



**OBJSN**  
Online Brazilian Journal of Nursing

**Español**

Universidade Federal Fluminense

**UFF**

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



## Evaluación de la calidad de los servicios de cuidados intensivos en la salud materna infantil

Amanda de Figueirôa Silva Carmo<sup>1</sup>, Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho<sup>2</sup>, Suely Arruda Vidal<sup>1</sup>, Rosana Dourado Loula Salum<sup>1</sup>, Richardson Augusto Rosendo da Silva<sup>3</sup>, Ana Dulce Batista dos Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal del Valle de São Francisco

<sup>2</sup>Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

<sup>3</sup>Universidade Federal de Rio Grande del Norte

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la adecuación de las unidades públicas de cuidados intensivos en la salud materno infantil en la macro regional de Petrolina-PE.

**Método:** Se realizó una evaluación normativa, entre Enero y Junio de 2011, en las UTIs obstétrica y pediátrica mixtas, de un hospital público de referencia. Se elaboró un modelo lógico de funcionamiento de los servicios y una matriz de juzgamiento, ambos sometidos a una técnica de consenso. Los datos fueron recolectados a partir de los documentos y registros institucionales, de las entrevistas con 19 informantes-clave y de la verificación *in loco* de la estructura y de los insumos.

**Resultado:** Las dos unidades de terapia intensiva fueron clasificadas como inadecuadas, ya que obtuvieron 28% de adecuación para la obstétrica y 38% para la pediátrica mixta.

**Conclusión:** En el consenso de los *expertos*, la aplicación y el análisis ponderado de los resultados obtenidos a partir del instrumento sugieren su aplicabilidad en otras unidades de terapia intensiva en todo el escenario nacional.

**Descriptores:** Evaluación de Servicios de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Unidades de Cuidados Intensivos.

## INTRODUCCIÓN

La atención al paciente crítico ha sido diana de reflexiones, principalmente en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS), en virtud de los cambios en el panorama de la salud en Brasil en las tres últimas décadas. En lo que se refiere a la salud materna infantil, la atención al embarazo, al parto y al recién nacido y sus repercusiones sobre la mortalidad peri y neonatal y materna, también han ganado expresión en los últimos años<sup>(1)</sup>. En este sentido, diversas situaciones se configuran como responsables por el aumento de la demanda por cuidados intensivos en esta población, volviendo imprescindible el invertimiento en cuidados intensivos de la salud materna infantil.

Entonces, las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que se destinan a la recuperación de pacientes en estado crítico que necesitan observación constante, deben contar con una infraestructura apropiada, recursos humanos especializados y recursos materiales específicos. Además de un equipo de profesionales con experiencia y conocimientos adecuados para planear y organizar este sector con base en las necesidades de los pacientes, y en las normas reglamentarias que rigen el proceso de estructuración de las UTIs.

Buscando la planificación y la organización de las UTIs en el contexto del SUS, están siendo publicados, desde la década de 1990, diversos dispositivos legales en paralelo a las políticas nacionales de evaluación, de educación permanente y de humanización. Estos dispositivos establecen criterios de clasificación para las UTIs y guían los proyectos físicos de establecimientos.

En el 2005, el Ministerio de la Salud (MS) esbozó la propuesta de la Política Nacional de Atención al Paciente Crítico (PNAPC) colocando su minuta bajo consulta pública sin, no obstante, publicarla<sup>(2)</sup>. En el mismo año, publicó un decreto disponiendo sobre los requisitos comunes para la habilitación de las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal y Pediátrica<sup>(3)</sup>. En el 2010, fueron establecidos los requisitos mínimos para el funcionamiento de la UTI<sup>(4)</sup>.

Se comprende por tanto, la importancia del planeamiento y de la organización de los servicios de la salud vinculados a los procesos de evaluación, siendo ella capaz de, por un lado, identificar la necesidad de intervenciones que modifiquen ciertos cuadros sanitarios, y por el otro, verificar las dificultades enfrentadas por tales prácticas en la disminución de indicadores de morbimortalidad, entre otras circunstancias<sup>(5)</sup>.

Además, la creciente preocupación con la calidad de los servicios enfatiza la importancia de la evaluación. En esta perspectiva, Donabedian desarrolló un modelo sistémico, con tres dimensiones: "estructura", que correspondería a las características relativamente estables de sus suministradores, de los instrumentos y recursos, así como de las condiciones físicas y organizativas; "proceso," sería el conjunto de actividades desarrolladas en la relación entre los profesionales y el pacientes; y "resultados", que corresponde a los cambios verificados en el estado de salud de los pacientes que puedan ser derivados de la intervención o del cuidado previo<sup>(6)</sup>.

Frente a la relevancia de la calidad de los servicios de salud y considerando la contribución de la evaluación en este sentido vale resaltar la escasez de estudios evaluativos en la referida área, aun delante de su expansión en el escenario nacional.

Delante de esta realidad y de la relevancia de estos servicios para la región, este estudio objetivó evaluar la adecuación de las unidades públicas de cuidados intensivos de la salud materna infantil en la macrorregión de Petrolina-PE.

## **MÉTODO**

Se procedió a una evaluación normativa en las UTIs pediátrica mixta y obstétrica de un Hospital materno infantil, localizado en el municipio de Petrolina-PE. Este hospital se configura como una institución de referencia regional en la salud materna infantil y atiende a la población de toda la macrorregión de Petrolina, que es compuesta por 28 municipios, con población de 818.235 habitantes. Estas unidades de terapia intensiva son las únicas unidades de alta complejidad materna-infantil, localizadas en el interior de los estados nordestinos.

La recolecta de los datos, realizada entre enero y junio de 2011, ocurrió en dos fases. En la primera fase, fueron elaborados un modelo lógico de funcionamiento del servicio y una matriz de juzgamiento, cuyos criterios de evaluación, los valores o escores, los patrones de calidad, las descripciones de los valores y los parámetros de juzgamiento para la clasificación de las unidades tuvieron por base la Resolución del Directorio Colegiado (RDC) de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), n° 7/2010<sup>(4)</sup>.

En esta fase se realizó, en dos etapas, una técnica de consenso<sup>(7)</sup> envolviendo seis *expertos*, siendo dos del área de evaluación y cuatro del área de terapia intensiva, seleccionados por actuar en la UTI más de seis años, por su inserción en las áreas de gestión y evaluación, y por su producción científica en la referida área<sup>(8,9)</sup>.

En la primera etapa, los *expertos* recibieron por correo electrónico la propuesta inicial del modelo lógico y de la matriz de juzgamiento, y sugirieron ajustes<sup>(7)</sup>. En la segunda etapa, después de realizados los ajustes, el modelo y la matriz se les fue reenviados a los *expertos* para una nueva apreciación, llegando al consenso que respaldó el proceso de identificación y selección de los criterios importantes para realizar la evaluación<sup>(8, 9)</sup>. En la segunda fase, se aplicó la matriz de juzgamiento, obteniéndose la ponderación y la clasificación de las UTIs.

De esta fase del estudio, participaron 19 informantes-clave que ejercían la función de gerencia o gestión en las UTIs o en la institución hospitalaria y que poseían ligación directa con las UTIs, tenían por lo menos seis meses de actuación en el cargo y que no estaban de vacaciones, licencia médica o licencia maternidad, durante el período de la recopilación de los datos. Ellos fueron entrevistados y concedieron acceso a las informaciones, documentos, protocolos institucionales, libros de registros, datos informatizados, censos e inventarios, escalas y planos físicos. De esta forma, esta investigación usó como recursos metodológicos el análisis documental, la entrevista y la verificación *in loco* de la estructura y de los insumos de las unidades.

La matriz de juzgamiento elaborada contempló las dimensiones estructura y proceso, que se les fue atribuida las puntuaciones 40 y 60, respectivamente. Para el juzgamiento y la

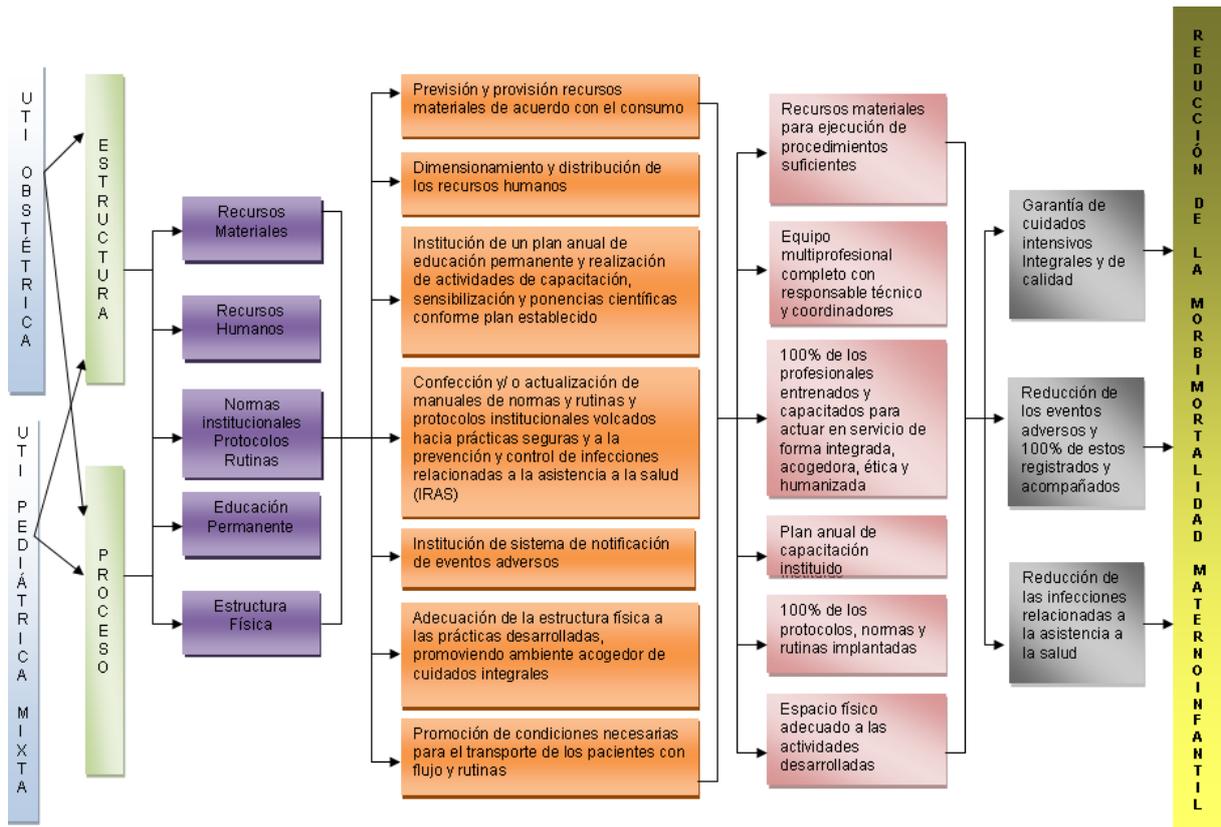
clasificación de la adecuación, según la puntuación atribuida, fueron considerados cuatro estratos: 100 a 76% - servicio adecuado; 75 a 51% - servicio parcialmente adecuado; 50 a 26% - servicio inadecuado y; menor o igual a 25% - servicio desfavorable<sup>(9)</sup>.

La realización de este estudio respetó la Resolución 196/96, que trata sobre las investigaciones envolviendo seres humanos<sup>(10)</sup>, habiendo sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal del Vale de São Francisco (UNIVASF), en diciembre de 2010, con el protocolo nº 0001/201110.

## **RESULTADOS**

El modelo lógico delineado en este estudio está dispuesto en la figura 1. La matriz de juzgamiento demuestra los criterios de evaluación, sus scores con descripción, la situación observada y las puntuaciones atribuidas (por criterio, por dimensión y general) y la clasificación de cada unidad como ilustra el cuadro 1. Las unidades fueron clasificadas como inadecuadas, siendo que la UTI obstétrica obtuvo 28% de adecuación y la pediátrica mixta 38%.

**Figura 01: modelo lógico de unidades de terapia intensiva obstétrica y pediátrica mixta. Petrolina, Pernambuco, Brasil, 2012.**



Fuente: Datos del autor

Cuadro 01: matriz de juzgamiento de unidades de terapia intensiva obstétrica y pediátrica mixta. Petrolina, Pernambuco, Brasil, 2012.

DIMENSIÓN	CRITERIO/ INDICADOR	PATRÓN	VALOR MÁXIMO ESPERADO (=100)	DESCRIPCIÓN DEL VALOR	OBSERVADO		VALOR ATRIBUIDO A PARTIR OBSERVADO		JUZGAMIENTO DE ACUERDO CON EL VALOR	
					COMPONENTES		COMPONENTES		ATRIBUIDO COMPONENTES	
					UTI	UTI	UTI	UTI	UTI	UTI
					OBSTÉTRICA	PED. MIXTA	OBSTÉTRICA	PED. MIXTA	OBSTÉTRICA	PED. MIXTA
	Permiso expedido por la Vigilancia Sanitaria	Estar presente	1	Si=1; No=0	No	No	0	0		
	Inscrito en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud	Estar presente	1	Si=1; No=0	Si	Si	1	1		
	Equipo multiprofesional completo y proporcional al número de camas	Estar presente	3	3 puntos si posee equipo multiprofesional completo en cuantitativo suficiente para número de camas 1 puntos si posee equipo multiprofesional completo en cuantitativo insuficiente para número de camas 0 puntos si posee equipo multiprofesional completo en cualquier cantidad	Equipo multiprofesional no es completo faltan: psicólogo y odontólogo	Equipo multiprofesional no es completo faltan: psicólogo y odontólogo	0	0		
	Equipo de apoyo	Estar presente	3	3 puntos si posee equipo de apoyo completo en cuantitativo definido por la legislación vigente 1 puntos si posee equipo de apoyo completo en cuantitativo insuficiente definido por la legislación vigente 0 puntos si posee equipo de apoyo completo en cualquier cantidad	Equipo de apoyo no posee auxiliar administrativo	Posee equipo de apoyo completo en cuantitativo en conformidad con la legislación	0	3		
	Responsable técnico	Estar presente	2	2 puntos si posee Responsable Técnico con titulación en terapia Intensiva 1 puntos si posee Responsable Técnico sin titulación en terapia Intensiva 0 punto si no posee responsable técnico	Posee responsable técnico con especialización en UTI	Posee responsable técnico con especialización en UTI	2	2		
	Proporción de profesionales especialistas	Por lo menos 90%	2	2 puntos si = o > a 90 % 1 puntos si >50 % y < 90 % 0 puntos si < o =50%	(total de dos profesionales) < que 50%	(total de dos profesionales) < que 50%	0	0		

## CONTINUACIÓN

ESTRUCTURA	Coordinador de enfermería	Estar presente	2	2 puntos si posee coordinador de enfermería con titulación en Terapia Intensiva 1 punto si posee coordinador de enfermería con titulación en Terapia Intensiva 0 punto si no posee coordinador de enfermería	si posee coordinador de enfermería con titulación en UTI	si posee coordinador de enfermería con titulación en UTI	1	1	
	Coordinador de fisioterapia	Estar presente	2	2 puntos si posee coordinador de fisioterapia con titulación en Terapia Intensiva 1 punto si posee coordinador de fisioterapia con titulación en Terapia Intensiva 0 punto si no posee coordinador de fisioterapia	si posee coordinador de fisioterapia con titulación en Terapia Intensiva	si posee coordinador de fisioterapia con titulación en Terapia Intensiva	1	1	
	Equipamientos	100% de los equipamientos necesarios en relación al número de camas	3	3 puntos si posee todos los equipamientos necesarios en cantidad suficiente por número de camas 1 punto si posee todos los equipamientos necesarios en cantidad insuficiente por número de camas 0 punto si no posee todos los equipamientos necesarios en cualquier cantidad	si Posee todos los equipamientos necesarios en cantidad suficiente por número de camas	si Posee todos los equipamientos necesarios en cantidad suficiente por número de camas	1	3	
	Materiales	100% de los materiales necesarios en relación al número de camas	3	3 puntos si posee todos los materiales necesarios en cantidad suficiente por número de camas 1 punto si posee todos los materiales necesarios en cantidad insuficiente por número de camas 0 punto si no posee todos los materiales necesarios en cualquier cantidad	si posee todos los materiales necesarios en cantidad suficiente por número de camas	si posee todos los materiales necesarios en cantidad suficiente por número de camas	3	3	
	Estructura física/instalación	Poseer estructura física adecuada en relación a las dimensiones y separaciones	3	Si=3; No=0	No	No	0	0	
TOTAL DE PUNTOS ATRIBUIDOS (89) PUNTAJACIÓN MÁXIMA ESPERADA (100) X 100 = 29/100 X 100 = 29% = servicio incipiente o inadecuado								TOTAL DE PUNTOS ATRIBUIDOS (89) PUNTAJACIÓN MÁXIMA ESPERADA (100) X 100 = 29/100 X 100 = 29% = servicio incipiente o inadecuado	



## CONTINUACIÓN

	Recursos asistenciales	Garantir, por medios propios o externos los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico	3	Si=3; No=0	No	No	0	0		
	Protocolos asistenciales	Estar presente	2	Si=2; No=0	No	Não	0	0		
	Flujos y rutinas de exámenes y transportes	Estar presente	2	Si=2; No=0	No	No	0	0		
	Servicio de educación permanente con plan actual	Estar presente/ Implantado	2	Si=2; No=0	Si	Si	2	2		
	Sistema de control, prevención y notificación de eventos adversos	Estar presente/ implantado	2	Si=2; No=0	No	No	0	0		
	Comisión de control de residuos	Estar presente/ implantada	2	Si=2; No=0	No	No	0	0		
	Comisión de control de infecciones respiratorias agudas	Estar presente/ implantada	2	Si=2; No=0	Si	Si	2	2		
<b>SUB TOTAL (POR DIMENSIÓN) : ESTRUCTURA</b>							<b>13</b>	<b>18</b>		
<b>PROCESO</b>	Proporción de profesionales que conocen y utilizan los protocolos	Por lo menos 90%	15	15 puntos si = o > 90 % 5 puntos si >50 % y < 90 % 0 puntos si < o =50%	<50	Entre 50 y 90%	0	5		
	Acciones de educación permanente desarrolladas	Presencia de registros	5	Si= 5; No=0	Si	Si	5	5		
	Control, prevención y notificación de eventos adversos	Presencia de registros	10	Si=10; No=0	No	No	0	0		
	Control de infecciones respiratorias agudas	Presencia de registros	10	Si=10; No=0	Si	No	10	10		
	Gerencia de residuos	Presencia de registros	10	Si=10; No=0	Nn	Nn	0	0		
	Realización de evolución del estado clínico, inter ocurrencias y cuidados	Presencia de registros en prontuario	10	Si=10; No=0	No	Sólo hay registros de enfermería y médicos	Sólo hay registros de enfermería y médicos	0	0	
<b>SUB TOTAL (POR DIMENSIÓN) : PROCESO</b>							<b>15</b>	<b>20</b>		

Fuente: Datos del autor

Carmo AFS, Gusmão Filho FAR, Vidal SA, Salum RDL, Silva RAR, Santos ADB. Quality assessment of mother and child intensive healthcare services. Online braz j nurs [Internet]. 2013 June [cited year month day]; 12 (2): 000-00. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4009>. doi: [10.5935/1676-4285.20134009](http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134009)

En relación a la dimensión estructura, la UTI obstétrica obtuvo 13 puntos (32,5%) y la UTI Pediátrica mixta, 18 puntos (45%). En la dimensión proceso, a la UTI obstétrica se le fue atribuido 15 puntos (25%) y a la UTI pediátrica 20 (33,3%). En cuanto a la estructura, dentro de los criterios evaluados, se destacaron la inexistencia del permiso de funcionamiento, equipos multiprofesionales incompletos (ausencia de odontólogo y psicólogo) y de apoyo incompletos (en el caso de la UTI obstétrica), proporción de especialistas en terapia intensiva menor que 50% (siendo identificados solo dos profesionales intensivistas en cada UTI), coordinadores de enfermería y fisioterapia sin título de intensivista e insuficiencia de equipamientos (en el caso de la UTI obstétrica). Es válido resaltar que, por tratarse de áreas específicas de la profesión de enfermería como la obstetricia y la pediatría, podrían ser consideradas para los coordinadores de enfermería, además de la especialización en UTI, las especializaciones en enfermería obstétrica, que estaba siendo cursada por la coordinadora de ésta y también enfermería pediátrica o neonatal para los profesionales de la UTI pediátrica mixta, título que no comprendía la coordinación de esa unidad.

Además, las unidades presentaron estructura física e instalaciones inadecuadas (sin visualización de las camas por el puesto de enfermería, sin área de prescripción médica y ambientes de apoyo, como salas de espera, de entrevistas, de utilidades, de higienización, administración, baños para visitantes, ropería, depósito de material de limpieza-DML, y despensa, siendo que esta última estaba ausente solo en la UTI obstétrica); espacio destinado a las camas (exceptuando las camas de aislamiento) y las áreas colectivas menores que lo preconizado; la distancia entre las camas fue respetada, pero no existían dispositivos de separación entre ellas, comprometiendo la privacidad de los pacientes.

En lo que se refiere a la disponibilidad de los recursos asistenciales de diagnóstico y tratamiento, las unidades no disponían de algunos servicios en su estructura o eran externalizados, tales como: asistencia clínica vascular, ortopedia, urología, gastroenterología, hemoterapia, oftalmología, otorrinolaringología, infectología, cirugía

vascular, ortopédica, urológica, buco maxilofacial, anatomía patológica, además de ecodoplercardiografía y endoscopia, fibrobroncoscopia.

Sobre los protocolos asistenciales, las unidades solo poseían patrón de los procedimientos de enfermería. Sobre el flujo y rutinas para exámenes y transporte, las UTI no eran responsables directas por ninguna de estas actividades. En el hospital había un centro de regulación/marcación propia de exámenes que adecuaba las cuestiones técnicas y burocráticas para la realización de exámenes y procedimientos de pacientes y un centro de transporte responsable por providenciar el tipo de vehículo apropiado para cada remoción. Sin embargo, no existían rutinas o flujos establecidos para incluir citas en la agenda o para transporte. En relación a las comisiones, las unidades no poseían comisión de control de eventos adversos ni comisión de gerenciamiento de residuos.

En relación al equipo médico, no había número suficiente de profesionales en ninguna de las unidades, siendo que en la UTI obstétrica, el cuantitativo de médicos garantiza la cobertura integral de las escalas mensuales, mientras que en la UTI pediátrica mixta la cantidad de médicos de guardia, a veces, comprometió la cobertura de las escalas. En lo referente a la distribución por número de camas y por turno, los equipos médicos de las dos unidades estaban distribuidos adecuadamente.

Los cuantitativos de enfermeros y técnicos de enfermería, considerando la mayor tasa de ocupación en el período del estudio, el grado de dependencia de los clientes de terapia intensiva y el menor índice de seguridad técnica para cubrir ausencias previstas e imprevistas de 15%, se mostraron inferiores a lo necesario. Respecto a la distribución de estos profesionales por categoría, se observó la proporción de solo 37,5% de enfermeros en la UTI pediátrica mixta y 37,7% en la UTI obstétrica, que está en desacuerdo con la recomendación de un enfermero para cada cama en las dos unidades. Los técnicos de enfermería estaban en una proporción de uno para cada tres camas en la UTI obstétrica, también en desacuerdo con la norma.

La escala de fisioterapia contaba con dos profesionales que se alternaban en los períodos matutinos y vespertinos, de lunes a viernes, de manera que los períodos nocturnos y los

fin de semana y feriados se quedaban vacíos. Además de esto, por el hecho de haber solamente un fisioterapeuta por turno de guardia, éste se quedaba responsable por la atención dada a los pacientes de las dos unidades, pudiendo llegar a una proporción cama/profesional de 20/1, por turno.

La UTI obstétrica no poseía auxiliares administrativos y la pediátrica poseía un técnico de enfermería exclusivo para las actividades administrativas. El servicio de higienización contaba con un funcionario por turno para cada una de las UTIs, que no era exclusivo del sector y realizaba la higienización de otras áreas hospitalarias. Los camilleros tampoco eran exclusivos de las UTIs, habiendo solamente uno por turno para todos los sectores hospitalarios.

En lo que concierne a los criterios evaluados en la dimensión proceso, se destacaron los porcentajes de los profesionales que conocían los protocolos de la unidad, inferior a 50% en el caso de la UTI obstétrica y de 72% para la pediátrica; inexistencia del control de eventos adversos y de residuos, debido a la inexistencia de comisiones y planes de asesoramiento o gerenciamiento instituidos, establecidos para el año 2011; inexistencia de registros en los prontuario de la asistencia prestada por el equipo multiprofesional, ya que solo había registros del equipo médico y de enfermería.

## **DISCUSIÓN**

Este estudio objetivó evaluar la adecuación de las unidades de terapia intensiva obstétrica y pediátrica mixta, habiendo sido identificados diversos desencuentros entre su estructura y el funcionamiento y las normas vigentes. Para esto, se delineó un modelo lógico de funcionamiento de las UTIs, a partir del cual se propuso una matriz de juzgamiento que permitió la evaluación de los servicios.

Se cree que este modelo lógico pueda ser utilizado para otras unidades de terapia intensiva, ya que estas unidades deben poseer la misma estructura y desarrollan los mismos procesos. En cuanto a la matriz de juzgamiento, de modo semejante al modelo

lógico, es posible aplicar este instrumento a otras UTIs en Brasil, ya que los criterios establecidos deben de estar presentes en otras unidades por ser las normas que los rigen derivadas.

Entonces, la evaluación global de las unidades permitió la clasificación de ambas como inadecuadas, porque la UTI obstétrica obtuvo 28% de adecuación y la pediátrica mixta 38%.

La evaluación por dimensión demostró que, aunque las unidades estaban bajo la misma lógica de funcionamiento y gestión, la variación en las puntuaciones atribuidas se debe las diferencias en la conducción gerencial de las unidades.

La UTI obstétrica obtuvo menor adecuación de que la pediátrica mixta en la evaluación por dimensiones y general, lo que puede estar asociado al tiempo de funcionamiento de las unidades, porque la UTI obstétrica funciona hace solo dos años, y la pediátrica mixta funciona hace cuatro años. En relación a la estructura, la diferencia de cinco puntos se debió a los criterios "equipo de apoyo completa" y "equipamientos". En la dimensión proceso, la diferencia también fue de cinco puntos y se relacionó a la "proporción de profesionales que conocían y utilizaban los protocolos".

El estudio evidenció que las unidades investigadas presentaron mejor adecuación proporcional en la dimensión estructura de que en la dimensión proceso. La UTI obstétrica obtuvo, proporcionalmente, 32,5% e 25% para las dimensiones estructura y proceso, respectivamente, mientras que la UTI pediátrica mixta obtuvo 45% y 33,3%. Tal evidencia conduce a las unidades hacia problemas en la calidad, ya que el proceso está más próximo de los resultados de que la estructura y cuanto mayor sea esta aproximación entre causa y efecto, mayor puede ser el impacto<sup>(9)</sup>.

Entre los criterios evaluados en este estudio, llamaron la atención los equipos multiprofesionales, que fueron identificados como insuficientes tanto desde el punto de vista cuantitativo, como el de su composición. Vale resaltar que la reestructuración del estado de salud del paciente en la UTI solo es posible delante de la interacción significativa entre profesionales con el objetivo de gerenciar la promoción del cuidado de

manera interdisciplinaria y con calidad<sup>(11)</sup>. A partir de esta realidad y con el objetivo de proporcionar una asistencia integral, se constituyó un equipo multiprofesional de salud en UTI, como estrategia intervencionista centrada en los saberes integrados de las acciones en salud y enfocada en el cuidado de varios profesionales envueltos<sup>(11)</sup>.

Paralelamente a esta situación, el equipo de apoyo incompleto y no exclusivo de las unidades, evidenciado en este estudio, puede precipitar la transferencia de sus atribuciones a otros profesionales, incluso a aquellos que se destinan a los cuidados de los pacientes. Respecto a esto, un estudio realizado en unidades de terapia intensiva para evaluar la adecuación de los recursos humanos señala el hecho de que dicha situación puede generar sobrecarga de trabajo por acúmulo de funciones y la disminución del tiempo dispensado a los cuidados, arriesgando la calidad de su asistencia<sup>(12)</sup>.

Sobre la calificación de los profesionales de salud de nivel superior, el estudio identificó que solamente dos profesionales en cada una de las UTIs poseían título de especialista en terapia intensiva. Se debe resaltar que la participación en cursos de especialización es imprescindible, principalmente en el ámbito de una unidad de cuidados intensivos, principalmente por el avance progresivo y rápido de los nuevos conocimientos en el área, así como por el aparato tecnológico presente en estos servicios. Todavía en este sentido, el estudio evidenció que los gerentes de enfermería y de fisioterapia que ejercen el liderazgo de sus equipos tampoco poseían especialización en terapia intensiva.

En relación a los equipamientos, la UTI obstétrica presentó problemas en la cantidad de estos en relación al número de camas. A pesar de eso, un estudio, realizado con el objetivo de identificar la disponibilidad de equipamientos en las unidades de terapia intensiva en Brasil, apuntó situación semejante a la evidenciada en el presente estudio y afirmó que el proceso de cuidar en las unidades especializadas como la UTI depende principalmente de la utilización racional y segura de equipamientos de soporte para la vida, revelando la importancia de la previsión y del control de dichos equipamientos<sup>(13)</sup>.

Referente a la estructura física de las unidades, este estudio evidenció diversas no conformidades, lo que fue también identificado en un estudio realizado en el 2000, que

denominó de inadecuada la estructura física de la UTI investigada y concluyó que dicha situación podría poner en riesgo el desarrollo efectivo y seguro de las actividades de los profesionales de salud<sup>(13)</sup>.

Aún desde el punto de vista estructural, otra cuestión relevante trata sobre la garantía de los recursos terapéuticos y diagnósticos por medios propios o externos. Se identificó que algunos exámenes y procedimientos no son realizados por la institución y que no están accesibles en la red externalizada. Además, no había flujos definidos para su realización o para el transporte de los pacientes. Estas situaciones arriesgan la garantía del principio de la integralidad en lo referente al acceso a todo y cualquier medio terapéutico y/o al diagnóstico ofrecido por el SUS, independientemente del nivel de complejidad. Otros estudios sobre integralidad demostraron que la asistencia a la salud, en los niveles de especialidades, apoyo diagnóstico y terapéutico, media y alta complejidad, todavía constituye un punto de estrangulamiento en los servicios de salud<sup>(14)</sup>.

Otra cuestión relativa a la estructura identificada por este estudio se refiere a la poca e insuficiente uniformidad de las conductas y las prácticas clínicas. Los instrumentos de uniformidad tienen el objetivo de estandarizar conductas, para minimizar la ocurrencia de desvíos en su ejecución. De tal modo, la falta de uniformidad en los procedimientos consiste en la no utilización de metodologías asistenciales, lo que puede indicar desorganización del servicio<sup>(15)</sup>.

También en relación a la estructura de las UTIs investigadas, en lo referente a las comisiones hospitalarias, se ve que éstas se relacionan directamente con la organización de los servicios de salud. Estudios apuntan la contribución de las comisiones hospitalarias, ya que éstas intentan minimizar o buscar soluciones para los problemas a ellas relacionados<sup>(16)</sup>.

Entonces, la inexistencia de una comisión de gerenciamiento de residuos, identificada en este estudio, es una cuestión que ultrapasa, pero que no excluye, la discusión sobre la salud pública y precipita el debate acerca de las políticas de sustentabilidad y medio ambiente. En Brasil, fueron definidas reglas ecuanímes para el tratamiento de los

residuos sólidos para direccionar los servicios de salud generadores de estos residuos, en la implantación de un plan de gerenciamiento<sup>(17)</sup>.

En esta dirección, se identificó también la inexistencia de una comisión de control y notificación de eventos adversos, considerada indispensable para garantizar la seguridad de los pacientes. La inexistencia de esta comisión puede dañificar la ejecución de las prácticas seguras, además de no contribuir para el planeamiento de las acciones de educación permanente, definiendo eventos adversos como la ocurrencias indeseables, pero prevenibles, de naturaleza perjudicial, que comprometen la seguridad del paciente bajo los cuidados de los profesionales de la salud<sup>(18)</sup>.

Por lo tanto, estas comisiones reducirían los desvíos en la asistencia, asegurándoles a los usuarios un grado elevado de excelencia de cuidados por medio de la medición y la evaluación de los componentes estructurales, de las metas, de los procesos y resultados, seguidos de las alteraciones necesarias para mejorar los servicios<sup>(18)</sup>.

Delante de algunos hallazgos encontrados en este estudio, en relación a la dimensión proceso, sobre los protocolos, se identificó que entre 50 y 70% de los equipos los conocía y los utilizaba,

ya que las unidades poseen solamente los protocolos de enfermería considerándose la proporción de estos profesionales que, al entrar en el servicio, reciben entrenamiento acerca de estos instrumentos. Todavía en esta perspectiva, se identificó que la inexistencia de comisiones de gerenciamiento de residuos sólidos en la salud y de la notificación y la prevención de eventos adversos imposibilitaba la promoción de medidas de selección y el desecho de la basura hospitalaria y del control para la seguridad de los pacientes. Esta situación también explica la baja nota en la evaluación de las UTIs en la dimensión proceso.

El estudio también identificó la ausencia de registros hechos en los prontuarios por los profesionales del equipo multiprofesional, a excepción del equipo médico y de la enfermería. El prontuario se destina al paciente y más específicamente, al

acompañamiento de su estado y a los profesionales como garantía del trabajo ejecutado, a la investigación, a la institución de salud y a la gestión<sup>(19)</sup>.

La ausencia de registros implica cuestiones éticas y legales e interfiere en el proceso de comunicación entre profesionales, lo que, por consiguiente, puede arriesgar la calidad de los servicios de salud<sup>(19)</sup>. En este sentido, es de suma importancia invertir en la mejoría del rellenado de los prontuarios hospitalarios y en las evaluaciones periódicas porque constituyen medidas indispensables para elevar la calidad de los servicios en la salud<sup>(19)</sup>.

Fueron identificados, en este estudio, aspectos limitantes en los servicios evaluados que permitieron la clasificación del funcionamiento como inadecuada, lo que evidencia una situación local. No obstante, emerge la preocupación con la realidad de otros servicios que aún no fueron evaluados. En esta perspectiva, resultados de investigaciones evaluativas deben ser incorporados a la gestión de los sistemas y servicios de salud, ya que pueden contribuir para perfeccionar el proceso de toma de decisiones, planeamiento, programación y organización de los servicios y para identificar fragilidades políticas, debilidades organizativas y lagunas en el conocimiento sobre los problemas que se presentan en varios niveles y planes de la realidad del SUS<sup>(20)</sup>.

## **CONCLUSIÓN**

Este estudio presenta un posible camino para evaluar las unidades de terapia intensiva y enfatiza la importancia de la incorporación de prácticas evaluativas en el cotidiano de las instituciones de salud. Sus hallazgos reafirman la reflexión sobre la dimensión proceso, en comparación a la dimensión estructura, ya que los servicios clasificados como inadecuados presentaron mayor adecuación proporcional en relación a la dimensión estructura. Además, se evidenció que los criterios estructurales percibidos como inexistentes repercutieron directamente en los criterios procesuales igualmente inexistentes. De esta manera, la inexistencia de comisiones inviabiliza la promoción de

determinadas acciones permeadas por los procesos de trabajo y la estructura física compromete la ejecución adecuada de estos procesos.

Se concluyó que la adecuación de un servicio está mucho más ligada a los recursos humanos de que a los materiales. Las dos unidades investigadas recibieron puntuación máxima en el criterio "materiales" y también puntuaron en el criterio "equipamientos". Sin embargo, la disponibilidad de materiales y equipamientos no garantizó la adecuación de los servicios, lo que sugiere que los mayores invertimientos deben ser direccionados a los recursos humanos, que presentaron una fragilidad relacionada a la calificación en terapia intensiva, principalmente en lo referente a la gerencia de las unidades.

Finalmente, se señaló la insuficiencia organizativa de las unidades, evidenciada por la falta de uniformidad de las conductas, ausencia de flujo para transporte y para la realización de exámenes, y la dificultad para garantizar el acceso a los recursos terapéuticos y diagnósticos.

El consenso de los *expertos*, la aplicación y el análisis ponderado de los resultados obtenidos a partir del instrumento propuesto en este estudio, sugieren que él puede ser aplicado en otras unidades de terapia intensiva en todo el escenario nacional. Entonces como dicho anteriormente se puede reproducir con seguridad en otras UTIs, ya que los criterios de evaluación en él definidos fueron basados en las normas brasileñas, debiendo, por tanto, estar presentes en todas las unidades de este tipo.

## CITAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
2. Ministério da saúde (Brasil). Portaria nº 1071, de 04 de Julho de 2005. Estabelece a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Diário oficial da União 08 jul 2005.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 11, de 05 de janeiro de 2005. Dispõe sobre os requisitos comuns para habilitação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Diário Oficial da União 06 Jan 2005.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União 25 Fev 2010; Seção 1.

5. Serrapione M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde debate*. 1999; 23(53): 81-92.
6. Donabedian A. *Qualidades na assistência à saúde*. São Paulo: FGV;1992.
7. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV [organizadores]. *Avaliação em saúde - dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-91.
8. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da Sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010; 20(6):1079-95.
9. Samico I, Felisberto E, Figueiro AC, Frias PG [organizadores]. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
10. Ministério da Saúde [BR]. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 16 out 1996; seção 1.
11. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
12. Sallun RDL. *Avaliação de dimensionamento e distribuição do pessoal de enfermagem em unidades de terapia intensiva [Trabalho de Conclusão de Curso]*. Petrolina (PE): Universidade Federal do Vale do São Francisco; 2010.
13. Madureira CR, Veiga K, Sant'ana AFM. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000; 8(6): 68-75.
14. Haddad MCL. *Qualidade da assistência de enfermagem: processo de avaliação em hospital universitário público*. [Tese de Doutorado]. Londrina (PR): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.
15. Guerreiro PG, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008 [cited 2010 May 02];16(6):26-32. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_05.pdf)
16. Silva MFI, Santos BMO. Estudo histórico - organizacional da comissão de controle de infecção hospitalar de um hospital universitário. *Rev med*. 2001 [Cited 2012 Feb 12] ; 34: 170-6. Available from: [http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/estudo\\_historicoorganizacional.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/estudo_historicoorganizacional.pdf)
17. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem. In: CASSIANE SHB, UETA J. *A segurança do paciente na utilização da medicação*. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 111-21.
19. Mendes ACG. *Delicadeza esquecida: avaliação da qualidade das emergências*. Recife: UFPE; 2010.
20. Vedotto D, Silva R. Humanization with the family in an intensive care unit: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]*. 2011 [Cited 2012 Aug 3]; 9(3). Available from: <http://www.Objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3135>

Recibido: 07/08/2012

Aprobado: 26/02/2013

### Participación de los autores:

Carmo AFS, Gusmão Filho FAR, Vidal SA, Salum RDL, Silva RAR, Santos ADB. Quality assessment of mother and child intensive healthcare services. *Online braz j nurs [Internet]*. 2013 June [cited year month day]; 12 (2): 000-00. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4009>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134009>

Amanda de Figueirôa Silva Carmo - Concepción y design, Recopilación de datos, análisis e interpretación de los datos, escrita del artículo y aprobación final del artículo.

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão filho - Concepción y design, revisión crítica y aprobación final del artículo.

Suely Arruda Vidal - revisión crítica y aprobación final del artículo.

Rosana Dourado Loula Salum - Recopilación de datos, interpretación y análisis, escrita del artículo.

Richardson Augusto Rosendo da Silva - Revisión crítica y aprobación final del artículo.

Ana Dulce Batista dos Santos - Design, interpretación y escrita do artigo, revisión crítica y aprobación final del artículo