	0044.0.008.000-10
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	06/07/2010 21:32:37	Folha de Rosto	FR354652
5 - Protocolo Aprovado no CEP	25/11/2010 15:50:11	Folha de Rosto	0044/10
4 - Protocolo Pendente no CEP	25/10/2010 10:57:35	Folha de Rosto	0044/10
3 - Protocolo Pendente no CEP	01/09/2010 15:06:53	Folha de Rosto	0044/10

 Voltar

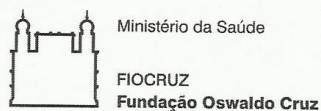
APROVADO

 Válido Até 31/12/2010

 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
 Telefone: 2662-6411 / 2664-1700 r. 1730


 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Anexo B – Autorização da Direção de Ensino e Pesquisa



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Vânia Lucia dos Santos das Neves Sá vem desenvolvendo no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira o projeto “O gerenciamento de risco do cuidado as crianças cronicamente adoecidas” registrado sob o nº 988/10 e esta autorizada à divulgação dos dados coletados no estudo assim como poderá fazer uso do nome da Instituição para fins da aplicabilidade do estudo.

Rio de janeiro, 12 de agosto de 2011.



Kátia Sydrônio
Vice Diretora de Pesquisa
Instituto Fernandes Figueira
Fundação Oswaldo Cruz

Anexo C – Portaria Nº 745 de 22 de Dezembro de 2005 – Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde

**PORTARIA Nº 745 DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, resolve:

Art. 1º - Estabelecer o Instituto Fernandes Figueira - IFF, Unidade Técnico Científica da Fundação Oswaldo Cruz, como Referência Nacional para o Ministério da Saúde na Área da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente para o desenvolvimento das seguintes ações:

- I - Assessoria para qualificação e gestão de serviços de Perinatologia;
- II - Articulação e assessoria para rede nacional de UTI Neonatais;
- III - Modernização, consolidação e ampliação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano para a atenção à saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravos;
- IV - Desenvolvimento e assessoria para implantação de protocolos para o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de Recém Nascidos egressos de UTI Neonatais integrando as ações da primeira semana de saúde integral;
- V - Assessoria para implantação e qualificação de ambulatórios de seguimento de recém nascidos egressos de UTI Neonatais;
- VI - Elaboração de modelo alternativo de Capacitação para a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) utilizando a educação à distância;
- VII - Assessoria para implantação de Núcleos de Apoio dos Profissionais que assistem pacientes vítimas de violência;
- VIII - Assessoria e qualificação de Centros de Referência para Assistência de Pacientes com Defeitos Congênitos (Osteogênese Imperfecta, Fibrose cística, malformações congênitas);
- IX - Articulação e assessoria à rede nacional para o cuidado dos pacientes com defeitos genéticos;
- X - Articulação e assessoria à rede nacional para o cuidado dos pacientes de fibrose cística;
- XI - Articulação e assessoria à rede nacional para o cuidado dos pacientes de imunodeficiência primária;
- XII - Capacitação em serviço no IFF para Patologia Cervical;
- XIII - Capacitação em serviço no IFF para realização de laqueadura tubária por vídeo-laparoscopia;
- XIV - Capacitação em serviço no IFF para realização de ultra-sonografia obstétrica e Medicina Fetal; e
- XV - Programa de Atualização na área da saúde da criança, mulher e adolescente.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Secretário

