

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

DANIELY FRANCYELY DE LUCCA VANONI

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE OXIGENOTERAPIA

Campo Grande - MS

2017

DANIELY FRANCYELY DE LUCCA VANONI

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE OXIGENOTERAPIA

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado a Universidade Federal
de Mato Grosso do Sul - UFMS,
como parte das exigências para a
conclusão do curso de Enfermagem.

Prof^a Me. Caroline Neris Ferreira
Sarat

Campo Grande – MS

2017

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter permitido que tudo isso acontecesse e fornecer força para que eu superasse todos os obstáculos e por ter colocado pessoas incríveis ao longo da minha jornada. Agradeço a universidade federal de Mato Grosso do Sul, por disponibilizar o suporte necessário para que eu concluísse o curso e me tornasse uma profissional competente.

A todos os professores por sempre acreditarem em meu potencial, incentivarem meu crescimento e me apoiarem durante toda a caminhada. Em especial agradeço a minha orientadora Prof^a Me. Caroline Neris Ferreira Sarat pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

Sou grata também aos meus familiares e amigos por sempre me incentivarem a continuar, mesmo quando meu desejo era desistir, por toda a ajuda e suporte prestados.

RESUMO

A oxigenoterapia consiste no tratamento da hipoxia por meio da inalação de oxigênio a uma pressão maior que a do ar ambiente. Este trabalho tem como objetivo avaliar o processo de administração de oxigenoterapia em pacientes internados em uma enfermaria e averiguar a qualidade dos dados contidos na prescrição médica, prescrição e anotações de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com os dados obtidos de prontuários dos pacientes que estiveram internados em um hospital terciário situado em Campo Grande - MS, no período de 1 a 31 de maio de 2016. Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2017, através de um roteiro desenvolvido especificamente para esse estudo, tendo como referência os padrões de auditoria de cuidados hospitalares. Para estimar a frequência do uso de oxigênio na unidade, foram incluídos todos os prontuários dos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos internados em enfermaria de especialidades médicas variáveis, que já receberam alta; e para atender os objetivos da pesquisa foram incluídos apenas os prontuários com prescrição médica e/ou enfermagem e/ou registros de enfermagem que relatassem o uso de oxigênio, no período do dia 1 a 31 de maio de 2016. A amostra inicial foi composta por 119 prontuários, que pós aplicado os critérios de inclusão foi reduzida para 16 prontuários. Dos 16 prontuários incluídos, 74% apresentaram prescrição médica, 32 % relatório de enfermagem e apenas 8% continham prescrição do enfermeiro. Não foi encontrado nenhum prontuário com o registro completo do processo de oxigenoterapia. Apesar de ser um estudo limitado quanto a amostra e o período observado, concluiu-se que a oxigenoterapia é um método pouco comum na enfermaria estudada. Os principais déficits encontrados foram prescrições médicas incompletas, baixo índice de prescrição de enfermagem e baixa qualidade das anotações de enfermagem quanto ao processo de administração de oxigênio.

Palavras-chave: oxigenoterapia, auditoria, enfermagem.

ABSTRACT

Oxygen therapy is the treatment of hypoxia by inhalation of oxygen at a pressure greater than ambient air. This study aims to evaluate the process of administering oxygen therapy in patients hospitalized in an infirmary and to ascertain the quality of the data contained in the medical prescription, prescription and nursing notes. This is a descriptive study with a quantitative approach. The research was carried out with the data obtained from medical records of patients who were hospitalized in a public hospital located in Campo Grande - MS, from May 1 to 31, 2016. Data were collected in January and February 2017, through a script developed specifically for this study, with reference to the standards of auditing of hospital care. The initial sample consisted of 119 medical records, which after applying the inclusion criteria was reduced to 16 medical records. Of the 16 charts included, 74% had a medical prescription, 32% had a nursing report and only 8% contained a nurse's prescription. No records were found with the complete record of the oxygen therapy process. Despite being a limited study on the sample and the period observed, it was concluded that oxygen therapy is an uncommon method in the infirmary studied. The main deficits were incomplete medical prescriptions, low nursing prescription index, and low quality of nursing notes regarding the oxygen delivery process.

Keywords: oxygen therapy, audit, nursing.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Frequência do uso de oxigenoterapia. Campo Grande - MS, 2017.....	17
Tabela 2 - Sexo dos clientes. Campo Grande - MS, 2017.....	17
Tabela 3 - Diagnóstico médico. Campo Grande - MS, 2017.	18
Tabela 4 - Total de prescrições médica, prescrições de enfermagem e relatórios com registro de oxigenoterapia. Campo Grande - MS, 2017.	18
Tabela 5 - Especificações da prescrição médica quanto a administração de oxigenoterapia. Campo Grande - MS, 2017.	19
Tabela 6 - Tipos de sistemas identificados na prescrição médica. Campo Grande - MS, 2017.	19
Tabela 7 - Especificações do relatório de enfermagem quanto a administração de oxigenoterapia. Campo Grande - MS, 2017.	20

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1. Oxigenoterapia	9
2.2. Auditoria	12
3. OBJETIVOS	14
3.1. Objetivo Geral:	14
3.2. Objetivos específicos:.....	14
4. MÉTODO.....	15
5. RESULTADO	17
6. DISCUSSÃO.....	21
7. CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS.....	26
APÊNDICE 1 - Roteiro de coleta de dados.....	29
ANEXO 1 – Autorização da Santa Casa	31

1. INTRODUÇÃO

A oxigenoterapia consiste no tratamento da hipoxia por meio da inalação de oxigênio, a uma pressão maior que a do ar ambiente, fazendo com que a troca gasosa seja mais fácil, reduzindo o esforço respiratório. A escolha da forma de administração dependerá, principalmente, da eficiência do sistema a ser empregado (CAMARGO et al, 2008).

Conforme Neves e Lobão (2012) a prescrição da oxigenoterapia deve incluir especificações da dose, sistema de administração, duração da terapia e monitorização ou, alternativamente, definir objetivos por intervalo de saturação arterial de oxigênio (SatO₂).

Estudos mostram que o oxigênio não tem sido prescrito e monitorado adequadamente pela equipe médica e de enfermagem (MENDES et al., 2010; NEVES; LOBÃO, 2012.), fazendo com que seja uma prática de pouca qualidade e conseqüentemente gerando desperdícios o que onera de forma desarrazoada as despesas do hospital.

Durante atividade prática do curso de Enfermagem e no estágio supervisionado hospitalar em 2015, foi observado inadequações do processo de oxigenoterapia, tanto na prescrição médica, com falta de informações para subsidiar a administração de oxigênio ao paciente, quanto nos registros de enfermagem, que omitiam informações ou não refletiam a conduta ao paciente quanto ao uso do oxigênio.

Infelizmente não foram identificados prescrições de enfermagem voltadas para essa assistência. Diante desse contexto e refletindo sobre o conteúdo orientado na academia sobre oxigenoterapia, questionamos, quais são as recomendações da literatura que deveriam guiar médicos e equipe de enfermagem no processo de oxigenoterapia e se tais orientações refletem a realidade da assistência aos pacientes hospitalizado nessas unidades de internação.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o processo de administração de oxigenoterapia em pacientes internados em uma enfermaria da Associação Beneficente de Campo Grande - Hospital Santa Casa, para averiguar a qualidade dos dados contidos na prescrição médica, prescrição e anotações de enfermagem.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Oxigenoterapia

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio em uma concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera ambiental e é utilizado com o objetivo de corrigir e atenuar deficiência de oxigênio ou no tratamento da hipóxia (PEREIRA; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

De acordo com Mendes et al., (2010) a terapia com oxigênio consiste em um tratamento onde a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada por meio de uma concentração do oxigênio no ar inspirado. É uma terapia eficaz recomendada quando o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigênio (PaO₂) e/ou da pressão arterial de gás carbônico (PaCO₂).

O oxigênio (O₂) está presente em abundância no ar atmosférico (LEITE, 2006). É um gás não inflamável, não tóxico, não corrosivo, insípido, inodoro, entretanto é um poderoso oxidante que causa queima vigorosa em materiais combustíveis e comburentes (não queima, mas alimenta e intensifica a combustão), é altamente refrigerado em sua fase líquida (LOPES; ABREU, FERREIRA, 2013).

O O₂ teve seu caráter vital reconhecido desde sua descoberta, realizada de forma independente por Scheele, em 1772, e por Priestly, em 1774. Já em 1780, foi utilizado com propósitos médicos por Chaussier, que o empregou em recém-nascidos com dificuldade respiratória (CAMARGO et al., 2008).

Leite (2006, p. 9) expõe, em exemplos, os tipos de casos em que se pode utilizar do oxigênio. Vejamos

A mistura gasosa de alta pureza iguala-se ao ar atmosférico, porém é isenta de umidade, microrganismos e resíduos poluentes. Devido a sua alta pureza é indicado para uso terapêutico em tratamentos intensivos, cirurgias, nebulizações, bem como na movimentação pneumática de aparelhos de anestesia, respiradores de UTIs e secagem de instrumentos cirúrgicos (LEITE, 2006, p.9).

O oxigênio pode ser utilizado em anestésias, em tratamento de problemas respiratórios, administração de medicamentos através da inalação ou nebulização, entre outros (LOPES; ABREU, FERREIRA, 2013).

De acordo com Neves e Lobão (2012) a prescrição de oxigenoterapia deve especificar a dose de oxigênio, sistema de administração, duração da terapia e monitorização ou por definição de objetivos baseados em intervalos na saturação arterial de oxigênio (SatO₂).

A dose adequada de O₂ é aquela que satisfaz as necessidades teciduais do indivíduo, produzindo uma PaO₂ ideal sem produzir toxicidade (COSTA, 1999 apud CASTANHEIRA; VALÉRIO; WEIGERT, 2014).

A oxigenoterapia é uma terapêutica eficaz indicada em casos de insuficiência respiratória, ou seja, quando o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigênio (PaO₂) e ou da pressão arterial de gás carbônico (PaCO₂) (MENDES et al., 2010, p. 449).

As indicações básicas para a utilização de oxigenoterapia de acordo com a American Association for Respiratory Care (1993) apud Castanheira; Valério; Weigert (2014), são: PaO₂ < 60 mmHg ou Sat O₂ < 90 % (em ar ambiente); Sat O₂ < 88% durante a deambulação, exercício ou sono em portadores de doenças cardiorrespiratórias, infarto agudo do miocárdio (IAM), intoxicação por gases (monóxido de carbono) e envenenamento por cianeto.

A finalidade desta terapia é manter os níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia aguda suspeita ou comprovada, cujo dano é rápido e severo. A oxigenação do cliente reflete mudanças na condição clínica do paciente e pode ser alterada por inúmeras razões: acúmulo de secreção, mudança de decúbito com alteração da relação V/Q (Ventilação/perfusão) (MENDES et al., 2010).

O uso de oxigênio, como qualquer outra droga, deve ser prescrito com cautela. Embora graus significativos de hipoxemia sejam perigosos, se não tratados, os efeitos nocivos da oxigenoterapia não controlado foram bem relatados, entre eles, depressão respiratória, lesão por radicais livres, hipercapnia e acidose respiratória. Estudos recentes mostram que hiperóxia pós parada cardiorrespiratória (PCR) está associada a uma menor taxa de sobrevivência intra-hospitalar, mesmo quando comparada aos pacientes com hipoxemia, sendo, inclusive, um preditor independente de morte intra-hospitalar. Assim, recomenda-se a oxigenoterapia, após avaliação rigorosa, quanto à real necessidade de sua utilização e, durante seu uso, monitorização contínua de todos os parâmetros do paciente (KOCK et al., 2014, p.55).

Em se tratando de uma terapêutica medicamentosa, há necessidade de uma prescrição médica. Consequentemente é de responsabilidade da equipe multidisciplinar conhecer com profundidade as vias de administração do oxigênio, as razões de sua eleição, as vantagens e desvantagens de cada método adotado, bem como o fluxo de O₂ adequado e a fração inspirada de oxigênio (FiO₂) fornecida (PEREIRA; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Após indicar a oxigenoterapia, o profissional terá um vasto número de dispositivos de oferta, portanto deve ter conhecimento do modo de funcionamento de cada um deles para eleger sempre o sistema mais adequado. O tipo de dispositivo irá depender da gravidade da hipoxemia, precisão necessária do controle da fração inspirada de oxigênio (FiO₂), necessidade de umidificação e tolerância do paciente à terapêutica empregada (KOCK et al., 2014).

Sua administração pode ser realizada através de máscaras faciais (utilizadas para administração de grandes quantidades de oxigênio ao paciente), cânulas nasais (pequeno tubo que leva o oxigênio do cilindro ou do concentrador até as narinas) e cateter transtraqueal (administra o oxigênio diretamente na traqueia do paciente) (LEITE, 2006).

Segundo Kock et al. (2014) os dispositivos estão divididos em alto e baixo fluxos. Os sistemas de alto fluxos com rendimento fixo são os dispositivos de Venturi, que administram níveis de FiO_2 constantes e preditivos, além de aportarem toda a atmosfera inspirada. Os sistemas de baixo fluxo apresentam rendimento variável, podem administrar oxigênio com uma FiO_2 de 21% a 95%. Os cateteres nasais apresentam fácil instalação e proporcionam uma FiO_2 entre 24% a 40%. A máscara simples fornece uma FiO_2 de até 60%; no entanto, apresenta desvantagens como de difícil fixação, interferência na alimentação, expectoração e aspiração da vias aéreas. Máscaras com reservatório alcançam uma FiO_2 de 60% a 80% a 10 litros por minuto. Máscaras sem reinalação apresentam válvulas unidirecionais que evitam a reinalação e podem alcançar FiO_2 de 80 a 95%.

Quando administrado de forma inadequada o oxigênio pode ser tóxico, causando complicações e até sequelas no paciente. Para evitar dano deve-se verificar a duração da exposição, a sensibilidade de cada cliente e a pressão em que o oxigênio está sendo ofertado (LOPES; ABREU, FERREIRA, 2013). A toxicidade do oxigênio pode causar traqueobronquite, depressão da atividade mucociliar, náuseas, anorexia e cefaleia, entretanto essas apresentações clínicas são consideradas como reversíveis (CAMARGO et al., 2008).

“A toxicidade afeta os pulmões e o sistema nervoso central. Dependendo da quantidade e tempo de exposição à oxigenoterapia, as respostas pulmonares ocorrem entre 12 a 72 horas de exposição a 100% de O_2 inspirado” (CASTANHEIRA; VALÉRIO; WEIGERT, 2014, p. 16).

Existem diferentes métodos (invasivos ou não) de realizar a mensuração dos índices de oxigenação do cliente para realizar a monitorização. A gasometria arterial é um dos métodos mais confiáveis para quantificar a PaO_2 (KOCK et al., 2014).

A oximetria de pulso é o método mais simples e não invasivo, monitora a porcentagem de hemoglobina saturada de oxigênio no sangue (CASTANHEIRA; VALERIO; WEIGNT, 2014).

Sua monitorização pode ser realizada através de monitores comuns de bancada, monitor multiparâmetro ou com oxímetro portátil de dedo. Pela sua praticidade e importância, a oximetria de pulso tem sido considerada o sexto sinal vital (OLIVEIRA, 2016).

2.2. Auditoria

De acordo com Camelo et al.,(2009) a palavra auditoria vem do latim “audire” que significa ouvir, e remete à função de verificar a veracidade e conformidade dos fatos econômico-financeiros. Segundo Uhl e Fernandes (1974, p. 17), “a auditoria é definida como um controle administrativo, cuja função é medir e avaliar a eficácia de outros controles”.

“O conceito de auditoria foi proposto por Lambeck, em 1956, tendo como premissa a avaliação de qualidade da atenção com base na observação direta, registros e história clínica do cliente” (SANTOS et al., 2012, p. 540).

A auditoria consiste na avaliação sistemática e formal de uma atividade para determinar se ela está sendo realizada de acordo com os seus objetivos. É uma especialização da contabilidade que vem sendo utilizada por várias profissões (DIAS et al., 2011).

De acordo com Luz, Martins e Dynewicz (2007) a auditoria foi criada em 1314 na Inglaterra, quando esta dominava os mares e o comércio, criando o cargo de auditor do tesouro inglês.

Em 1918 foi executada a primeira auditora na área da saúde com o intuito de avaliar as práticas médicas (CAMELO et al., 2009).

A auditoria no Brasil teve origem com a vinda de empresas internacionais e com o crescimento das nacionais, ou seja, a partir da evolução dos mercados capitais. No entanto, só foi oficializada em 1968, por meio do Banco Central do Brasil (BACEN). Oliveira, Fontora e Porto (2012) relatam que a auditoria surgiu no Brasil em 1972, quando o BACEN elaborou normas oficiais para controle do sistema financeiro.

No Brasil, em 1990 a Lei nº 8080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde estabeleceu a necessidade de criação do Sistema Nacional de Auditoria – SNA. Em 1993, a Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993, criou o SNA e estabeleceu como competência sua o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde (CAMELO et al., 2009, p. 1019).

Na área da saúde a auditoria é uma importante ferramenta que vêm sendo utilizada para reestruturar o processo de trabalho utilizado em hospitais e operadoras de planos de saúde, com o objetivo de manter a qualidade do cuidado prestado e ao mesmo tempo garantir uma boa posição no mercado de trabalho (DIAS *et al*, 2011).

A auditoria de enfermagem surgiu em 1955 nos Estados Unidos e em 1970 no Brasil (PEREIRA; MIRANDA; COSTA, 2011). É realizada perante a avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente in loco e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os sistemas

cobrados na conta hospitalar, visando garantir justa cobrança e pagamento adequado (MOTTA, 2003).

No âmbito hospitalar, por exemplo, a enfermagem é usuária da maior parte dos materiais de consumo, devendo dispor atenção aos custos envolvidos no processo de cuidar, no intuito de garantir a provisão e adequação dos materiais de uso e, principalmente, da qualidade da assistência de enfermagem. As principais finalidades da auditoria de enfermagem são identificar áreas deficientes dos serviços de enfermagem, fornecendo dados concretos para que decisões sejam tomadas em relação ao remanejamento e aumento de pessoal, possibilitando, conseqüentemente, melhoria do cuidado de enfermagem (DIAS *et al.*, 2011, p. 932).

O prontuário do paciente é a coleção de informações referente ao estado de saúde de um cliente acondicionado e difundido em completa segurança. Ele deve seguir um padrão para a organização da informação, que é determinado por cada instituição. Tem como objetivo assegurar serviços de saúde integrados de modo contínuo, eficiente e com qualidade, juntamente com informações retrospectiva, corrente e prospectiva (GALVÃO, 2012).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, Resolução nº 1.638 de 2002 o prontuário é:

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de carácter legal, sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre a equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O prontuário do paciente é um importante documento referente não apenas à anamnese do cliente, mas também a todos os cuidados prestados por toda a equipe. Tem como finalidade analisar a evolução do paciente, defesa do profissional e paciente, além de também ser importante fonte de dados estatísticos do serviço (POSSARI, 2007).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

Avaliar o processo de administração de oxigenoterapia em pacientes adultos internados em enfermaria.

3.2. Objetivos específicos:

1. Estimar a frequência do uso de oxigenoterapia;
2. Analisar as especificações da prescrição médica quanto ao item de oxigenoterapia, em relação a: dose, sistema de administração, duração;
3. Analisar as anotações de enfermagem quanto à descrição da administração de oxigênio em relação à dose, sistema de administração e a monitorização do paciente em oxigenoterapia.
4. Identificar a prescrição de enfermagem quanto o cuidado prestado ao paciente em uso de oxigenoterapia.

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, com dados secundários, através da análise de prontuários. Este tipo de estudo é realizado através de um levantamento de dados, levando como base de seu delineamento questões ou problemas específicos do objetivo do estudo. Os dados são coletados através de questionários ou entrevistas, e depois são mensurados e analisados por meio de técnicas estatísticas (BOENTE, BRAGA, 2004; RAMOS, RAMOS, BUSNELLO, 2005).

A pesquisa foi realizada em determinada unidade de internação, de um hospital terciário localizado na capital do estado de Mato Grosso do Sul – MS. Essa unidade recebe pacientes adultos de múltiplas clínicas, entre elas cirúrgica, ortopedia, cardiologia e clínica médica.

Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2017, através de um roteiro elaborado para essa pesquisa, baseado nas recomendações da literatura quanto ao uso de oxigenioterapia e os parâmetros de auditoria hospitalar.

O roteiro de coleta (apêndice 1) teve como objetivo coletar dados para análise da prescrição médica e anotação de enfermagem quanto a oxigenioterapia, sendo dividido em quatro seções. A primeira refere-se ao perfil clínico do cliente: idade, sexo e diagnóstico médico; a segunda parte reporta a prescrição médica quanto ao uso de oxigênio: presença de prescrição de oxigênio, dose prescrita (l/min), sistema de administração, duração da terapia em minutos; a terceira parte identifica os aspectos contidos nas anotações/ relatórios de enfermagem quanto a oxigenioterapia: dose administrada (l/min), sistema de administração, duração da terapia em minutos e se é ou não realizado a monitorização da frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura, pressão arterial, saturação periférica de O₂ e qualidade respiratória durante a administração do oxigênio; na última seção buscou-se verificar a presença de prescrição do enfermeiro para o cuidado do paciente em oxigenioterapia.

Para estimar a frequência do uso de oxigênio foram incluídos todos os prontuários dos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, internados na enfermaria que já receberam alta, com ou sem prescrição médica de oxigenioterapia e/ou registro de enfermagem que relatassem o uso de oxigênio; no período de trinta e um dias, do dia 1 até 31 dias do mês de maio de 2016. Assim, a amostra inicial foi de 119 prontuários.

Para atender os objetivos específicos dois, três e quatro, foram incluídos, todos os prontuários dos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, internados na enfermaria 1º andar, ala C que já tiveram alta, que apresentaram relato de uso de oxigenoterapia através da prescrição médica e/ou enfermagem de oxigenoterapia e/ou registro de enfermagem que relatam o uso de oxigênio.

Definiu-se como critério de exclusão do estudo, os prontuários dos pacientes que permanecessem internados no período da coleta de dados.

Dos 119 prontuários analisados, 16 se adequaram aos critérios de inclusão e nenhum atendeu o critério de exclusão. Os dados coletados foram tabulados em planilha Excel®, submetidos à estatística descritiva simples e apresentados em tabelas.

Este estudo foi aprovado pelo setor de ensino e educação da instituição onde ocorreu a pesquisa e Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o parecer nº CAAE: 623599716.4.0000.021.

5. RESULTADO

No período de 1 a 31 de maio de 2016, 119 pessoas foram internadas na enfermaria onde ocorreu a pesquisa. Dos 119, apenas 16 fizeram uso de oxigênio, correspondendo 13% dos pacientes (tabela 1), sendo 75% clientes do sexo masculino (tabela 2). A idade média encontrada foi de 61,9 anos, variando de 24 a 76 anos.

Tabela 1 - Frequência do uso de oxigenoterapia. Campo Grande - MS, 2017.

Uso de oxigênio	Total	%
Sim	16	13
Não	103	87
Total	119	100

Tabela 2 - Sexo dos clientes. Campo Grande - MS, 2017.

Sexo	Total	%
Feminino	04	25
Masculino	12	75

Os principais diagnósticos encontrados foram “outras hemorragias subaracnóideas (13%), estenose aórtica reumática (13%), angina instável (13%) e insuficiência cardíaca congênita (13%)”. Os diagnósticos médicos encontrados estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Diagnóstico médico. Campo Grande - MS, 2017.

Diagnóstico Médico	Total	%
Outras hemorragias subaracnóideas	2	13
Estenose aórtica reumática com insuficiência	2	13
Angina instável	2	13
Insuficiência cardíaca congênita	2	13
Hemorragia intracerebral hemisférica subcortical	1	6
Bloqueio atrioventricular de segundo grau	1	6
Estenose aórtica reumática	1	6
Hemorragia subdural devido traumatismo	1	6
Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio	1	6
Outras formas de angina pectoris	1	6
Outras formas de doença isquêmica do coração	1	6
Insuficiência aórtica reumática	1	6

Nos dezesseis prontuários selecionados, foram identificadas 37 prescrições médicas, dezesseis anotações/relatórios de enfermagem e quatro prescrições de enfermagem relacionadas a oxigenoterapia, totalizando 50 relatos de uso de oxigênio (tabela 4).

Tabela 4 - Total de prescrições médica, prescrições de enfermagem e relatórios com registro de oxigenoterapia. Campo Grande - MS, 2017.

Documentos	Total	%
Prescrição Médica	37	74
Relatório de Enfermagem	16	32
Prescrição de Enfermagem	4	08
Total	50	100

Das quatro prescrições de enfermagem analisadas observou-se o item “monitorização do padrão respiratório do cliente” como a única intervenção de enfermagem estabelecida pelo enfermeiro.

As tabelas 5 e 7 demonstram a análise individual das prescrições médicas e relatórios de enfermagem. Não identificamos nenhum documento contendo todas as informações recomendadas pela literatura (dose, sistema de administração, duração da terapia e monitorização) para realização a prescrição e administração da oxigenoterapia.

As doses prescritas pelos médicos e relatadas pelos profissionais de enfermagem variam de 2 a 3L/min e a duração da terapia é prescrita de forma contínua.

Tabela 5- Especificações da prescrição médica quanto a administração de oxigenoterapia. Campo Grande - MS, 2017.

Dados da Prescrição Médica	N	%
Dose	28	76
Tipo de Sistema	37	100
Duração da terapia	36	97

A tabela 6 detalha os tipos de sistemas prescritos pelos médicos, identificamos que o sistema mais encontrado foi o cateter tipo óculos (84%).

Tabela 6 - Tipos de sistemas identificados na prescrição médica. Campo Grande - MS, 2017.

Tipo de Sistema	N	%
Cateter nasal tipo óculos	31	84
Máscara de Venturi	6	16
Cateter nasal/ Nasofaríngeo	0	0
Máscara facial/ Tenda de Hudson	0	0
Tenda Facial/ Capacete	0	0
Máscara de reinalação parcial	0	0
Máscara de não reinalação	0	0
Máscara para traqueostomia	0	0

Em apenas três momentos foram identificados dois elementos do processo de cuidar (prescrição médica seguida de registo de enfermagem), quando analisados os registros apresentaram divergências. Nessa situação foi prescrito pelo médico máscara de Venturi e no relatório de enfermagem estava documentado cateter tipo óculos. Nos demais foi observado a presença de apenas um item (prescrição médica ou prescrição de enfermagem ou relatório de enfermagem).

Tabela 7 - Especificações do relatório de enfermagem quanto a administração de oxigenoterapia. Campo Grande - MS, 2017.

Dados do Relatório de enfermagem	N	%
Sistema de administração	14	88
Dose em litros	7	44
Duração da terapia	0	0
Monitorização	0	0

Dois relatórios de enfermagem mencionavam apenas o uso da oxigenoterapia, sem descrever o sistema, a dose, duração ou monitoramento. Nenhum prontuário continha todas as informações preconizadas pela literatura (dose, sistema de administração, duração e monitorização).

6. DISCUSSÃO

Durante o estudo, apenas dezesseis prontuários (13%) tiveram registro de oxigênio, mostrando uma baixa frequência no uso desta terapêutica. Discordando de Neves e Lobão (2012) e Camargo et al., (2008), onde é relatado que a oxigenoterapia é um dos métodos mais prescritos nas enfermarias adultas e pediátricas.

A maior parte dos pacientes que utilizaram oxigênio foi do sexo masculino (75%), concordando com os estudos realizados por Alves, Gody e Luppi (2004) e Kock et al., (2014). De acordo com Kock et al., (2014) esta maior prevalência deve-se ao fato de que a insuficiência respiratória e suas causas é predominante entre os homens.

Mortari et al., (2010) traz que a média de idade dos pacientes que fazem uso desta terapia é de 68 anos, indo de acordo com o resultado encontrado neste estudo (média de 61,8 anos).

Os principais diagnósticos encontrados na literatura em pacientes que utilizam a oxigenoterapia relacionados aos sistemas respiratório e cardíaco, como aponta o estudo realizado por Kock et al., (2014), nesta análise os diagnósticos mais encontrados são referentes ao sistema neurológico e cardiovascular, confirmando que pacientes com doenças cardiovasculares são os que mais usufruem da terapia com oxigênio.

A oxigenoterapia deve ser prescrita com cautela, dado que sua utilização de forma errônea e não controlada podem acarretar danos à saúde do usuário, como depressão respiratória, lesão por radicais livres, hipercapnia e acidose respiratória. Desta forma sua prescrição deve ser realizada após avaliação rigorosa, quanto a real necessidade de sua utilização e, durante seu uso, deve ser realizada monitoração contínua de todos os parâmetros vitais do paciente (KOCK et al., 2014).

Neste estudo dos dezesseis pacientes que faziam uso de oxigênio apenas oito continham prescrição médica, totalizando de 37 prescrições médicas, sendo que destas apenas 28 (55%) estavam completas, apresentando: dose, sistema de administração e duração da terapia. Estes dados apontam uma melhora em relação ao estudo realizado por Neves e Lobão (2012), onde a taxa de prescrição médica completa era de apenas 11,6%.

Os sistemas prescritos pelos médicos foram cateter tipo óculos (84%) e máscara de Venturi (16%). No estudo realizado por Mortari (2010), o cateter tipo óculos foi utilizado por 39,9% dos pacientes, sendo neste estudo o segundo tipo de sistema mais utilizado. No estudo de Kock et al., (2014) relata que a cânula nasal é utilizada por 66,7% dos paciente e a máscara

de Venturi é utilizada por 18,1% dos pacientes, concordando com os resultados encontrados neste estudo.

De acordo com Pereira, Oliveira e Gomes (2012) a maior limitação do oxigênio é sua toxicidade, que está diretamente relacionada a fatores como dose, duração da terapia e sensibilidade individual.

Lobão e Neves (2012) mostram que os erros mais encontrados nas prescrições estão associados à falha na terapêutica ou aos efeitos colaterais do uso do oxigênio, fatores causados pela ausência do estabelecimento da dose e duração do tratamento.

Apesar de mostrar uma melhora, os resultados encontrados levantam importantes questões sobre a segurança, eficácia e qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado devem realizar suas atividades com interdependência e complementaridade, sempre visando à melhoria do estado de saúde em que o cliente se encontra. Desta forma as atividades prescritas pelo enfermeiro devem beneficiar quem a recebe (CAVALCANTE et al., 2012).

Segundo Silva et al., (2012) os profissionais de enfermagem são os maiores responsáveis pelo cuidado, tendo grande influência sobre o resultado final do tratamento.

De acordo com Mendes et al., (2010) os cuidados necessários durante a administração do oxigênio são: avaliar sistematicamente os sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial) e monitorar saturação através da oximetria de pulso.

Durante a análise foram encontradas apenas quatro (8%) prescrições de enfermagem, todas com um único cuidado voltado para a oxigenoterapia prescrito: “monitorização do padrão respiratório do cliente”. Esta escassez de prescrição de enfermagem pode ter ocorrido pela sobrecarga de trabalho do profissional e sua priorização as atividades administrativas.

A prescrição de enfermagem é o plano diário que determina as ações da equipe de enfermagem nos cuidados prestados ao cliente, visando a qualidade da assistência e a recuperação do cliente (SILVA et al., 2012).

Um estudo realizado por Costa e Shimizu (2005) revelou que os enfermeiros tem dado prioridade a atividades administrativas, fazendo com que as atividades voltadas para o gerenciamento da assistência sejam negligenciadas.

Silva et al (2012) aponta que em determinada instituição há um número insuficiente de enfermeiro, fazendo com que haja uma sobrecarga de trabalho, desta forma prejudicando a execução das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), especialmente a prescrição de enfermagem.

Outro estudo desenvolvido por Costa e Shimizu (2006) mostrou que os enfermeiros estão se distanciando da assistência direta e integral aos pacientes, e estão executando ações que poderiam ser delegado a outros profissionais.

Os dados encontrados nesta pesquisa são preocupantes, visto que, existe um déficit no cuidado de enfermagem prestado pelo enfermeiro, prejudicando desta forma a qualidade da assistência e colocando seu bem estar em risco.

Segundo Luz, Martins e Dyniewicz (2007) a legislação prevê que é atribuição da equipe de enfermagem realizar anotação sobre assistência prestada ao paciente, assim como organizar os documentos relacionados à enfermagem. A anotação de enfermagem é um registro sistematizado no prontuário do paciente, o qual deve conter todos os aspectos do tratamento, bem como ações e alterações referidas pelo paciente e, ou familiar.

A equipe de enfermagem assiste o paciente 24 horas por dia durante sua internação, acompanhando o paciente de forma integral, fazendo com que suas anotações sejam indispensáveis como parte da documentação do processo de saúde/doença (OCHOA-VIGO et al., 2001).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (2016) a anotação/relatório de enfermagem é uma etapa importante para o desenvolvimento da SAE, uma vez que é fonte de informações para garantir a continuidade da assistência. O relatório deve informar as condições gerais do paciente (nível de consciência, humor e atitude, higiene pessoal, estado nutricional, coloração da pele, dispositivos em uso e queixas), exame físico, cuidados prestados, entre outras informações.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – 191 de 1996 traz que para a realização da anotação de enfermagem é necessário a atenção para alguns detalhes, tais como: verificar cabeçalho do impresso; deve ser feita em horário e não em turno; o termo paciente ou cliente não deve ser utilizado, tendo em vista que a folha de anotação é individual; deve ser feita no início do plantão e complementada durante este; a letra de quem realiza a anotação deve ser legível para que possa ser entendida por quem a leia; deve seguir uma sequência cefalopodálica; quando tiver erros utilizar os termos “digo”, “correção” e nunca corretores ortográficos; utilizar apenas siglas padronizadas e ao final de cada anotação deve conter carimbo, assinatura e número do COREN do profissional que a realizou.

Dos dezesseis relatórios de enfermagem selecionados, nenhum estava completo, sendo que apenas sete (44%) informava a dose, quatorze (88%) o sistema de administração e nenhum continha a duração e monitorização da terapia. Não foi encontrado nenhum registro no relatório de enfermagem sobre a monitorização, tais como recomendado na literatura:

frequência respiratória, frequência cardíaca, qualidade respiratória, saturação e pressão arterial.

No estudo realizado por Luz, Martins e Dyniewicz (2007) foi relatado que na instituição onde foi realizada a pesquisa a anotação sobre oxigenoterapia não era incorporada na rotina de anotação.

Ochoa-Vigo et al., (2001) diz que as anotações de enfermagem necessitam ser revistas com o propósito de se obter uma melhor documentação dos cuidados e serviços prestados ao paciente, além de identificar os problemas detectados que ajudem a intervir e satisfazer às suas necessidades.

7. CONCLUSÃO

O estudo revelou que a oxigenoterapia é um método pouco comum na enfermagem estudada. Os principais déficits encontrados foram prescrições médicas incompletas, baixo índice de prescrição de enfermagem e a baixa qualidade das anotações de enfermagem quanto ao processo de administração de oxigênio.

Estes achados são preocupantes, uma vez que, quando os indivíduos apresentam condições que requerem intervenções médica e de enfermagem, a ausência de sua realização e documentação coloca a saúde dos usuários em risco.

Apesar de ser um estudo limitado quanto a amostra e o período observado, podemos afirmar que a utilização de auditoria hospitalar é importante para reestruturar o processo de trabalho da unidade e do hospital, bem como subsidiar o gerenciamento dos custos pelas operadoras de planos de saúde e manter a qualidade do cuidado prestado.

É necessário conscientizar os profissionais envolvidos na assistência sobre a importância da adequação do uso do oxigênio, da vigilância e do registro da evolução do paciente através de educação continuada.

Ao realizar este estudo observamos que os livros de práticas e fundamentos de enfermagem não relatam os cuidados necessários ao processo de administração de oxigenoterapia, havendo uma lacuna na literatura a ser preenchida.

No decorrer do estudo correlacionamos a diminuição da presença de prescrições de enfermagem com o afastamento do enfermeiro das atividades voltadas para assistência, dando prioridade a atividades administrativas.

Durante a análise dos prontuários houve certa dificuldade para encontrar os dados contidos nos relatórios de enfermagem, devido à caligrafia ilegível e presença de rasuras. Também foi observado que os relatórios não são realizados da forma como é preconizado pela literatura.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. V. M. F. F.; GODOY, I.; LUPPI, C. H. B. Levantamento das características dos pacientes atendidos no serviço de oxigenoterapia da faculdade de medicina de Botucatu-UNESP. **Revista. Ciênc. Ext.**, vol.1, n.1, São Paulo, 2004, p. 53-64.

BOENTE, A; BRAGA, G. **Metodologia científica contemporânea**. Rio de Janeiro: Brasport, 2004.

CAMARGO, B.A.P.; PINHEIRO, T.A.; HERCOS, A.C.R.; FERRARI, F.G. Oxigenoterapia inalatória em pacientes pediátricos internados em hospital universitário. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 26, n. 1, Botucatu, 2008, p. 43-47.

CAMELO, S. H. H.; PINHEIRO, A.; CAMPOS, D.; OLIVEIRA, T. L. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 11, n. 4, 2009, p.1018-25. < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a28.pdf >

CASTANHEIRA, N. P.; VALÉRIO, M. C.; WEIGERT, F. C. S. Gerenciamento do consumo do oxigênio durante a inaloterapia: oportunidade para redução de custos através da capacitação dos profissionais. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, vol.5 n.3, 2014.

CAVALCANTE, A.M.R.Z.; NAKATANI, A.Y.K.; BACHION, M.M.; GARCIA, T.R.; NUNES, P.S. Análise de atividades não realizadas pela equipe de enfermagem para o diagnóstico padrão ineficaz em idoso. **Revista Esc Enferm USP**, vol. 46, n. 3, São Paulo, 2012, p. 604-11.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Dispõe sobre a forma de Anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de Enfermagem. Resolução Cofen 191, de 31 de maio de 1996. Rio de Janeiro: COFEN, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e de outros documentos de enfermagem**. Brasília, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Brasília: Diário Oficial da União; de 09 de agosto de 2002.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H.E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital escola. **Revista Latino-am Enfermagem**, vol. 13, n. 5, Ribeirão Preto, 2005, p. 654-62.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H.E. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital escola. **Revista Esc Enferm USP**, vol. 40, n.4, 2006,418-26.

DIAS, T. C. L.; SANTOS, J. L. G.; CORDENUZZI, O. C. P.; PROCHNOW, A. C. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.64, n.5. Brasília, 2011.

GALVÃO, M. C. B. **Prontuários do paciente**: suporte informacional e suporte tecnológico. In: GALVÃO, M. C. B. Prontuário do paciente. Rio de Janeiro, ed. Guanabara Koogan, 2012, p. 11-30.

KOCK, K. S.; ROCHA, P. A. C.; SILVESTRE, J. C. C.; COELHO, D.; LEITE, K. R. Adequações dos dispositivos de oxigenoterapia em enfermaria hospitalar avaliadas por oximetria de pulso e gasometria arterial. **Revista ASSOBRAFIR Ciência**, vol. 5, n. 1, 2014, p. 53-64.

LEITE, V. O. **Produção local de oxigênio hospitalar**. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2006. (Trabalho de Conclusão de Curso).

LOPEZ, M. P.; ABREU, F. R.; FERREIRA, A. C. M. **Central de Gases Medicinais: Coração de uma Instituição Hospitalar**. Faculdade de Tecnologia de Bauru. Bauru, 2013. (Trabalho de Conclusão de Curso)

LUZ, A; MARTINS, A. P; DYNEWICZ, A. M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 9, n. 2, 2007, p. 344-361.

MENDES, T. A. B.; ANDREOLI, P. B. A.; CAVALHEIRO, L. V. CAVALHEIRO, L. V.; TELERMAN, C.; LASELVA, C. Adequação do uso do oxigênio por meio da oximetria de pulso: um processo importante de segurança do paciente. **Revista Einstein**, vol.8, n. 4, São Paulo, 2010, p. 449-55.

MORTARI, D. M.; LEGUISAMO, C. P.; ROCKENBACH, C. W. F.; SIMON, T.; ZANON, F. Prevalência de pacientes com indicação para uso de ventilação mecânica não invasiva em uma unidade de emergência. **Revista Fac. Ciênc. Méd.**, vol. 12, n. 1, 2010, p. 13 – 16.

MOTTA, A. L. C. **Auditoria de Enfermagem nos hospitais e seguradoras de saúde**. São Paulo: Látia; 2003.

NEVES, J. T.; LOBÃO, M. J. Estudo multicêntrico de oxigenoterapia - Uma auditoria nacional aos procedimentos de oxigenoterapia em enfermarias de medicina interna. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, vol. 18, n. 2, 2012, p. 80-85.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; ROSSI, L. A.; HAYASHIDA, M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Revista Esc Enferm USP**, vol. 35, n. 4, p. 390 - 398.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook** – Enfermagem. Belo Horizonte, ed. Blackbook, 2016.

OLIVEIRA, D. S.; GOMES, G. F. F.; PORTO, L. V. M. A importância da auditoria interna no processo de gestão das organizações em um ambiente globalizado e cada vez mais competitivo. **Revista de Ciências Gerenciais**, vol. 1, n. 1, 2012.

POSSARI, J. F. Prontuário do paciente. In: POSSARI, J. F. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. 2 ed. São Paulo, ed. Látia, 2007, p. 17-34.

PEREIRA L. C.; OLIVEIRA, C. S. GOMES, E. F. D. Avaliação do uso dos dispositivos de Oxigenoterapia na enfermaria pediátrica. **Revista Fisioterapia Brasil**. vol. 13, n. 5, 2012.

PEREIRA, S. A.; MIRANDA, N. R. R.; COSTA, R. F. Auditoria em enfermagem e suas interfaces com o cuidado: uma revisão de literatura. **Revista Percorso Acadêmico**, vol. 1, n. 2, Belo Horizonte, 2011, p. 287-306.

RAMOS, P.; RAMOS, M. M.; BUSNELLO, S. J. **Manual prático de metodologia da pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese**. Blumenau, 2005.

SANTOS, C. A.; SANTANA, E. J. S.; VIEIRA, R. P.; GARCIA, E. G.; TRIPPO, K. V. A auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, vol. 36, n.2, 2012, p.539-559.

SILVA, L. G.; JODAS, D. A.; BAGGIO, S. C.; VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Prescrição de enfermagem e qualidade do cuidado: um estudo documental. **Revista Enferm UFSM**, vol. 2, n. 1, 2012, p. 97-107.

UHL, F.; FERNANDES, J. T. F. S. **Auditoria Interna**. Instituto de Auditores Internos do Brasil. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1974

APÊNDICE 1 - Roteiro de coleta de dados

Dia: / / 2016

Setor: _____

Selecionado por Prescrição médica Prescrição de enfermagem
 Relatório de enfermagem

Dados do cliente:

Idade: _____

Sexo: Feminino
 Masculino

Diagnóstico Médico: _____.

Dados sobre a prescrição médica:

Dose (l/min): Sim Não

Sistema de administração:

<input type="checkbox"/> Cânula Nasal/ Cateter tipo óculos;	<input type="checkbox"/> Máscara de reinalação parcial;
<input type="checkbox"/> Máscara simples	<input type="checkbox"/> Máscara de não reinalação;
<input type="checkbox"/> Máscara facial/ Tenda de Hudson;	<input type="checkbox"/> Tenda Facial/ Capacete;
<input type="checkbox"/> Máscara para traqueostomia;	<input type="checkbox"/> Máscara de Venturi n:_____;

Duração da terapia (min): Sim Não

_____.

Dados sobre o relatório de enfermagem:

Dose (l/min): Sim Não

_____.

Sistema de administração:

<input type="checkbox"/> Cânula Nasal/ Cateter tipo óculos;	<input type="checkbox"/> Mascara de reinalação parcial;
---	---

Mascara simples

Mascara de não reinalação;

Mascara para traqueostomia;

Mascara de Venturi n:_____;

Mascara facial/ Tenda de Hudson;

Tenda Facial/ Capacete;

Duração da terapia (min): Sim Não

_____.

Monitorização de:

Frequência respiratória;

Pressão arterial;

Frequência cardíaca;

Saturação;

Qualidade respiratória;

Não esta sendo realizada;

Dados sobre o prescrição do Enfermeiro:

Presente: Sim Não

Dose (l/min): Sim Não

_____.

Sistema de administração:

Cânula Nasal/ Cateter tipo óculos;

Mascara de reinalação parcial;

Mascara simples;

Mascara de não reinalação;

Mascara para traqueostomia;

Mascara de Venturi n:_____;

Mascara facial/ Tenda de Hudson;

Tenda Facial/ Capacete;

Duração da terapia (min): Sim Não

_____.

Monitorização de:

Frequência respiratória;

Pressão arterial;

Frequência cardíaca;

Saturação;

Qualidade respiratória;

Não esta sendo realizada;

ANEXO 1 – Autorização da Santa Casa



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE
Gerência de Ensino, Pesquisa e Educação Permanente

Projeto de Pesquisa: "Avaliação do Processo de Oxigenoterapia"
Pesquisadora: Daniely Francyely de Lucca Vanoni

Parecer n.º 006/2016

Pedido de autorização para realização trabalho Acadêmico:

DEFERIDO

INDEFERIDO

Considerando:

- a) Obrigatoriedade de manter o sigilo absoluto das informações pessoais dos clientes, dos profissionais e da **identificação** deste hospital;
- b) A utilização de imagem deverá ser autorizada por esta gerência;
- c) Apresentar o trabalho escrito em sua versão final para apreciação e arquivo do hospital, sob condição de indeferimento de posteriores trabalhos;

Campo Grande, 11 de maio de 2016.

Amilton Obino de Abreu
 Gerente - GEPEC