UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DAGMAR WILLAMOWIUS VITURI

Avaliação como princípio da Gestão da Qualidade: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem

RIBEIRÃO PRETO - SP
2013

DAGMAR WILLAMOWIUS VITURI

Avaliação como princípio da Gestão da Qualidade: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem

Tese apresentada à Escola Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

LINHA DE PESQUISA:

Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem

ORIENTADOR:

Prof^a. Dr^a. Yolanda Dora Martinez Évora

**RIBEIRÃO PRETO - SP
2013**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Vituri, Dagmar Willamowius

Avaliação como princípio da Gestão da Qualidade: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. Ribeirão Preto, 2013.

208 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Yolanda Dora Martinez Évora

1. Enfermagem. 2. Auditoria de enfermagem. 3. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 4. Estudos de validação como assunto. 5. Reprodutibilidade dos testes.

VITURI, Dagmar Willamowius

Avaliação como princípio da Gestão da Qualidade: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem

Tese apresentada à Escola Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor
em Ciências, Programa Enfermagem
Fundamental.

APROVADO EM: ____/____/____

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

Aos meus filhos, Gustavo e Isabela,
por despertarem em mim o desejo de
ser uma pessoa melhor.

Ao meu esposo Alex,
pelo companheirismo.

Agradecimentos

A Deus,
pela vida em primeiro lugar e
por estar sempre ao meu lado.

À Profa Dra. Yolanda,
pessoa admirável, pela doçura e tranquilidade
com que me conduziu, compartilhando seu conhecimento,
permitindo que eu chegasse ao fim deste trabalho
com um gostinho de quero mais.

A minha mãe Elza,
pelo apoio e pela dedicação aos meus filhos
em minhas ausências.

Ao meu pai Arno, *in memoriam*,
que queria que eu fosse Doutora.
Pai, pena que não está aqui para me dar um abraço...

A minha amiga Solange,
modelo de profissional e pessoa, por quem cultivo
um carinho muito especial.

A minha amiga Cleuza,
exemplo de empreendedorismo na enfermagem.

Aos meus amigos e colegas de trabalho
Rosimara, Francisco e Márcia,
que contribuíram para a conclusão deste estudo.

Aos enfermeiros
Carlos Aparecido de Oliveira,
Elizângela Flauzino Zampar,
Lígia Correa Jung Barbosa,
Márcia Bernadete Camuci,
Márcio Alex de Almeida Moura,
Marisa Pires de Moraes,
Silvana Kelie Souza de Almeida Barros,
Valéria Costa Evangelista da Silva,
Solange Moreira Lima e
Maria Helena Pereira,
que com sua experiência contribuíram no processo
de validação dos indicadores propostos.

A todos os que compartilharam da minha vida durante
esta trajetória e que, certamente, fazem parte desta conquista.

*Perder o entusiasmo
provoca rugas na alma.*

(SAMUEL ULLMAN)

RESUMO

VITURI, D.W. **Avaliação como princípio da Gestão da Qualidade:** testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. 2013, 208p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2013.

A implementação de um sistema de avaliação organizacional por meio de indicadores é imprescindível para uma administração eficiente, na busca da melhoria da qualidade e segurança da assistência, otimização dos recursos, produtividade e satisfação do cliente. A utilização de medidas válidas e fidedignas, no entanto, é condição essencial, pois propicia monitorar a qualidade do cuidado dispensado, subsidia o planejamento de ações corretivas, além de direcionar estratégias e reajuste de metas por meio de ações educativas e de valorização profissional, princípios do Gerenciamento da Qualidade. O objetivo do estudo é testar a confiabilidade interavaliadores de indicadores de qualidade e utilizá-los na avaliação da assistência de enfermagem em hospital público de ensino. Foi desenvolvido em duas etapas: na primeira desenvolveu-se uma pesquisa quantitativa, metodológica, experimental e aplicada, em um hospital terciário público de ensino, que testou a confiabilidade interavaliadores de quinze indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem. Na segunda etapa desenvolveu-se uma pesquisa aplicada, descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa, do tipo estudo de caso, em duas unidades médico-cirúrgicas da instituição, com um total de 113 leitos, que avaliou a qualidade da assistência de enfermagem por meio da aplicação dos indicadores testados. Os resultados da primeira fase demonstram a fidedignidade dos indicadores, com resultados de Kappa para os indicadores de número 1 a 11 e 15 variando entre 0,956 e 1,000 e Coeficiente de Correlação Interclasse entre 0,951 e 0,992 para os indicadores 12, 13 e 14, o que caracteriza concordância/reprodutibilidade excelente, com *p-value* menor do que 0,001. Os resultados da aplicação dos indicadores na avaliação da qualidade da assistência mostram que na unidade feminina os menores percentuais de adequação ao padrão relacionam-se aos registros das ações de cuidados, no que tange às identificações (acesso venoso periférico – 44%, equipamentos – 66%, rótulos de soro – 60%, escala graduada – 33% e sonda gástrica – 58%) e checagens (prescrição de enfermagem – 52%, médica – 75% e registro de sinais vitais – 55%). Na unidade masculina os menores percentuais também se relacionam às identificações (acesso venoso periférico – 58% e sonda gástrica – 71%) e checagens (prescrição de enfermagem – 82%, médica – 86% e registro de sinais vitais – 88%). Com base nos resultados e a partir da aplicação do Ciclo PDCA para Solução de Problemas e ferramenta 5W1H para elaboração do Plano de Ação, a metodologia *WebQuest* foi proposta como estratégia educativa para enfrentamento dos problemas detectados. Conclui-se que os indicadores testados atendem ao requisito de fidedignidade da medida e os níveis de concordância e confiabilidade obtidos demonstram a relevância deste instrumento para a prática clínica, na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. Nas unidades avaliadas, o desempenho das equipes de enfermagem em relação aos indicadores avaliados se mostrou comprometido, principalmente no que se refere aos registros das ações de cuidados, caracterizando a necessidade de investimentos em capacitação, por meio de formas mais atraentes e estimulantes, que propiciem a busca ativa do conhecimento e que estimulem os servidores a participar das atividades educativas oferecidas pela instituição.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Auditoria de enfermagem; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Estudos de validação como assunto; Reprodutibilidade dos testes.

ABSTRACT

VITURI, D.W. **Evaluation as the principle of Quality Management:** testing the inter-rater reliability of indicators for assessing the quality of nursing care. 2013. 208p. Thesis (Doctorate in Fundamental Nursing) – University of São Paulo – Nursing School of Ribeirão Preto, 2013.

The implementation of an organizational assessment system by means of indicators is essential for an efficient administration in the pursuit of improving the quality and safety of care and optimizing resources, productivity and customer satisfaction. The use of valid and reliable measures, however, is a core condition because it allows for monitoring the quality of the provided care, subsidizes the planning of corrective actions, in addition to directing strategies and readjustment of goals through education and professional development, principles of Quality Management. Thus, this study aims to test the inter-rater reliability of quality indicators and use them in the evaluation of nursing care in a public school hospital. It was developed in two phases: firstly, an applied experimental quantitative methodological research was accomplished in a tertiary public school hospital, in which the inter-rater reliability of fifteen indicators of nursing care quality was tested. In the second phase, an applied descriptive exploratory quantitative research, kind of case study, was accomplished in two medical surgical units of the institution, with a total of 113 beds, which assessed the quality of nursing care through the application of the tested indicators. The results of the first phase show the reliability of the indicators, with Kappa results for the indicators number 1 to 11 and 15 ranging between 0.956 and 1.000 and Intraclass Correlation Coefficient between 0.951 and 0.992 for the indicators 12, 13 and 14, which characterizes excellent concordance/reproducibility, with p-value less than 0.001. The results of the application of the indicators in the assessment of quality care show that in the female unit the lowest percentages of adequacy to the standard relate to the records of care actions, with respect to identification (peripheral venous access - 44%, hoses - 66%, labels of serum - 60%, graduated scale - 33% and gastric hose - 58%) and verification (nursing prescription - 52%, medical prescription - 75% and recording vital signs - 55%). In the male unit the lowest percentages also relate to identification (peripheral venous access - 58% and gastric hose - 71%) and verification (nursing prescription - 82%, medical prescription - 86% and recording vital signs - 88%). Based on the results as well as the implementation of the PDCA cycle for Troubleshooting and the 5W1H tool for preparation of the Action Plan, the Web Quest method was proposed as an educational strategy for coping with the problems detected. In conclusion, the indicators tested meet the requirement of reliability of the measures and the levels of agreement and reliability obtained demonstrate the relevance of this instrument in clinical practice for the evaluation of the quality of nursing care. As to the assessed units, the performance of nursing teams in relation to indicators shows insufficient, especially in relation to records of care actions, characterizing the need for investment in more attractive and stimulating training, encouraging the active search for knowledge and stimulating the servers to participate in the educational activities offered by the institution.

KEY WORDS: Nursing; Nursing audit; Quality indicators, Health care; Validation studies as topic; Reproducibility of results.

RESUMEN

VITURI, D.W. **Evaluación como principio de la Gestión de Calidad:** probando la confiabilidad de “interevaluadores” de indicadores para evaluar la calidad de la asistencia de enfermería. 2013, 208p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2013.

Implementar un sistema de evaluación organizacional por medio de indicadores es imprescindible para una administración eficiente, que se propone mejorar la calidad y seguridad de la asistencia, optimizar los recursos, la productividad y satisfacción del cliente. Para ello, sin embargo, la condición esencial es el uso de medidas válidas y fidedignas, pues favorece el monitoreo de la calidad del cuidado dispensado, proporciona subsidio para el planeamiento de acciones correctivas, además de orientar estrategias y rever metas, por medio de acciones educativas y de valorización profesional, todos principios de la Gerencia de Calidad. El objetivo del estudio fue verificar la confiabilidad “interevaluadores” de indicadores de calidad y utilizarlo en la evaluación de la asistencia de enfermería, en un hospital público de enseñanza. Desarrollada en dos etapas, la primera consistió en una investigación cuantitativa, metodológica, experimental y aplicada, llevada a cabo en un hospital terciario, público de enseñanza, para probar la confiabilidad “interevaluadores” de quince indicadores de calidad del cuidado de enfermería. La segunda fase fue una investigación aplicada, descriptiva, exploratoria, de carácter cuantitativo, tipo estudio de caso, en dos unidades médica quirúrgicas de la institución, con un total de 113 lechos. La calidad de la asistencia de enfermería fue evaluada por medio de la aplicación de los indicadores probados. Los resultados de la primera fase demostraron la fidedignidad de los indicadores con resultados de Kappa para los indicadores de número 1 a 11 y 15 variando entre 0.956 a 1.000, y Coeficiente de Correlación Interclase entre 0.951 a 0.992 para los indicadores 12, 13 y 14, lo que caracteriza concordancia/reproductibilidad excelente, con “p-value” menor que 0.001. Los resultados de la aplicación de los indicadores en la evaluación de la calidad de la asistencia constató que en la unidad femenina los menores porcentajes de adecuación al patrón estaban relacionados a los registros de acciones de cuidados, relativos a identificaciones (acceso venoso periférico – 44%, equipos – 66%, rótulos de suero – 60%, escala graduada – 33% y sonda gástrica – 58%) y chequeos (prescripción de enfermería – 52%, médica – 75% y registro de señales vitales – 55%). En la unidad masculina los menores porcentajes también fueron en relación a las identificaciones (acceso venoso periférico – 58% y sonda gástrica – 71%) y chequeo (prescripción de enfermería – 82%, médica – 86% y registro de señales vitales – 88%). En base a los resultados y a partir de la aplicación del Ciclo PDCA para Solución de Problemas y herramienta 5W1H para elaboración del Plan de Acción, la metodología *WebQuest* fue propuesta como estrategia educativa para enfrentar los problemas detectados. Se concluye que los indicadores probados fueron satisfactorios para el requisito de fidedignidad de la medida y los niveles de concordancia y confiabilidad obtenidos demuestran a relevancia de este instrumento para la práctica clínica, en la evaluación de la calidad de la asistencia de enfermería. En las unidades estudiadas, el desempeño de los equipos de enfermería, en relación a los indicadores evaluados, se mostró comprometido, principalmente respecto a los registros de acciones de cuidados, lo que caracteriza la necesidad de invertir en capacitación, por medio de formas más atractivas y estimulantes, que favorezcan la búsqueda activa del conocimiento y que inciten a los servidores a participar en las actividades educativas ofrecidas por la institución.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Auditoria de enfermería; Indicadores de calidad en asistencia a la salud; Estudios de validez como tema; Reproducibilidad de los testes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCODES	Centro de Cooperação Francês e Associação de Cooperação para o Desenvolvimento de Serviços de Saúde
ACQAE	Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCI	Coeficiente de Correlação Interclasse
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CVI	<i>Content Validity Index</i>
DEPE	Divisão de Educação e Pesquisa
HOSPISUS	Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná
ICI	Índice de Conformidade Ideal
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
IRA	<i>Interrater Agreement</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SMDO	Sistema de Medição de Desempenho Organizacional

SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TQ	<i>Total Quality</i>
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	1	Modelo de TQM proposto por Oakland	48
FIGURA	2	Ciclo PDCA de Controle de Processos, Londrina - PR, 2013....	53
FIGURA	3	Equação <i>True Score Theory</i>	59
FIGURA	4	Equação <i>True Score Theory</i> – tipos de erro	63
FIGURA	5	Fluxograma demonstrando as etapas do desenvolvimento do estudo, Londrina – PR, 2013	75
FIGURA	6	Cálculo realizado para determinação do número de corte para amostragem sistemática, Londrina – PR, 2013	80
FIGURA	7	Características chave do método de consenso para determinação da concordância interavaliadores	95
FIGURA	8	Classificação da concordância interavaliadores, segundo valores de Kappa, Londrina – PR, 2013	96
FIGURA	9	Interpretação da reprodutibilidade/estabilidade/concordância do teste, segundo Coeficiente de Correlação Interclasse, Londrina – PR, 2013	98
FIGURA	10	Classificação da assistência de enfermagem, segundo o percentual de positividade/adequação em relação ao padrão de qualidade, Londrina – PR, 2013	102
FIGURA	11	Comentários e sugestões dos juízes em relação ao instrumento de avaliação e indicadores de qualidade, Londrina – PR, 2013	106
FIGURA	12	Escala de Morse para avaliação de risco para queda. Londrina – PR, 2013	107
FIGURA	13	Comentários e sugestões dos juízes em relação ao instrumento reformulado, Londrina – PR, 2013	116

FIGURA 14	Primeira página da <i>WebQuest</i> – Introdução, Londrina – PR, 2013	156
FIGURA 15	Segunda página da <i>WebQuest</i> – Tarefas, Londrina – PR, 2013	157
FIGURA 16	Terceira página da <i>WebQuest</i> – Processo, Londrina – PR, 2013	158
FIGURA 17	Quarta página da <i>WebQuest</i> – Avaliação, Londrina – PR, 2013	159
FIGURA 18	Quinta página da <i>WebQuest</i> – Conclusão, Londrina – PR, 2013	160

LISTA DE TABELAS

TABELA	1	Tabela de especificação de conteúdo do domínio	68
TABELA	2	Tabela de especificação de conteúdo do domínio, Londrina - PR, 2013	110
TABELA	3	Percentual de concordância entre os juízes para o Indicador 2: Identificação de risco para queda do leito, Londrina - PR, 2013	112
TABELA	4	Percentual de concordância entre os juízes para o Indicador 5: Identificação de equipos para infusão venosa, Londrina - PR, 2013	113
TABELA	5	Percentual de concordância entre os juízes para o Indicador 6: Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo, Londrina - PR, 2013	114
TABELA	6	Percentual de concordância entre os juízes para o Indicador 11: Posicionamento do prolongamento distal de drenagem da bolsa coletora de diurese – <i>spigot</i> , Londrina - PR, 2013	115
TABELA	7	Determinação da concordância interavaliadores pela aplicação da estatística Kappa aos indicadores de 1 a 11 e 15, Londrina – PR, 2013	119
TABELA	8	Determinação da concordância interavaliadores pela aplicação do Coeficiente de Correlação Interclasse aos indicadores de 12, 13 e 14, Londrina – PR, 2013	121
TABELA	9	Percentual de adequação ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da unidade Feminina, Londrina – PR, 2013	126
TABELA	10	Percentual de adequação ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da unidade Masculina, Londrina – PR, 2013	127

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 QUALIDADE	25
1.2 AVALIAÇÃO	28
2 PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	34
3 OBJETIVOS	38
3.1 OBJETIVO GERAL	39
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
4 BASES CONCEITUAIS	40
4.1 O MOVIMENTO DA QUALIDADE	41
4.2 GERENCIAMENTO DA QUALIDADE TOTAL — TQM, SEGUNDO OAKLAND (1994)	47
4.3 GERENCIAMENTO DA QUALIDADE TOTAL NA SAÚDE SEGUNDO NOGUEIRA (2008)	51
4.4 VALIDAÇÃO DE MEDIDAS AVALIATIVAS	55
5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O INSTRUMENTO TESTADO	65
6 MATERIAL E MÉTODO	73
6.1 TESTE DE CONFIABILIDADE	77
6.1.1 TIPO DE ESTUDO	77
6.1.2 LOCAL DO ESTUDO	77
6.1.3 PERÍODO DE COLETA DE DADOS	79
6.1.4 Instrumento de Coleta de Dados	79

6.1.5 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA — 1º TESTE DE CONFIABILIDADE	79
6.1.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	82
6.1.7 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO	82
6.1.8 TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	86
6.1.9 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA — VALIDAÇÃO DE FACE	86
6.1.10 PERÍODO DE COLETA DE DADOS	87
6.1.11 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	87
6.1.12 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO	87
6.1.13 TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	89
6.1.14 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA — TESTE PILOTO	89
6.1.15 PERÍODO DE COLETA DE DADOS	89
6.1.16 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	90
6.1.17 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO	90
6.1.18 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA — 2º TESTE DE CONFIABILIDADE	91
6.1.19 PERÍODO DE COLETA DE DADOS	92
6.1.20 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	92
6.1.21 TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	93
6.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	100
6.2.1 TIPO DE ESTUDO	100
6.2.2 PERÍODO DE COLETA DE DADOS	100
6.2.3 Instrumento de Coleta de Dados	100

6.2.4 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA	101
6.2.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	101
6.2.6 TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	102
6.3 ASPECTOS ÉTICOS	102
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	103
7.1 TESTE DE CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES	105
7.2 VALIDAÇÃO DE FACE DO INSTRUMENTO REFORMULADO	111
7.3 TESTE PILOTO	118
7.4 SEGUNDO TESTE DE CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES	118
7.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	125
7.5.1 ANÁLISE DOS PROBLEMAS DETECTADOS PELA APLICAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DO CICLO PDCA E ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO COM A FERRAMENTA 5W1H	148
7.6 PROPOSIÇÃO DE MEDIDAS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA	151
8 CONCLUSÃO	161
9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	164
REFERÊNCIAS	166
APÊNDICES	
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ANÁLISE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	187
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — ENFERMEIROS	189
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — PACIENTES	190

APÊNDICE D – REGISTRO DE BUSCA ATIVA	191
APÊNDICE E – INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO “REGISTRO DE BUSCA ATIVA” DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	193
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESTAGIÁRIOS	199
APÊNDICE G – PDCA PARA SOLUÇÃO DE PROBLEMAS — UNIDADE FEMININA	200
APÊNDICE H – PLANILHA 5w1h — UNIDADE FEMININA	202
APÊNDICE I – PDCA PARA SOLUÇÃO DE PROBLEMAS — UNIDADE MASCULINA	203
APÊNDICE J – PLANILHA 5w1h — UNIDADE MASCULINA	204
 ANEXOS	
ANEXO A – INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA	206
ANEXO B – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	208

Apresentação

Durante minha trajetória profissional sempre estive às voltas com a assistência direta ao paciente internado em unidades de tratamento intensivo neonatal e ou pediátrico. Foram dez anos de construção de uma identidade profissional, preocupada e comprometida com a prestação de um cuidado de qualidade.

Meu envolvimento formal com questões teóricas sobre a qualidade da atenção à saúde se deu em 1998, quando comecei a desempenhar minhas atividades no serviço de Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem — ACQAE.

Tendo participado do desenvolvimento da proposta de trabalho do serviço e vivenciado a implantação e implementação do processo de auditoria de qualidade de enfermagem, tive a oportunidade de constatar a falta de governabilidade da enfermagem das inúmeras variáveis que interferem no processo e no resultado da assistência.

Em 2005 fui aprovada no programa de pós-graduação em Enfermagem, nível mestrado e decidi me aprofundar nos estudos sobre avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. A partir de então, comecei a compreender que, mesmo sem autonomia em todas as questões que envolvem a prestação de um cuidado de excelência, a simples ação de avaliar a qualidade do cuidado e atuar corretivamente sobre as variáveis modificáveis já é um grande passo em direção a excelência.

Em minha dissertação de mestrado optei por desenvolver e validar indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem, explicitados em um roteiro de avaliação intitulado ***Instrumento de Busca Ativa***, composto por cinquenta e dois itens de verificação. Este material foi validado quanto ao seu conteúdo por nove *experts* no domínio em estudo, de diversas regiões do Brasil e, posteriormente, o instrumento foi validado quanto a sua aplicabilidade em um hospital público de ensino com 313 leitos, exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente em uma unidade médico-cirúrgica de 74 leitos para pacientes adultos do sexo masculino.

Desde então tenho utilizado estes indicadores como foco do processo de auditoria da qualidade do cuidado de enfermagem de forma sistemática em todas as unidades de assistência na instituição onde atuo. Porém, existe a necessidade de cumprir uma etapa fundamental no processo de validação de instrumentos de medida, que é o teste da sua confiabilidade. Esse teste determinará se os resultados apresentados pelo instrumento são verdadeiros e se estão livres de erros aleatórios. A partir da comprovação da sua confiabilidade será possível afirmar que o instrumento pode ser utilizado em outras instituições, para além daquela onde foi desenvolvido.

No sentido de cumprir esse requisito, iniciei o curso de pós-graduação em Enfermagem — nível doutorado. O projeto de pesquisa visou testar a confiabilidade do instrumento composto por indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem e, após o cumprimento dos procedimentos necessários para confirmação da sua fidedignidade, aplicá-lo para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em unidades médico-cirúrgicas, com o objetivo de diagnosticar a qualidade do cuidado e propor medidas corretivas, numa abordagem educativa.

Neste sentido, para o desenvolvimento do presente estudo, no tópico Introdução, faço uma breve abordagem sobre Qualidade e Avaliação e, na sequência, apresento o Problema, a Justificativa e o Objetivo do estudo.

Para a fundamentação teórica, no tópico Bases Conceituais, abordo o Gerenciamento da Qualidade Total — TQM; Gerenciamento da Qualidade Total na Saúde e Validação de Medidas Avaliativas. Posteriormente, apresento algumas Considerações sobre o Instrumento Testado, em que relembro os pontos-chave do seu processo anterior de validação de conteúdo e apresento as alterações realizadas em alguns indicadores em razão de atualização do conhecimento científico e em função de algumas fragilidades percebidas ao longo dos anos de sua utilização.

A metodologia adotada no estudo é apresentada no tópico Material e Métodos, considerando que o estudo foi desenvolvido em duas etapas, sendo a primeira o Teste de Confiabilidade e a segunda, Avaliação da Qualidade

da Assistência de Enfermagem e Proposição de Medidas de Intervenção Educativa.

A apresentação dos Resultados e Discussão se dá segundo as fases desenvolvidas no estudo e, no tópico Proposição de Medidas de Intervenção Educativa, apresento como sugestão a metodologia *WebQuest*, que é uma ferramenta inovadora e que proporciona a busca ativa do conhecimento no processo ensino-aprendizagem, que, acredito, possa estimular o interesse e a participação dos servidores da instituição estudada nos processos de educação permanente e continuada.

Na sequência, exponho as Conclusões e Limitações do estudo.

1 Introdução

O cuidado à saúde na contemporaneidade atinge um nível de complexidade que desafia fornecedores, lideranças e trabalhadores. Aliado a isso, a preocupação com a qualidade e os custos da atenção, a satisfação do cliente e a eficiência operacional têm sido as principais prioridades da maioria das organizações de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE, 2004; VELICK, 2003).

Buscar a eficiência em saúde com foco apenas na produção e controle de custos pode determinar bons resultados, porém com risco potencial para a qualidade da atenção. Visando minimizar esses riscos se faz necessária a monitorização e melhoria contínua da qualidade dos serviços, levando em conta a relação custo-benefício (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE, 2004).

Em se tratando do tema Qualidade, o setor de serviços, seja ele agregado ou não a um produto, tem ocupado papel de destaque em relação ao setor industrial, pois os quesitos de qualidade intrínseca de um produto são, geralmente, os mesmos e, sendo assim, o serviço oferecido passa a ser o diferencial competitivo. Portanto, avaliar sua qualidade torna-se imprescindível (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

Apesar das dificuldades em avaliar qualidade na área da saúde, o aumento dos gastos com os cuidados e o questionamento sobre o uso racional dos recursos públicos têm estimulado o surgimento de estratégias para melhorar a qualidade da atenção (ESCRIVÃO JUNIOR, 2004).

Neste contexto de busca pela qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários, destaca-se a enfermagem como corresponsável pelos resultados da atenção, pois, em termos numéricos e de permanência, é a profissão mais presente nas organizações de saúde (CALIXTO-OLALDE, 2008), além do fato de que suas ações de cuidados são ininterrupta e diretamente realizadas junto ao usuário (NONINO, 2006).

A Lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício da profissão, determina que ao enfermeiro sejam atribuídas atividades de supervisão do pessoal de enfermagem de nível médio, que se desdobram em atividades de

educação em serviço e gerenciamento dos serviços de assistência, o que, por sua vez, envolve o planejamento, organização, coordenação, execução, avaliação e atividades de auditoria, entre outras. Permeando todas essas atividades, existe uma determinação no item (f) da referida Lei que merece destaque, por se tratar da essência do presente estudo, que é a *“prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem”* (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Considera-se que a preocupação com a qualidade do cuidado, além de exigência legal e diferencial competitivo, seja uma questão ética e moral. Sendo assim, acredita-se que os métodos avaliativos proporcionem ao enfermeiro, gestor e ou diretamente envolvido na assistência a oportunidade de refletir sobre a sua prática e, dessa forma, mudar a realidade, subsidiando suas decisões com fatos e dados.

No sentido de aprofundar as questões que envolvem esta temática, são abordados nos subtópicos seguintes os temas Qualidade e Avaliação.

1.1 QUALIDADE

No mundo contemporâneo e globalizado, todos os tipos de organizações vivem uma busca incessante pela qualidade de produtos e serviços, assim como acreditam na Qualidade Total - *Total Quality (TQ)* como um fator de sobrevivência e competitividade (BUENO, 2004; KALTENECKER; QUEIROZ, 1995; NOGUEIRA, 2008; OAKLAND, 1994; ROSEMBERG; SILVA, 2000).

Qualidade, na condição de conceito, é um valor conhecido por todos, no entanto, definido diversamente pelos diferentes sujeitos, grupos ou camadas sociais. Isso decorre do fato de que a percepção dos indivíduos dos produtos ou serviços é influenciada diretamente por suas necessidades, experiências e expectativas (LONGO, 1996). Sendo assim, pode-se afirmar que qualidade é um conceito de nível individual (JOOSTEN; BONGERS; JANSSEN, 2009).

No entanto, há os que afirmam que a dificuldade em definir o termo qualidade está na multiplicidade de abordagens existentes e que, ao tentar defini-la, corre-se o risco de focar apenas alguns de seus aspectos (KALTENECKER; QUEIROZ, 1995).

Segundo David Garvin, precursor da Gestão Estratégica da Qualidade (GARVIN, 1984a¹), citado por Kaltenecker e Queiroz (1995), existem cinco abordagens para o termo qualidade:

- ▶ **TRANSCENDENTAL**, em que qualidade é algo universalmente conhecido, porém uma propriedade não analisável e que se reconhece unicamente pela experiência;
- ▶ **ABALIZADA NO PRODUTO**, que se traz a ideia de uma variável precisa e mensurável, em que diferenças de qualidade indicariam diferenças na quantidade de algum ingrediente/atributo;
- ▶ **ABALIZADA NO USUÁRIO**, em que se parte do princípio de que a qualidade está nos olhos do observador, com base em suas necessidades e expectativas, caracterizando o enfoque de adequação ao uso;
- ▶ **ABALIZADA NA PRODUÇÃO**, focalizando conceitos de engenharia e conformidade com as especificações;
- ▶ **ABALIZADA NO VALOR**, que trata a qualidade em termos de custo/preço.

Neste sentido, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), na publicação intitulada “*A Transformação da Gestão dos Hospitais na América Latina e Caribe*”, expressam que as inúmeras e diferenciadas formas de se definir qualidade manifestadas pelos estudiosos do assunto não “são mutuamente excludentes. Em suas diferenças e semelhanças há grande possibilidade de se enriquecer e aprender sobre o conceito de qualidade” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004, p. 217).

¹ GARVIN, D. A. Can industry self-regulation work? California Managemnt Review, Summer: 37-49, 1983.

Para a Organização Pan-americana de Saúde (2004) a qualidade da atenção é a manifestação da aplicação de princípios interdependentes, que são os princípios reitores das reformas no setor saúde. São eles: equidade, eficácia, qualidade, eficiência e satisfação do cliente/usuário.

Rêgo (2007) define qualidade como uma propriedade ou condição que determina a natureza de objetos e pessoas, permitindo sua avaliação e, conseqüentemente, sua aprovação ou reprovação.

Percebe-se nesta acepção a incorporação da ideia de qualidade como uma condição mensurável, passível de avaliação com base num modelo, o que torna implícita a necessidade de determinação de um padrão de qualidade.

Padrões de qualidade são pontos de referência para comparações, os quais refletem o consenso de uma valoração social sobre um conceito/construto (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004). Refletem um acordo consensuado por um grupo *ad hoc*, portanto, não são verdades universais, mas uma convenção sobre a forma mais adequada de se realizar as ações que conduzem a um determinado resultado (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Corroborando o exposto, o Ministério da Saúde – MS definiu qualidade como o nível de atendimento aos padrões constituídos, frente às normas e protocolos existentes, que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos científicos atuais (BRASIL, 2006).

Chama a atenção nessa definição a necessidade de que os padrões e protocolos sejam atualizados com base nos conhecimentos científicos correntes, ou seja, os padrões não devem ser estáticos, mas sim, estar em constante desenvolvimento e aprimoramento, tomando-se a evolução das bases que a sustentam (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Ressalta-se também que os padrões de comparação devem ser adequados ao contexto local; caso contrário, podem resultar em um incentivo

negativo, pois é possível que nunca sejam alcançados (BOHOMOL, 2006, PRINGLE; WILSON; GROL, 2002; VITURI; MATSUDA, 2008).

Para a Organização Pan-americana da Saúde, padrões podem ser clínicos e administrativos, podendo fazer referência a insumos, processos e resultados. Padrões clínicos dizem respeito à qualidade esperada relacionada com aspectos clínicos da atenção à saúde; já os administrativos se referem ao cumprimento de ações administrativas, desenvolvidas no serviço de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

- ▶ **PADRÕES DE INSUMOS:** declaram as condições desejadas de recursos do sistema – pessoal, político, procedimentos, materiais, equipamentos, insumos, normas, planos.
- ▶ **PADRÕES DE PROCESSO:** são normas de execução de procedimentos clínicos ou administrativos, com o objetivo de reduzir variações não desejadas.
- ▶ **PADRÕES DE RESULTADO:** são declarações que se referem aos resultados diretos de um processo, mesmo que estes possam sofrer interferência indireta de outras variáveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Com base no exposto é possível afirmar que qualidade é um conceito relativo e complexo, porém mensurável, desde que se defina claramente qual aspecto se quer avaliar e quais serão os padrões de comparação.

A partir da delimitação do escopo, vem o desafio subsequente de determinar como avaliar o conceito qualidade, tema que será tratado no subtópico seguinte.

1.2 AVALIAÇÃO

Considerando a existência de uma organização em função de seu objetivo, nada mais importante do que conhecer e monitorar seu desempenho em relação às suas metas e, por meio da avaliação, é possível conhecer a eficácia e eficiência das estratégias adotadas (KUWABARA, 2009).

Avaliar significa atribuir estimativa e emitir juízo de valor sobre determinado contexto, com base na análise minuciosa de um produto, processo e/ou resultado, subsidiado por pressupostos e valores, os quais definem as escolhas dos sujeitos (BRASIL, 2004a; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

A adoção de procedimentos avaliativos por meio de instrumentos de medição de desempenho é o caminho para se alcançar qualidade e, conseqüentemente, humanização, alta produtividade e o baixo custo (BITTAR, 2004). Para tanto, as medidas utilizadas devem ser seguras (MATSUDA, 2002; VITURI; MATSUDA, 2008). Além disso, a avaliação deve ser um processo dinâmico e se utilizar de instrumentos e estratégias que possibilitem aferir aspectos de estrutura, processos e resultados, bem como a opinião do cliente (BITTAR, 2004; HADDAD, 2004).

Segundo Figueiredo et al. (2005) o Sistema de Medição de Desempenho Organizacional – SMDO consiste em um conjunto de procedimentos estruturados para coletar, descrever e representar dados, gerando informações sobre o desempenho de equipes, atividades, processos e da própria organização, subsidiando a tomada de decisão e a execução de ações de melhoria.

Para que os procedimentos avaliativos sejam coerentes é necessário estarem inseridos no contexto da *práxis* e abordarem a questão da avaliação da qualidade, ou não qualidade, de forma pró-ativa. Os instrumentos de medição devem ser específicos para cada realidade e abarcarem as linhas de pensamento qualitativas e quantitativas (HADDAD, 2004; PRINGLE; WILSON; GROL, 2002).

Avaliar envolve muitas vezes os valores de quem avalia; sendo assim, pode estar subsidiado por questões subjetivas e de interesse, critérios e valores do observador (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Neste sentido, acredita-se que a única forma de minimizar esta subjetividade seja por meio da determinação objetiva do padrão de qualidade esperado na operacionalização do conceito, ou seja, traduzir de forma prática e clara a qualidade em comportamentos observáveis.

No Brasil, o Ministério da Saúde já adota, há alguns anos, instrumentos de avaliação de desempenho fundamentados nos princípios da Qualidade Total. Esses instrumentos são compostos por um conjunto de critérios a serem atendidos a partir de padrões preestabelecidos (BRASIL, 1978, 2004a, 2004b, 2006).

Cabe ressaltar que a utilização da avaliação como ferramenta de gestão, em nível local do sistema de saúde do SUS, ainda é pouco utilizada, mesmo estando prevista desde a publicação da Norma Operacional Básica 93 até o Pacto para Saúde (CHAVES; TANAKA, 2012).

Na rede privada de atenção à saúde a preocupação com a qualidade também está presente por meio das certificações proferidas por organizações avaliadoras de reconhecimento internacional, que funcionam como um diferencial de mercado. Um exemplo são as certificações da Série ISO, que incorporam rígidos parâmetros de avaliação de desempenho organizacional e vinculam o desempenho à possibilidade de auferir maior volume de recursos e expansão de mercado (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Nesta mesma linha existe o programa de Acreditação Hospitalar, que teve sua origem nos Estados Unidos nas décadas de 1920 e 1930 e que chegou ao Brasil somente em 1992, onde se desenvolveu por meio de iniciativas isoladas em alguns estados como São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná. Em 1997, como resultado da tentativa de unificar essas iniciativas por parte do então Ministro da Saúde, foi criado o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2000).

Acreditação é um método de avaliação externa, de caráter voluntário, periódico e reservado, que busca a melhoria da qualidade da assistência com base na verificação de conformidade com os padrões preestabelecidos (BRASIL, 2004b).

Em se tratando da enfermagem, observa-se ao longo do tempo uma ampliação cada vez maior da atuação do enfermeiro na área de avaliação de serviços. Muitas instituições de saúde, públicas e privadas, têm contratado esses

profissionais como auditores, assim como as empresas de certificação externa, o que resultou na necessidade de regulamentar essa prática (HADDAD, 2004).

Frente a isso, o Conselho Federal de Enfermagem publicou a Resolução n.º 266/2001, que dispõe sobre as atividades do enfermeiro como auditor do serviço de saúde e determina que a sua competência compreenda todos os níveis onde exista profissional de enfermagem em atuação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

Embora exista uma série de dificuldades em avaliar a qualidade da atenção à saúde, a tomada de decisão com um mínimo grau de incerteza é condição imprescindível e requer a implementação de sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional adequados (ESCRIVÃO JÚNIOR, 2004).

Indicador é uma unidade de medida de uma atividade, que chama a atenção sobre determinado aspecto do serviço ou produto (BITTAR, 2001). Sua análise permite estabelecer uma comparação entre o desempenho atual e o desejado – padrão (VIEIRA; KURCGANT, 2010), bem como desenvolver estratégias para melhoria dos processos correspondentes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Os indicadores avaliam aspectos de estrutura, processo e resultado e a relação causal entre os três não pode ser esquecida, de forma a reconhecer a interferência/influência de cada aspecto no cuidado avaliado (NAKREM et al., 2009).

Nakrem et al. (2009) ressaltam que a possibilidade de se criar indicadores é ilimitada e que o grande desafio está em encontrar um indicador de alta validade para o domínio sob estudo.

O desenvolvimento de indicadores de qualidade ainda é pouco documentado e, para tanto, devem-se seguir procedimentos sólidos e extensivos testes empíricos para sua validação (NAKREM et al., 2009). Porém, se a meta é alcançar uma ciência de qualidade, essa deve ser uma prioridade (LILFORD et al., 2003).

São oito os critérios para se considerar um indicador válido:

- a. **RELEVÂNCIA** — *high volume, high risk, high problem areas, high cost* (IDVALL; ROOKE; HAMRIM, 1997) e sensibilidade para a mudança de comportamento (NAKREM et al., 2009);
- b. **VALIDADE DE FACE** — trata de aspectos complementares à validação de conteúdo, com foco no enunciado, praticidade em relação ao construto (NAKREM et al., 2009; COSTA, 2010);
- c. **VALIDADE DE CONSTRUTO** — congruência com a suposição teórica que lhe deu origem (NAKREM et al., 2009; COSTA, 2010);
- d. **VALIDADE DISCRIMINANTE** — grau em que a medida não se confunde com outra, derivada de um construto diferente (NAKREM et al., 2009; COSTA, 2010);
- e. **CONFIABILIDADE** — reprodutibilidade (NAKREM et al., 2009);
- f. **AJUSTE DE RISCO** — determinação dos fatores de interferência no desempenho (NAKREM et al., 2009);
- g. **THRESHOLD** — limite entre a conformidade e não conformidade (NAKREM et al., 2009);
- h. **DISPONIBILIDADE DOS DADOS A UM MÍNIMO ESFORÇO EXTRA** (NAKREM et al., 2009);

Ressalta-se que, diante da possibilidade ilimitada de se desenvolver indicadores e padrões de qualidade, a qualidade e eficiência no uso de recursos não serão alcançadas sem a criação de uma cultura de qualidade na organização, onde a avaliação não seja vista e utilizada apenas com o fim de diagnóstico institucional.

Os procedimentos avaliativos da qualidade devem ser utilizados, sistematicamente, para subsidiar a tomada de decisão e direcionar as estratégias para prevenção de erros/riscos a que os pacientes e trabalhadores possam estar expostos, ou seja, os dados e informações geradas por meio da avaliação devem ser utilizados para suscitar mudanças no contexto da prática. Para tanto, é imprescindível que os gestores saibam como e quais informações utilizar e não

desperdicem esforços na avaliação de variáveis não relevantes, ou para as quais não tenham governabilidade.

Enquanto os líderes estiverem comprometidos com a melhoria da qualidade e acreditarem no valor dos dados, que são a base da aprendizagem baseada em evidências, a cultura da organização estará focada na qualidade e na segurança (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

A partir do exposto, observa-se que a qualidade da atenção à saúde, além de um direito do cidadão, é um dever das organizações e, segundo Collier (2010), melhorar a qualidade da assistência no sistema de saúde brasileiro é essencial para reduzir a mortalidade, morbidade e custos adicionais.

Acrescenta-se à importância de se mensurar a qualidade da estrutura, processo e/ou resultado, o uso responsável dos procedimentos avaliativos, de modo que estejam em consonância com a Missão da organização e com o contexto local e que se utilizem de medidas avaliativas válidas e fidedignas.

Validar medidas avaliativas implica conferir a elas acurácia e precisão e, para tanto, existe a necessidade da realização de procedimentos metodologicamente complexos, os quais serão tratados no tópico Bases Conceituais, subtópico Validação de Medidas Avaliativas, pag. 55.

2 Problema e Justificativa do Estudo

A busca pela excelência aparece como condição fundamental na atualidade, assim como a satisfação das necessidades e expectativas do cliente. Nesse contexto a *Total Quality Management* — TQM surge como modelo gerencial também nas instituições de saúde.

Este modelo é de grande relevância no setor, tendo em vista “a crise de credibilidade que se associa à área” e várias instituições de saúde brasileiras já experimentam resultados satisfatórios com a sua implantação (BALSANELLI; JERICÓ, 2005, p. 401).

De comum entre as diversas experiências de sucesso com a TQM nas instituições de saúde, na busca pela melhoria contínua da qualidade e satisfação do cliente, tem-se a avaliação do desempenho por meio de indicadores (BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

Avaliar a assistência significa emitir um julgamento relativo à estrutura, processo e ou resultados de enfermagem. Para tanto, é necessário que o avaliador esteja capacitado para o processo e conheça o instrumento de avaliação, que exista um padrão de comparação, que o cuidado a ser avaliado seja operacionalizado em um comportamento observável e que esse seja delineado de forma clara, objetiva e cientificamente fundamentada.

Além disso, é fundamental que o desempenho ideal seja passível de ser alcançado e que os critérios de avaliação estejam especificados de forma a minimizar a subjetividade de quem avalia, ou seja, que o avaliador, subsidiado pelo padrão adotado, ajuíze objetivamente se o cuidado atende ou não a este padrão.

Geralmente as iniciativas de implementação de metodologias de avaliação em saúde no Brasil limitam-se ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação subsidiados pela experiência acumulada em outros países, o que pode ser um problema, pois, em se tratando de qualidade e avaliação, o contexto local deve subsidiar o método adotado (MATSUDA, 2002).

Ao se empregar metodologias desenvolvidas para realidades culturais, sociais, econômicas e políticas distintas, sem um questionamento sobre

sua aplicabilidade e adaptabilidade à realidade do lugar, corre-se o risco de subestimar o desempenho e desmotivar as equipes, ou superestimá-lo, levando à acomodação.

Para tanto, é fundamental o desenvolvimento de instrumentos de avaliação específicos para o contexto e, tão importante quanto, que esses sejam válidos e fidedignos, ou seja, que sejam adotados todos os procedimentos metodológicos necessários para que, ao final, se tenha um instrumento que avalie realmente aquilo a que se propõe e que esteja livre de erros aleatórios.

Corroborando com o exposto, Collier (2010) afirma que a quantificação da qualidade da atenção à saúde é um grande desafio. A primeira dificuldade é determinar o que medir e, depois, encontrar medidas estatísticas de qualidade (COLLIER, 2010).

O desenvolvimento de instrumentos avaliativos é complexo e objeto de estudo de várias disciplinas. No contexto da prática da enfermagem observam-se muitas críticas quanto ao seu uso, em função de se pretender mensurar construtos e conceitos considerados abstratos e subjetivos. Contudo, acredita-se que com a determinação consensual do construto Qualidade, do padrão de comparação, dos indicadores e critérios de avaliação, seja possível a objetivação deste conceito.

Noronha et al. (2003) expressam que as muitas críticas feitas aos testes na área da psicologia têm resultado em desestímulo quanto à sua utilização, o que impede o avanço e a criação de instrumentos de medida com melhor qualidade e em maior quantidade. Porém, entende-se que essa afirmação também seja válida para as demais disciplinas da área da saúde e que essas críticas se devam, muitas vezes, à falta de conhecimento sobre o processo que envolve o desenvolvimento e validação de medidas avaliativas.

O uso de instrumentos avaliativos válidos e fidedignos propicia monitorar a qualidade do cuidado dispensado aos pacientes, permite identificar situações de riscos evitáveis, bem como subsidia o planejamento de ações corretivas, além de direcionar estratégias e reajuste de metas por meio de ações

educativas e de valorização profissional, princípios do Gerenciamento da Qualidade Total.

A despeito das críticas à aplicação do modelo desenvolvido na indústria, acredita-se que os pressupostos do Gerenciamento da Qualidade Total se aplicam aos serviços de saúde, especificamente aos serviços de enfermagem, pois gerenciar envolve conceitos aplicáveis a qualquer área, seja ela de produtos ou serviços (NOGUEIRA, 2008) e a enfermagem tem papel imprescindível no resultado da atenção. Portanto, nada mais importante do que conhecer seu desempenho em relação às metas institucionais.

Diante desse cenário, surgiu a motivação para dar continuidade ao estudo que se iniciou com a validação de conteúdo de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem (VITURI, 2007). Com o desenvolvimento da presente pesquisa cumpre-se o teste de fidedignidade do instrumento proposto por Vituri (2007), uma etapa imprescindível para a validação do mesmo.

A partir da comprovação de sua fidedignidade para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, julga-se contribuir para acrescentar evidências de que a avaliação da assistência por meio de instrumentos válidos e fidedignos é condição indispensável para o gerenciamento de enfermagem.

Tem-se, então, como questão de pesquisa: O instrumento constituído de indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem atende ao requisito de confiabilidade para a avaliação da qualidade da assistência dispensada a pacientes adultos, internados em unidade médico-cirúrgica de um hospital público de ensino do norte do Estado do Paraná?

3 Objetivos

3.1 OBJETIVO GERAL

- ▶ Avaliar a confiabilidade de um instrumento para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem dispensada a pacientes internados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Verificar a confiabilidade interavaliadores de um instrumento formado por indicadores de qualidade da assistência de enfermagem;
- ▶ Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, testando a usabilidade do referido instrumento, em unidades médicas e cirúrgicas;
- ▶ Analisar as possíveis não conformidades encontradas pela aplicação do instrumento validado;
- ▶ Propor medidas de intervenção educativas para solução dos problemas detectados pelo instrumento avaliativo.

4 Bases Conceituais

4.1 O MOVIMENTO DA QUALIDADE

A inquietação com a qualidade está presente na história da humanidade desde seu princípio, quando o homem se preocupava com o que mais se adequasse às suas necessidades, fossem elas de ordem material, intelectual, espiritual ou social; e acompanha as transformações da sociedade (BUENO, 2004). Passou de um modo simples de se produzir com qualidade, para sistemas elaborados, subsidiados pelas teorias administrativas clássicas (PAIVA et al., 2010).

Com o passar do tempo, o foco da qualidade foi mudando e incorporou significados que a transformaram de excelência moral para valor de mercado, redução de desperdícios e custos, conformidade com o projeto, redução de variâncias, adequação ao uso e satisfação do usuário. Por fim, tornou-se a cultura da organização e passou a ser concebida como modelo de gestão (TURCHI, 1997).

O movimento da qualidade foi adquirindo uma diversidade de abordagens e metodologias conforme foi crescendo a gama de variáveis associadas. Desta forma, abrigou novas terminologias e passou do enfoque genuinamente de controle estatístico de variância para uma abordagem de controle de processos, que se disseminou pelo mundo (TURCHI, 1997).

Embora exista uma heterogeneidade de práticas e técnicas sob a rubrica da Qualidade Total, observa-se um conjunto de princípios comuns entre as diversas abordagens, a saber: foco no cliente, busca da melhoria contínua e a ideia de organizações como processos contínuos (TURCHI, 1997).

Em relação ao contexto da saúde, já existe a concepção de qualidade como direito do cidadão e dever das organizações, além de requisito de sobrevivência econômica e diferencial competitivo (ADAMI, 2000; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; ROCHA; TREVIZAN, 2009).

Esse modelo de gestão preconiza um ambiente dinâmico e cooperativo e traz consigo a valorização do ser humano no âmbito da

organização, reconhecendo sua criatividade e competência na resolução de problemas. Além disso, investe no aperfeiçoamento contínuo, resultando na satisfação das pessoas, em função de possibilitar a melhoria da qualidade técnica e humana dos profissionais (LONGO, 1996; MATSUDA; ÉVORA; BOAN, 2000; PAIVA et al., 2010).

A Gestão da Qualidade Total tem por princípio desenvolver e motivar as pessoas de uma organização a “serem críticas, reconstrutoras de suas tarefas”, com vista a aperfeiçoar as atividades e satisfazer os clientes (ÉVORA et al., 1999, p. 115).

É uma filosofia gerencial que exige mudanças de atitude e comportamento, na busca do comprometimento com o desempenho, o autocontrole e o aprimoramento dos processos; portanto, implica mudança da cultura da organização (LONGO, 1996).

O segmento dos serviços de saúde adotou o movimento da Qualidade em razão do crescente aumento da competitividade. Embora, segundo Feldman, Gato e Cunha (2005), no Brasil, o modelo na saúde tenha tomado corpo somente a partir do ano 2000, Bueno (2004) afirma que este movimento no País é mais antigo do que no Japão e ressalta que a falta de comprometimento dificultou e atrasou a incorporação dos seus princípios.

A inserção do Brasil no movimento da Qualidade, segundo Antunes e Trevizan (2000), Gurgel Júnior e Vieira (2002) e Haddad (2004), iniciou na década de 1980 e ocorreu em razão da carência de recursos financeiros, aliado ao aumento dos custos dos produtos e serviços, assim como ao custo da assistência hospitalar em comparação ao gasto total em saúde. Além disso, pressões por parte do governo, das indústrias, dos clientes e da evolução tecnológica da medicina também teriam contribuído para a adoção do modelo.

Um dos marcos na adesão ao movimento da Qualidade pelos serviços hospitalares foi a implantação do Código de Defesa do Consumidor em 1990, que consagrou uma nova forma de relacionamento hospital-cliente,

assegurando ao usuário o direito de exigir segurança, qualidade, efetividade e eficácia (BRASIL, 1990; D'INNOCEZO; ADAMI; CUNHA, 2006; HADDAD, 2004).

Contextualizando os serviços de saúde no final da década de 1980 e início da década de 1990, a condição dos hospitais, principalmente públicos, na América Latina e Caribe, era desalentadora. Foram quase dez anos de cortes financeiros e baixos investimentos, estrutura física antiquada, más condições de manutenção, equipamentos obsoletos, carência de insumos básicos e ausência de sistemas de informação e gestão modernos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Em meados de 1990, ocorreu um incremento considerável nos fundos disponíveis para os setores sociais em vários países, principalmente para o setor saúde. Esses recursos eram provenientes de fontes financeiras nacionais e organismos internacionais, normalmente vinculados a programas de reforma que visavam privilegiar ações de atendimento mais custo-efetivo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Esses investimentos fortaleceram o desejo de implementação das mudanças necessárias para melhorar o desempenho do setor saúde nos aspectos de equidade, efetividade, qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação social. No entanto, no final da década de 1990, procedeu-se à avaliação dos resultados e uma das constatações foi a deficiência na capacidade nacional de obter, processar, validar e disseminar, de forma sistemática, indicadores que permitissem avaliar o desempenho dos sistemas e serviços, o impacto das reformas e o estado de saúde da população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

A despeito de o Gerenciamento da Qualidade ter sido inserido no âmbito dos serviços de saúde como uma nova filosofia gerencial que valoriza o planejamento, coordenação interdepartamental e o estabelecimento de padrões com vista à qualidade dos processos e produtos, muitos autores fazem críticas ao modelo derivado das teorias administrativas clássicas e “duras” para um sistema em que, além das inúmeras variáveis interferindo no resultado da atenção, existe a ideia da perda da “autonomia” e poder de decisão por parte dos profissionais da

saúde, principalmente da área médica (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002; MINTZBERG, 1995).

Autores afirmam que a aplicabilidade irrestrita dos princípios da Gestão da Qualidade Total nos serviços de saúde é inviável, porque os métodos de monitoramento e avaliação da qualidade estão alicerçados em indicadores reducionistas, que não privilegiam a subjetividade dos clientes (pacientes e trabalhadores). Além disso, acrescentam que, por mais investimentos que se façam em treinamento de pessoas e aperfeiçoamento de processos, o risco de eventos indesejáveis/não qualidade é um risco inerente aos serviços de saúde (PAIVA et al., 2010).

Contrapondo-se a essa crença, Berwick (1994) e Nogueira (2008) afirmam que as intervenções dos programas de qualidade não ocorrem diretamente sobre o ato clínico, mas sim sobre os processos administrativos da instituição hospitalar e da gestão, que são indistinguíveis, independente do tipo de organização. No sentido de dar crédito a essa afirmação, desenvolveu-se um estudo em que vinte instituições de saúde foram assistidas por consultores de qualidade da área industrial, utilizando os métodos e ferramentas aplicados para a indústria. Como resultado obteve-se redução de custos, melhoria da qualidade e aumento na produtividade, comprovando assim sua aplicabilidade nos serviços de saúde (NOGUEIRA, 2008).

Para Malik e Schiesari (1998), as muitas críticas que se fazem ao modelo do Gerenciamento da Qualidade Total na saúde são meramente ideológicas, ou simplesmente pelo fato de se tratar da importação de mais um modelo não nacional.

Reiterando essa afirmativa sobre a importação do “modelo japonês”, Lima (1994) refere que os programas de Qualidade Total são uma leitura parcial do modelo, pois Qualidade Total é apenas um dos aspectos do gerenciamento de produção e pessoal desenvolvido no Japão. Refere ainda que a importação deste modelo é artificial e essencialmente incompleta, pois a motivação e o contexto do Japão para sua implantação são irreprodutíveis no Ocidente. Além disso, afirma que a associação entre o sucesso econômico

japonês e essa estratégia de gerenciamento é um discurso mistificador e reducionista.

Reforçando as críticas aos modelos importados, autores ressaltam que importar modelos de países desenvolvidos, inicialmente idealizados para a indústria, sem refletir sobre sua aplicabilidade e adaptabilidade em um contexto díspar é um ímpeto ao fracasso (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002; MATSUDA, 2002).

Embora apresente críticas severas ao modelo, Lima (1994) também reconhece aspectos positivos da proposta, como participação, inovação, autonomia, formação, estabilidade, salário e carreira, e acrescenta que o problema do modelo estaria na concretização das ideias, que seriam incompatíveis com a forma como se organizam os processos produtivos.

Paiva et al. (2010) acrescentam que a filosofia da Qualidade Total não coaduna com o modelo tradicional de gestão, ainda marcante nas organizações de saúde no Brasil. Afirmam que, neste sentido, o desafio está em:

[...] superar o modelo tradicional de gestão e desenvolver linhas teóricas que consigam um olhar diferenciado para as especificidades; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial. [...] Para isso, faz-se necessária a reestruturação da saúde no Brasil sob a tríade: satisfação da clientela, valorização do profissional e qualidade dos serviços prestados (PAIVA et al., 2010, p. 315).

Há de se ressaltar que atualmente é evidente a preocupação do setor saúde em melhorar a qualidade da atenção e que a qualidade na prestação de serviços de saúde passou a ser um requisito mundialmente reconhecido (ADAMI, 2000; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; PAIVA et al., 2010). Além disso, quase duas décadas se passaram desde a publicação do trabalho de Lima (1994).

Apesar das controvérsias, estudos na área da saúde e enfermagem têm encontrado resultados positivos no gerenciamento da assistência com a implantação da filosofia da qualidade, ou simplesmente com o

uso de seus princípios e ferramentas, que vão desde redução de erros, satisfação do cliente interno e externo e transformação nos indicadores hospitalares (BALSANELLI; JERICÓ, 2005; FRANCO et al., 2010; GALLAGHER; ROWELL, 2003; MATSUDA; ÉVORA et al., 2006; SILVA et al., 2012).

Ultimamente, a ênfase na qualificação da gestão dos serviços de saúde tem sido uma estratégia para operacionalizar a construção de modelos de atenção que atendam com qualidade às necessidades de saúde e doença da população (PAIVA et al., 2010).

Um dos exemplos dessa movimentação recente em prol da melhoria da qualidade da atenção à saúde no Brasil foi a publicação da RESOLUÇÃO-RDC N° 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde e que tem como objetivo estabelecer requisitos fundamentados na qualificação e humanização da atenção e gestão e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (BRASIL, 2011).

Em nível estadual, o Governo do Estado do Paraná implantou em 2011, por meio de convênio/contrato vinculando cumprimento de metas a recursos, o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná – HOSPISUS. Esse programa visa melhorar a oferta de leitos hospitalares qualificados no estado e, entre outras coisas, que esses hospitais operem com eficiência e qualidade, atendendo às necessidades e demandas da população (PARANÁ, 2011).

Em âmbito municipal existe a contratualização entre o hospital e gestor loco regional do sistema. Esse “contrato” envolve a elaboração de planos operativos anuais, com o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas; a remuneração passa a ser feita por um modelo misto que engloba tabela de procedimentos e orçamento por metas, indicadores de desempenho e produção (BRIZOLA; GIL; CORDONI JÚNIOR, 2011).

Aliado a esta movimentação dos gestores, o usuário dos serviços de saúde também está cada vez mais esclarecido sobre seus direitos a uma

atenção segura e de qualidade. Embora o exercício desse direito seja observado de forma mais acentuada nos serviços privados, cada vez mais tem sido percebido nas instituições públicas de saúde, influenciando de forma positiva as organizações e seus trabalhadores na busca pela melhoria da qualidade do serviço prestado (MATSUDA, 2002; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Contribuindo para a maior reivindicação por qualidade pelos usuários do serviço público de saúde está a mudança do perfil dos pacientes que procuram por esses serviços. Ultimamente, não se pode afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS) atenda exclusivamente a população carente ou de baixa renda. Tem sido comum observar pacientes de classes econômicas mais elevadas usufruindo desses serviços, principalmente em razão dos elevados custos do sistema de saúde suplementar, aliado ao fato de que os hospitais públicos de ensino são foco do SUS para o investimento em novas tecnologias.

Diante da relevância da qualidade no mundo contemporâneo, no subtópico seguinte são abordados alguns fundamentos e princípios do modelo Gerenciamento da Qualidade Total, segundo o referencial teórico de Oakland (1994).

4.2 GERENCIAMENTO DA QUALIDADE TOTAL — TQM, SEGUNDO OAKLAND (1994)

Para Oakland (1994) o Gerenciamento da Qualidade Total – *Total Quality Management* (TQM) é uma abordagem abrangente e uma opção para a reorientação gerencial das organizações que visa melhorar a competitividade, a eficácia e a flexibilidade por meio do planejamento das ações. Tem como pressupostos o foco no cliente, o trabalho em equipe, as decisões baseadas em fatos e dados, a busca constante por soluções para os problemas e redução dos erros. Tem se apresentado como o modelo de gerência do futuro, pois além de garantir a qualidade do produto, é uma forma de gerenciar os processos de modo a alcançar a satisfação do cliente interno e externo.

TQM é uma abordagem em que, por meio do planejamento, organização e compreensão de cada atividade, se busca melhorar a competitividade, eficácia e flexibilidade, envolvendo todos os indivíduos, em qualquer tipo de organização.

O modo de gerenciar com qualidade no modelo TQM é composto por cinco elementos, dos quais o centro (núcleo sensível) é constituído pelas interfaces *cliente-fornecedor*, externo e interno, sendo que em cada interface existem inúmeros processos. O autor propõe que o núcleo sensível deva estar envolto por *comprometimento* (qualidade e atendimento aos requisitos do cliente); *comunicação* (mensagem da qualidade) e *cultura* (necessidade de mudança).

A Figura 1, a seguir, ilustra a proposta do autor.

FONTE: Oakland, 1994.

FIGURA 1 — Modelo de TQM proposto por Oakland.

Em cada interface cliente–fornecedor, demonstrada na Figura 1, existe um processo, ou processos. Processo é a transformação de *inputs* (ações, métodos e operações) em *outputs* (resultados–produtos, serviços, informação).

Para que os resultados de um processo atendam às necessidades e expectativas do cliente, faz-se imprescindível definir, monitorar e controlar seus *inputs*, os quais, por sua vez, podem ter sido *outputs* de um processo anterior. Desta forma, acaba-se com a crença nos rituais de verificar, testar, inspecionar e medir, mudando-se o foco da inspeção para a prevenção.

O autor define os elementos da Figura 1 como “*Fundamentos Soft*” da qualidade, aos quais devem ser acrescentados às “*Necessidades Hard*” da gerência – *Sistemas, Ferramentas e Grupos* da Qualidade.

O *Sistema da Qualidade*, como primeiro elemento *hard*, trata de um conjunto de componentes que envolvem estrutura organizacional, responsabilidades, procedimentos, processos e recursos. Cada um desses componentes integra, influencia e é influenciado pelo sistema, de forma que a análise de um deles não permite a compreensão do todo do sistema.

Este *Sistema* deve ser aplicado a todas as atividades da organização, e começa com a preparação da documentação necessária, preferencialmente de modo que atenda a uma norma internacional; e a melhor maneira de atender a este requisito é elaborar um Manual de Qualidade.

As *Ferramentas da Qualidade* são o segundo elemento *hard* de gerenciamento no modelo TQM. São utilizadas para gerenciar os processos, de modo a levá-los a progredir no ciclo de melhoramentos, além de mensurar o grau de aprimoramento, fornecendo subsídios para análise sobre o que fazer.

As *Ferramentas* podem ser utilizadas por qualquer tipo de organização e fornecem os meios de coleta, apresentação e análise de dados. São elas:

- ▶ Gráfico de fluxo de processos (O que é feito?);
- ▶ Folhas de verificação/tabelas de contagem (Com que frequência é feito?);

- ▶ Histogramas (Quais são as variações totais?);
- ▶ Diagramas de dispersão (Quais as relações entre os fatos?);
- ▶ Estratificação (Como são obtidos os dados?);
- ▶ Análise de causa e efeito (Quais as causas dos problemas?);
- ▶ Análise do campo de força (O que pode dificultar ou ajudar a mudança ou solução);
- ▶ Curva de ênfase (Quais os fatores mais importantes);
- ▶ Gráfico de controle (Quais variações e como devem ser controladas?).

Como terceiro elemento *hard* está o *Grupo da Qualidade*, que envolve uma série de elementos relativos a pessoal e estrutura, gerenciamento de responsabilidade e desempenho, análise departamental de projetos, criação de conselhos, comissões e grupos da qualidade, em que a função qualidade é tratada como ponto focal de toda a organização.

Cabe destacar que, em relação à filosofia da qualidade no setor de serviços, o ponto chave dos debates em relação ao uso de normas de sistemas de qualidade é o termo “*produto*”.

Em muitos serviços, entre eles os serviços de saúde, o produto é o indivíduo que recebe o benefício do serviço, portanto, afirma-se que as atividades e ações de cuidados serão os processos, que culminarão em um produto de bom resultado, ou não.

Deste modo, a capacitação da equipe é um fator chave de influência para a qualidade dos processos e, por conseguinte, do produto. Deste modo, investimentos maciços em seleção e capacitação são imprescindíveis para o setor.

No subtópico seguinte são apresentados alguns princípios e ferramentas do TQM utilizados na área da saúde, com foco no Controle de Processos e elaboração do Plano de Ação.

4.3 GERENCIAMENTO DA QUALIDADE TOTAL NA SAÚDE SEGUNDO NOGUEIRA (2008)

De acordo com Luis Carlos Lima Nogueira, médico brasileiro que nos últimos anos tem se dedicado ao estudo de sistemas de gestão aplicáveis à área da saúde, o termo “crise na saúde” no Brasil é uma constante nas manchetes, em função de um contexto de escasso investimento e consumo ineficiente de recursos, quando não, do desvio destes. Diante deste cenário se reafirma a necessidade de modelos de gestão que aperfeiçoem a aplicação dos recursos e ampliem a produtividade e a satisfação dos clientes, internos e externos.

Estima-se algo em torno de 30 a 40% de dinheiro investido na saúde sendo consumido em desperdício, retrabalho e ineficiência, em razão da complexidade excessiva dos processos característicos desta área de atuação. Portanto, os serviços de saúde são um campo fértil para aplicação do TQM, que trata da incessante busca pela melhoria contínua, por meio de uma metodologia específica (NOGUEIRA, 2008).

Para o referido autor, existem inúmeros exemplos de sucesso documentados na literatura com a adoção do TQM no setor de serviços e que se contrapõem às resistências iniciais à adoção de um modelo desenvolvido para a indústria na área de prestação de serviços de saúde.

O modelo de TQM contempla, além da qualidade técnica, outras dimensões igualmente importantes: qualidade intrínseca, custo, atendimento, segurança (de quem executa e de quem recebe o serviço) e moral (coletivo de motivação), as quais devem ser levadas em consideração por todos os envolvidos na execução do trabalho, pois todas essas dimensões afetam a percepção final do cliente (interno, externo) e seu nível de satisfação (NOGUEIRA, 2008).

Na concepção de Nogueira (2008) um dos pontos mais importantes do conceito TQM é o controle de processos, definido como o conjunto de meios para se chegar a um determinado fim.

Um processo maior pode estar permeado por inúmeros outros processos menores. Por exemplo, o processo de administração de um medicamento envolve outros processos, que vão desde o pedido de compra, licitação, compra, estocagem, dispensação, preparo, administração etc.

O modelo de TQM não prevê a cultura do medo, em que a preocupação central é encontrar culpados por erros. Ao contrário, por meio do controle dos processos busca-se detectar onde ocorrem os problemas e, a partir daí, analisá-los, buscar as causas e elaborar um plano de ação para atuar sobre essas causas, no sentido de evitar recorrências (NOGUEIRA, 2008).

A tendência natural dos processos não controlados é a deterioração progressiva, com resultados de qualidade cada vez piores. Segundo Nogueira (2008) diante da complexidade dos processos nas organizações de saúde é imprescindível que o controle aconteça por meio de metodologias e ferramentas específicas.

O controle sistemático dos processos na área de prestação de serviços de saúde, segundo a filosofia TQM, se dá pelo uso do Ciclo PDCA, método oriundo dos termos em inglês *Plan, Do, Check, Act*. Sua utilização possibilita atuar no Planejamento, Manutenção e Melhoria (Trilogia de Juran) dos padrões de qualidade dos produtos e serviços, que se traduz na essência da filosofia do TQM.

A Trilogia de Juran é composta por três atividades: Planejamento da Qualidade; Manutenção da Qualidade e Melhoria da Qualidade (NULANO, 2005).

O Planejamento da Qualidade é a atividade de estabelecimento das diretrizes (normas) de controle das dimensões da qualidade (qualidade intrínseca, custo, atendimento, segurança e moral). Esta atividade também é conhecida com descrição do negócio, em que se identificam o cliente e suas necessidades e gerencia-se o processo com base na compreensão de toda sua dinâmica. Nesta fase define-se a meta e o método.

Na Manutenção da Qualidade, a preocupação central é garantir que o processo ocorra conforme planejado, com vista a resultados previsíveis, segundo as normas estabelecidas. A essência desta fase, portanto, é o cumprimento de Procedimentos Operacionais Padrão.

Na fase de Melhoria da Qualidade, as metas, quando atingidas, são alteradas para níveis superiores de qualidade em todas as cinco dimensões. Deste modo também os métodos podem ser revistos e reformulados.

O Ciclo PDCA, ou ciclo Shewart-Deming, é uma forma sistematizada de abordagem composta por quatro fases, conforme demonstrado na Figura 2, a seguir.

CICLO PDCA DE CONTROLE DE PROCESSOS	
P – Plan	Planejamento (estabelecimento de metas e definição de métodos).
D – Do	Educar os executores (conhecimento teórico). Treinar (habilidade prática). Coletar dados (subsídio à fase seguinte).
C- Check	Verificação dos resultados em relação às metas.
A – Act	Atuar: Meta alcançada - padronizar o método; Meta não alcançada – atuar corretivamente e voltar a fase P.

ADAPTADO DE: Nogueira, 2008.

FIGURA 2 — Ciclo PDCA de Controle de Processos, Londrina-PR, 2013.

O Ciclo PDCA permeia todas as três atividades da Trilogia de Juran. Na fase de Manutenção da Qualidade, o PDCA também é conhecido como SDCA, onde S significa *Standard* (padrão).

A cada reajuste de metas, ou até mesmo no caso de um desvio de resultado em relação à meta estabelecida, o PDCA deve ser utilizado (PDCA

de Solução de Problemas). Neste ciclo a fase P é mais detalhada e é subdividida em quatro partes:

- ▶ **IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA** — definição da natureza do problema;
- ▶ **OBSERVAÇÃO** — conhecimento e compreensão acerca do problema;
- ▶ **ANÁLISE DO PROBLEMA** — análise das causas;
- ▶ **PLANO DE AÇÃO** — contramedidas para neutralizar as causas.

Para elaboração do Plano de Ação, Nogueira (2008) propõe o método 5W1H, que é um instrumento simples e extremamente útil na sua consolidação. Nele se listam as causas do problema e as contramedidas para neutralizá-las.

Este método se resume em responder a seis questões, originalmente na língua inglesa: **What** – o que fazer; **Who** – quem; **Where** – onde; **When** – quando; **Why** – por que e **How** – como.

Apesar das críticas à aplicação do modelo TQM na área da saúde, reitera-se a importância de seus princípios e ferramentas na busca da qualidade da atenção, que deve ser vista como um processo de contínuo melhoramento, considerando a satisfação das necessidades dos envolvidos.

A seguir, desenvolve-se o tema Validação de Medidas Avaliativas, por se tratar de condição essencial, que precede o uso de instrumentos de medição de desempenho/qualidade.

4.4 VALIDAÇÃO DE MEDIDAS AVALIATIVAS

O valor da pesquisa em qualquer área temática gira em torno de sua validade e inconsistências têm sido observadas quando são usados instrumentos de medida não validados (BORGES; MEDEIROS, 2009).

Reiterando o exposto, Lilford et al. (2003) afirmam que métodos de medição confiáveis são imprescindíveis sempre que se pretende fazer uma inferência e, considerando que as inferências estão no centro de qualquer investigação e da gestão, há uma enorme necessidade de entender melhor como fazer medições que sejam significativas, precisas e exatas.

As medidas têm o atributo de delinear os fenômenos para que estes possam ser analisados estatisticamente; sendo assim necessitam ser válidas, ou seja, as variáveis delineadas da medida devem representar o fenômeno em estudo (FERNANDES, 2005; VITURI, 2007).

Na presente pesquisa, o fenômeno/construto em estudo é a **QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**, conceituado por Silva (1994, p. 77) como “Um conjunto de ações desenvolvidas pelo profissional, com conhecimento, habilidade, humanidade e competência, objetivando o atendimento das necessidades e expectativas de cada paciente”.

A validade é determinada pela capacidade que a medida possui para captar ou revelar um dado fenômeno. Deste modo, validade é a extensão ou grau em que a medida representa o conceito ou domínio que o instrumento se propõe a medir (BYRNE; REGAN; HOWARD, 2005; CARMINES; ZELLER, 1979; FERNANDES, 2005; FERREIRA, MARQUES, 1998; NORONHA et al., 2003; PASQUALI, 2001; VITURI, 2007; VITURI; MATSUDA, 2008) e implica dois atributos: a acurácia e a precisão.

Acurácia é a capacidade da medida em representar, verdadeiramente, o que deveria representar, de modo que se tenha segurança de que os dados obtidos numa amostra permitam fazer inferências sobre uma determinada população — validade externa, bem como possibilitem inferir se a

variável independente estaria influenciando a variável dependente — validade interna (QUEIJO, 2002; MEDRONHO, 2004).

A precisão ou estabilidade representa a intensidade com que a medida pode ser reproduzida, ou seja, a consistência dos resultados obtidos pelos mesmos indivíduos em oportunidades diferentes, ou indivíduos diferentes na mesma ocasião (ANASTASI, 1988). Quanto mais precisa for a medida, maior será o poder estatístico de que a amostra estime os valores médios e teste as hipóteses (HULLEY et al. 2007; QUEIJO, 2002; VITURI, 2007).

A validade divide-se em **VALIDADE DE CONSTRUTO** ou conceito (*construct validity*), que expressa a amplitude em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno sob estudo, ou seja, avalia se o construto e suas variáveis observáveis estão relacionados; **VALIDADE DE CRITÉRIO**, que corresponde à relação entre a medida que está sendo testada e outra que serve como critério de avaliação; e **VALIDADE DE CONTEÚDO**, que diz respeito à representatividade e a extensão com que cada item da medida comprova um domínio específico sob estudo e a dimensão de cada item dentro daquilo que se propõe a medir de um determinado conceito (ANASTASI, 1988; BAJAY; ARAÚJO, 2006; CARMINES; ZELLER, 1979; FERNANDES, 2005; KIM; FISHER; ELLIOTT, 2006; NORONHA et al, 2003; PASQUALI 1998; RUBIO et al., 2003).

A validade de construto por vezes é referida como hierarquicamente superior aos demais tipos de validade, ou seja, seriam estes outros tipos de validade que confeririam evidências sobre a validade de construto de um instrumento de avaliação (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995).

Validade de conteúdo é um exame sistemático do teor de um teste, com o objetivo de verificar se compreende uma amostra representativa do campo do comportamento a ser medido, ou seja, do conceito/construto em estudo (ANASTASI, 1988; HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995).

Vituri (2007) desenvolveu e validou pela estratégia de validação de conteúdo, um instrumento avaliativo composto por indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem, construído com o intuito de propor um método de

avaliação objetivo e prático, fundamentado cientificamente e condizente com o contexto local.

No referido estudo, os indicadores de qualidade originaram o *Manual Operacional*, além de um instrumento avaliativo que, em sua proposta inicial, era composto por 43 itens de verificação para dez indicadores, por meio de uma metodologia que combina o método de auditoria operacional e retrospectiva (VITURI, 2007).

Todo o material desenvolvido foi submetido à avaliação por nove *experts*, peritos no domínio do conteúdo sob estudo. Os procedimentos envolveram avaliar o *Manual Operacional* em relação à fundamentação científica de cada indicador, descritor do indicador, tamanho da amostra, fonte de dados, metodologia de coleta, critérios de avaliação, cálculo para determinação do desempenho (numerador e denominador) e escore de adequação ao padrão de qualidade (VITURI, 2007).

Os *experts* avaliaram também cada um dos itens de verificação em relação aos atributos: comportamental, objetividade, simplicidade, clareza, pertinência, precisão, variedade e credibilidade. Na terceira etapa, analisaram o conjunto dos componentes de cada um dos indicadores em relação aos atributos: atribuível, acessível, comunicável, contextualizável, efetivo/preciso, exequível e objetivo (VITURI, 2007).

A análise dos dados deu-se pela aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index* - CVI), que avalia a representatividade da medida e considera que a concordância dos *experts* deva ser superior a 80%, e pelo Índice de Fidedignidade (*Interrater Agreement* - IRA), que avalia a representatividade e clareza dos itens em relação ao conteúdo, tendo sido adotado o escore de validade de 100% para a concordância dos *experts* (VITURI, 2007; ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Os resultados obtidos apontaram para a validade dos indicadores e indicaram a necessidade de reformulação de alguns. As sugestões dos *experts* foram acatadas em sua totalidade e o processo culminou em 12 indicadores de

qualidade, compostos por 52 itens de verificação, sendo o instrumento considerado válido quanto ao seu conteúdo para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem (VITURI, 2007). Contudo, ainda é necessário o cumprimento de uma etapa imprescindível para o julgamento da qualidade do instrumento e confiabilidade da medida. Trata-se da determinação de sua fidedignidade, que nada mais é do que a avaliação da estabilidade e consistência da medida (NORONHA et. al., 2003; POLIT; BECK, 2004; TAKAHASHI, et. al, 2008).

Ressalta-se que, por vezes, o termo fidedignidade é tratado como sinônimo de confiabilidade; por vezes confiabilidade vem descrita como atributo de fidedignidade, a depender da referência consultada. Sendo assim, optou-se por definir os termos e adotá-los conforme a referência os apresenta.

Fidedignidade vem a ser “Qualidade daquilo que é fidedigno; autenticidade, veracidade.”; Fidedigno: “Digno de fé; que merece crédito” (AURÉLIO, 2012 [*on line*]).

Confiabilidade: “Qualidade ou estado daquele ou daquilo em que se pode confiar” e Confiar: “Ter confiança, acreditar, fiar-se” (MICHAELLIS, 2012 [*on line*]).

Em síntese, a validade analisa se o conceito correto está sendo medido e a confiabilidade estima a consistência e estabilidade da medida (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2006; TROCHIM, 2006). A falta de validade aumenta o viés da avaliação, enquanto a falta de confiabilidade aumenta o erro aleatório (CARMINES; ZELLER, 1979).

Fidedignidade, para Pasquali (2003), Flaks (2008) e Polit e Beck (2004) implica três aspectos: confiabilidade, consistência e precisão.

Confiabilidade pode ser definida como o grau em que o resultado medido reflete o resultado verdadeiro, ou seja, o quanto uma medida está livre da variância dos erros aleatórios (FERREIRA, MARQUES, 1998; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2006; HAYES, 1998; HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010;

NORONHA et al., 2003; PASQUALI, 2001; PASQUALI, 2003; POLIT; BECK, 2004).

Para Trochim (2006) e Wuensch (2010), confiabilidade é a proporção da variância nos escores de medição, que é devido a diferenças no escore verdade e não ao erro aleatório.

Apesar de se ter a impressão de se tratar de duas definições contrárias, na verdade são complementares, pois parte-se do pressuposto de que, se a medida deve estar livre da presença de erros aleatórios, sua confiabilidade será dada pela variância no escore verdade. O percentual desta variância é que determinará o grau de confiabilidade do instrumento.

Trochim (2006) explana o exposto utilizando-se dos princípios da *True Score Theory*, em que uma medida “X”, ao ser pontuada por dois observadores, resulta na pontuação X_1 e X_2 . A pontuação para o que está sendo medido é composta por duas partes, um componente “verdade” (T), ou nível real, e um componente “erro” de medição (e).

Desta forma tem-se a seguinte equação: $X = T + eX$, onde:

$$X_1 = T + eX_1 \quad X_2 = T + eX_2$$

FONTE: Trochim, 2006.

FIGURA 3 — Equação *True Score Theory*.

Conforme se observa na Figura 3, a única coisa que as duas pontuações têm em comum é o escore verdade (T), pois a pontuação de erro (e) é assumida como sendo aleatória. Por vezes os erros podem levar a um melhor desempenho em um teste do que sua pontuação verdadeira, enquanto outras vezes pode levar a uma pontuação pior. Todavia, a pontuação verdade, ou seja, a verdadeira habilidade que está sendo medida, deveria ser a mesma em ambas as observações (TROCHIM, 2006; WUENSCH, 2010).

Diante do exposto, Tronchim (2006) e Wuensch (2010) são categóricos ao afirmarem que a confiabilidade não pode ser calculada, pois não é possível medir o escore do componente verdade em uma observação. Sendo assim, somente é possível estimar a confiabilidade como a correlação entre duas observações da mesma medida.

Deste modo conclui-se que a fidedignidade de um teste aumenta à medida que o componente de erro diminui, e obter os coeficientes de precisão de um instrumento torna-se um passo imprescindível para que o grau de confiabilidade da medida seja testado (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010; NORONHA et al., 2003).

A confiabilidade pode ser considerada maior quando se obtiver uma menor variação de um atributo em repetidas mensurações (NORONHA et al., 2003; PERROCA, 2000; POLIT; BECK, 2004).

A precisão também pode ser utilizada como atributo de garantia de confiabilidade, ou seja, uma medida é confiável em relação ao grau de precisão com que consegue refletir as medidas reais do atributo investigado, ou seja, a coerência dos resultados (ANASTASI, 1988; PERROCA, 2000).

As formas de se mensurar confiabilidade são: estabilidade, consistência interna e equivalência (NORONHA, 2003; POLIT; BECK, 2004).

Estabilidade é o quanto os mesmos resultados são obtidos quando o instrumento é utilizado em duas ocasiões diferentes com os mesmos sujeitos (confiabilidade teste-reteste ou precisão teste-reteste). Neste caso, a precisão do reteste mostra até que ponto os resultados estão suscetíveis a mudanças aleatórias diárias nas condições do sujeito ou do ambiente de teste e, deste modo, o quanto os resultados podem ou não ser generalizados (ANASTASI, 1988; PERROCA, 2000; POLIT; BECK, 2004).

A consistência interna objetiva verificar se todas as subpartes do instrumento estão mensurando o mesmo atributo (*“the split-half technique”* ou precisão das metades). Desta maneira, em uma única aplicação do teste,

dividem-se os itens em duas metades, por exemplo, uma parte com os itens pares do instrumento de medida e a segunda com os ímpares e testa-se a correspondência de amostragem do item (ANASTASI, 1988; PERROCA, 2000; POLIT; BECK, 2004).

A equivalência é um método para estimar a confiabilidade mediante a aplicação do mesmo instrumento por observadores diferentes, para medir os mesmos fenômenos (confiabilidade interavaliadores ou precisão do avaliador). É indicado principalmente para instrumentos clínicos, em que existem provas consideráveis de variância do examinador. Certos tipos de testes dependem muito do julgamento do avaliador e, deste modo, se faz necessário estimar a precisão do avaliador, sendo os dois resultados obtidos de cada sujeito correlacionados (ANASTASI, 1988; PERROCA, 2000; POLIT; BECK, 2004; TROCHIM, 2006).

Anastasi (1988) e Litwin (1995) propõem uma forma alternativa para o teste de confiabilidade, que Anastasi (1988) nomeou de *Precisão de Formas Alternativas*. Ela consiste, por exemplo, na mudança de ordem das respostas para questões de múltipla escolha, em duas aplicações distintas em momentos distintos. Desta forma, seria avaliada a correlação dos resultados neste intervalo de tempo.

Existe ainda o método de Precisão de Kuder-Richardson, em que é testada a coerência interitens, que será maior quanto mais homogêneo o domínio sob estudo. Isto significa que, se o construto a ser medido for heterogêneo e esta heterogeneidade esteja presente nos itens, menor a coerência interitens. Por exemplo, se o teste for matemático e houver somente questões de multiplicação, a coerência interitens será maior do que um teste matemático onde existam questões de multiplicação, adição, subtração e divisão (ANASTASI, 1988).

Em síntese, a precisão teste reteste testa a variância do erro quando abrange flutuação temporal, o método de consistência interna prevê a variância entre conjuntos paralelos de itens e a equivalência estima a variância do avaliador. Na Precisão de Kuder-Richardson a variância do erro se atribui à

heterogeneidade do domínio comportamental amostrado e à amostragem de conteúdo; e na Precisão de Forma Alternativa estima-se a estabilidade temporal e a amostragem de itens.

Independente do método para se estimar a precisão, é imprescindível que esta seja determinada e descrita no que Anastasi (1988) denominou de *Manual do Teste*, em que recomenda que estejam delineadas as características da amostra avaliada, assim como Vituri (2007) desenvolveu em seu estudo, no chamado *Manual Operacional*.

Ressalta-se que, por melhor que seja um instrumento de medida, os escores obtidos nunca estarão livres de erros (POLIT; BECK, 2004; TROCHIM, 2006). Anastasi (1988) afirma que o erro de mensuração é consequência de fatores casuais, sem significação.

Alguns fatores podem contribuir para que os erros de medição aconteçam. Polit e Beck (2004) apontam os seguintes fatores:

- ▶ Contaminantes situacionais como, por exemplo, a presença de alguém observando a medição;
- ▶ Parcialidade nas respostas, quando características dos respondentes podem interferir na medida do atributo;
- ▶ Fatores pessoais transitórios como fadiga;
- ▶ Variações na aplicação do instrumento entre os avaliadores;
- ▶ Amostragem dos itens.

Os erros que afetam as medidas são classificados em dois subgrupos, os erros aleatórios e os erros sistemáticos (TROCHIM, 2006).

Erros aleatórios derivam de fatores que afetam a medição da variável de forma accidental em toda a amostra, por exemplo, o estado de humor do avaliador. A propriedade importante dos erros aleatórios é que eles adicionam

variabilidade aos dados, mas não afetam o desempenho médio para o grupo (TROCHIM, 2006).

Erros sistemáticos são causados por qualquer fator que sistematicamente afete a medição da variável em toda a amostra. Ao contrário dos erros aleatórios, erros sistemáticos tendem a ter um efeito consistentemente positivo ou negativo, por isso, é por vezes considerado como viés de medição (TROCHIM, 2006).

O erro sistemático surge quando o instrumento, de forma consistente, mede algo diferente daquilo que foi projetado para medir (WUENCH, 2010).

A representação do descrito por Trochim (2006), com base na *True Score Theory*, está reproduzida na Figura 4, a seguir, onde e_r corresponde ao erro aleatório, ou randômico, e e_s ao erro sistemático.

$$X = T + e_r + e_s$$

FONTE: Trochim, 2006.

FIGURA 4 — Equação *True Score Theory* – tipos de erro.

Em relação ao número de juízes para proceder à avaliação de instrumentos de medidas, em revisão integrativa realizada por Alexandre e Coluci (2011), as autoras encontram controvérsias em relação à determinação de um número ideal, sendo o número mínimo definido por Crocker, Llabre e Miller (1988) de três juízes.

Com base no exposto é possível observar a importância e complexidade dos procedimentos de validação. Daí a necessidade de delimitação/definição do construto a ser avaliado e de sua dimensionalidade, conceituá-lo de forma clara e objetiva e determinar quais aspectos e dimensões do conceito serão mensurados.

Somente a partir disso se dará a construção do instrumento de medida e os testes para sua validação. A confiabilidade e concordância são questões extremamente importantes no desenvolvimento de instrumentos de medição, pois fornecem informação sobre a quantidade de erro inerente à medida. A validade de um estudo clínico é determinada por essa quantidade de erro (KOTTNER et al. 2011).

No tópico seguinte apresenta-se, de forma sucinta, o instrumento de medida em processo de validação, desde sua criação, para situá-lo no contexto dos procedimentos subsecutivos.

5 Considerações Sobre o Instrumento Testado

O instrumento de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem proposto por Vituri (2007) tem sido utilizado na instituição em estudo desde o ano de 2003 e seu processo de validação de conteúdo iniciou em 2005 e foi concluído no ano de 2007.

Dando continuidade aos procedimentos para julgar a qualidade dos instrumentos de medida, segue-se no presente estudo com o teste de confiabilidade dos indicadores. Para tanto, faz-se necessário relembrar os passos seguidos por Vituri (2007) no sentido de facilitar a compreensão do processo.

Os passos adotados por Vituri (2007) tiveram como sustentáculo os preceitos de Beck (1999), Bertoloncelo (2004), Bohomol (2006), Fernandes (2005), Lynn (1986), McGlynn e Asch (1998), Pasquali (1998, 2001, 2003), Rubio et al. (2003), Westmoreland et al. (2000). Estes passos estão apresentados na sequência.

a) DETERMINAÇÃO DO DOMÍNIO OU FENÔMENO SOB ESTUDO (CONSTRUTO): nesta fase definiu-se o fenômeno como Qualidade do Cuidado de Enfermagem, que foi conceituado segundo Silva (1994, p. 77), conforme apresentado à página 55

O construto é um conceito consciente e deliberadamente adotado com um propósito científico. É formado, geralmente, por conceitos de um nível inferior de abstração; deste modo, pode não ser facilmente ligado aos fenômenos que representa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O conceito representa o fenômeno, ou aspectos do fenômeno sob estudo. Expressa uma abstração constituída a partir da generalização de observações particulares e vem a ser um instrumento básico do método científico, na sua função de analisar a realidade e comunicar seus resultados (MARCONI; LAKATOS, 2010).

b) DEFINIÇÃO DO UNIVERSO DO CONTEÚDO: aspecto do cuidado a ser avaliado: nesta etapa construiu-se a Tabela de Especificação do Conteúdo, em que o conceito foi dividido em tópicos e subtópicos, explicitando a importância relativa de cada um dentro do teste (Tabela 1).

5 Considerações Sobre o Instrumento Testado

A construção da Tabela de Especificação do Conteúdo visa especificar os aspectos e dimensões do conceito que serão considerados. As dimensões supõem as variáveis a serem identificadas e mensuradas (MARCONI; LAKATOS, 2010). Nesta fase não coube a determinação da ponderação de cada tópico em razão de que o instrumento seguia a lógica das folhas de verificação (Ferramentas da Qualidade), onde são registradas as frequências dos eventos observados, ou seja, não existia um esquema de pontuação mínima e máxima, nem notas associadas, assim como no estudo de Lima e Portella (2010).

TABELA 1 — Tabela de especificação de conteúdo do domínio.

CONSTRUTO	QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM												
Necessidades Humanas Básicas/Padrões de Registros	Segurança Física				Nutrição e Hidratação				Eliminações		Registros		T O T A L
Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
n	2	2	4	2	4	9	4	6	5	5	3	3	49
Proporção por Indicador (%)	4,08	4,08	8,16	4,08	8,16	18,40	8,16	12,24	10,20	10,20	6,12	6,12	100,00
n	4				23				6		16		49
Proporção por Necessidade(%)	8,16				46,94				12,24		32,65		100,00

FONTE: Vituri, 2007, p. 187.

As proporções correspondem ao nível de representatividade de cada tópico e subtópico no instrumento de medida e o “n” representa o número de itens por tópico e subtópico. Estes foram determinados a partir da seleção das necessidades de cuidados mais críticos com relação à qualidade na instituição estudada (VITURI, 2007).

- c) **CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO INSTRUMENTO**, que deve ser a expressão da representação comportamental do que se deseja medir, ou seja, as tarefas que os indivíduos executarão e que serão avaliadas (PASQUALI, 1998; 2001; 2003).
- d) **SELEÇÃO E DEFINIÇÃO DE UM NOME PARA CADA INDICADOR**.
- e) **CONSTRUÇÃO DAS MEDIDAS** — numerador, denominador, população, amostra, ajuste de risco, fonte dos dados, método de coleta e escore da medida.
- f) **ANÁLISE TEÓRICA DOS ITENS** — teste da força científica da medida por peritos no domínio do conteúdo sob estudo, que avaliaram se os itens estariam se referindo ao construto em questão (PASQUALI, 1998; 2001; 2003).
- g) **ANÁLISE DOS DADOS PELO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO** — Content Validity Index (RUBIO, 2003) e pelo Índice de Fidedignidade - Inter Rater Reliability (BECK 1999; LYNN, 1986; RUBIO et al., 2003; WESTMORELAND et al., 2000).

A partir do cumprimento dos passos descritos e a reformulação do instrumento, indicadores e itens de avaliação de acordo com os pareceres dos *experts*, o instrumento foi considerado validado pela estratégia de validação de conteúdo (VITURI, 2007).

Os indicadores validados por Vituri (2007) foram:

1. Identificação do leito do paciente;
2. Identificação de risco para queda do leito;

3. Identificação de acessos venosos periféricos;
4. Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas;
5. Identificação de equipos para infusão venosa;
6. Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão;
7. Identificação de sondas gástricas;
8. Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese;
9. Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem;
10. Controle de sinais vitais;
11. Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica;
12. Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro.

O instrumento proposto por Vituri (2007) vem sendo utilizado sistematicamente na instituição desde sua validação e, considerando que o padrão de qualidade deve acompanhar a evolução do conhecimento científico da área (BRASIL, 2006), ao longo deste período os descritores de alguns indicadores sofreram as seguintes alterações:

- **INDICADOR 5:** Identificação de equipos para infusão venosa: alterado prazos de troca dos equipos conforme estabelecido no *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections* (O'GRADY et al., 2011) de modo a estabelecer como descritor: Os equipos instalados em pacientes recebendo infusão venosa devem estar identificados com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca/instalação e rubrica do funcionário responsável. São considerados os seguintes prazos para troca de equipos: 72 horas – equipos de bomba infusora, 96 horas (4 dias) a 168 horas (7 dias) – equipos macrogotas, microgotas e microgotas com reservatório, 24 horas – equipos de PVC, nutrição parenteral total – NPT e equipos para infusão de sangue e hemoderivados, 6 a 12 horas – equipos para administração de propofol.

- ▶ **INDICADOR 7:** identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem: alterado prazo de troca da sonda para 72 horas, de forma que o descritor ficou assim redigido (SCHWENCK; QUINONEIRO, 2009): As sondas nasogástricas e orogástricas, de PVC do tipo Levine, devem ser identificadas na sua porção externa, com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca/inserção e rubrica do funcionário responsável. Deve ser considerado o prazo de 72 horas para troca da sonda. Sondas de silicone não devem ser avaliadas.

- ▶ **INDICADOR 10:** controle de sinais vitais - acrescentado ao descritor as seguintes diretrizes de avaliação: A ausência do registro de qualquer sinal vital (SSVV) prescrito caracteriza uma verificação incompleta. A contagem se dá por horário prescrito. SSVV verificados além do prescrito devem ser computados. Decidiu-se por inserir estes critérios no descritor, pois na avaliação diária percebeu-se que o avaliador apresentava dúvidas em relação ao que computar, ou não.

- ▶ **INDICADOR 12:** Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro — acrescentado ao descritor os seguintes critérios de avaliação: Verificar se o impresso existe, se indica o grau de dependência do paciente em relação à assistência de enfermagem e se este é adequado, cuidados imprescindíveis (dieta, banho, higiene oral, mudança de decúbito, etc.), cuidados especiais (curativos, sondas, drenos, aspiração etc.) cuidados de pré e pós-operatório/exames, sinais e sintomas pertinentes, aprazamento correto, uso somente de abreviaturas padronizadas (HADDAD, 2004). Decidiu-se por inserir estas informações, pois se percebia nas avaliações diárias que o descritor estava possibilitando um julgamento subjetivo da qualidade da prescrição de enfermagem.

Além dessas adequações, tem-se percebido que os indicadores 2 — Identificação de risco para queda do leito e 12 — Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro apresentam problemas quanto a sua precisão,

5 Considerações Sobre o Instrumento Testado

pois sua subjetividade imprime a necessidade de ajuizamento por parte do avaliador.

No caso do indicador 2, acredita-se que o descritor não esteja caracterizando exatamente a população de risco para queda, ficando sujeito à interpretação.

O indicador 12 tem se mostrado vinculado à competência técnica do avaliador no que diz respeito a relacionar o diagnóstico, quadro clínico e necessidades do paciente para o julgamento sobre a adequação ou não da prescrição elaborada. Embora isto pareça lógico, acredita-se que a metodologia de avaliação utilizada, aparentemente, não possibilite uma avaliação precisa do indicador 12, pois o contato com o paciente é limitado, prejudicando uma percepção acurada de todas as suas necessidades de modo a subsidiar uma avaliação aprofundada da qualidade da prescrição de enfermagem.

No sentido de tentar corrigir esses problemas, no presente estudo procedeu-se, também, à readequação desses dois indicadores.

No tópico seguinte, apresenta-se a metodologia adotada no desenvolvimento do estudo.

6 Material e Método

O presente estudo foi desenvolvido em duas etapas distintas, a saber:

□ PRIMEIRA ETAPA

- ▶ Teste de Confiabilidade

□ SEGUNDA ETAPA

- ▶ Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem;
 - Proposição de Medidas de Intervenção Educativa

As etapas estão apresentadas na Figura 5 com o objetivo de dimensionar, visualmente, os passos percorridos.

FONTE: desenvolvido pelo próprio autor.

FIGURA 5 — Fluxograma demonstrando as etapas do desenvolvimento do estudo, Londrina - PR, 2013.

Primeira Etapa

6.1 TESTE DE CONFIABILIDADE

6.1.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, metodológica, experimental e aplicada.

Pesquisa metodológica refere-se a um tipo de estudo que se destina à elaboração de instrumentos de captação ou de manipulação da realidade e, desse modo, está associada a formas e procedimentos para se atingir um determinado fim (MORESI, 2003; POLIT; BECK, 2004).

A pesquisa aplicada se destina a geração de conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos (MORESI, 2003).

6.1.2 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital em estudo é de nível terciário, público de ensino, centro de referência regional para o Sistema Único de Saúde – SUS e atende pacientes de cerca de 250 municípios do estado do Paraná e de mais de 100 cidades de outros estados, de várias regiões do País, principalmente São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012b).

É o único hospital público de grande porte do norte do estado. Atua na prestação de assistência à saúde em praticamente todas as especialidades médicas, formação de recursos humanos, educação continuada, pesquisa extensão e desenvolvimento tecnológico e cooperação técnica e científica com a rede de serviços (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012b).

Possui 313 leitos, numa estrutura física da década de 1970. As unidades mais novas, como internação Médico-Cirúrgica Feminina, Centro de Tratamento de Queimados e Centro de Transplante de Medula Óssea, possuem

estrutura mais adequada. As demais mantêm a estrutura original da época em que a instituição era um dispensário para tuberculosos.

É referência para atendimento de urgência e emergência nível III, alta complexidade, gestação de alto risco, neurocirurgia, queimados, Sistema Nacional de Transplantes – córnea, rim e medula, oncologia, gastroplastia, alta complexidade cardiovascular e traumatologia e atenção lábio-palatal (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012b).

A coleta de dados foi realizada em uma unidade Médico-Cirúrgica Feminina com 46 leitos e uma unidade Médico-Cirúrgica Masculina com 67 leitos.

A unidade Médico-Cirúrgica Feminina passou por reforma e reestruturação no ano de 2008. É composta por 13 enfermarias de 3 a 5 leitos, com banheiros privativos e possui dois postos de enfermagem. As duas últimas enfermarias são isoladas do corpo da unidade e são destinadas ao atendimento de pacientes com micro-organismos multirresistentes.

Essa unidade possui um quadro de quatro enfermeiros e 37 servidores de enfermagem de nível médio (16 técnicos de enfermagem e 21 auxiliares de enfermagem) (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012c).

A Unidade Médico-Cirúrgica Masculina está locada numa estrutura física antiga, da década de 1970. Passou por várias reformas, porém nenhuma reestruturação significativa, apenas ajustes necessários ao contexto e demandas momentâneas. As enfermarias são de seis a sete leitos, com banheiros coletivos no corredor. As três últimas enfermarias estão isoladas do corpo da unidade para o tratamento de pacientes com micro-organismos multirresistentes.

Possui um quadro de 10 enfermeiros e 56 servidores de enfermagem de nível médio (31 técnicos de enfermagem e 25 auxiliares de enfermagem) (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012c).

6.1.3 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de abril de 2011.

6.1.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados mediante a aplicação do “Instrumento de Registro de Busca Ativa” (Anexo A), elaborado e validado quanto ao seu conteúdo por Vituri (2007).

O instrumento abrange doze indicadores de qualidade da assistência de enfermagem relacionados à prevenção de eventos adversos. É composto por 52 itens de verificação e enquadra-se, quanto à sua estrutura, como Ferramenta da Qualidade do tipo Folha de Verificação, em que o avaliador registra com que frequência evidencia a situação descrita.

Para o desenvolvimento desta etapa foi criado um instrumento para coleta da percepção dos juízes sobre as dificuldades no processo de avaliação e um folder denominado de “Roteiro de Avaliação dos Indicadores de Qualidade do Cuidado”, a partir do Manual Operacional dos indicadores de qualidade validado em estudo anterior por Vituri (2007), em que o descritor de cada um dos doze indicadores encontra-se determinado, de forma a explicitar o padrão de qualidade esperado para cada aspecto do cuidado a ser avaliado (Apêndice A).

6.1.5 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA — 1º TESTE DE CONFIABILIDADE

População, segundo Medronho (2004) é o conjunto de elementos elegíveis para fazer parte da amostra. Nesta etapa do estudo a população foi constituída por enfermeiros que atuavam nas unidades de assistência a pacientes internados do hospital em estudo.

A amostra foi determinada pela técnica de amostragem sistemática, que é utilizada quando a população está naturalmente ordenada, por

exemplo, em uma lista, e é uma variação da amostragem aleatória (MEDRONHO, 2004). Neste tipo de amostragem, a cada “K” elementos, um é escolhido (BARBETTA, 2004).

Utilizou-se uma listagem preexistente de nomes – cadastro, para determinação do número de corte e para seleção dos enfermeiros, considerando duas variáveis: turno de trabalho e tempo de experiência.

- ▶ **TEMPO DE EXPERIÊNCIA** — menos de cinco anos e mais de cinco anos (duas variáveis). No presente estudo, a partir da experiência prática no gerenciamento de recursos humanos de enfermagem na instituição, convencionou-se que o enfermeiro com mais de cinco anos de atuação na instituição poderia ser considerado como conhecedor dos processos internos de trabalho, bem como de normas e rotinas estabelecidas; o tempo inferior a cinco anos caracterizaria um profissional em fase de aprendizado e adaptação.
- ▶ **TURNOS DE TRABALHO** — manhã, tarde, noturno 1 e noturno 2 (quatro variáveis).

$$\begin{array}{c} 2 \text{ variáveis de tempo de atuação} \\ \text{profissional na instituição} \\ \mathbf{X} \\ 4 \text{ variáveis de turno} \\ \hline \text{Número de corte } 8 \end{array}$$

FONTE: desenvolvido pelo próprio autor.

FIGURA 6 — Cálculo realizado para determinação do número de corte para amostragem sistemática, Londrina – PR, 2013.

Para determinação do número de juízes também se adotou o cálculo explicitado acima, obtendo-se o valor de oito juízes, sendo oito enfermeiros da instituição e a pesquisadora.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- ▶ Fazer parte do quadro de enfermeiros da Diretoria de Enfermagem;
- ▶ Atuar na supervisão e assistência direta a pacientes internados.
- ▶ Atuar em um dos quatro turnos de trabalho.

Na listagem de 67 enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão, aplicou-se a técnica de amostragem sistemática, sendo selecionado um enfermeiro a cada sequência de oito nomes.

Considerando que um dos critérios de inclusão foi ter representantes dos quatro turnos de trabalho, a listagem com os 67 nomes foi organizada por turnos, em ordem alfabética. Iniciou-se a lista pelo primeiro nome do turno da manhã, seguindo-se com o turno da tarde e, na sequência, os noturnos 1 e 2.

O resultado do procedimento de amostragem foi a seleção de três enfermeiros do turno matutino, três do turno vespertino e dois do noturno. Destes, seis são do sexo feminino e dois do sexo masculino, sendo que dois também atuam como docentes em outra instituição.

Da primeira listagem de nomes selecionados, dois estavam de férias e um teria seu contrato temporário findado na época prevista para coleta de dados. Deste modo, os nomes imediatamente consecutivos a cada um dos três nomes foi selecionado da listagem dos 67.

6.1.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por oito enfermeiros da instituição, junto a pacientes internados em uma unidade médico-cirúrgica, considerando-se o nível de confiança de 95%. Os procedimentos deram-se na sequência apresentada a seguir:

- ▶ Contato inicial com os Enfermeiros assistenciais e convite para participação do estudo, esclarecimento sobre os objetivos do mesmo e, mediante o aceite em participar da pesquisa, foi assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (Apêndice B);
- ▶ Orientação e esclarecimento de dúvidas em relação ao “*Manual Operacional*” dos Indicadores, o qual foi entregue na forma impressa e onde se encontra toda fundamentação científica para cada um dos doze indicadores de qualidade.
- ▶ Orientação e esclarecimentos sucintos sobre o instrumento e a coleta dos dados, visto que, por se tratar de um Teste de Confiabilidade, a interpretação dos sujeitos sobre o instrumento é imprescindível para os resultados (PERROCA; GAIDZINSI, 2003).
- ▶ Aplicação do instrumento de coleta de dados pelos enfermeiros, juntamente com a pesquisadora, em uma amostra de 53 pacientes provenientes de 13 enfermarias da unidade médico-cirúrgica feminina e de três enfermarias da unidade médico-cirúrgica masculina. Os dados foram coletados de forma concomitante e independente, sem qualquer tipo de troca de informação entre os avaliadores;
- ▶ Tabulação e análise dos dados.

6.1.7 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

A partir da seleção dos oito enfermeiros juízes por meio da amostragem sistemática, a pesquisadora estabeleceu o primeiro contato por meio de e-mail. Neste e-mail foram apresentados os objetivos do estudo e os resultados esperados, convidando-os a participar da pesquisa.

Mediante confirmação dos sujeitos, a pesquisadora marcou local e hora para entrega do material e forneceu as orientações sobre os

procedimentos a serem adotados, bem como solicitou a assinatura no TCLE (Apêndice B). O material entregue constituiu-se do Instrumento de Busca Ativa (Anexo A), Roteiro para Avaliação do Cuidado de Enfermagem (Apêndice A) e um instrumento para captação da percepção dos juízes sobre o procedimento de avaliação e indicadores de qualidade.

O Roteiro para Avaliação do Cuidado de Enfermagem foi lido juntamente com cada um dos enfermeiros juízes e as dúvidas foram esclarecidas. O instrumento de Busca Ativa foi explicado, item a item, e a metodologia de coleta e registros dos dados no instrumento foi explicitada.

Considerando que houve compreensão do método e uso do instrumento, a pesquisadora agendou o dia e hora para coleta de dados.

No sentido de tornar o procedimento mais dinâmico em razão do dispêndio de tempo necessário para avaliar todos pacientes, a pesquisadora tomou as seguintes providências:

- ▶ No dia agendado para coleta de dados, a pesquisadora compareceu à unidade a ser avaliada antes do horário combinado e solicitou autorização para realização do estudo ao enfermeiro do período, explicando os objetivos do mesmo;
- ▶ A pesquisadora percorreu leito por leito e solicitou a assinatura do TCLE de todos os pacientes internados, ou familiar responsável (APÊNDICE C). O paciente que se recusou ou não apresentou condições de autorizar e não estava acompanhado de um representante legal foi excluído do estudo.
- ▶ Na sequência, a pesquisadora recolheu as prescrições médica e de enfermagem do dia anterior, de todos os pacientes, e providenciou nove cópias xerografadas, uma para cada juiz e uma cópia para a pesquisadora. O objetivo foi possibilitar que a coleta das informações referentes aos registros constantes nos referidos impressos pudesse ser realizada em um ambiente mais tranquilo e que estivesse livre de interferência de pessoas que porventura quisessem utilizar os impressos do prontuário.
- ▶ As prescrições médica e de enfermagem do dia anterior foram agrupadas por enfermaria e anexadas ao Instrumento de

Busca Ativa. Dessa forma, cada juiz recebeu um bloco com um instrumento de busca ativa e as prescrições médica e de enfermagem do dia anterior, referentes aos pacientes das enfermarias selecionadas.

- ▶ A pesquisadora coordenou a coleta dos dados de modo que somente ela manipulasse os dispositivos que deveriam ser avaliados em cada paciente, fazendo a antisepsia das mãos com álcool gel entre um paciente e outro, e trocando de luvas quando os pacientes estavam com precauções de contato. Este procedimento objetivou maior dinamicidade e uniformidade na observação dos pontos que deveriam ser avaliados, bem como reduziu o número de pessoas manuseando tais dispositivos, com vista a reduzir o risco de infecções.
- ▶ A pesquisadora, então, relatava as condições dos dispositivos, tomando como base os critérios estabelecidos no descritor de cada indicador, por exemplo; data, hora, assinatura. A partir desta descrição, cada juiz, independentemente, realizava o julgamento sobre a adequação ou não ao padrão de qualidade estipulado no descritor do indicador e registrava sua avaliação no seu impresso de avaliação.

Terminada a coleta de dados a beira do leito, havia o plano de a pesquisadora e os oito juízes se dirigirem a uma sala em separado para a análise dos indicadores 9, 10 e 11, que dizem respeito aos registros nos impressos de prescrição médica e de enfermagem. No entanto, a coleta de dados por meio da observação dos pacientes consumiu quatro horas ininterruptas, impossibilitando a continuidade dos procedimentos em razão de que, entre os enfermeiros sorteados, haviam três em horário de trabalho. Além disso, todos os participantes estavam referindo cansaço para continuar. Deste modo, a pesquisadora optou por entregar o material para que os juízes o levassem e devolvessem após o prazo de uma semana.

Depois de 25 dias, a pesquisadora obteve o retorno de todos os impressos e procedeu à tabulação dos dados.

Os dados foram lançados em uma planilha do programa *Microsoft Excel for Windows*® e durante o procedimento constatou-se que, para os indicadores 9, 10 e 11, que dependiam da análise das prescrições médicas e de enfermagem, vários juízes não haviam avaliado todas as prescrições entregues.

Diante de tal fato foi necessário refazer esta parte da coleta de dados. Sendo assim, a pesquisadora entrou em contato com os juízes, explicou o ocorrido e solicitou que refizessem os procedimentos para avaliação dos três indicadores. Não ocorrendo recusa, entregou novamente o material e agendou uma semana para devolução. Após 45 dias obteve todos os instrumentos preenchidos e procedeu à nova tabulação.

A partir da análise dos dados, pós-tabulação, chegou-se à conclusão que não seria possível continuar com os testes estatísticos, pois constatou-se muita variação nas respostas dos juízes em relação às frequências registradas na folha de verificação, para cada indicador de qualidade.

Tal achado motivou a reflexão sobre o que poderia ter influenciado a ponto de afetar o resultado de tal maneira, ou seja, quais fatores poderiam ter resultado nos erros de avaliação constatados? Entre os fatores de erro apresentados por Polit e Beck (2004), considerou-se que os erros detectados nessa etapa da pesquisa teriam sido causados por contaminantes situacionais – muitos avaliadores ao mesmo tempo em uma mesma enfermaria dificultando a verificação dos itens; fatores pessoais transitórios como fadiga, calor, fome, pressa, e variações na aplicação do instrumento entre os avaliadores.

Diante destes acontecimentos e com base na análise do instrumento e percepção dos juízes sobre o procedimento de avaliação e indicadores de qualidade, que foi coletada individualmente pela pesquisadora, procedeu-se à reformulação do instrumento “Registro de Busca Ativa”. Os comentários e sugestões dos juízes, assim como as alterações realizadas no instrumento estão apresentadas no tópico Resultados e Discussão, pag. 106

A partir da reformulação do instrumento, com a subdivisão do indicador Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão em dois, do indicador Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese em três, onde foi incluída a avaliação do *spigot* da bolsa coletora, além da inclusão da Escala de Morse no indicador Identificação de risco para queda do leito, e considerando que essas alterações não mudaram o fenômeno/construto em estudo nem o conceito adotado e validado por Vituri

(2007), procedeu-se à validação de face da nova versão do Instrumento de registro de Busca Ativa (Apêndice D). Para tanto foi adaptado de Vituri (2007) um formulário para avaliação do instrumento Registro de Busca Ativa, reformulado (Apêndice E)

Ressalta-se que nesta fase da pesquisa 12 indicadores iniciais, após as subdivisões relatadas no parágrafo anterior, passaram a ser 15.

6.1.8 TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados coletados no 1º Teste de Confiabilidade Interavaliadores foram considerados pela pesquisadora como inviáveis para análise estatística em função da discrepância dos achados, que mostraram total incoerência nas respostas. Nesta etapa foram analisados os comentários e sugestões dos juízes, que estão apresentados no tópico Resultados e Discussão, pag 106.

6.1.9 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA — VALIDAÇÃO DE FACE

Validade de face ou de aparência é uma “avaliação subjetiva que visa verificar a evidência superficial da integridade da medida que o instrumento se propõe a medir”. É um procedimento realizado por aqueles que se utilizarão do instrumento na prática (QUEIJO, 2002, p. 16).

O procedimento de amostragem adotado foi intencional, em que, a partir de determinado critério, se escolhe intencionalmente um grupo de elementos a compor a amostra. Deste modo o pesquisador se dirige intencionalmente a grupos dos quais deseja saber a opinião (BARBETTA, 2004; MEDRONHO, 2004).

Foram convidados a participar da validação de face os estagiários da Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem – ACQAE, pois considerou-se que estariam habituados e capacitados a realizar

auditorias utilizando o instrumento em estudo e seriam especialmente assertivos ao analisarem a nova proposta.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- ▶ Ser estagiário da ACQAE;
- ▶ Estar cursando o quarto ano do curso de graduação em enfermagem da instituição.

6.1.10 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de agosto de 2011.

6.1.11 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

- ▶ Contato com os estagiários e convite para participação do estudo, esclarecimento sobre os objetivos do mesmo e, mediante o aceite em participar, assinatura do TCLE (Apêndice F).
- ▶ Entrega do instrumento reformulado e formulário para avaliação do mesmo (Apêndice E);
- ▶ Orientação e esclarecimento de dúvidas em relação ao preenchimento do formulário;
- ▶ Determinação do prazo de uma semana para devolução;
- ▶ Tabulação e análise dos dados.

6.1.12 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

O serviço de Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem – ACQAE realiza atividades de auditoria da qualidade da assistência e, no Organograma da instituição, está subordinado à Diretoria de Enfermagem, hierarquicamente superior às Divisões de Assistência.

Atua como campo de estágio curricular não obrigatório para alunos do curso de graduação em enfermagem, do terceiro e quarto anos, por um período de 12 meses no serviço, com possibilidade de renovação de contrato por mais um ano.

Estes alunos são selecionados no início de cada ano e capacitados para as atividades de auditoria operacional e retrospectiva.

Atualmente a ACQAE conta com 28 estagiários, nove do quarto ano de graduação.

Para viabilizar a validade de face do Instrumento de Busca Ativa, foram convidados a participar do estudo somente os estagiários do quarto ano de graduação, por possuírem mais experiência prática na assistência com a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE adotada na instituição e por estarem na fase de Internato de Enfermagem.

Dos nove convidados, cinco aceitaram participar e foram orientados a como proceder na avaliação do instrumento, considerando sua experiência com a versão anterior proposta por Vituri (2007). Todos assinaram o TCLE e receberam o formulário de avaliação e o instrumento em sua nova versão, com prazo para entrega de uma semana.

Após 20 dias a pesquisadora conseguiu o retorno de todas as avaliações e procedeu à tabulação e análise dos dados. Os resultados estão apresentados no tópico Resultados e Discussão, pag. 111.

Após tabulação dos dados e análise dos comentários e sugestões, procedeu-se às adequações necessárias. O passo seguinte foi o teste piloto com o instrumento em sua versão final.

6.1.13 TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na etapa de validação de face os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, calculando-se as frequências e percentuais de concordância entre os juízes, considerando o percentual de 80% como escore de concordância ideal (WESTMORELAND et al., 2000; BERTOLONCELO, 2004).

6.1.14 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA — TESTE PILOTO

A etapa do Teste Piloto também foi conduzida a partir da técnica de amostragem intencional, uma vez que se pretendia ter como juízes enfermeiro com experiência assistencial e enfermeiro em nível de direção, visando verificar se o instrumento seria compreensível e aplicável para ambos.

Para o desenvolvimento desta etapa adotou-se o número mínimo de três juízes preconizado por Crocker, Llabre e Miller (1988) em função da experiência prévia com oito juízes, pois sabe-se que quanto maior o número de juízes, maior a heterogeneidade e, conseqüentemente, menor a confiabilidade e concordância (LILFORD et al., 2003).

Foram convidados a participar do estudo dois enfermeiros da instituição, dos quais um atua no gerenciamento do cuidado em unidade de assistência e outro faz gerenciamento em nível de direção, além da pesquisadora.

O objetivo do teste piloto foi verificar, além da compreensão, a aplicabilidade do instrumento.

6.1.15 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de novembro de 2011.

6.1.16 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

- ▶ Contato inicial com os Enfermeiros e convite para participação do estudo, esclarecimento sobre os objetivos do mesmo e, mediante o aceite em participar da pesquisa, foi assinado o TCLE (Apêndice B);
- ▶ Orientação e esclarecimento de dúvidas em relação ao instrumento e procedimentos de coleta de dados;
- ▶ Aplicação do instrumento de coleta de dados pelos enfermeiros, juntamente com a pesquisadora, em uma amostra de 15 pacientes internados em uma unidade médico-cirúrgica masculina, de forma concomitante e independente, sem qualquer tipo de troca de informação entre os avaliadores;
- ▶ Tabulação e análise dos dados.

6.1.17 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

A partir da confirmação da participação dos juízes, a pesquisadora marcou local e hora para entregar o material, fornecer as orientações sobre os procedimentos a serem adotados, bem como, solicitar a assinatura no TCLE (Apêndice B). O material entregue compreendeu o Instrumento de Busca Ativa reformulado (Apêndice D).

Procedeu-se à leitura do instrumento de Busca Ativa, item a item, e a metodologia de coleta e registros dos dados no instrumento foi explicada. As dúvidas foram sanadas e, considerando que houve compreensão do método e uso do instrumento, iniciou-se a coleta dos dados.

- ▶ Previamente à coleta, a pesquisadora compareceu à unidade a ser avaliada e solicitou ao enfermeiro responsável pelo turno autorização para realização do estudo, explicando os objetivos do mesmo;

- ▶ A pesquisadora percorreu todos os leitos e solicitou a assinatura do TCLE de todos os pacientes internados, ou familiar responsável (APÊNDICE C). Nenhum paciente ou acompanhante se recusou a participar do estudo.
- ▶ A pesquisadora coordenou a coleta dos dados nas enfermarias do mesmo modo como foi conduzido o 1º Teste de Confiabilidade.
- ▶ Na sequência, a pesquisadora recolheu as prescrições médica e de enfermagem do dia anterior de todos os pacientes avaliados e dirigiu-se ao local combinado para análise do material, juntamente com os dois juízes.
- ▶ Após avaliação dos registros das prescrições médica e de enfermagem, no intuito de que não se repetisse o ocorrido na primeira coleta de dados, em que os juízes não julgaram todos os horários de procedimentos, medicamentos e sinais vitais prescritos, a pesquisadora, na presença dos dois juízes conferiu os totais gerais e parciais e constatou algumas divergências. Em posse de cada prescrição médica e de enfermagem em que foram atribuídos valores diferentes, a pesquisadora questionou os juízes sobre seu parecer e ficou evidente que as diferenças se deviam à dificuldade na legibilidade das checagens. A partir da contextualização de cada caso os juízes retificaram ou não suas anotações.
- ▶ Terminada a coleta de dados, considerou-se o processo concluído e procedeu-se à tabulação dos dados em uma planilha do programa *Microsoft Excel for Windows*® para avaliação dos testes estatísticos propostos.

6.1.18 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA — 2º TESTE DE CONFIABILIDADE

Considerando a aplicabilidade dos dados coletados, deu-se continuidade à coleta no sentido de estender o número de pacientes avaliados para além de 30 sujeitos, número mínimo que garante a probabilidade da média amostral se aproximar de uma Distribuição de Gauss – Distribuição Normal (MORETTIN, 1999).

Foram avaliados 33 pacientes utilizando-se o Instrumento de Busca Ativa reformulado, aplicado simultânea e independentemente pela

pesquisadora e duas juízas, número mínimo definido por Crocker, Llabre e Miller (1988), as mesmas que participaram do Teste Piloto, pois já estavam capacitadas para o uso do instrumento.

6.1.19 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2012.

6.1.20 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

- ▶ Contato com os Enfermeiros juízes que participaram do Teste Piloto e convite para continuidade do estudo;
- ▶ Aplicação do instrumento de coleta de dados pelos enfermeiros, juntamente com a pesquisadora, de forma concomitante e independente, sem qualquer tipo de troca de informação entre os avaliadores, a uma amostra de 18 pacientes internados em uma unidade médico-cirúrgica masculina, totalizando 33 pacientes, considerando os 15 já avaliados no Teste Piloto;
- ▶ A pesquisadora coordenou a coleta dos dados nas enfermarias do mesmo modo como foi conduzido o 1º Teste de Confiabilidade e o Teste Piloto.
- ▶ Na sequência, a pesquisadora recolheu as prescrições médica e de enfermagem do dia anterior de todos os pacientes e dirigiu-se ao local combinado para análise do material, juntamente com os juízes.
- ▶ Terminada a coleta de dados, considerou-se o processo concluído e procedeu-se à tabulação dos dados em uma planilha do programa *Microsoft Excel for Windows*® para avaliação dos testes estatísticos propostos.

6.1.21 TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Ressalta-se que existem três categorias de estimação de concordância interobservadores: a estimativa de consenso, a estimativa de consistência e a estimativa de avaliação/medição (STEMLER, 2004).

O presente estudo objetiva uma estimativa de consenso de confiabilidade, que tem como base a suposição de que deva existir perfeita concordância entre os juízes no uso de escalas de pontuação para comportamentos observáveis, o que caracteriza a mesma compreensão do construto (STEMLER, 2004).

Existem vários métodos estatísticos para estimar a confiabilidade. Cada método tem como subsídio suposições relativas ao tipo de dados (nominal, ordinal, contínuo), a amostragem (de forma aleatória, de conveniência) e o tratamento dos erros aleatórios e sistemáticos. Portanto, o método escolhido dependerá da finalidade e do desenho do estudo (KOTTNER et al. 2011).

Para os dados do Teste Piloto e 2º Teste de Confiabilidade Interavaliadores foi utilizada a estatística Kappa para análise dos indicadores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 15, por se tratarem de variáveis categóricas, e o Coeficiente de Correlação Interclasses para os indicadores 12, 13 e 14, que são variáveis contínuas, considerando Intervalo da confiança de 95% (HALEY; OSBERG, 1989; WUENSCH, 2010).

A estatística Kappa é uma das formas de se estimar a variabilidade entre observadores no caso de estudos que envolvem dados categóricos e em que a variável resposta é classificada em categorias nominal, multinomial, ou ordinal (FLEISS; LEVIS; PAIK, 2003; HALEY; OSBERG, 1989; LANDIS; KOCH, 1977; SIEGEL; CASTELLAN, 2006; STEMLER, 2004; WUENSCH, 2010).

O Coeficiente de Kappa é uma medida de associação que mede o grau de concordância para além do que seria esperado pelo acaso e foi formulada por Cohen na década de 1960 com o intuito de mensurar a concordância entre dois observadores, com pesos iguais para as discordâncias (FLEISS; LEVIS;

PAIK, 2003; STEMLER, 2004; WYND; SCHAEFER, 2002; WYND; SCHIMIDT; SCHAEFER, 2003). Em 1968 introduziu-se o Kappa ponderado atribuindo ponderação à discordância (PERROCA, 2000). Já o Fleiss Kappa é uma extensão da estatística Kappa para avaliar a concordância entre mais de dois avaliadores, sem aplicação de ponderação (CHANG, 2011a; HALEY; OSBERG, 1989).

A estatística Kappa tem sido indicada para avaliar medidas de concordância entre avaliadores na área de saúde (TOPF, 1986; WYND; SCHAEFER, 2002; WYND; SCHIMIDT; SCHAEFER, 2003), sendo que o grau de concordância entre avaliadores reflete o grau de acurácia na avaliação (FLEISS; LEVIS; PAIK, 2003).

O coeficiente de Kappa de concordância é a razão da proporção de vezes que os juízes concordam (corrigido por concordância devido ao acaso) com a proporção máxima de vezes que os juízes poderiam concordar (corrigida por concordância devido ao acaso) (HULLEY et al., 2007; SIEGEL; CASTELLAN, 2006; STEMLER, 2004).

A correlação expressa o grau de correspondência entre dois conjuntos de resultados, duas medidas obtidas independentemente (confiabilidade). A correlação perfeita tem valor igual a 1 (um) e, quanto maior for o fator de erro na medida, mais esta correlação se afastará de 1 (FLEISS; LEVIS; PAIK, 2003; HALEY; OSBERG, 1989; PASQUALI, 2003; ZELLER; CARMINES, 1980).

As correlações entre medidas geralmente são positivas e os valores obtidos são, frequentemente, maiores que zero e menores que 1. Podem também ser negativas indicando uma correlação inversa entre duas variáveis e, quando a correlação é zero indica completa ausência de relação – acaso (ANASTASI, 1988; POLIT; BECK, 2004).

Ressalta-se que este método de determinação da concordância entre observadores apresenta limitações, à medida que não fornece informações

detalhadas da estrutura de concordância e discordância. Neste sentido Perroca (2000) recomenda utilizar métodos complementares.

De acordo com Stemler (2004), a principal desvantagem do coeficiente Kappa é que pode existir dificuldade em interpretá-lo. Além disso, o Kappa pode diferir dependendo da proporção de respondentes em cada uma das categorias da escala de pontuação. Deste modo, o autor afirma que os valores Kappa para itens diferentes ou para diferentes estudos não podem ser significativamente comparados, a menos que as taxas de base sejam idênticas.

Reiterando o exposto, Gwet (2008) expressa que em pequenas amostras, os estimadores de variância para K tendem a subestimar as variâncias verdadeiras.

Em relação às principais características do método de consenso, Stemler (2004) apresenta as seguintes, demonstradas na Figura 7.

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar a concordância perfeita entre juízes independentes
Natureza dos dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nominal, Ordinal ou intervalar (para poucas categorias)
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fácil de calcular ▪ Forte apelo intuitivo ▪ Efetivo para dados nominais ▪ Fácil de diagnosticar discrepâncias nas avaliações
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deve ser calculado separadamente para cada par de juízes e para cada item exclusivo ▪ Requer tempo e recursos substanciais para treinar os juízes até a perfeita concordância no uso da escala
Meta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para escores de múltiplos juízes pode-se trabalhar com a média

FONTE: Stemler, 2004.

FIGURA 7 — Características chave do método de consenso para determinação da concordância interavaliadores.

Reforçando a importância do treinamento intenso dos avaliadores, apontado por Stemler (2004) na figura anterior como desvantagem do método de consenso, Gwet (2008) afirma que este treinamento reduz o viés da concordância ao acaso.

A partir da determinação do Coeficiente Kappa, considerar-se-á os valores de concordância satisfatória com base no referencial de Landis e Koch (1977) e Zegers et al.(2010), apresentado na Figura 8.

VALUES OF KAPPA	INTERPRETATION
< 0	<i>No agreement</i>
0 – 0,19	<i>Poor agreement</i>
0,20 – 0,39	<i>Fair agreement</i>
0,40 – 0,59	<i>Moderate agreement</i>
0,60 – 0,79	<i>Substantial agreement</i>
0,80 – 1,00	<i>Almost perfect agreement (*)</i>

ADAPTADO DE: Landis e Koch, 1977; Zegers et al., 2010.

(*) – Almost perfect agreement será tratado no presente estudo como excelente concordância (BORGES; MEDEIROS, 2009).

FIGURA 8 – Classificação da concordância interavaliadores, segundo valores de Kappa, Londrina – PR, 2013.

Apesar das críticas à estatística Kappa por fornecer somente indícios sobre a concordância entre os juízes, ela é melhor do que os percentuais simples de concordância, pois possibilita diferenciar a concordância ocorrida por puro acaso (STEMLER, 2004).

Segundo Kottner e Dassen (2008) e Kottner et al. (2011), a estatística Kappa e o Coeficiente de Correlação Interclasse (CCI) são os métodos mais apropriados para estimar a confiabilidade interavaliadores.

Reiterando o exposto, Shansis et al. (2004) afirmam que o Coeficiente de Correlação Interclasse é considerado o melhor padrão de mensuração da confiabilidade interavaliadores.

O Coeficiente de Correlação Interclasse (CCI) ou coeficiente de reprodutibilidade (R) é uma estimativa da fração da variabilidade total de medidas devido a variações entre os indivíduos (CHANG, 2011b; WILSON-GENDERSON; BRODER; PHILIPS, 2007).

É uma medida geral de concordância para dados paramétricos, variáveis contínuas de distribuição normal. Representa a concordância entre dois ou mais avaliadores, ou métodos de avaliação, em relação ao mesmo grupo de indivíduos (CHANG, 2011b).

O CCI é uma medida da confiabilidade entre avaliadores, equivalente à Estatística *K* para variáveis contínuas, definida como a razão da variância entre unidades de análise e a variância total. O CCI tem valores que variam entre 0 e 1, onde 1 indica concordância perfeita e zero, nenhuma concordância (LUQUETTI; LAGUARDIA, 2009).

Segundo Bruin (2006) o CCI pode ser de três tipos:

- ▶ *One-wayrandom* – o fator ‘avaliador’ é aleatório: Diferentes avaliadores avaliam diferentes sujeitos.
- ▶ *Two-waymixed* - fator ‘sujeito’ é aleatório e fator ‘avaliador’ é fixo. Os avaliadores testados são a população de avaliadores.
- ▶ *Two-wayrandom* - fator ‘sujeito’ e fator ‘avaliador’ são aleatórios. Os avaliadores testados são parte de uma população de avaliadores.

O segundo tipo (*Two-waymixed*) é o modelo mais utilizado em pesquisa clínica (CHANG, 2011b) e é o tipo utilizado no presente estudo.

O CCI é interpretado como a proporção de variância considerada relevante, associada às diferenças entre os objetos, ou sujeitos avaliados, no caso os juízes (BRUIN, 2006). Pode ser interpretado de acordo com os valores apresentados na Figura 9.

VALORES PARA CCI	INTERPRETAÇÃO
0,4 – 0,59	Razoável Reprodutibilidade
0,6 – 0,74	Boa Reprodutibilidade
> 0,74	Excelente Reprodutibilidade

ADAPTADO DE: Kruskal; Wallis, 1952; Fleiss, 1999.

FIGURA 9 — Interpretação da reprodutibilidade/estabilidade/concordância do teste, segundo Coeficiente de Correlação Interclasse, Londrina-PR, 2013.

As categorias de classificação utilizadas pelos juízes durante a avaliação dos indicadores, para aplicação da estatística Kappa, foram: “adequado”, “inadequado” e “não se aplica”.

Para o Coeficiente de Correlação Interclasse, os juízes avaliaram a quantidade de checagens e registros corretos e incorretos, anotando, separadamente a frequência de cada um, para cada paciente.

Paralelamente à estatística Kappa e CCI, também foram calculados os percentuais simples de concordância interavaliadores para se ter uma ideia detalhada da confiabilidade e concordância (KOTTNER et al., 2011).

Cabe ressaltar que as estimativas de confiabilidade e concordância fornecem informações sobre o grau/quantidade de erro na medida e não sobre a validade dos resultados (KOTTNER et al., 2011, grifo nosso). O percentual de concordância simples esperado para os indicadores é de 80% (WESTMORELAND et al., 2000; BERTOLONCELO, 2004).

Os dados categóricos (estatística k) são tratados utilizando-se o software Lee, do Laboratório de Epidemiologia e Estatística do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – Brasil; e os dados contínuos (CCI) pelo software BioEstat 5.0. O *p-value* de <0.05 foi considerado estatisticamente significativo. Os resultados estão apresentados na forma de Tabelas.

Segunda Etapa

6.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

6.2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa aplicada, descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa do tipo estudo de caso.

É exploratória, pois visa descobrir/mensurar o percentual de adequação ao padrão de qualidade da assistência de enfermagem, em unidades de internação médico-cirúrgicas de um hospital público de ensino.

O estudo de caso é um tipo de pesquisa circunscrito a uma ou poucas unidades, por exemplo, uma família, um produto, um órgão público, que tem caráter de profundidade e detalhamento e pode ou não ser realizada no campo (MARCONI; LAKATOS, 2010; MORESI, 2003; SOARES; SIQUEIRA, 2002).

6.2.2 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de março de 2012.

6.2.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados por meio da aplicação do “Instrumento de Registro de Busca Ativa” (Apêndice D) a todos os pacientes internados nas unidades médico-cirúrgicas investigadas, do hospital em estudo.

6.2.4 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA

A população é composta por pacientes adultos, internados em unidades médica cirúrgicas da instituição em estudo.

Foram realizadas 373 avaliações (134 de pacientes femininos e 239 masculinos)

6.2.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

- ▶ Contato com os Enfermeiros-Chefe das unidades para apresentação dos objetivos do estudo, aspectos éticos e metodologia de coleta de dados;
- ▶ A coleta de dados se deu mediante a visita das unidades pelos avaliadores, em seis dias aleatórios do mês de março de 2012, em vários turnos de trabalho;
- ▶ Os avaliadores são oito estagiários da Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem – ACQAE, capacitados para o procedimento avaliativo. O número de avaliadores foi definido conforme tem sido adotado no serviço, em que o número máximo de enfermarias por avaliador é duas.
- ▶ Abordagem do paciente ou responsável para apresentação dos objetivos do estudo e dos aspectos éticos e obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). No caso de o participante ser incapaz e estar sem acompanhante para proceder à autorização, este foi excluído.
- ▶ Mediante a recusa por parte do sujeito em participar da pesquisa, este também foi excluído.
- ▶ Coleta dos dados por meio de observação direta de todos os pacientes internados nestas unidades e seus respectivos prontuários (prescrição médica e de enfermagem do dia anterior à visita de avaliação) e registro dos achados no instrumento de Registro de Busca Ativa (Apêndice D);
- ▶ Tabulação e análise dos dados.
- ▶ Elaboração de uma proposta de intervenção educativa, direcionada aos problemas detectados.

6.2.6 TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados são tratados utilizando-se a estatística descritiva, com o objetivo de verificar o percentual de adequação de cada um dos indicadores em relação ao padrão de qualidade proposto e classificá-los em relação ao escore de adequação (percentual de positividade) adaptado de Cianciarullo, Gualda e Meleiro (1998) e Haddad e Évora (2008), demonstrado na Figura 10.

CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA				
SEGURA 100%	DESEJÁVEL 99 – 90%	ADEQUADA 89 – 80%	LIMÍTROFE 79 – 70%	INSUFICIENTE < 70%

ADAPTADO: Cianciarullo, Gualda e Meleiro (1997) e Haddad e Évora (2008).

FIGURA 10 — Classificação da assistência de enfermagem, segundo o percentual de positividade/adequação em relação ao padrão de qualidade, Londrina – PR, 2013.

6.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pela diretoria e pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da instituição pelo parecer de nº 126/10 - CAAE Nº 0113.0.268.000-10 (Anexo B).

Todos os sujeitos de pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE (Apêndices B, C, F).

7 Resultados e Discussão

Primeira Etapa

7.1 TESTE DE CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES

Em decorrência do Teste de Confiabilidade Interavaliadores (1º teste), a partir das percepções dos juízes e diante da constatação de erros resultantes, possivelmente de contaminantes situacionais, procedeu-se à reformulação do Instrumento de Registro de Busca Ativa.

Durante a avaliação dos resultados do 1º teste e considerando que o instrumento de coleta de dados se caracterizava por ser uma Folha de Verificação, que permitia o registro das ocorrências por enfermaria, a primeira dificuldade encontrada foi em relação à unidade amostral adotada. Como os dados observados pelos juízes eram registrados por enfermaria, no momento da análise da concordância ou não, não era possível estabelecer onde havia ocorrido a discordância, pois não era possível identificar a qual paciente da unidade amostral o resultado se referia. Portanto, a primeira alteração no instrumento foi torná-lo individual, por paciente. Os comentários e sugestões dos juízes estão apresentados na Figura 11.

JUIZ	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES
1	Sugeriu acrescentar avaliação também do acesso venoso central no Indicador 3 – Identificação de acessos venosos periféricos e uma avaliação mais minuciosa da lesão cutânea pós infiltrativa – Indicador 4, especificando tipo e grau da lesão.
2	Nenhuma consideração.
3	Considerou o Indicador 12 – Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro, subjetivo.
4	Considerou difícil a coleta de dados em razão dos colegas juízes que estavam participando do estudo em horário de trabalho. Considerou o Indicador 6 – Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão, que avalia duas variáveis (escala e rótulo de soro), de difícil operacionalização para coleta dos dados, pois são muitos itens de verificação que confundem o avaliador; Considerou que a avaliação de cópias xerografadas das prescrições dificultou o processo deajuizamento em função de prejudicar a visualização dos horários e checagens.
5	Considerou o Indicador 12 subjetivo, pois "o que é certo para mim pode não ser para você". Considerou o Indicador 2 inadequado pois o descritor não possibilita enquadrar os pacientes de risco que estão bem e estão com as grades do leito rebaixadas no momento da avaliação, ou quando estão no turno noturno com acompanhante e com as grades rebaixadas.
6	Considerou o instrumento muito extenso, dificultando a visualização das opções a serem assinaladas, pois são muitas as possibilidades de resposta para o mesmo indicador. Considerou que o Indicador 8 – Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese deveria ser subdividido em dois indicadores, pois, a quantidade de itens de verificação no mesmo indicador confunde o avaliador. Sugeriu acrescentar a avaliação do "spigot" da bolsa coletora.
7	Considerou o instrumento trabalhoso, porém, completo, captando todas as possibilidades. Considerou o Indicador 12 subjetivo, pois, o que seria correto e completo para um pode não ser para outro enfermeiro.
8	Considerou que o instrumento deveria ter sido aplicado antes pelos juízes para facilitar a coleta definitiva. Referiu que o fato de existirem muitas possibilidades de respostas para o mesmo indicador confunde o avaliador, deveria existir somente o certo e o errado, ao invés de uma opção de certo e várias opções de errado. Considerou o Indicador 2 de difícil avaliação em razão do descritor estar muito "fechado" e dar margem a dúvidas quando por exemplo o paciente é cardiopata e está consciente. Considerou o indicador 12 subjetivo, pois "o que é correto e completo para mim pode não ser para você".

FIGURA 11 — Comentários e sugestões dos juízes em relação ao instrumento de avaliação e indicadores de qualidade, Londrina, 2013.

Em relação aos comentários e sugestões do juiz 1, que sugeriu acrescentar mais duas variáveis de avaliação - acessos venosos centrais e classificação do tipo de lesão de pele, esses não foram contemplados em razão de que a avaliação de acessos venosos centrais faz parte de outro protocolo de avaliação já em uso e, quanto à classificar o tipo de lesão de pele, esta avaliação também já é executada pela Comissão de Cateteres da instituição.

Para as inadequações apontadas para o Indicador 2, foi realizada readequação do descritor e incluiu-se a Escala de Morse (Figura 12) como parâmetro para determinação do risco de queda, ao invés da clínica/diagnóstico do paciente, como se encontrava anteriormente (JACKSON; JACKSON, 2007; MORSE, 2009; UNITED STATES, 2004;).

ÍTEM DE AVALIAÇÃO	VARIÁVEIS	PONTOS	SCORE	ÍTEM DE AVALIAÇÃO	VARIÁVEIS	PONTOS	SCORE
1 História de Quedas nos últimos três meses	Sim	25		4 Conectado algum Aparelho/Infusão Endovenosa	Sim	20	
	Não	0			Não	0	
2 Diagnóstico Secundários	Sim	15		5 Marcha	Normal/ Acamado/ Cadeira de Rodas	0	
	Não	0			Lenta/ Fraca	10	
3 Ajuda na Mobilização	Acamado/ Repouso no leito/ Enfermagem	0		6 Estado Mental	Alterada/ Cambaleante	20	
	Bengala/ Muletas/ Andador	15			Orientado	0	
	Equipamento / Mobiliário como suporte	30			Desorientado/ Confuso	15	
NÍVEL DE RISCO		SCORE		AÇÃO			
Baixo Risco		0–24		Precauções Universais			
Moderado Risco		25–44		Precauções Padrão			
Alto Risco		> 45		Intervenções para Prevenção			

ADAPTADO DE: Jackson e Jackson (2007), Morse (2009) e United States (2004).

FIGURA 12 — Escala de Morse para avaliação de risco para queda. Londrina-PR, 2013.

Quanto ao Indicador 6, que avaliava as variáveis - rótulo e escala graduada no frasco de soluções endovenosas, este foi dividido em dois indicadores:

1. Identificação de Frascos de Soro
2. Identificação do controle de velocidade de infusão — (escala graduada).

O mesmo se aplicou ao Indicador 8, acrescentando a avaliação da adequação do *spigot* e subdivisão em três indicadores:

1. Fixação da sonda vesical de demora.
2. Posicionamento da bolsa coletora de diurese da sonda vesical de demora.
3. Posicionamento do prolongamento de drenagem distal (*spigot*) da bolsa coletora de diurese.

Em relação aos itens de avaliação, tomando por base os comentários dos juízes 6 e 8, sentiu-se a necessidade de reduzir o número de possibilidades de marcação. O instrumento original apresentava como alternativas de resposta uma opção correta e várias opções de incorreto, por exemplo, no Indicador Identificação de Equipos para Infusão Venosa, havia como alternativas: N° de equipos de soro COM identificação adequada; N° de equipos de soro COM identificação inadequada; N° de equipos de soro SEM identificação e N° de equipos com identificação adequada, porém vencidos.

Considerando que as várias modalidades de “incorreto” não alterariam as estratégias adotadas na instituição para minimizar os problemas detectados, optou-se por reformular o instrumento de coleta para apenas duas possibilidades de respostas: adequado e inadequado, com base no padrão explicitado.

No que diz respeito aos comentários sobre a subjetividade do Indicador 12, considerando que o teste de sua confiabilidade faz parte do estudo, o indicador não foi alterado.

No que tange aos indicadores 9 — Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem e 11 — Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica, percebeu-se, após tabulação dos dados do 1º teste, que por vezes não havia concordância entre os juízes no que se refere aos totais de itens corretos e incorretos, em função da (i)legibilidade que dificultava detectar se a checagem estava correta e completa.

Sendo assim, decidiu-se inserir o descritor no instrumento de avaliação, eliminando a necessidade de que o avaliador levasse consigo o Folder com os descritores. Foi acrescentada, também, uma figura ao lado do descritor onde se exibe uma checagem correta e completa e um horário circulado e justificado de forma correta e completa, pois, mediante a visualização, seria mais fácil relacionar o descritor com a situação encontrada à beira do leito.

Ressalta-se que nenhuma das alterações repercutiu no fenômeno sob avaliação, nem no construto em questão. Porém, como ocorreu a subdivisão de alguns indicadores, houve a necessidade de confeccionar nova tabela de especificação do conteúdo do domínio, pois os percentuais de representatividade e número de itens de avaliação sofreram alterações. Optou-se também por utilizar o referencial de João Mohana para subdividir os indicadores propostos segundo as necessidades humanas básicas definidas pelo autor (HORTA, 1979). Deste modo os novos valores estão apresentados na Tabela 2.

TABELA 2 – Tabela de especificação de conteúdo do domínio, Londrina-PR, 2013.

CONSTRUTO	QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM															
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	INTEGRIDADE FÍSICA		INTEGRIDADE CUTÂNEO MUCOSA		NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO				ELIMINAÇÕES			TERAPÊUTICA				TOTAL
INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	1	2	4	3	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
N	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30
% POR INDICADOR	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67	100,00
N	4		2		10				6			8				30
% POR NECESSIDADE	13,33		6,67		33,33				20,00			26,67				100,00

Os indicadores do cuidado de enfermagem pós-reformulação passaram a ser 15, como segue:

1. Identificação do leito do paciente.
2. Identificação de risco para queda do leito.
3. Identificação de acessos venosos periféricos.
4. Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas.
5. Identificação de equipos para infusão venosa.
6. Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo.
7. Identificação do controle de velocidade de infusão – escala graduada.
8. Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem.
9. Fixação da sonda vesical de demora.
10. Posicionamento da bolsa coletora de diurese da sonda vesical de demora.

11. Posicionamento do prolongamento distal de drenagem da bolsa coletora de diurese – spigot.
12. Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem.
13. Registro de verificação dos sinais vitais prescritos.
14. Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica.
15. Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro.

Os indicadores e suas respectivas modificações encontram-se explicitados no novo instrumento Registro de Busca Ativa (Apêndice D).

7.2 VALIDAÇÃO DE FACE DO INSTRUMENTO REFORMULADO

Para sistematização do procedimento de validação de face foi utilizado o formulário de avaliação do instrumento Registro de Busca Ativa dos indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem (Apêndice E), adaptado de Vituri (2007).

Os requisitos analisados em cada um dos quinze indicadores foram:

1. **COMPORTAMENTAL:** Permite ação de avaliação clara e precisa.
2. **OBJETIVIDADE:** Permite resposta pontual.
3. **SIMPLICIDADE:** Expressa uma única ideia.
4. **CLAREZA:** Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
5. **PERTINÊNCIA:** Não insinua atributo divergente do definido.
6. **PRECISÃO:** Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.
7. **VARIEDADE:** Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.
8. **CREDIBILIDADE:** Está descrito de maneira que não pareça despropositado.

A concordância esperada para as respostas foi de 80% (WESTMORELAND et al., 2000; BERTOLONCELO, 2004).

Após tabulação dos dados obteve-se percentuais de 100,00% de concordância entre os juízes, em relação a todos os requisitos para os indicadores 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15. Para os indicadores 2, 5, 6 e 11, ocorreu concordância de 80,00% em alguns itens, que estão apresentados nas Tabelas 3, 4, 5 e 6.

TABELA 3 — Percentual de concordância entre os juízes para o Indicador 2: Identificação de risco para queda do leito, Londrina - PR, 2013.

REQUISITOS	SIM		NÃO		NÃO RESPONDEU		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comportamental	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Objetividade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Simplicidade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Clareza	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Pertinência	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Precisão	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Variedade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Credibilidade	4	80,00	-	-	1	20	5	100,00

A partir dos dados da Tabela 3 observa-se, para o indicador 2, concordância de 80,00% no requisito credibilidade em função de que um dos juízes não respondeu à questão. Supõe-se que possa ter sido um lapso, pois apenas o juiz 1 estabeleceu algum tipo de restrição à aplicabilidade da escala de Morse, não tendo sido este quem deixou de responder à questão.

TABELA 4 — Percentual de concordância entre os juízes para o Indicador 5: Identificação de equipos para infusão venosa, Londrina - PR, 2013.

REQUISITOS	SIM		NÃO		NÃO RESPONDEU		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comportamental	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Objetividade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Simplicidade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Clareza	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Pertinência	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Precisão	4	80,00	1	20	-	-	5	100,00
Variedade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Credibilidade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00

De acordo com a Tabela 4, o indicador 5 obteve 80,00% de concordância no quesito precisão, em razão de possibilitar a avaliação de apenas um equipo sendo que, frequentemente, os pacientes possuem mais de um frasco de soro conectados a eles.

TABELA 5 — Percentual de concordância entre os juízes para o Indicador 6: Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo, Londrina - PR, 2013.

REQUISITOS	SIM		NÃO		NÃO RESPONDEU		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comportamental	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Objetividade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Simplicidade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Clareza	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Pertinência	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Precisão	4	80,00	1	20	-	-	5	100,00
Variedade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Credibilidade	5	80,00	-	-	-	-	5	100,00

Para o critério precisão, com 80,00% de concordância, se aplica a mesma justificativa apresentada no item anterior. Geralmente há mais de um frasco de soro por paciente.

TABELA 6 — Percentual de concordância entre os juízes para o Indicador 11: Posicionamento do prolongamento distal de drenagem da bolsa coletora de diurese – *spigot*, Londrina - PR, 2013.

REQUISITOS	SIM		NÃO		NÃO RESPONDEU		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comportamental	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Objetividade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Simplicidade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Clareza	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Pertinência	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Precisão	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Variedade	5	100,00	-	-	-	-	5	100,00
Credibilidade	4	80,00	-	-	1	20	5	100,00

Para o critério credibilidade do indicador 11, em que o percentual de concordância foi 80,00% em função de um não preenchimento da questão, acredita-se também se tratar de um lapso, pois não houve nenhum comentário negativo por parte dos juízes que se manifestaram e nenhum dos dois que deixaram de emitir sua opinião deixou o item sem resposta.

Os comentário e sugestões dos juízes estão apresentados na Figura 13, a seguir.

JUIZ	COMENTÁRIOS/SUGESTÕES
01	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pode haver dificuldade em coletar o primeiro item da escala de Morse (história de quedas) uma vez que, a grande maioria dos pacientes com necessidade de grade lateral é idoso, confuso, sequelado de AVC e muitas vezes permanecem sem acompanhantes. ▪ Deve-se avaliar o acesso venoso quando proveniente de outro setor? O que considerar? ▪ Se o paciente estiver com mais de um tipo de equipo e apenas um estiver inadequado, não é possível a distinção entre os dois, ou seja, ou ambos serão classificados como adequado ou como inadequado. ▪ Deve-se considerar que o soro para medicação não contempla todos estes itens, como por exemplo, nº de gotas e horário de término.
02	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A aplicação da escala de Morse vai facilitar a identificação do risco de queda do paciente. ▪ A presença do descritor no instrumento de avaliação facilita identificar o que está correto e incorreto. ▪ A separação do indicador frasco de soro/escala graduada deixou mais claro para a checagem/contagem. ▪ A separação dos itens do indicador de sonda vesical e bolsa coletora facilita a avaliação.
03	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com este tipo de avaliação do risco de queda utilizando a escala fica fácil para avaliar o risco, pois há vários itens a serem considerados, dando maior veracidade à classificação. ▪ Verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas – item de fácil avaliação. Está bem explicado o que é para ser avaliado. ▪ Este instrumento é ótimo, pois está explícito de forma clara e objetiva o que deve ser avaliado, dando maior credibilidade aos resultados. Gostei bastante do instrumento porque acredito que avaliar cada paciente individualmente é mais fácil do que todos de uma vez.
04	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhum comentário.
05	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhum comentário.

FIGURA 13 — Comentários e sugestões dos juízes em relação ao instrumento reformulado, Londrina - PR, 2013.

Considerando o percentual mínimo de concordância de 80,00%, todos os indicadores foram considerados adequados. Os percentuais de concordância obtidos no procedimento de validação de face foram satisfatórios (WESTMORELAND et al., 2000; BERTOLONCELO, 2004).

A partir dos comentários e sugestões dos juízes, procedeu-se a nova reformulação do instrumento que teve como foco:

- ▶ Em relação à dificuldade de levantar a história de quedas, justificada por um dos juízes, existe essa possibilidade, principalmente se estiver sem acompanhante, porém não inviabiliza a avaliação do risco, tendo em vista que as demais características que o determinam são suficientes para pontuar a escala, inclusive o nível de consciência.
- ▶ Inseriu-se no descritor do indicador 3 — Identificação de acessos venosos periféricos a frase: “Avaliar somente os acessos puncionados nesta unidade”. Os acessos venosos que não foram puncionados na unidade sob avaliação são excluídos da amostra, pois o percentual de positividade final para o indicador refere-se ao percentual de adequação do desempenho da equipe de enfermagem desta unidade; para isso questiona-se o próprio paciente, acompanhante ou funcionário.
- ▶ Para os indicadores 5 — Identificação de equipos para infusão venosa, 6 — Identificação de frascos de infusão venosa — rótulo, em que o paciente pode estar conectado a mais de um frasco de soro/equipos, inseriu-se nos campos adequado e inadequado, quatro opções de soros a serem assinaladas: MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 (), onde MANUT corresponde à soro de manutenção com eletrólitos e MV soro para diluição de medicação.
- ▶ Para o indicador 7 — Identificação do controle de velocidade de infusão — escala graduada, acrescentou-se as opções SORO 1 () SORO 2 () SORO 3 () considerando que os soros para diluição de medicação e soros em bomba infusora não necessitam de escala graduada.
- ▶ No descritor do indicador 6 acrescentou-se a seguinte frase: “Soros para diluição de medicação não necessitam a determinação do volume/min. ou número de gotas”.

A partir da nova reformulação do instrumento de avaliação, procedeu-se ao teste piloto.

7.3 TESTE PILOTO

O objetivo do teste piloto foi verificar a compreensão e a aplicabilidade do instrumento após duas reformulações. O teste transcorreu sem intercorrências e o parecer dos juízes foi favorável quanto à adequação do instrumento no que diz respeito aos dois quesitos avaliados.

Não houve dúvidas nem sugestões por parte dos avaliadores e o instrumento foi considerado apropriado para continuidade do Teste de Confiabilidade Interavaliadores.

7.4 SEGUNDO TESTE DE CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES

Os dados coletados no Teste Piloto foram incluídos na composição da amostra do Segundo Teste de Confiabilidade.

As Tabelas 7 e 8 apresentam os resultados da aplicação da estatística Kappa para os indicadores de 1 a 11 e 15 (variáveis categóricas) e pela aplicação do Coeficiente de Correlação Interclasse para os indicadores 12, 13 e 14 (variáveis contínuas) e o Percentual de Concordância simples para todos os indicadores.

TABELA 7 – Determinação da concordância interavaliadores pela aplicação da estatística Kappa aos indicadores de 1 a 11 e 15, Londrina – PR, 2013.

INDICADOR*	N**	% CONCORDÂNCIA	FLEISS <i>k</i>	95% CI	P- VALOR	CONCORDÂNCIA
01	33	100,00	1.000	0.803 -1.000	< 0.001	Excelente
02	25	100,00	1.000	0.835 -1.000	< 0.001	Excelente
03	22	100,00	1.000	0.852 -1.000	<0.001	Excelente
04	25	97,00	0.970	0.830 -1.000	< 0.001	Excelente
05 a	10	97,00	0.956	0.795 -1.000	< 0.001	Excelente
05 b	23	94,00	0.969	0.829 -1.000	< 0.001	Excelente
05c	04	100,00	1.000	0.847 -1.000	< 0.001	Excelente
06 a	10	100,00	1.000	0.845 -1.000	< 0.001	Excelente
06 b	23	97,00	0.969	0.829 -1.000	< 0.001	Excelente
06 c	02	100,00	1.000	0.846 -1.000	< 0.001	Excelente
07	09	100,00	1.000	0.837 -1.000	< 0.001	Excelente
08	03	100,00	1.000	0.803 -1.000	< 0.001	Excelente
09	05	100,00	1.000	0.846 -1.000	< 0.001	Excelente
10	05	100,00	1.000	0.803 -1.000	< 0.001	Excelente
11	05	100,00	1.000	0.846 -1.000	< 0.001	Excelente
15	27	100,00	1.000	0.855 -1.000	< 0.001	Excelente

*Indicadores 1 - 11; 15

1. Identificação do leito do paciente.
2. Identificação de risco para queda do leito.
3. Identificação de acessos venosos periféricos.
4. Verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas.
5. a - Identificação de equipos para infusão venosa (soro de manutenção).
b - Identificação de equipos para infusão venosa (soro para diluição de medicação).
c - Identificação de equipos para infusão venosa (soro – droga 1).
6. a - Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo (soro de manutenção).
b - Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo (soro para diluição de medicação).
c - Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo (soro – droga 1).
7. Identificação do controle de velocidade de infusão – escala graduada.
8. Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem.
9. Fixação da sonda vesical de demora.
10. Posicionamento da bolsa coletora de diurese, da sonda vesical de demora.
11. Posicionamento do prolongamento distal de drenagem da bolsa coletora de diurese – *spigot*.
15. Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro.

**N – Número de pacientes em que se aplica a avaliação do indicador

Os valores da Tabela 7 demonstram um percentual de concordância simples acima de 80,00%, considerada adequada para os indicadores avaliados (WESTMORELAND et al., 2000; BERTOLONCELO, 2004).

Os indicadores que não obtiveram concordância total foram: 4 ($k = 0,970$, IC 95%: 0,830 – 1,000) — Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas, 5a ($k = 0,956$, IC 95%: 0,795 – 1,000) — Identificação de equipos para infusão venosa (soro de manutenção), 5b ($k = 0,969$, IC 95%: 0,829 – 1,000) — Identificação de equipos para infusão venosa (soro para diluição de medicação) e 6b ($k = 0,969$, IC 95%: 0,829 – 1,000) — Identificação de frascos de infusão venosa — rótulo (soro para diluição de medicação). Mas ainda assim os valores de Kappa encontrados para esses indicadores classificam a concordância como excelente — *almost perfect agreement* (LANDIS; KOCH, 1977; ZEGERS et al., 2010).

A estatística Kappa variou entre 0.956 a 1.000, ou seja, os indicadores de 1 a 11 e 15 demonstram um excelente grau de concordância, estatisticamente significativa — $p\text{-valor} < 0.001$ (LANDIS; KOCH, 1977; ZEGERS et al., 2010).

TABELA 8 — Determinação da concordância interavaliadores pela aplicação do Coeficiente de Correlação Interclasse aos indicadores de 12, 13 e 14, Londrina – PR, 2013.

INDI-CADOR**	N	% CONCOR-DÂNCIA	CCI	95% CI	p-VALOR	REPRODUTI-BILIDADE (*)
12 - a	559	99,70	0,992	0,983 – 0,996	< 0.001	Excelente
12 - b	81	98,10	0,980	0,959 – 0,990	< 0.001	Excelente
13 - a	56	98,20	0,957	0,914 – 0,979	< 0.001	Excelente
13 - b	44	97,80	0,951	0,903 – 0,976	< 0.001	Excelente
14 - a	354	99,60	0,969	0,938 – 0,985	< 0.001	Excelente
14 - b	64	97,50	0,859	0,732 – 0,929	< 0.001	Excelente

(*) – Sinônimo de confiabilidade.

** Indicadores 12 – 14

12. a - Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem (adequado)
b - Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem (inadequado)
13. a - Registro de verificação dos sinais vitais prescritos (adequado).
b - Registro de verificação dos sinais vitais prescritos (inadequado).
14. a - Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica (adequado).
b - Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica (inadequado).

Quanto aos indicadores 12, 13 e 14 (Tabela 8), o Percentual de Concordância simples variou entre 97,50% e 99,70%, que caracteriza concordância adequada (WESTMORELAND et al., 2000; BERTOLONCELO, 2004).

O menor Coeficiente de Correlação Interclasse - CCI foi 0,859 (IC 95%: 0,732 – 0,929) para o indicador 14b — Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica (adequado) e o maior valor de CCI foi 0,992 (IC 95%: 0,983 – 0,996) para o indicador 12a — Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem (adequado). Todos os indicadores avaliados pelo CCI obtiveram reprodutibilidade/concordância excelente e estatisticamente significativa — p-valor < 0.001 (FLEISS, 1999).

Cabe ressaltar que o que está sendo medido não é a validade dos resultados, mas sim, o grau de erro na medida, que se deve às diferenças no escore verdade (TROCHIM, 2006; WUENSCH, 2010; KOTTNER et al., 2011).

Sendo assim, é possível afirmar que os indicadores 4, 5-a, 5-b, 6-b, 12-a, 12-b, 13-a, 13-b, 14-a e 14-b não demonstraram 100,00% de precisão, o que foi caracterizado pela variação entre os avaliadores (TROCHIM, 2006). Porém, ainda assim o grau de concordância foi classificado como excelente (*almost perfect agreement* – 0,80 a 1,00) e reprodutibilidade excelente ($>0,74$), portanto, estes indicadores são confiáveis, tanto quanto os demais.

Observa-se que o nível de concordância foi alto para todos os 15 indicadores testados quanto sua confiabilidade. Esses dados sugerem a fidedignidade interavaliadores dos indicadores, indicando precisão do instrumento e a possibilidade de utilização para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em outras instituições.

Porém, ressalta-se que confiabilidade e concordância não são propriedades fixas dos instrumentos de medição, mas sim, o produto da interação entre o instrumento/ferramenta, os sujeitos/objetos e o contexto da avaliação. Além disso, as estimativas de confiabilidade e concordância fornecem informações sobre o grau de erro na medida e não sobre a validade dos resultados (KOTTNER et al., 2011).

Portanto, pode-se afirmar que o instrumento composto por 15 indicadores de qualidade da assistência de enfermagem testado no presente estudo demonstra atender ao critério de confiabilidade, característica fundamental no processo de validação de medidas avaliativas.

Para que esta propriedade do instrumento não seja afetada em outros contextos é importante estabelecer o controle sobre as variáveis que interferem no processo de medida.

Os avaliadores devem ser capacitados quanto aos descritores, Índice de Conformidade Ideal — ICI e critérios de avaliação. O processo de avaliação deve ser padronizado, de modo a avaliar, objetivamente, a assistência de enfermagem, com profundo conhecimento do padrão de qualidade adotado como referência de comparação.

O controle sobre contexto de avaliação objetiva tentar eliminar, ou minimizar ao máximo, os fatores que possam interferir na medição levando à ocorrência dos erros aleatórios e sistemáticos, como por exemplo, contaminantes situacionais.

Diante da constatação da confiabilidade dos indicadores de qualidade testados, esses foram utilizados para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em duas unidades médico-cirúrgicas de um hospital de ensino público, cujos resultados estão apresentados no subtópico, a seguir.

Segunda Etapa

7.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Neste tópico são apresentados e discutidos os resultados da aplicação dos indicadores na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem de duas unidades médico-cirúrgicas, sendo uma unidade feminina e uma masculina com 46 e 67 leitos, respectivamente, conforme já descrito.

Inicialmente, apresenta-se o desempenho da equipe de enfermagem individualmente, por unidade (Tabelas 9 e 10), porém para discussão os resultados são tratados de forma conjunta.

TABELA 9 — Percentual de adequação ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da unidade Feminina, Londrina – PR, 2013.

	INDICADOR	N	% DE ADE- QUAÇÃO	ICI (*)	CLASSIFICA- ÇÃO DA ASSISTÊNCIA
01	Identificação do leito do paciente	120	98,00	100	Desejável
02	Identificação de risco para queda do leito	110	96,00	100	Desejável
03	Identificação de acessos venosos periféricos	94	44,00	100	Insuficiente
04	Verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas	95	68,00	80	Insuficiente
05	Identificação de equipos para infusão venosa	157	66,00	100	Insuficiente
06	Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo	159	60,00	100	Insuficiente
07	Identificação do controle de velocidade de infusão – escala graduada	123	33,00	100	Insuficiente
08	Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem	12	58,00	100	Insuficiente
09	Fixação da sonda vesical de demora	10	80,00	100	Adequada
10	Posicionamento da bolsa coletora de diurese, da sonda vesical de demora	10	100,00	100	Segura
11	Posicionamento do prolongamento distal de drenagem da bolsa coletora de diurese – spigot	10	90,00	100	Desejável
12	Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem	2.200	52,00	100	Insuficiente
13	Registro de verificação dos sinais vitais prescritos	633	55,00	100	Insuficiente
14	Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica	1.711	75,00	100	Limítrofe
15	Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro	114	99,00	100	Desejável
MÉDIA DA CLASSIFICAÇÃO GERAL			71,00		LIMÍTROFE

(*) – ICI – Índice de Conformidade Ideal (VITURI, 2007).

TABELA 10 — Percentual de adequação ao padrão de qualidade e classificação da assistência de enfermagem da unidade Masculina, Londrina – PR, 2013.

	INDICADOR	N	% DE ADE- QUAÇÃO	ICI	CLASSIFICA- ÇÃO DA ASSISTÊNCIA
01	Identificação do leito do paciente	239	100,00	100	Segura
02	Identificação de risco para queda do leito	216	96,00	100	Desejável
03	Identificação de acessos venosos periféricos	175	58,00	100	Insuficiente
04	Verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas	186	90,00	80	Desejável
05	Identificação de equipos para infusão venosa	315	91,00	100	Desejável
06	Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo	307	92,00	100	Desejável
07	Identificação do controle de velocidade de infusão – escala graduada	205	80,00	100	Adequada
08	Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem	28	71,00	100	Limítrofe
09	Fixação da sonda vesical de demora	53	91,00	100	Desejável
10	Posicionamento da bolsa coletora de diurese, da sonda vesical de demora	53	98,00	100	Desejável
11	Posicionamento do prolongamento distal de drenagem da bolsa coletora de diurese – spigot	53	83,00	100	Adequada
12	Checação dos procedimentos na prescrição de enfermagem (adequado)	5.145	82,00	100	Adequada
13	Registro de verificação dos sinais vitais prescritos (adequado)	1.224	88,00	100	Adequada
14	Checação dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica (adequado)	3.318	86,00	100	Adequada
15	Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro	205	92,00	100	Desejável
MÉDIA DA CLASSIFICAÇÃO GERAL			87,00		ADEQUADA

Para o indicador 1 — Identificação do leito do paciente, a unidade feminina apresenta percentual de adequação ao padrão de 98,00%, que caracteriza uma assistência Desejável, e a unidade masculina, 100,00% — assistência Segura.

A questão da melhoria da segurança do paciente e qualidade da atenção à saúde tem sido foco na contemporaneidade e, apesar de há dois mil anos Hipócrates afirmar que primeiramente não se deve causar danos (ANVISA, 2011) e Florence Nightgale, em seu livro “Notes on Nursing” em 1860 expressar parecer estranho em um hospital se exigir não causar danos aos doentes (NIGHTINGALE, 1860), eventos dessa natureza ainda preocupam e marcam o início de um movimento global, coordenado pela Organização Mundial da Saúde, com o intuito de antecipar a ocorrência de erros que possam causar danos aos pacientes, numa abordagem de caráter não punitivo (ANVISA, 2011)

O problema de falhas na identificação do paciente é um exemplo de erro que pode ter consequências irreversíveis e tem ocorrido nas instituições de saúde no transcorrer dos anos. Estudo realizado em um hospital do interior do estado de São Paulo constata que apenas 76% dos leitos encontravam-se corretamente identificados (MIASSO; CASSIANI, 2000).

Miasso et al. (2006), em pesquisa desenvolvida em quatro hospitais brasileiros, detectam que, entre os problemas no processo de preparo e administração de medicamentos, 39% se referiam à categoria administração de medicamentos; e uma das dificuldades relacionadas foi a identificação do paciente.

A identificação correta e completa é uma das formas de se garantir segurança, em qualquer ambiente de cuidado à saúde, pois garante a abordagem precisa e o tratamento correto para aquele paciente (FRANCISCATO et al., 2011).

Falhas na identificação podem acarretar erros como cirurgias em paciente errado, entrega de bebês a famílias erradas, transfusão em paciente errado, exames ou coleta de amostra/material de paciente errado e erros de

medicação (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Fanciscato et al. (2011) também observam não conformidade no quesito identificação do paciente, quando da avaliação das Seis Metas Internacionais de Segurança, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Diante da importância da identificação correta e completa na prevenção de erros nos cuidados à saúde, a *Joint Commission* definiu como primeira Meta Internacional para Segurança do Paciente melhorar a acurácia na identificação, que continua sendo um requisito de acreditação (REVERE; ELDRIDGE, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Este indicador de qualidade muitas vezes tem sido desvalorizado e negligenciado pelos profissionais de enfermagem, frente ao contexto de sobrecarga diária de trabalho.

Aliada a essa sobrecarga está a questão da heterogeneidade dos investimentos em saúde no país, onde existem instituições que dispõe de tecnologia de impressão térmica para pulseiras de identificação, com código de barras e até mesmo foto do paciente, enquanto outras nem ao menos possuem a pulseira básica de vinil, havendo a necessidade de confeccionar suas identificações com tiras de esparadrapo, redigidas com caneta esferográfica. Contudo, independentemente desses fatores, cabe ao enfermeiro garantir a segurança dos pacientes sob sua responsabilidade e o desempenho do seu papel educativo e de supervisão são fundamentais para isso.

Quanto ao indicador 2 — identificação de risco para queda do leito, a equipe de enfermagem da unidade feminina e masculina obtêm 96,00% de adequação — qualidade Desejável.

Afirma-se que quedas são problemas comuns e graves enfrentados pelos pacientes hospitalizados, principalmente idosos, sendo responsável por dois terços das mortes devidas a lesões não intencionais nesta população (GANZ, 2003).

Cerca de 20-30% das quedas resultam em agravos que necessitam de intervenção médica, sendo que as fraturas correspondem de 3 a 5% do total. Além destas lesões frequentemente resultarem em incapacidade duradoura e perda de independência, o evento pode trazer efeitos psicológicos sobre os pacientes, como a síndrome pós-queda (MARSCHOLLEK et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2008).

Aproximadamente 6% de todas as quedas de pacientes hospitalizados resultam em lesão grave e a incidência desse evento é, aproximadamente, três vezes maior do que na comunidade em geral (GANZ, 2003). Sua ocorrência está relacionada a fatores inerentes ao próprio paciente, ao ambiente hospitalar e à equipe de enfermagem (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

No contexto da prática profissional percebe-se na instituição em estudo que a estrutura física das unidades avaliadas, principalmente da unidade masculina, tem influenciado diretamente nos eventos queda. Banheiros coletivos distantes do quarto ou enfermaria, aliado a um quadro de carência de recursos humanos de enfermagem acabam por expor, ainda mais, os pacientes ao risco de queda. Outro fator contribuinte, também relacionado à insuficiência da estrutura física, é a dificuldade de acomodação de um acompanhante para todos os pacientes com risco para queda, em função do tamanho das enfermarias, falta de banheiros para acompanhantes, entre outros.

Em função desta preocupação com as quedas de pacientes institucionalizados, muitos instrumentos de avaliação têm sido desenvolvidos para identificar o potencial risco, visando implementar medidas preventivas (MARSCHOLLEK et al., 2012).

As quedas são consideradas eventos adversos e, dada a sua importância, são qualificadas como Evento Sentinela e uma das Seis Metas Internacionais para a Segurança do Paciente (CONSELHO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2011). Além disso, o indicador queda é objeto de monitorização de programas de certificação como *Compromisso com a Qualidade Hospitalar* — CQH, *Acreditação Hospitalar*, *Acreditação Internacional* - JCI, muito embora

nestes dois últimos a segurança do paciente seja avaliada no escopo, não de forma explícita como indicador.

A queda como indicador de qualidade e como evento adverso tem sido tema de investigação há bastante tempo. Decesaro e Padilha (2002) realizaram estudo que busca explorar e descrever os eventos adversos relacionados com a queda de pacientes durante o período de internação em 12 Unidades de Tratamento Intensivo, de oito instituições dos municípios de Londrina e Maringá, no estado do Paraná. As autoras constatarem que 63,3% resultaram em uma ou mais consequências imediatas, desde traumas teciduais de diferentes intensidades como contusões, hematomas, fratura, lesões tissulares com e sem necessidades de sutura, edema e sangramentos, até a retirada ou desconexão de artefatos terapêuticos.

Nascimento et al. (2008) desenvolveram outro estudo realizado com o objetivo de investigar a natureza dos eventos adversos em um hospital terciário, acreditado nível 2 pela Organização Nacional de Acreditação – ONA e constatarem que a queda é o segundo evento mais frequente (16,5%) nas unidades de terapia intensiva, semi-intensiva e internação. Individualmente por setor pesquisado, é o evento adverso mais habitual em unidade de internação.

As quedas também são objeto de investigação em estudo realizado com 97 pacientes de uma unidade de neurocirurgia e de uma Unidade de Tratamento Intensivo de neurocirurgia no estado de São Paulo. Detecta-se, neste perfil de clientela, sete quedas no pré-operatório, sendo que dois pacientes caíram duas vezes, e três quedas no pós-operatório. Entre os fatores relacionados ao evento as autoras encontraram: leito sem grade lateral — 55,7% no pré-operatório e 57,8% no pós-operatório — e grade do leito abaixada — 15,4% no pré-operatório e 10,2% no pós-operatório (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

Neste cenário é vital a identificação do risco, o que permitirá a elaboração de um plano de cuidados direcionado para a prevenção deste evento. Ressalta-se que o foco deste indicador, no presente estudo, é detectar o risco e avaliar se medidas preventivas são adotadas, antes que a queda aconteça.

Para o indicador 3 — Identificação de acessos venosos periféricos, o percentual de adequação ao padrão de qualidade é 44,00% para a equipe de enfermagem da unidade feminina e 58,00% para a masculina, o que caracteriza uma assistência de qualidade Insuficiente neste aspecto do cuidado.

A terapia por infusão venosa, além de prática habitual na enfermagem, é uma responsabilidade legal e ocupa papel de destaque na terapêutica do paciente. Abrange conhecimentos, habilidades e técnicas que incluem, além do preparo e administração das soluções, os cuidados com os dispositivos de infusão na manutenção do acesso venoso, que englobam a manutenção segura do posicionamento, permeabilidade e prevenção de infecção (MACHADO; PEDREIRA; CHAUD, 2005; MONCAICO; FIGUEIREDO, 2009; TELLES FILHO; CASSIANI, 2004).

A identificação de acessos venosos periféricos deve conter as seguintes informações: data, hora e responsável pela punção. Somente por meio de uma identificação correta e completa será possível monitorar o prazo de troca e avaliar com maior segurança as condições da pele próxima ao local de punção, identificando sinais de flebite e infecção, possibilitando estabelecer uma relação entre esses sinais e a qualidade do material e o tempo de permanência.

Na prática diária é possível observar a necessidade de substituição do cateter periférico antes do prazo limite, quando a qualidade do material adquirido muda. Por vezes os pacientes apresentam sinais de flebite antes das 72-96 horas recomendadas para troca pelos *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC (O'GRADY et al., 2011).

Em ambas as unidades de internação foco deste estudo, também se percebe na prática que a troca dos acessos venosos ocorre mais frequentemente do que o tempo permitido para sua permanência, fato que se confirma pelo grande consumo de dispositivos para punção venosa (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012a).

Considerando o consumo diário de dispositivos para punção venosa periférica, a média de pacientes/dia e a média de permanência nessas

duas unidades, todos os dias cada paciente internado seria puncionado três vezes na unidade feminina e duas vezes na unidade masculina (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012a, 2012b). Essa troca frequente ocorreria por perda do acesso venoso e sinais de flebite.

Infecções resultantes de terapia venosa periférica cobrem um amplo espectro de sintomas clínicos, que vão desde irritação local até aumento da morbidade e mortalidade (INGRAM; LAVERY, 2005).

Alguns estudos indicam que a incidência de tromboflebite e de colonização bacteriana de cateteres se eleva quando os cateteres permanecem no local por mais de 96 horas (O'GRADY et al., 2011; REIS et al., 2009).

Além disso, a técnica incorreta de inserção e manutenção de cateteres venosos, sem critérios definidos, também aumenta a possibilidade de colonização do local e o risco de infecção decorrente (BONVENTO, 2007).

O cateter pode ser colonizado a partir da sua superfície externa, túnel subcutâneo e pele circunvizinha pela própria microbiota da pele, pelas mãos dos profissionais e uso de antissépticos contaminados, ou pela sua superfície interna por manipulação inadequada do canhão e/ou contaminação das soluções de infusão (BONVENTO, 2007).

Estudo desenvolvido em um hospital de médio porte do interior de São Paulo encontra que, entre as 80 punções venosas periféricas acompanhadas, 32 tiveram que ser removidas devido a infiltrações (16), obstruções (8) e flebites (8). As autoras afirmam que, apesar dessas complicações serem consideradas comuns, não são um mal necessário da terapia e devem ser prevenidas ou, pelo menos, detectadas precocemente (FERREIRA; MARASSI, 2005).

No que diz respeito ao indicador 4 — Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas, o percentual de adequação é 68,00% — qualidade da assistência Insuficiente e 90,00% — qualidade Desejável, respectivamente para a unidade feminina e masculina, considerando um Índice de Conformidade Ideal — ICI de 80% (VITURI, 2007).

Considerando que a lesão cutânea pós-infiltrativa pode resultar tanto da habilidade técnica de quem punciona quanto do pH e osmolaridade da solução, velocidade de infusão, condições inerentes ao próprio paciente, entre outros, não é possível neste estudo afirmar a causa do desempenho inferior da equipe de enfermagem da unidade feminina neste indicador. Todavia, no transcorrer da coleta de dados foi possível observar que a fixação dos acessos venosos encontravam-se em melhores condições na unidade masculina. Sabe-se que uma fixação adequada garante o posicionamento seguro do dispositivo de infusão, reduzindo o risco de perder o acesso venoso e infiltração de drogas e soluções.

No que se refere à qualidade do material na época da coleta de dados, a Gerência de Riscos da instituição recebia algumas notificações de queixas técnicas relacionadas ao cateter venoso plástico de inserção periférica. No entanto, nenhuma dessas notificações partiu da unidade feminina. Além disso, há de se considerar que todo o hospital fazia uso da mesma marca de cateter e na unidade masculina o desempenho neste indicador foi 90,00%, o que reafirma a necessidade do desenvolvimento de um estudo mais aprofundado sobre o desempenho da equipe de enfermagem da unidade para este indicador.

A observação do local de inserção do cateter venoso periférico é extremamente importante. Se a pele mostrar sinais e sintomas de complicações, como rubor, calor, algia, endurecimento, entre outros, a terapia deve ser suspensa, mesmo que o cateter *in situ* esteja instalado há menos de 24 horas (PEREIRA; ZANETTI; RIBEIRO, 2001).

Em estudo realizado na clínica cirúrgica em uma amostra de 40 pacientes de um hospital do interior do estado de São Paulo, constata-se que, numa classificação de 3 pontos: Grau 0 — Cuidado de enfermagem satisfatório; Grau 1 — Cuidado de enfermagem insatisfatório e Grau 2 — Cuidado de enfermagem muito insatisfatório, 60% dos cuidados de enfermagem em relação à punção venosa é classificado como Grau 1 e 2 e um dos fatores é a permanência desses dispositivos *in situ* além do tempo recomendado (PEREIRA; ZANETTI; RIBEIRO, 2001).

Ressalta-se que, para avaliação deste indicador, tem-se o cuidado de perguntar ao paciente, ou acompanhante, sobre a correlação das lesões observadas (equimoses, hematomas, infiltrações, necroses) com a punção venosa e infusão de soluções sob avaliação, pois as lesões podem estar associadas a outros procedimentos, como coleta de exames, por exemplo.

Além disso, checa-se se as lesões são decorrentes de punções realizadas na unidade de assistência em avaliação ou se o paciente já teria sido admitido com lesões provenientes de outras unidades, para não correr o risco de atribuir um desempenho insatisfatório neste quesito à equipe de enfermagem local.

Mesmo considerando a interferência de inúmeras variáveis para a ocorrência de lesões cutâneas pós-infiltrativas, essas devem ser prevenidas e o paciente com acesso venoso periférico deve ser monitorado constantemente com o objetivo de detectar precocemente qualquer sinal de alteração (FERREIRA; MARASSI, 2005; O'GRADY, 2011).

Os indicadores 5 — Identificação de equipos para infusão venosa, 6 — Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo; e 7 — Identificação do controle de velocidade de infusão — escala graduada, obtêm na unidade feminina escores de adequação de 66,00%, 60,00% e 33,00%, respectivamente, classificando a qualidade da assistência de enfermagem como Insuficiente. Para a unidade masculina os percentuais são 91,00% e 92,00% - Desejável e 80,00% - Adequada.

No cotidiano da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem na instituição em estudo, percebe-se que o desempenho da equipe de enfermagem da unidade masculina em relação à elaboração de rótulos de soro, escala graduada de controle de tempo de infusão e identificação de equipos sempre foi melhor do que na unidade feminina, fato que também se confirmou durante o período de coleta de dados. Observa-se na unidade masculina que os enfermeiros desempenham papel fundamental no processo, exercendo a supervisão e orientação da equipe de forma mais aproximada, com base nos

resultados dos relatórios de avaliação da qualidade da assistência, elaborados periodicamente pela Assessora de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem – ACQAE.

Aliado a isso, no quadro de pessoal da unidade masculina encontram-se enfermeiros que fazem parte da Comissão de Cateteres da instituição, comissão essa dedicada às questões relacionadas à prevenção de infecção relacionada à cateter.

Outro fator que pode ter influenciado de forma negativa no desempenho da unidade feminina, mais uma vez em função do papel educativo e de supervisão desempenhado pelo enfermeiro, é a grande rotatividade dos profissionais nos turnos diurnos, principalmente por conta da falta de um profissional fixo no turno vespertino e da concessão de licença capacitação no turno matutino.

A identificação do equipo de soro está relacionada à prevenção de infecção associada a cateter e o período de troca dos dispositivos para infusão venosa é determinado pelos *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC (O'GRADY et al., 2011).

Eventos adversos relacionados a medicamentos podem resultar em agravos à saúde dos pacientes e, entre eles, os erros de medicação são ocorrências comuns e podem assumir dimensões clinicamente expressivas (ANACLETO et al., 2010). Estes podem ser classificados segundo o processo da cadeia terapêutica e de acordo com o tipo erro (OTERO LÓPEZ et al., 2008).

Na categoria processo da cadeia terapêutica, no que diz respeito às fases em que os erros podem ocorrer, a elaboração de rótulos de soro e escala graduada tem participação em três: preparo, administração e monitorização dos pacientes/tratamento (OTERO LÓPEZ et al., 2008).

No que se refere ao tipo de erro, rótulos e escalas mal elaborados ou ausentes podem acarretar em erros do tipo: medicamento errado, omissão de doses ou medicação, dose errada, frequência errada da administração,

apresentação errada, via errada, velocidade de infusão/administração errada, tempo de infusão/administração errado e paciente errado (OTERO LÓPEZ et al., 2008).

Rótulos de soro e escalas para o controle da velocidade de infusão adequados permitem monitorar o processo de administração de medicamentos de forma efetiva e, na ocorrência de algum evento adverso relacionado a medicamento, torna-se possível identificar o responsável pelo preparo, o conteúdo da solução e o volume infundido em relação à previsão do tempo total de infusão, o que auxilia na determinação das condutas em relação aos possíveis danos ocorridos, bem como permite a análise das fragilidades do processo envolvido.

Para o indicador 8 — Identificação de sondas gástricas — oro e nasogástricas para drenagem, a equipe de enfermagem da unidade feminina obtém 58,00% de adequação do desempenho em relação ao padrão e, na unidade masculina, 71,00%, caracterizando, para o indicador, uma assistência de qualidade Insuficiente e Limítrofe, respectivamente.

Muito embora o desempenho das duas equipes esteja aquém do recomendado, a unidade masculina novamente se sai melhor no escore obtido. Observou-se durante a coleta de dados, ou mesmo durante as avaliações rotineiras da ACQAE, que a equipe de enfermagem dessa unidade está mais sensibilizada para a importância das identificações dos dispositivos, pois é comum os avaliadores serem abordados pelos funcionários para se justificarem do porquê de determinado dispositivo não estar identificado, preocupação essa não observada na equipe de enfermagem da unidade feminina.

A sondagem naso ou orogástrica tem sido objeto de investigação há tempos e tem sido associada a complicações relacionadas às técnicas de introdução, fixação e tempo de permanência. Os comprometimentos no trato gastrointestinal variam de discretas hiperemias a graves perfurações gástricas iatrogênicas (BORREL; SILVA, 2000).

Estudo desenvolvido por Borrel e Silva (2000) utiliza o Teste de Teor de Plastificante em sondas gástricas de poliuretano usadas por 24, 48 e 72 horas e constata uma diminuição do plastificante em sondas com 72 horas em relação às nunca utilizadas.

Considerando que “o plastificante é um aditivo adicionado à formulação da resina plástica para conferir flexibilidade ao material”, as autoras concluem que a sonda perde flexibilidade a partir da introdução no trato digestivo (BORREL; SILVA, 2000, p. 306). Neste sentido, autores têm recomendado a substituição de sondas gástricas de poliuretano a cada 72 horas (SCHWENCK; QUINONEIRO, 2009).

No que tange aos indicadores 9, 10 e 11, relativos à manutenção da sondagem vesical de demora, a equipe de enfermagem da unidade feminina obtém desempenho de 80,00%, 100,00% e 90,00%, respectivamente, classificando a assistência de enfermagem como Adequada no que tange à fixação da sonda vesical de demora; Segura quanto ao posicionamento da bolsa coletora da sonda vesical de demora e Desejável para o posicionamento do prolongamento distal de drenagem da bolsa coletora de diurese – *spigot*. Para a unidade masculina, o desempenho é 91,00% e 98,00% — Desejável e 83,00% — Adequada.

Nota-se o empenho das duas unidades no cumprimento de diretrizes para a prevenção de infecção relacionada à sondagem vesical de demora, mas a fixação adequada da sonda na unidade feminina merece maior supervisão do enfermeiro, assim como a garantia de não contaminação do *spigot* na unidade masculina.

A fixação da sonda vesical de demora com 80% de adequação na unidade feminina, apesar de caracterizar a assistência como Adequada, é um resultado preocupante, pois a tração constante ou intermitente na uretra, além de desconforto ao paciente, pode resultar em lesão grave (GOULD et al., 2009).

Observa-se, na prática, que a equipe de enfermagem da unidade feminina fixa a sonda vesical de demora na fralda dos pacientes, no sentido de preservar a integridade cutânea deles; no entanto, esse tipo de fixação não é

totalmente seguro, pois não impede que a sonda seja tracionada durante a mobilização, por exemplo.

O posicionamento do prolongamento distal de drenagem da bolsa coletora de diurese — *spigot* (indicador 11), na unidade masculina, alcança um desempenho de 86,00% de adequação. A manipulação não cuidadosa do sistema de drenagem vesical, com quebra do sistema fechado, ou seja, abertura e contaminação, certamente traz como resultado o aumento nos índices de infecção urinária.

O *spigot* de drenagem da bolsa coletora não deve entrar em contato com nenhuma superfície durante a manipulação. Deixá-lo desprotegido aumenta o risco de contaminação e infecção ascendente (GOULD et al., 2009).

Percebe-se na prática que, em função da sobrecarga de trabalho, a equipe de enfermagem acaba adotando comportamentos de risco no sentido de otimizar a relação tempo/número de pacientes. Todavia, cada dispositivo urinário deve ser manuseado cuidadosa e individualmente, de forma a evitar o risco de contaminação. Cabe ao enfermeiro supervisionar e exigir o cumprimento dessas normas de qualidade e segurança.

Sabe-se que aproximadamente 10% dos pacientes hospitalizados têm necessidade de intervenção mecânica no trato urinário (ALVES; LUPPI; PAKER, 2006), sendo a infecção do trato urinário associada a cateter a infecção nosocomial mais comum, podendo causar sépsis e morte (LENZ, 2006).

A contaminação pode ser extraluminal devido à manutenção do meato uretral aberto, e intraluminal, que ocorre por refluxo de micro-organismos que ganham acesso ao lúmen do cateter a partir de quebra no sistema fechado de drenagem ou contaminação da urina na bolsa coletora (ALVES; LUPPI; PAKER, 2006; LENZ, 2006; SOUZA et al., 2007).

Segundo recomendação dos *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC, a fixação da sonda deve assegurar que não ocorra tração e consequente lesão uretral; a bolsa coletora de diurese deve permanecer

posicionada abaixo do nível da bexiga do paciente e a drenagem da urina da bolsa coletora deve ser realizada utilizando-se recipiente limpo, evitando-se o contato do *spigot* com qualquer superfície não estéril (GOULD et al., 2009).

Estudo realizado por Souza et al. (2007) em dez hospitais do estado de Goiânia constata percentuais de adequação para a manutenção da fixação da sonda, o posicionamento da bolsa coletora de diurese e a manutenção da válvula de drenagem protegida e distante do chão de 100%, 63% e 98% respectivamente.

Alves, Luppi e Paker (2006) em um estudo de abordagem qualitativa em um hospital universitário do interior de São Paulo, identificam que 15,8% das infecções hospitalares na instituição são urinárias e 21,2% dos enfermeiros entrevistados referem que erros na manipulação do cateter contribuem para o aumento desse tipo de infecção. Quanto às medidas adotadas por esses profissionais para prevenir a infecção urinária, 29,7% referem avaliar constantemente o cateter e 16,2% apontam a capacitação dos profissionais.

Certamente a infecção urinária não depende somente dos fatores abordados neste indicador. Ressalta-se que a metodologia de avaliação proposta no presente estudo está focada na manutenção da drenagem e sistema fechado e é direcionada a resultados de comportamentos observáveis que não dependam da permanência do avaliador por longo período ao lado do paciente.

As demais variáveis relacionadas à infecção do trato urinário pelo uso de cateter urinário somente são passíveis de avaliação mediante acompanhamento dos cuidados, na inserção e manuseio do sistema no ato da sua execução, o que não se aplica à metodologia avaliativa proposta.

Com respeito aos indicadores 12 — Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem e 13 — Registro de verificação dos sinais vitais prescritos, a assistência de enfermagem na unidade feminina é classificada como Insuficiente (52,00% e 55,00%, respectivamente) e para o indicador 14 — Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica é classificada como Limítrofe (75,00%). Para a equipe de enfermagem da

unidade masculina, o desempenho alcançado nesses três indicadores é 82,00%, 88,00% e 86,00%, respectivamente, caracterizando a assistência relacionada a registros como Adequada.

Mais uma vez a unidade masculina se destaca em relação aos escores desses três indicadores. Nota-se a preocupação dessa unidade com a documentação do cuidado e a valorização dessa ação de cuidado pelo enfermeiro da unidade, que orienta e supervisiona sua equipe.

A documentação do cuidado é fundamental instrumento de comunicação entre os membros da equipe de saúde, oferecendo informações sobre o atendimento prestado (BORSATO et al., 2011, 2012; CAMPOS; SOUSA; SAURUSAITIS, 2008; COLLEGE OF REGISTERED NURSES OF BRITISH COLUMBIA, 2007; COSTA; PAZ; SOUZA, 2010; MATSUDA et al., 2006; MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2008; SETZ; D'INNOCENZO, 2009; VERSA et al., 2012). Acrescenta-se ainda diversos estudos no Brasil abordando inadequações nos registros de enfermagem (BORSATO et al., 2011, 2012; CAMPOS; SOUZA; SAURUSAITIS, 2008; CARRIJO; OGUISSO, 2006; CARVALHO et al., 2008; LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007; MATSUDA et al., 2006; MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007; OCHOA-VIGO; PACE; SANTOS, 2003; RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004; VENTURINI; MARCON, 2008; SETZ; D'INNOCENZO, 2009; VERSA et al., 2012; VITURI; MATSUDA, 2008).

Importante enfatizar que os registros de enfermagem refletem a qualidade da assistência, além de fornecer suporte aos profissionais de enfermagem para o cumprimento das normas legais e profissionais (COLLEGE OF REGISTERED NURSES OF BRITISH COLUMBIA, 2007; COSTA; PAZ; SOUZA, 2010; LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007; SETZ; D'INNOCENZO, 2009; VENTURINI; MARCON, 2008; VITURI; MATSUDA, 2008).

Quando os registros são incompletos e ou incorretos, a assistência e a segurança do paciente são comprometidas, assim como é prejudicada a mensuração dos resultados assistenciais (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Existe ainda a questão das glosas de contas médicas por operadoras de planos de saúde, em convênios com instituições de saúde (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007). Rodrigues, Perroca e Jericó (2004) afirmam que 87% do custo total das glosas de operadoras de planos de saúde podem ser recuperados por meio dos registros/anotações de enfermagem bem elaborados.

Carrijo e Oguisso (2006) realizaram uma revisão de literatura sobre o tema, referente ao período de 1957 a 2005, na base de dados informatizada denominada *PeriEnf*, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. As autoras concluem que a baixa qualidade dos registros denota insuficiência na formação profissional e afirmam que a prática dos registros de enfermagem vem sendo executada como um ato mecânico e que os registros não refletem a assistência efetivamente prestada (CARRIJO; OGUISSO, 2006; MATSUDA et al., 2006).

Constata-se que a maioria dos estudos na área enfoca os registros/anotações de enfermagem do tipo descritivas narrativas, porém fazem parte do contexto os gráficos, sinais gráficos (checagens) e anotações descritivas com dados numéricos.

Neste sentido, desenvolveu-se estudo que avalia a checagem correta e completa das prescrições de enfermagem de um hospital de ensino do estado do Paraná, entre os anos de 2004 e 2006. As autoras encontram um percentual médio anual de checagens de 77%, 70%, 62% e 77%, respectivamente, para os quatro anos avaliados. A rubrica identificando o profissional que realizou o cuidado está presente em apenas 5%, 10%, 27% e 17% dos cuidados prescritos e a justificativa redigida para o cuidado circulado é encontrada em 23%, 35%, 14% e 18% dos cuidados que foram circulados, nos quatro anos avaliados (VITURI; MATSUDA, 2008).

Em estudo realizado em um hospital universitário localizado no Município de São Paulo avaliam-se as checagens das prescrições de enfermagem e médica em uma amostra de 424 prontuários. As autoras constataam que, em 70,7% dos prontuários, havia prescrições de enfermagem checadas, mas apenas 1% checadas de forma completa. Quanto às prescrições médicas, havia

98,1% checadas, mas apenas 1,7% com a checagem completa (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

No que se refere às glosas, Luz, Martins e Dynewicz (2007) constata 28% de contas hospitalares glosadas parcialmente em função da falta de checagem dos procedimentos. Quanto às justificativas para medicações não administradas, nos turnos da tarde e noite de uma das três unidades avaliadas nenhuma medicação circulada estava justificada. Em relação ao registro dos sinais vitais, apenas em uma das unidades estavam verificados todos os parâmetros vitais, os outros somente aferiam a pressão arterial e temperatura.

Setz e D'Innocenzo (2009) afirmam haver certo descaso quanto a este tipo de formalização escrita do trabalho e muito se tem discutido no sentido de que a informatização do prontuário do paciente seria uma forma de melhorar a qualidade dos registros. Mas Vituri e Matsuda (2008) questionam se isso seria o suficiente para mudar a crença equivocada de o registro das ações de cuidados não ser uma prioridade frente à escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho.

Matsuda, Carvalho e Évora (2007) referem que a baixa qualidade nos registros de enfermagem está relacionada ao baixo nível socioeducacional de muitos profissionais que atuam na enfermagem, além da complexidade da linguagem, carência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, desvalorização da profissão e falta de investimentos em capacitação.

Borsato et al. (2011) concluem que a melhoria na qualidade dos registros é possível por meio de capacitação e que o envolvimento do pessoal de nível técnico no desenvolvimento do Processo de Enfermagem torna-se fundamental.

Já Venturini e Marcon (2008) afirmam que a melhoria na qualidade dos registros depende do “exemplo” do enfermeiro. Neste sentido Matsuda et al. (2006) referem que a legislação profissional não prevê a obrigatoriedade de o enfermeiro realizar registros/anotações no prontuário do paciente, o que, de certo modo, não institui o compromisso por parte deste profissional.

Costa, Paz e Souza (2010) recomendam espaços de socialização e discussão sobre o tema como forma de melhorar a qualidade dos registros. A valorização da Sistematização da Assistência — SAE como instrumento de trabalho foi referida por Vituri e Matsuda (2008) e Venturini e Marcon (2008) como uma estratégia.

Em relação ao indicador 15 - Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro, o percentual de adequação ao padrão é de 99% na unidade feminina e 92% na unidade masculina, o que classifica a assistência como Desejável.

A Prescrição de Enfermagem para todos os pacientes é adotada na instituição desde a década de 1980 e vem sendo desenvolvida de forma informatizada já há alguns anos, com base em protocolos de assistência subsidiados nas necessidades humanas básicas.

Com a adoção da informatização percebeu-se uma melhora na qualidade das prescrições de enfermagem, que se tornaram mais completas e individualizadas. Entretanto, ainda existe, por parte de alguns profissionais enfermeiros da instituição, resistência/dificuldade no uso da informática. Ainda é possível constatar prescrições de enfermagem manuscritas, que por vezes apresentam aprazamentos inadequados dos cuidados e falta de algum cuidado importante, o que, enfim, pode ser a justificativa para o não alcance dos 100,00% de adequação para este indicador.

De acordo com a Resolução COFEN n° 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem — SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, a SAE possibilita organizar o trabalho profissional, permitindo a operacionalização do Processo de Enfermagem, que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). A referida Resolução estabelece em seu Artigo 4° que a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

No Brasil existem diversos modelos de SAE, regulados por diferentes teorias, mas o método mais utilizado é o de Wanda Horta. Ele que é composto por seis etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem (SILVA et al., 2012).

A prescrição de enfermagem promove a sistematização das práticas e valorização da profissão. Quando da sua não implementação, a equipe de enfermagem passa a guiar-se pela prescrição médica, o que desvaloriza o papel do enfermeiro na tomada de decisão sobre a terapêutica do paciente (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

Estudo que avalia 11.663 prescrições de enfermagem de um hospital público de ensino do estado do Paraná, referentes aos anos de 2001 a 2008, detecta que 77% das prescrições indicam grau de dependência adequado às necessidades dos pacientes, 84% permitem conhecer as condições gerais dos pacientes, 74% das prescrições indicam cuidados consonantes à patologia e necessidade do paciente, 68% solicitam a observação de sinais e sintomas pertinentes às necessidades e patologia do paciente, 74% dos horários estão aprazados de forma adequada, 62% indicam cuidados de pré-operatório ou pré-exames quando necessários, 57% têm prescritos cuidados de pós-operatório ou pós-exames quando necessários e 15% utilizam abreviaturas não padronizadas na instituição (SILVA et al., 2012).

Takahashi et al. (2008) realizam estudo com o objetivo de identificar as dificuldades e facilidades na execução das fases do processo de enfermagem em uma amostra de 83 enfermeiros de um hospital do município de São Paulo. Encontram que 23% dos profissionais refere dificuldades na elaboração da prescrição de enfermagem e os motivos atribuídos são: falta de conhecimento teórico (47,0%), falta de tempo (17,6%), falta de exercício prático e falta de recursos (11,8%).

No estudo de abordagem qualitativa de Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004), que entrevistam 37 enfermeiros sobre os motivos da não realização da prescrição de enfermagem, as autoras encontram respostas do tipo:

desvalorização da prescrição pelo próprio enfermeiro e demais membros da equipe de saúde, falta de tempo e de pessoal, sobrecarga de trabalho, ter que assumir atividades de outros profissionais, excesso de atividades burocráticas e o fato de a prescrição de enfermagem não ser institucionalizada.

Silva et al. (2012) relatam que seria possível melhorar a qualidade da prescrição de enfermagem mediante investimento na formação do profissional. Referem ainda que deveriam ser fornecidas instruções e treinamentos específicos sobre a elaboração e aplicação da SAE na admissão do servidor na instituição, além de que a Prescrição de Enfermagem deveria ser utilizada na passagem de plantão, caracterizando-a como instrumento de trabalho.

Takahashi et al. (2008) também acreditam no papel da escola na formação de profissionais que acreditem na SAE e, por conseguinte, na prescrição de enfermagem, e que tenham competência científica e técnica para sua implementação, haja vista que, em seu estudo, a maior dificuldade na implementação da prescrição de enfermagem e demais fases do processo referida pelos enfermeiros é a falta de conhecimento teórico e prático.

Uma observação se faz necessária no que tange ao indicador 15. Esse indicador foi considerado confiável no presente estudo, que possui como característica uma metodologia de avaliação dinâmica, objetiva e sintetizada. Deste modo, a qualidade da prescrição de enfermagem é julgada com base no que se observa como necessidade do paciente no momento em que se estabelece contato para a avaliação dos demais indicadores e a partir de informações como diagnóstico, idade e conteúdo das anotações de enfermagem. Este indicador foi desenvolvido com o intuito de ser aplicado a 100% dos pacientes e, para o método proposto no presente estudo, o indicador é fidedigno/confiável.

No entanto, se o objetivo for uma análise minuciosa da qualidade da prescrição de enfermagem, recomenda-se que seja utilizado o instrumento proposto por Haddad (2004), que utiliza o método de amostragem aleatória para seleção dos sujeitos e considera a realização de um exame físico detalhado, entrevista com o paciente e avaliação de três prescrições de enfermagem.

Quanto ao desempenho global para as duas equipes de enfermagem em relação aos padrões de qualidade adotados para os cuidados avaliados, a equipe de enfermagem da unidade feminina obtém 71,00% — Limítrofe e a da unidade masculina, 87,00% — Adequada.

Com base nos resultados pode-se afirmar que ambas as unidades apresentam problemas em relação à qualidade da assistência, sendo a unidade feminina a que apresenta maior quantidade de indicadores com percentual de adequação abaixo do recomendado.

Na unidade feminina observa-se que os problemas concentram-se nos registros de enfermagem, no que tange às identificações (acesso venoso periférico, equipos, rótulos de soro, escala graduada e sonda gástrica) e checagens (prescrição de enfermagem, médica e registro de sinais vitais).

Na unidade masculina os maiores problemas foram observados também em relação às identificações (acesso venoso periférico e sonda gástrica) e checagens (prescrição de enfermagem, médica e registro de sinais vitais), mas em menor intensidade que na unidade feminina.

Diante dos achados é possível supor que no cotidiano da prática a equipe de enfermagem das unidades em estudo não tenham valorizado o registro das ações de cuidados na condição de instrumento de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional.

A ausência de registros, sejam eles de aprazamentos de trocas de dispositivos, checagens de cuidados e medicações e verificação dos sinais vitais prescritos, resulta numa lacuna com resultados negativos sobre a terapêutica dos pacientes, pois, legalmente, o que não está registrado não foi realizado.

Considerando o desempenho das duas unidades nos quinze indicadores de qualidade da assistência de enfermagem e com base no Artigo 12º do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, que determina como responsabilidade e dever “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência

de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” e no Artigo 11º da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e determina como responsabilidade do enfermeiro a “prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 1986), compete uma análise mais aprofundada dos problemas encontrados, no sentido de buscar estratégias de minimizá-los.

Deste modo, no subtópico a seguir, apresenta-se a análise dos desempenhos, mediante aplicação do Ciclo PDCA para Solução de Problemas – 1ª Fase e ferramenta 5W1H para elaboração do plano de ação.

7.5.1 ANÁLISE DOS PROBLEMAS DETECTADOS PELA APLICAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DO CICLO PDCA E ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO COM A FERRAMENTA 5W1H

Nesta fase procede-se à análise dos desempenhos inferiores a 90,00%, que é o limite de percentual de adequação ao padrão que classifica a assistência como Desejável, por meio do PDCA para Solução de Problemas (NOGUEIRA, 2008).

Ressalta-se que é aplicada somente a primeira etapa do Ciclo, tendo em vista que a aplicação das demais etapas ultrapassa os objetivos traçados para o presente estudo.

A etapa PLAN do Ciclo PDCA para Solução de Problemas incorpora os seguintes elementos: Identificação do problema - definição da natureza do problema; Observação — conhecimento e compreensão sobre o problema; Análise do problema — análise das causas; Plano de ação — contramedidas para neutralizar as causas (NOGUEIRA, 2008).

Para elaboração do plano de ação utiliza-se o método 5W1H, porém a fase When é suprimida em razão de que deve ser discutida e pactuada com a gestão local e Diretoria de Enfermagem da instituição.

A partir da aplicação do Ciclo PDCA e da ferramenta 5W1H (Apêndices G, H, I e J) propõem-se estratégias para o enfrentamento dos problemas detectados. Considerando a natureza similar dos problemas nas duas unidades avaliadas, elabora-se um plano de ação que atende a demanda de ambas.

As propostas para o enfrentamento dos problemas detectados pela aplicação dos indicadores de qualidade testados neste estudo são:

A — RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO: ENFERMEIRO DA UNIDADE COM APOIO DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM:

- ▶ aumentar a supervisão do desempenho da equipe de enfermagem na unidade de assistência quanto aos indicadores e padrões de qualidade adotados na instituição;
- ▶ liberar o servidor durante o horário de trabalho, para participar de programas de capacitação desenvolvidos na instituição, atentando-se para a avaliação do impacto desta ação para a qualidade da assistência;
- ▶ considerar como meta 11 dias de capacitação ao ano, no mínimo - 3% da carga horária anual (COELHO JÚNIOR; MAEDA, 2006);
- ▶ incluir no histórico funcional do servidor a participação em atividades de capacitação, bem como avaliar e registrar as mudanças no seu desempenho.

B — RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO: ENFERMEIRO DA DIVISÃO DE EDUCAÇÃO E PESQUISA — DEPE COM APOIO DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM:

- ▶ incluir no cronograma de atividades anual do DEPE programas de capacitação para a chefia quanto a liderança, além dos direcionados aos problemas detectados pelo procedimento avaliativo desenvolvido pela Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem – ACQAE;
- ▶ desenvolver metodologia de avaliação do aprendizado dos servidores, que deverá ser aplicada nas unidades de assistência após eles terem frequentado os cursos de capacitação e informar os resultados no histórico funcional do servidor.

C — RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO: ENFERMEIRA DA ACQAE E GERÊNCIA DE RISCO, COM APOIO DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM:

- ▶ manter as atividades de auditoria com a aplicação dos quinze indicadores de qualidade da assistência de enfermagem, monitorando o desempenho das equipes e, conseqüentemente, a qualidade da atenção;
- ▶ subsidiar as atividades de educação continuada e permanente pelo encaminhamento dos relatórios com os respectivos desempenhos às Chefias de Divisão e Seção das unidades de assistência, Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH e Diretoria de Enfermagem;
- ▶ participar dos programas de capacitação desenvolvidos pelo DEPE, enfocando temas direcionados para qualidade, segurança e gerenciamento de riscos;

- ▶ participar da palestra de integração dos servidores recém-admitidos com o objetivo de sensibilizá-los para as atividades de avaliação da qualidade desenvolvidas na instituição. Divulgar os roteiros de avaliação, padrões de qualidade adotados e sensibilizar para a necessidade de monitorização da qualidade técnica dos materiais médico-hospitalares e notificação de queixas técnicas e eventos adversos à Gerência de Riscos Hospitalares.
- ▶ subsidiar a Direção da instituição na elaboração de projetos institucionais com vista a solicitar junto ao Governo do Estado reposição das vagas em aberto no quadro de recursos humanos de enfermagem da instituição, assim como ampliação do número de vagas em consequência da mudança de perfil da população atendida na instituição (VITURI et al., 2011).

Cabe ressaltar que no contexto da prática do uso destas ferramentas de análise de problemas/causas, que a construção coletiva de estratégias de enfrentamento, com a participação de todos os sujeitos envolvidos nos processos de cuidado, é requisito imprescindível na busca da excelência.

Com base nos resultados apresentados e na análise dos problemas detectados por meio do uso de Ferramentas da Qualidade é possível observar que os princípios da Filosofia da Qualidade Total se aplicam à gestão de instituições de saúde e medidas de educação permanente e continuada são imprescindíveis como estratégia para o alcance de metas e valorização profissional. Neste sentido, o subtópico a seguir traz uma estratégia de capacitação individual e coletiva no âmbito da instituição estudada.

7.6 PROPOSIÇÃO DE MEDIDAS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Com base no diagnóstico do desempenho das equipes das unidades feminina e masculina do hospital em estudo e na análise dos problemas

detectados pela aplicação da primeira fase do Ciclo PDCA para Solução de Problemas e elaboração do Plano de Ação com a ferramenta 5W1H, é possível observar, no que se refere aos quinze indicadores avaliados, uma série de variáveis interferindo no resultado da atenção.

Observa-se pela análise dos problemas/causas (Apêndice G, H, I e J) uma inter-relação entre as variáveis, que culminam no desempenho insuficiente para a qualidade da assistência e segurança do paciente.

Constata-se uma carência de recursos humanos de enfermagem que extrapola a governabilidade dos gestores do Hospital e da Universidade a que se vincula, pois se trata de instituição pública, onde a contratação de pessoal ou ampliação de vagas é prerrogativa do Governo do Estado.

Aliado à falta de pessoal, tem-se um perfil de servidores que apresenta, na média das duas unidades, 66% na faixa etária entre 40 e 59 anos e 5% acima de 60 anos; 24% têm mais de um emprego e 17% ainda estudam, considerando que parte desses que estudam também tem dois empregos. A taxa de absenteísmo não previsto encontra-se acima de 8,5% (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012c), o que contribui para a sobrecarga de trabalho.

Essa sobrecarga acaba por gerar desmotivação para participar das atividades de capacitação oferecidas na instituição. Além disso, na prática diária observa-se que o fato de alguém ausentar-se para atividades de capacitação sobrecarrega quem assume suas atividades, pois cada funcionário é responsável, em média, pela assistência a sete pacientes com graus de dependência da assistência de enfermagem variando entre 3 e 4, segundo a classificação proposta por Nonino (2006) e adotada na instituição (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012d).

Diante do contexto de falta de governabilidade sobre a contratação de pessoal, questão social do multiemprego e a necessidade de motivar a equipe de enfermagem em participar das atividades de capacitação oferecidas na instituição e considerando que o investimento em educação

continuada e permanente é um dos princípios da TQM, acredita-se imprescindível a sensibilização dos enfermeiros para a necessidade de liberação programada dos técnicos e auxiliares de enfermagem, além de estímulo à equipe para participar destas atividades, resgatando a capacitação como política institucional e da gestão.

A determinação de uma meta a ser cumprida em termos de horas capacitação/ano também é uma estratégia para a Direção de Enfermagem da instituição, de forma que esta meta passe a fazer parte do Planejamento Estratégico da diretoria.

Além disso, acredita-se na necessidade de buscar novas formas no processo ensino-aprendizagem, que sejam mais estimulantes para que o aluno se sinta motivado em participar e buscar ativamente o conhecimento.

O uso da informática e internet são apontados na contemporaneidade como o novo espaço pedagógico, que se aplica tanto ao aprendizado individual como coletivo (PEREIRA, 2009).

O processo de aprender mediado pelas tecnologias da informação e da comunicação assume enorme importância ao possibilitar ampliar a concepção do ambiente de aprendizagem restrito a um espaço físico, diante da possibilidade de construir ambientes virtuais de aprendizagem por intermédio do computador e da digitalização de textos, de imagens e sons (PEREIRA, 2009, p. 30).

Nesta lógica tem-se a *WebQuest*, uma ferramenta metodológica desenvolvida pelo educador Bernie Dodge como uma proposta para dimensionar o uso educacional da *Web*, que possui como fundamento a aprendizagem cooperativa e a utilização dos processos investigativos na construção do saber (DODGE, 1996; PEREIRA, 2009; ROCHA, 2007).

Envolve uma atividade de investigação orientada em que geralmente parte ou toda informação com que o aluno interage provém de recursos da internet, podendo ser acrescido outros recursos, como livros, vídeos, pessoas para serem entrevistadas (DODGE 1996; DODGE, 2001; PEREIRA, 2009; ROCHA, 2007).

A metodologia *WebQuest* tem como pressuposto atribuir ao aluno a tarefa de buscar informações e transformá-las em conhecimento (DOGE, 2001).

Esta metodologia tem como vantagem o fato de que pode ser desenvolvida conforme a variedade de áreas de conhecimento, assuntos, idades e níveis de aprendizado. Além disso, seus projetos podem ser facilmente utilizados em situação de aprendizagem curriculares ou extracurriculares (ROCHA, 2007).

O uso da metodologia *WebQuest* permite simular a resolução de problemas concretos vivenciados no cotidiano do trabalho da enfermagem, especialmente direcionados para o desenvolvimento de competências e habilidades (PEREIRA et al., 2010).

Existem dois níveis de *WebQuest*, *WebQuest* Curtas e *WebQuest* Longas. *WebQuest* Curta geralmente tem duração de uma a três aulas e objetiva a aquisição e integração do conhecimento; a *WebQuest* Longa dura de uma semana a um mês e o objetivo é a ampliação e o refinamento do conhecimento (DODGE, 1996).

As partes de uma *WebQuest*, segundo Dodge (2001), Rocha (2007) e Pereira (2009) são:

1. **INTRODUÇÃO:** Apresentação breve do tema e antecipação das atividades a serem desenvolvidas;
2. **TAREFA:** Apresentação da proposta do trabalho, objetivos a serem alcançados e ferramentas a serem utilizadas;
3. **PROCESSO:** Descrição detalhada do processo para desenvolver a tarefa, que deve estar dividido em passos, claramente descritos, assim como as fontes de informação (recursos) a serem consultados (sites, livros etc.);
4. **AValiação:** Definição clara dos critérios que serão utilizados para avaliação da conclusão da Tarefa, que devem estar disponibilizados logo no início da atividade;
5. **CONCLUSÃO:** Encerramento da atividade, resumindo os assuntos e retomando os objetivos supostamente alcançados.

Segundo Dodge (1996), ao se pretender elaborar uma *WebQuest*, deve-se ter o cuidado de não elaborar apenas uma folha de exercícios na *Web*, o que ele chama de *WebExercise*, pois ela não contempla o processo de transformação do aluno, portanto não conduz ao aprendizado.

WebExercise contempla os seguintes domínios cognitivos: conhecimento, compreensão e aplicação. Já a *WebQuest* contempla análise, síntese e avaliação (DODGE, 1996).

Com base no exposto, sugere-se o desenvolvimento de uma *WebQuest* direcionada aos problemas detectados pela aplicação dos indicadores de qualidade da assistência nas unidades feminina e masculina do hospital estudado, de forma que o servidor seja convocado para participar de uma sessão em pequeno grupo, que poderia ocorrer na sala de reuniões da própria unidade de assistência ou na sala de reuniões da Diretoria de Enfermagem.

Para a atividade, o grupo contaria com um computador com acesso a internet e um facilitador, que deveria ser o enfermeiro da DEPE e ACQAE.

Ressalta-se ser fundamental a participação dos enfermeiros das unidades de assistência na atividade, pois, como responsáveis pelo acompanhamento do desempenho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, devem conhecer, profundamente, os padrões de qualidade da assistência adotados na instituição.

A elaboração de *WebQuest* para o ensino está cada vez mais popular e existem sites especializados que dão suporte no desenvolvimento de todo projeto (DODGE, 2007a; DODGE, 2007b).

No sentido de exemplificar e ilustrar uma proposta de *WebQuest* voltada para a capacitação da equipe de enfermagem da instituição, a seguir apresenta-se, por meio de figuras, um protótipo de *WebQuest* desenvolvido neste estudo para trabalhar os indicadores 9, 10 e 11, que se referem à prevenção de

infecção urinária relacionada à manutenção da sonda vesical de demora (Figuras 14 a 18).

Ressalta-se que o objetivo é tão somente ilustrativo, sem a pretensão de propor este modelo como padrão. Para tanto, estudo específico deve ser desenvolvido no sentido de atender a todos os requisitos necessários ao desenvolvimento da metodologia *WebQuest*.

FONTE: Desenvolvido pelo próprio autor.

FIGURA 14 — Primeira página da *WebQuest* – Introdução, Londrina – PR, 2013.

questgarden.com/author/create/preview.php?u=144014&l=144014-120428085711&a=&p=task&pt=student

Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem na Prevenção de Infecção Urinária Relacionada à SVD

- Introdução
- **Tarefa**
- Processo
- Avaliação
- Conclusão
- Créditos
- Página do Professor

Tarefa

Para o desenvolvimento da tarefa desta aula você deve acessar os links sugeridos e, após leitura do material e discussão com os membros do grupo, responder as seguintes questões:

- 1- Como deve ser a fixação da sonda vesical de demora?
- 2- Qual o local correto para fixação da sonda vesical de demora em paciente feminino? Justifique.
- 3- Qual o local correto para fixação da sonda vesical de demora em paciente masculino? Justifique.
- 4- Onde deve ser posicionada a bolsa coletora de diurese do sistema fechado? Justifique.
- 5- Quais os cuidados de enfermagem com o spigot da bolsa coletora de diurese?

FONTE: Desenvolvido pelo próprio autor.

FIGURA 15 — Segunda página da WebQuest – Tarefas, Londrina – PR, 2013.

FONTE: Desenvolvido pelo próprio autor.

FIGURA 16 — Terceira página da *WebQuest* – Processo, Londrina – PR, 2013.

FONTE: Desenvolvido pelo próprio autor.

FIGURA 17 — Quarta página da WebQuest – Avaliação, Londrina – PR, 2013.

FONTE: Desenvolvido pelo próprio autor.

FIGURA 18 — Quinta página da *WebQuest* – Conclusão, Londrina – PR, 2013.

Diante do exemplo apresentado de uma *WebQuest* voltada para a prevenção de infecção urinária relacionada à manutenção da sonda vesical de demora é possível observar que se trata de uma metodologia de ensino interessante, que estimula o aluno na busca do conhecimento, o qual pode ser aprofundado de acordo os recursos de busca, análise, síntese e avaliação fornecidos pela própria ferramenta.

8 Conclusão

Com base no estudo desenvolvido é possível concluir que:

- ▶ O instrumento e, conseqüentemente, os quinze indicadores de qualidade da assistência de enfermagem estudados, já validados anteriormente pela estratégia de validação de conteúdo, atendem ao requisito de fidedignidade/confiabilidade.
- ▶ A concordância e confiabilidade dos indicadores, estimadas pela estatística Kappa e Coeficiente de Correlação Interclasse, demonstram a relevância deste instrumento para a prática clínica da avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.
- ▶ O instrumento e os indicadores apresentam excelente confiabilidade e reprodutibilidade entre os itens.
- ▶ O presente estudo apresenta quinze indicadores que podem, potencialmente, ser utilizados para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em unidades médico-cirúrgicas de qualquer instituição de saúde.
- ▶ Nas unidades avaliadas, o desempenho das equipes de enfermagem em relação à adequação ao padrão de qualidade para os indicadores se mostra comprometido, principalmente no que se refere aos registros das ações de cuidados.
- ▶ Observa-se a significativa interferência da variável *estrutura* no processo e resultado da assistência de enfermagem nas unidades avaliadas, porém, acredita-se que investimento maciço em capacitação possa interferir, positivamente nesse cenário.
- ▶ São necessários investimentos em formas inovadoras, mais atraentes, estimulantes, que propiciem a busca ativa do conhecimento no processo ensino-aprendizagem e que estimulem os servidores a participar das atividades educativas oferecidas pela instituição, como a metodologia *WebQuest*.

A partir da comprovação da fidedignidade/confiabilidade e usabilidade dos quinze indicadores de qualidade evidencia-se a plausibilidade do desenvolvimento de medidas avaliativas para a avaliação de processos e resultados na enfermagem e a importância dos dados subsidiados em evidências para o gerenciamento da assistência. O uso de instrumentos avaliativos válidos e

fidedignos possibilita monitorar a qualidade do cuidado, identificar situações de riscos evitáveis, subsidiar o planejamento de ações corretivas, além de direcionar as estratégias de reajuste de metas, por meio de ações educativas e de valorização profissional, princípios esses do TQM.

Métodos de desenvolvimento e validação de sistemas de avaliação são discutidos e empregados nas ciências sociais e comportamentais e sua aplicação neste estudo demonstra que seus princípios podem ser adaptados para a criação de instrumentos de avaliação das práticas de enfermagem.

Outro aspecto importante é que já existem vários estudos na área de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, assim como pesquisas utilizando alguns indicadores já validados. Portanto, quando se propôs o desenvolvimento do presente estudo, não se tinha a pretensão de conceber algo novo, mas apenas validar indicadores desenvolvidos internamente e que estavam sendo utilizados na instituição há certo tempo.

Espera-se com o desenvolvimento deste estudo que os indicadores validados possam ser utilizados em outras instituições de saúde e, desta forma, contribuam para o aprimoramento da gestão de enfermagem, da qualidade da assistência e da segurança dos pacientes.

O desenvolvimento do presente estudo foi um processo longo e trabalhoso, que iniciou em 2005, mas resultou numa enorme satisfação. Foi extremamente gratificante ter desenvolvido e validado estes indicadores, principalmente porque são sistematicamente utilizados na instituição estudada.

9 Limitações do Estudo

Como limitações do presente estudo tem-se o fato de a amostra de juízes, no Teste Piloto e Segundo Teste de Confiabilidade, não ter sido aleatória. Para o Primeiro Teste de Confiabilidade adotou-se o método de amostragem aleatória, do tipo sistemática. A partir do sorteio dos juízes deparou-se com avaliadores participando do estudo durante a jornada diária de trabalho. Este fator pode ter atuado como contribuinte para os erros de medição evidenciados nesta etapa do estudo.

Outra limitação foi o tamanho da amostra de juízes para o desenvolvimento das etapas da pesquisa. No Primeiro Teste de Confiabilidade contou-se com um número de oito juízes, número este determinado estatisticamente. No entanto, operacionalizar o teste com este quantitativo de pessoas, avaliando concomitante e independentemente os mesmos pacientes também pode ter sido um fator contribuinte para os problemas detectados nesta etapa. Diante dessa experiência decidiu-se pela amostragem intencional e por reduzir o número de juízes nas demais fases da pesquisa.

A participação de estagiários do serviço de Assessoria de Controle de qualidade da Assistência de Enfermagem no procedimento de validação de face pode ter sido uma limitação do estudo, no entanto, este procedimento implica em que a avaliação seja realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento na prática.

No que se refere aos resultados encontrados nas unidades de assistência avaliadas, certamente se limitam ao contexto destas, com suas dificuldades estruturais e de processos de trabalho. Seguramente os resultados seriam diferentes em outras unidades da instituição estudada.

Em relação aos indicadores testados, seguramente não abrangem todos os aspectos importantes da assistência de enfermagem, mas certamente abarcam cuidados relevantes para a prevenção de riscos e altamente sensíveis à melhoria, com investimentos simples, como estratégias educativas. Infelizmente, a seleção destes quinze indicadores resultou na exclusão de outros aspectos do cuidado também importantes, o que pode ser uma limitação do presente estudo.

Referências

ADAMI, N. P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, pt 1, p. 190-6, 2000. Número especial.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim Informativo**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-12, jan./jul. 2011b. Disponível em:
<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061- 68, 2011.

ALVES, M. V. F. F.; LUPPI, C. H. B.; PAKER, C. Condutas tomadas pelos enfermeiros, relacionadas ao procedimento de sondagem vesical. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 10-25, 2006.

ANACLETO, T. A. et al. Erros de medicação. **Pharmacia Brasileira**, Brasília, jan./fev. 2010. Disponível em:
<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf> Acesso em: 24 abr. 2012.

ANASTASI, A. **Psychological testing**. New York: Macmillan, 1988.

ANTUNES, A. V.; TREVISAN, M. A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 35-44, 2000.

AURÉLIO. Dicionário do Aurélio on line. Disponível em:
<<http://www.dicionariodoaurelio.com>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

BAJAY, H. M.; ARAÚJO, I. E. M. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 290-95, 2006.

BALSANELLI, A. P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 397-02, 2005.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 5. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

BECK, C. T. Quantitative measurement of caring. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 30, n. 1, p. 24-32, 1999.

- BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total**: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- BERWICK, D. M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron, 1994.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde: parte II. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, 2001.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 22, p. 15-18, jan./mar. 2004.
- BOHOMOL, E. Padrões para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006. cap. 4, p. 73-85.
- BONVENTO, M. Acessos vasculares e infecção relacionada a cateter. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 226-30. Abril/jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n2/a15v19n2.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.
- BORGES, V. L. F.; MEDEIROS, S. F. Validação de questionário para avaliar a função sexual feminina após menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 293-99, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2012.
- BORREL, J. G.; SILVA, I. A. Sonda gástrica em recém-nascido pré-termo: estudo das alterações de flexibilidade do polímero constituinte. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 302-08, set. 2000.
- BORSATO, F. G. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 527-33, 2011.
- BORSATO, F. G. et al. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 14, n. 3, p. 610-7, jul/set. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a18.htm>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

BRASIL. Resolução-RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 nov. 2011a. Seção 1, p. 44. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=28/11/2011&jornal=1&pagina=44&totalArquivos=128>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e da outras providências. Disponível em: <<http://www.aneel.gov.br/cedoc/blei19908078.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília: MS, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/roteiro%20para%20reflex%E3o.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Nacional de Acreditação. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Brasília: MS, 2004b. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Padrões mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde**. Brasília: MS, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**: documento técnico. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Seminário Nacional de Centros Colaboradores para Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**, 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRIZOLA, J. B.; GIL, C. R. R, CORDONI JÚNIOR, L. Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 50, p. 7-22, 2011.

BRUIN, J. Newtest: command to compute new test. UCLA: Academic Technology Services, Statistical Consulting Group, 2006. <<http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/ado/analysis/>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

BUENO, M. Gestão pela qualidade total: uma estratégia administrativa. 2004. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0210&area=d8&subarea>. Acesso em: 17 set. 2010.

BYRNE, N.; REAGAN, C.; HOWARD, L. Administrative registers in psychiatric research: a systematic review of validity studies. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 112, n. 3, p. 409-14, 2005.

CALIXTO-OLALDE, M. G. **Escala SERVQUAL**: validação para a cultura mexicana e a qualidade do serviço de enfermagem, segundo a percepção de pacientes hospitalizados. 2008. 105 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CAMPOS, J. L.; SOUZA, S. R. O. S.; SAURUSAITIS, A. D. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 10, n. 2, p. 358-66, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a07.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

CARMINES, E. G.; ZELLER, R. A. **Reliability and validity assessment**. United Kingdom: SAGE Publication, 1979. v. 17.

CARRIJO, A. R.; OGUISO, T. Trajetória das anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, p. 454-8, 2006. Número especial.

CARVALHO, A. L. S. et al. Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 10, n. 2, p. 472-83, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a18.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

CHANG, A. Cohen's and Fleiss's Kappa program Concordance in ordinal data. In:_____. **StatTools Home Page**. 2011a. Disponível em: <http://www.stattools.net/CohenKappa_Pgm.php#Fleiss%27s%20Kappa%20from%20rating%20scores>. Acesso em: 20 abr. 2012.

CHANG, A. Intraclass correlation for parametric data Introduction and explanation. In:_____. **StatTools Home Page**. 2011b. Disponível em: <http://www.stattools.net/ICC_Exp.php>. Acesso em: 15 abr. 2012.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de sistemas de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1274-78, 2012.

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. (Org.). **Indicadores de qualidade**: uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1998. (Série C & Q).

COELHO JÚNIOR, C.; MAEDA S. T. **Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2006.

COLLIER, R. The challenges of quantifying quality. *CMAJ*, Ottawa, v. 182, n. 5, p. 250, Mar. 2010. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2842849/pdf/182e250.pdf>>.
Acesso em: 09 set. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>>. Acesso em: 01 maio 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 266/ 2001. Aprova as atividades do enfermeiro auditor. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7095§ionID=34>>. Acesso em: 23 jun. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/legislacao/lei_n_7_498_de_25_10_1986.html>. Acesso em: 12 out. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Soluções para segurança do paciente.** 2010. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/solucoes_para_a_seguranca_do_paciente.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Queda do Leito. 2011. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br/site>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

COSTA, F. **Capítulo 4 - validade de escalas.** 2010. Disponível em: <http://www.franzecosta.com/spaw2/arquivos/textos/Escalas_Cap%204.pdf>. Acesso em: 26 Set. 2011.

COSTA, S. P.; PAZ, A. P.; SOUZA, E. N. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 62-9, mar. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11439/8530>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

CRNBC - College of Registered Nurses of British Columbia. Nursing Documentation. 2007. Disponível em: <<https://www.crnbc.ca/StandardsOld/Lists/StandardResources/151NursingDocumentation.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

- CROCKER, L.; LLABRE, M.; MILLER, M. D. The generalizability of content validity ratings. **Journal of Educational Measurement**, Washington, v. 25, n. 4, p. 287-299, 1988.
- 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. 59, n. 1, p. 84-8, jan./fev. 2006.
- DECESARO, M. N.; PADILHA, K. G. Iatrogenia na assistência de enfermagem durante a internação na UTI: queda de pacientes. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 159-62, 2002.
- DICCINI, S.; PINHO, P. G.; SILVA, F. O. Avaliação de risco e incidência de quedas em pacientes neurocirúrgicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.4. jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_16.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2012.
- DODGE, B. FOCUS: five rules for writing a great WebQuest. **Learning & Leading with Technology**, Eugene, v. 28, n. 8, p. 6–9, 2001. Disponível em: <<http://webquest.sdsu.edu/focus/focus.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2012.
- DODGE, B. Creating WebQuests. 2007a. Disponível em: <<http://webquest.org/index-create.php>>. Acesso em: 28 abr. 2012.
- DODGE, B. Wat is a WebQuest. 2007b. Disponível em: <<http://www.webquest.org/index.php>>. Acesso em: 28 abr. 2012.
- DODGE, B. Webquest: uma técnica para aprendizagem na rede internet. Disponível em: <http://www.dm.ufscar.br/~jpiton/downloads/artigo_webquest_original_1996_ptbr.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.
- ESCRIVÃO JÚNIOR, A. **Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da região metropolitana de São Paulo**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2004. Relatório de pesquisa nº 9. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3151/P00275_1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 05 abr. 2012.
- ÉVORA, Y. D. M. et al. Programa de gestão da qualidade e produtividade da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP: Relato de Experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 115-16, 1999.
- FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-19, 2005.

FERNANDES, M. V. L. **Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter**: construção e validação. 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FERREIRA, N. M. L. A.; MARASSI, R. P. Avaliando condutas na preservação da infusão venosa no doente hospitalizado. **Prática Hospitalar**, São Paulo, v. 7, n. 39, 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2039/pgs/materia%2012-39.html>>. Acesso em: 29 abr. 2012.

FERREIRA, P. L.; MARQUES, F. B. **Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde**: princípios metodológicos gerais. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 1998. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9968/1/RD199801.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2011.

FIGUEIREDO, M. A. D. et al. Definição de atributos desejáveis para auxiliar a auto-avaliação dos novos sistemas de medição de desempenho organizacional. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 305-15, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2005000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2011.

FIGUEIREDO, M. A. D.; FIGUEIREDO, L. C. Avaliação da validade e confiabilidade de atributos desejáveis de sistemas de medição de desempenho organizacional. In: ENEGEP, 26., 2006, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: ABEPRO, 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR530354_7428.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2009.

FLAKS, M. K. **Teste breve de performance cognitiva (SKT)**: estudo de validação e propriedades diagnósticas em uma amostra clínica brasileira. 2008. 150 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FLEISS, J. L. Reliability of measurement. In: _____. **The Design and analysis of clinical experiments**. New York: John Wiley and Sons, 1999. cap. 1, p. 1-31.

FLEISS, J. L.; LEVIS, B.; PAIK, M. C. The measurement of interrater agreement. In: _____. **Statistical methods for rates and proportions**. 3. ed. New York: John Wiley & Sons, 2003. cap.18, p. 598-23.

FRANCISCATO, L. et al. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 482-86, 2011.

Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/21146/14967>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

FRANCO, J. N. et al. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 806-10, set./out. 2010.

GALLAGHER, R. M.; ROWELL, P. A. Claiming the future of nursing through nursing – sensitive quality indicators. **Nursing Administration Quarterly**, Maryland, v. 27, n. 4, p. 273-84, 2003.

GANZ, S. B. Preventing functional decline. In: SIEGLER, E. L.; MIRAFZALI, S.; FOUST, J. B (Ed.). **An introduction to hospital and impatient care**. New York: Springer Publishing Company, 2003. cap. 9, p. 93-9.

GOULD, C. V. et al. Guideline for prevention of catheter associated urinary tract infections 2009. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-34, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2009.

GWET, K. L. Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, London, v. 61, n. 1, p. 29–48, May 2008. Disponível em: <http://www.agreestat.com/research_papers/bjmsp2008_interrater.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2012.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público**. 2004. 250 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

HADDAD, M. C. L.; ÉVORA, Y. D. M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, p. 45-52, 2008. Suplemento 1.

HALEY, S. M.; OSBERG, J. S. Kappa coefficient calculation using multiple ratings per subject: a special communication. **Physical Therapy**, New York, v. 69, n. 11, p. 970-74, Nov. 1989. Disponível em: <<http://ptjournal.apta.org/content/69/11/970.full.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

- HAYES, B. E. Reliability and validity. In: _____. **Measuring customer satisfaction: survey design, use, and statistical analysis methods**. Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press, 1998. cap. 3, p. 33-60.
- HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**, Arlington, v. 7, n. 3, p. 238-47, 1995.
- HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 85-103, jun. 2010.
- HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU. 1979. parte II. p. 33-72.
- HULLEY, S. B. et al. Planning the measurements: precision and accuracy. In: _____. **Designing clinical research**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. cap. 4, p.37-48.
- IDVALL, E.; ROOKE, L.; HAMRIN, E. Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 25, n. 1, p. 6-17, 1997.
- INGRAM, P.; LAVERY, I. Peripheral intravenous therapy: key risks and implications for practice. **Nursing Standard**, London, v. 19, n. 46, p. 55-64, June 2005. Disponível em: <<http://vincosaliba.com/IV%20Therapy%20Article%20for%20Exam.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2012.
- JACKSON, M.; JACKSON, L. **Guia de bolso de enfermagem clínica**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. International essential of health care quality and patient safety. 2010. Disponível em: <www.jointcommissioninternational.org>. Acesso em: 23 abr. 2012.
- JOOSTEN, T.; BONGERS, I. JANSSEN, R. Application of lean thinking to health care: issues and observations. **International Journal For Quality In Health Care**, Oxford, v. 21, n. 5, p. 341-47, Oct. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742394/pdf/mzp036.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2010.
- KALTENECKER, E.; QUEIROZ, R. **Qualidade segundo Garvin**. São Paulo: Annablume, 1995.

KIM, J. R.; FISHER, M. J.; ELLIOTT, D. Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: instrument development and testing. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 53, n. 5, p. 571-82, 2006.

KOTTNER, J. et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 64, p. 96-106, 2011. Disponível em: <<http://www.rygforskning.dk/sites/default/files/articles/Kottner%20et%20al%20202011.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2012.

KOTTNER, J.; DASSEN, T. An interrater reliability study of the Braden scale in two nursing homes. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 45, n. 10, p. 1501-11, Oct. 2008.

KRUSKAL, W. H.; WALLIS, W. A. Use of ranks in one criterion variance analysis. **Journal of the American Statistical Association**, New York, v. 47, n. 260, p. 583-621, Dec. 1952. Disponível em: <<http://homepages.ucalgary.ca/~jefox/Kruskal%20and%20Wallis%201952.pdf>>. Acesso em: 15 May 2012.

KUWABARA, C. C. T. **Gerenciamento de risco em tecnovigilância**: aplicação dos conceitos Seis Sigma e Técnica Delphi para o desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação de material médico-hospitalar. 2009. 296 f. Tese [Doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009. .

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Washington, v. 33, n. 1, p. 159-74, Mar. 1977.

LENZ, L. L. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 1, p. 82-91, 2006.

LILFORD, R. J. et al. The measurement of active errors: methodological issues. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 12, p. 8-12, Dec. 2003. Supplement 2. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii8.full.pdf+html>. Acesso em: 30 abr. 2012.

LIMA, M. E. A. Programas de qualidade total e seus impactos sobre a qualidade de vida no trabalho. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 29, n. 4. p. 64-72, out./dez. 1994.

LIMA, M. J. B.; PORTELA, M. C. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1651-62, ago, 2010.

LITWIN, S. M. **How to measure survey to reliability and validity**. United Kingdom: SAGE Publications, 1995. 87p.

LONGO, R. M. J. Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação. In: SEMINÁRIO “GESTÃO DA QUALIDADE NA EDUCAÇÃO: EM BUSCA DA EXCELÊNCIA”, 1996, Brasília. **Anais...**, Brasília: [s.n.], 1996. Texto para discussão nº 397. Disponível em: <<http://www.dcce.ibilce.unesp.br/~adriana/ceg/Material%20complementar/historia.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2010.

LUQUETTI, L. B.; LAGUARDIA, J. Confiabilidade dos dados de atendimento odontológico do Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica (Sigab) em Unidade Básica de Saúde do Município do Rio de Janeiro. **Epidemiologia e Serviços De Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 255-64, set. 2009.

LUZ, A.; MARTINS, A. P.; DYNEWICZ, A. M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 344-61, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-86, Nov./Dec. 1986.

MACHADO, A. F.; PEDREIRA, M. L. G.; CHAUD, M. N. Estudo prospectivo, randomizado e controlado sobre o tempo de permanência de cateteres venosos periféricos em crianças, segundo três tipos de curativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 291-98. 2005.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. 1998. Livro 3. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/index.html>. Acesso em: 01 nov. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARSCHOLLEK, M. et al. Mining geriatric assessment data for in-patient. **BMC Medical Informatics and Decision Making**. London, v. 12, n. 19, p. 1-6, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6947-12-19.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem na UTI-adulto**: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência. 2002. 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

- MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 8, n. 3, p. 415-21, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 26 abr. 2012.
- MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M.; BOAN, F. S. O método desdobramento da função qualidade – QFD – no planejamento do serviço de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 97-105, out. 2000.
- MATSUDA, L. M.; CARVALHO, A. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Anotações/registros de enfermagem em um hospital–escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, p. 337-46, 2007. Suplemento 2.
- MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M. Ações desenvolvidas para a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem de uma UTI adulto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 49-56, 2006. Suplemento.
- MCGLYNN, E. A.; ASCH, S. M. Developing a clinical performance measure. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 14, n. 3, p. 14-21, 1998.
- MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- MIASSO, A. I. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 354-63, 2006.
- MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 16-25, 2000.
- MICHAELLIS: dicionário on line. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 13 abr. 2012.
- MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- MONCAICO, A. C. S.; FIGUEIREDO, R. M. Conhecimentos e práticas no uso do cateter periférico intermitente pela equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 11, n. 3, p. 620-27, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a20.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

-
- MORESI, E. (Org.). **Metodologia da pesquisa**. Brasília: UCB, 2003. Disponível em: <<http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2011.
- MORETTIN, L. G. **Estatística básica**: probabilidade. 7. ed. São Paulo: Makron Books, 1999.
- MORSE, J. M. **Preventing patient falls**: establishing a falls intervention program. 2. ed. New York: Spring Publishing Company, 2009.
- NAKREM, S. et al. Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice International. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 46, n. 6, p. 848-57, June 2009.
- NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultado da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-51, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_15.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.
- NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing**: what it is, and what it is not. 1st. ed. New York: D. Appleton and Company, 1860. Disponível em: <<http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html>>. Acesso em: 23 Feb. 2013.
- NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 3. ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2008.
- NONINO, E. A. P. M. **Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem**: banho e curativo segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário. 2006. 223 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- NORONHA, A. P. P. et al. Propriedades psicométricas apresentadas em manuais de testes de inteligência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 93-99, jan./jun. 2003.
- NULANO, Y. V. A breakthrough in quality thinking: Juran's trilogy and recoverable profits. In: WOOD, J. C.; WOOD, M. **JOSEPH, M. Juran**: critical evaluations in business and management. 1st. ed. London: Routledge, 2005. cap. 17, p. 281-88.
- O'GRADY, N. P. O. et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2011. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>>. Acesso em: 10 Jul. 2011

OAKLAND, J. S. Gerenciamento da qualidade total – TQM. tradução Adalberto Guedes Pereira. São Paulo: Nobel, 1994. Tradução de: Total quality management.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 184-91, mar. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A transformação da gestão dos hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004. Disponível em: <<http://hinfo.humaninfo.ro/gsd/healthtechdocs/documents/s16576p/s16576p.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2011.

OTERO LÓPEZ, M. J. et al. Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000. **Farmacia Hospitalaria**, Madrid, v. 32, n. 1, p. 38-52, 2008.

PAIVA, S. M. A. et al. Teorias administrativas na saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-16, abr./jun. 2010.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Manual do HOSPISUS: Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná. 2011. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/MANUAL_HOSPSUS.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2012.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. (Org.). **Técnicas de Exame Psicológico – TEP**: manual (fundamentos das técnicas psicológicas). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. v. 1.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-13, set. 1998. Edição especial. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.htm>>. Acesso em: 25 ago. 2010

PEREIRA, M. C. A. et al. Avaliação da WebQuest gerenciamento de recursos materiais em enfermagem por alunos do curso de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1107-14, dez. 2010.

PEREIRA, M. C. A. **Proposta didático-pedagógica para a disciplina de administração dos serviços de enfermagem hospitalar**: desenvolvimento e

implementação da metodologia WebQuest. 2009. 143 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PEREIRA, R. C. C.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P. Tempo de permanência do dispositivo venoso periférico, in situ, relacionado ao cuidado de enfermagem, em pacientes hospitalizados. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 34, n. 1, p. 79-84, jan./mar.2001.

PERROCA, M. G. **Instrumento de classificação de pacientes de PERROCA: validação clínica**. 2000. 156 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 72-80, mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2010.

PIVOTTO, F.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implantação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 32-42, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/1714>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Assessing data quality. In: _____. **Nursing research: principles and methods**. 7th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. cap. 18 p 413-48.

PRINGLE, M.; WILSON, T.; GROL, R. Measuring "goodness" in individuals and healthcare systems. **BMJ**, London, v. 325, n. 7366, p. 704-07, Sept. 2002.

QUEIJO, A. F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S)**. 2002. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RÊGO, G. L. **Gestão da qualidade: análise da implantação no serviço de enfermagem de um hospital de ensino**. 2007.137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

REIS, P. E. D. et al. Pharmacological Interventions to treat phlebitis: systematic review. **Journal of Infusion Nursing**, Hagerstown, v. 32, n. 2, p. 74-9, 2009.

- REVERE, A.; ELDRIDGE, N. JCAHO National Patient Safety Goals for 2007. **Topics in Patient Safety**, [s.l.], v. 7, n. 1, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.patientsafety.gov/TIPS/Docs/TIPS_JanFeb07.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.
- ROCHA, E. S. B.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade total em um serviço de enfermagem hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_16.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2012.
- ROCHA, L. R. **A concepção de pesquisa no cotidiano escolar**: possibilidades de utilização da metodologia WebQuest na educação pela pesquisa. 2007. 200 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.
- RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M.; JERICÓ, M. C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 1, n. 4, p. 210-14, out./dez. 2004.
- ROSEMBERG, F. J.; SILVA, A. B. M. **Sistemas da qualidade em laboratórios de ensaios: guia prático para a interpretação e implementação da ABNT/ISSO/IEC Guia**. 25. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.
- RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Washington, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.
- SCHWENCK, R. C. B.; QUINONEIRO, A. C. Passagem e manutenção de sonda nasogástrica e nasoenteral. In: SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, S. C. **Procedimentos especializados**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 2. p. 13-21.
- SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-17, 2009.
- SHANSIS, F. et al. Desenvolvimento da versão em português da Escala de Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 30-8, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20474.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2012.
- SIEGEL, S.; CASTELLAN, H. J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- SILVA, L. G. et al. Prescrição de enfermagem e qualidade do cuidado: um estudo documental. **Revista da Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 97-107, jan./abr. 2012.

SILVA, S. H. **Controle da qualidade assistencial de enfermagem: implementação de um modelo**. 1994. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. Organização da pesquisa médica. In: _____. **Introdução à estatística médica**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed. 2002, cap. 2, p. 14-30.

SOUZA, A. C. S. et al. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 9, n. 3, p. 724-35, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a12.htm>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

STEMLER, S. E. A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. **Practical Assessment, Research & Evaluation**, Eslovênia, v. 9, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://pareonline.net/getvn.asp?v=9&n=4>> Acesso em: 15 abr. 2012.

TAKAHASHI, A. A. et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 32-38, jan./mar. 2008.

TELLES FILHO, P. C. P.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n. 3, p. 533-40, maio/jun. 2004.

TOPF, M. Three estimates of interrater reliability for nominal data. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 4, p. 253-55, July/Aug.1986.

TROCHIM, W. M. K. Research methods: knowledge bases. 2006. Disponível em: <<http://socialresearchmethods.net/kb/>>. Acesso em: 03 out. 2011.

TURCHI, L. M. Qualidade total: afinal do que estamos falando? 1997. (Texto para discussão, nº 459). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/1997/td_0459.pdf> . Acesso em: 11 abr 2012.

UNITED STATES. Department of Veterans Affairs. National Center of Patient Safety. Falls Toolkit, 2004. Disponível em: <<http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/fallstoolkit/index.html>>. Acesso em: 08 set. 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Diretoria de Enfermagem. Assessoria de Enfermagem no Controle de Recursos Materiais. **Relatório de Consumo de Material**. Londrina: UEL, 2012a.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Diretoria Clínica. Divisão de Arquivo Médico e Estatística. **Relatório de Movimentação de Pacientes por Unidades**. Londrina: UEL, 2012b.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Diretoria de Enfermagem. Assessoria Técnica da Diretoria de Enfermagem. **Parâmetros para dimensionamento de pessoal**. Londrina: UEL, 2012c.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Diretoria de Enfermagem. Assessoria Técnica da Diretoria de Enfermagem. **Relatório de Graus de Dependência da Assistência de Enfermagem**. Londrina: UEL, 2012d.

VELICK, S. H. Foreward. In: SIEGLER, E. L.; MIRAFZALI, S.; FOUST, J.B. (Ed.). **An introduction to hospital and impatient care**. New York: Springer Publishing Company, 2003. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=Yl1u5u32LXAC&printsec=frontcover&dq=Sieglers%3B+Mirafzali%3B+Foust&source=bl&ots=AM89hsSyUZ&sig=tLs8Yhu-BTHhzyV4HaOGu6aZKw&hl=pt-BR&ei=l1muTlzhNYK88gb4x-XDBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 03 out. 2010.

VENTURINI, D. A.; MARCON, S. S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 570-5, set./out. 2008.

VERSA, G. L. G. S. et al. Avaliação da qualidade da prescrição de enfermagem em hospital universitário público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 28-35, jun. 2012.

VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-5, jan. 2010.

VITURI, D. W. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem**. 2007. 238 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

VITURI, D. W. et al. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. **Texto Contexto & Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.3, p. 347-56, jul./set. 2011.

- VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Analysis of nursing records as to care quality: a retrospective descriptive exploratory study of quantitative approach. **Online Brazilian Journal of Nursing (Online)**, Niterói, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1241/295>>. Acesso em: 26 abr. 2012.
- VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf> >. Acesso em: 15 maio 2008.
- WESTMORELAND, D. et al. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **Journal of Nursing Care Quality**, Frederick, v. 14, n. 4, p. 16-27, July, 2000.
- WILSON-GENDERSON, M.; BRODER, H. L.; PHILIPS, C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 35, p. 32-40, Aug, 2007. Suplemento 1.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Joint Commission International. Patient Identification. **Patient Safety Solutions**, Geneva, v. 1, solution 2, May 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.
- WUENSCH, K. L. Karl Wuensch's statistics lessons. 2010. Disponível em: <<http://core.ecu.edu/psyc/wuenschk/StatsLessons.htm>>. Acesso em: 04 out. 2011.
- WYND, C. A.; SCHAEFER, M. A. The osteoporosis risk assessment tool: establishing content validity through a panel of experts. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 16, n. 2, p. 184-188, Aug. 2002.
- WYND, C. A.; SCHIMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 25, n. 5, p. 508-518, Aug. 2003.
- ZEGERS, M. et al. The inter-rater agreement of retrospective assessments of adverse events does not improve with two reviewers per patient record. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 63, n.1, p. 94-112, Jan. 2010.
- ZELLER, R. A.; CARMINES, E. G. **Measurement in the social sciences**: the link between theory and data. London: Cambridge University Press, 1980.

Apêndices

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ANÁLISE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Enfermeira Dagmar W. Vituri

INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE INTERNADO

DESCRIPTOR: O leito do paciente internado deve estar identificado de forma legível e visível contendo as seguintes informações: número da enfermaria, número do leito, nome do paciente.

2. IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO

◆ **DESCRIPTOR:** Os pacientes de risco para queda do leito devem ser acomodados em leito com grade lateral. São considerados pacientes de risco para queda do leito: idosos (acima de 65 anos); pacientes em pós-operatório imediato e mediato; pacientes que apresentam alterações do nível de consciência (confusos, sedados, agitados); pacientes portadores de distúrbios mentais ou psiquiátricos; cardiopatas, pacientes incontinentes, caquéticos e/ou astênicos e crianças abaixo de oito anos de idade, sendo detectado o risco após exame físico pelo avaliador e pela análise da prescrição de enfermagem do paciente.

3. IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS

DISPOSITIVO AGULHADO OU SOB AGULHA – scalp, butterfly; CATETER PLÁSTICO – abocath, venopacat.

◆ **DESCRIPTOR:** Os acessos venosos periféricos devem estar identificados com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da punção e rubrica do funcionário responsável. Considera-se que em adultos o acesso venoso periférico por dispositivo agulhado para infusão de medicações deve ser trocado entre 72 e 96 horas ou, na existência de qualquer sinal de infecção (flebite). No caso de utilizar-se o acesso para infusão de hemoderivados ou soluções lipídicas, este deve ser trocado em 24 horas. Em se tratando de crianças, não substituir o cateter a menos que clinicamente indicado.

IMPORTANTE:

- ◆ Somente considerar o acesso venoso como vencido no caso de detectarem-se sinais flogísticos no local da punção, e o acesso tenha sido inserido há mais de 96 horas;
- ◆ Certificar-se que os acessos foram inseridos na unidade avaliada. Caso o paciente tenha sido admitido com o acesso venoso, não avaliar o indicador.

4. VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS- INFILTRATIVAS

◆ **DESCRIPTOR:** Os pacientes internados, que estiverem fazendo uso de infusão venosa, ou que o fizeram, porém estão sem acesso venoso há menos de 24 horas, não deveriam apresentar lesões cutâneas do tipo hematomas, flebites, infiltrações (soromas) e/ou áreas de necrose associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações.

5. IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA

◆ **DESCRIPTOR:** Os equipos instalados em pacientes recebendo infusão venosa devem estar identificados com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca e rubrica do funcionário responsável. São considerados os seguintes prazos para troca de equipos: 72h - equipos de bomba infusora, 96h a 168h - equipos macrogotas, microgotas e microgotas com reservatório, 24h - equipos de pressão venosa central (PVC) e 24h equipos de nutrição parenteral e 6 a 12h equipos para administração de Propofol.

6. IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO E CONTROLE DA VELOCIDADE DA INFUSÃO

◆ **DESCRIPTOR:** Os frascos de soro de pacientes com infusão venosa devem possuir rótulo de identificação e conter as seguintes informações: nome do paciente, leito e enfermaria, componentes da solução, volume, hora de início e hora de término previsto, n.º de gotas e/ou mililitros por hora e assinatura do funcionário responsável. Devem conter também, exceto para os casos de solução prescrita para ser infundida de forma "rápida", uma escala graduada compreendendo o horário previsto para a infusão da solução, confeccionada com uma tira de esparadrapo ou fita adesiva.

IMPORTANTE:

- ◆ Para soros em bomba infusora e para os soros de diluição de medicação, desconsiderar a necessidade de horário previsto para o término e escala graduada;
- ◆ Desconsiderar a necessidade de escala graduada e horário previsto de término para os soros em bolsa flexível.

7. IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁSTRICAS

NASOGÁSTRICA – de cloreto de polivinil – PVC, do tipo Levine
OROGÁSTRICA – de cloreto de polivinil – PVC, do tipo Levine

◆ **DESCRIPTOR:** As sondas nasogástricas e orogástricas, de PVC do tipo Levine, devem ser identificadas na sua porção externa, com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca e rubrica do funcionário responsável. É considerado o prazo de 72 horas para troca da sonda nasogástrica ou orogástrica de cloreto de polivinil – PVC, do tipo Levine. As sondas de silicone não serão avaliadas.

8. FIXAÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA E POSICIONAMENTO DA BOLSA COLETORA

◆ **DESCRIPTOR:** Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência, serão avaliadas:

- a) Fixação adequada para prevenir movimento e tração uretral (paciente do sexo masculino – região suprapúbica; paciente do sexo feminino – face interna da coxa);
- b) Garantia do fluxo livre de urina por meio da manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.

9. CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

◆ **DESCRIPTOR:** Os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem devem estar checados com um traço e a rubrica do funcionário. Deve-se utilizar caneta vermelha no período diurno e caneta azul ou preta no período noturno. Os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem que não forem realizados devem ser circulados com caneta de cor azul quando o motivo da não realização não está relacionado ao prestador do cuidado, e em vermelho quando o motivo da não realização está relacionado ao prestador do cuidado de enfermagem. A justificativa deve ser registrada no espaço destinado às anotações na prescrição de enfermagem.

10. VERIFICAÇÃO DO CONTROLE DE SINAIS VITAIS

◆ **DESCRIPTOR:** Os sinais vitais prescritos na prescrição de enfermagem devem ser registrados em espaço próprio, na frequência prescrita pelo enfermeiro. Caso o paciente esteja ausente da unidade no horário prescrito para a verificação de SSVV, este horário deve ser circulado e justificado com caneta de cor azul e, caso o motivo da não verificação dos SSVV esteja relacionado ao prestador do cuidado, o horário deve ser circulado em vermelho e também justificado. Considera-se a verificação de SSVV como sendo a verificação da Dor, Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA) e Frequência Respiratória (FR).

11. CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

◆ **DESCRIPTOR:** Os horários dos procedimentos de enfermagem (medicações, inalações) na prescrição médica devem estar checados com um traço e a rubrica do funcionário. Deve-se utilizar caneta vermelha no período diurno e caneta azul ou preta no período noturno. Os horários dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica que não forem realizados devem ser circulados com caneta de cor azul quando o motivo da não realização não está relacionado ao prestador do cuidado, e em vermelho quando o motivo da não realização está relacionado ao prestador do cuidado de enfermagem. A justificativa deve ser registrada no espaço destinado às anotações de enfermagem, na prescrição de enfermagem.

12. ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO

◆ **DESCRIPTOR:** Todos os prontuários de pacientes internados na unidade devem possuir o impresso de prescrição de enfermagem diária. A prescrição dos cuidados de enfermagem deve ser elaborada exclusivamente pelo (a) enfermeiro (a) em atendimento às necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada, sujeita às mudanças correlacionadas com a mudança da prescrição médica e alterações no estado geral e exame físico do paciente. Verificar se indica o grau de dependência e se é adequado, cuidados imprescindíveis (dieta, banho, higiene oral), cuidados especiais (curativos, sondas, drenos, aspiração, etc.), cuidados de pré e pós-operatório/exames, sinais e sintomas pertinentes, aprazamento correto, uso de abreviaturas padrão.

Material Educativo Impresso desenvolvido pela ACQAE

- ✓ 1. Roteiro para Análise do Cuidado de Enfermagem.
- 2. Abreviaturas Padronizadas.
- 3. Roteiro para Elaboração da Prescrição de Enfermagem.
- 4. Recomendações para as Anotações de Enfermagem e Normas Vigentes: Aspecto Ético-Legal.
- 5. Cuidados durante a Oxigenoterapia.
- 6. Auditoria Retrospectiva – Serviço de Hemodiálise.
- 7. Prontuário Médico do Paciente.
- 8. ISOLAMENTOS - Precauções Padrão e Precauções por Modelo de Transmissão.

Hospital Universitário de
Londrina
Avenida Robert Koch, 60.
Tel.: 3371- 2705

Diretoria de Enfermagem
Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de
Enfermagem
Versão 4
Out/ 2010

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — ENFERMEIROS

TÍTULO DA PESQUISA:

“AVALIAÇÃO COMO PRINCÍPIO DA GESTÃO DA QUALIDADE: TESTANDO A CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES DE INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM”

Prezado Senhor:

O senhor está sendo convidado a participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO COMO PRINCÍPIO DA GESTÃO DA QUALIDADE: TESTANDO A CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES DE INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM”**, com o objetivo “Avaliar a confiabilidade interavaliadores de um instrumento composto por indicadores de qualidade da assistência de enfermagem relacionados à prevenção de eventos adversos”. Sua participação consiste em aplicar o instrumento para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem nas unidades de internação médica cirúrgica feminina e masculina, juntamente com a pesquisadora e mais oito enfermeiros selecionados por sorteio, de forma concomitante, porém independente. Declara-se que as informações fornecidas são confidenciais e que, quando divulgados os resultados, o serão de forma geral, garantindo seu anonimato. O senhor não pagará nem será remunerado por sua participação e garante-se que tem total liberdade de se recusar a participar da pesquisa, ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo. Eventuais dúvidas poderão ser esclarecidas com o pesquisador **Dagmar Willamowius Vituri, Rua Alfredo Battini nº 199 apto 704, Jardim San Remo, CEP 86062 280, telefone (43) 3371 2705; (43) 3304 2264**, ou em consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371 – 2490.

Londrina, ____ de _____ de 20____.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

RG

_____, tendo sido devidamente informado sobre os procedimentos da pesquisa, e tendo garantida a liberdade de aceitar ou recusar em participar ou retirar o consentimento no momento em que desejar, sem prejuízo pessoais, concordo em participar da pesquisa acima descrita.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Documento: _____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — PACIENTES

TÍTULO DA PESQUISA:

“AVALIAÇÃO COMO PRINCÍPIO DA GESTÃO DA QUALIDADE: TESTANDO A CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES DE INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM”

Prezado Senhor:

O senhor está sendo convidado a participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO COMO PRINCÍPIO DA GESTÃO DA QUALIDADE: TESTANDO A CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES DE INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM”**, com o objetivo de “Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem de unidades médicas e cirúrgicas para pacientes adultos”. Sua participação consiste em permitir que avaliemos as condições de identificação do seu leito, a presença de risco para queda do leito, as condições de identificação do seu acesso venoso periférico, equipamentos, frascos de soro, sonda gástrica, a forma de fixação da sonda vesical de demora e o posicionamento da bolsa coletora de urina, assim como, verificar em seu prontuário a checagem correta de cuidados de enfermagem e medicações, a verificação dos sinais vitais prescritos e se a sua prescrição de cuidados de enfermagem condiz com suas reais necessidades. Declara-se que as informações fornecidas são confidenciais e que, quando divulgados os resultados, o serão de forma geral, garantindo seu anonimato. O senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garante-se que o senhor tem total liberdade de se recusar a participar da pesquisa, ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos para seu atendimento ou de seus familiares. Eventuais dúvidas poderão ser esclarecidas com o pesquisador **(Dagmar Willamowius Vituri, Rua Alfredo Battini nº 199 apto 704, Jardim San Remo, CEP 86062 280, telefone (43) 3371 2705; (43) 3304 2264**, ou em consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371 – 2490.

Londrina, ____ de _____ de 20____.

Pesquisador Responsável

RG

Entrevistador

RG

_____, tendo sido devidamente informado sobre os procedimentos da pesquisa, e tendo garantida a liberdade de aceitar ou recusar em participar ou retirar o consentimento no momento em que desejar, sem prejuízo pessoais, concordo em participar da pesquisa acima descrita.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Documento: _____

APÊNDICE D

REGISTRO DE BUSCA ATIVA

Nº enf./leito _____	Unidade _____	Turno _____	Data _____	Nº de ordem _____
Nº do Prontuário _____	Clínica _____	Idade _____	Sexo _____	Avaliador _____

1- IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE:							
O leito do paciente internado deve estar identificado de forma legível e visível contendo as seguintes informações: número da enfermaria, número do leito, nome do paciente e especialidade (clínica).							
ADEQUADO ()				INADEQUADO ()			
2 -IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO:							
São considerados pacientes de alto risco para quedas: idosos (acima 65 anos) pós operatório imediato, distúrbios mentais e psiquiátricos, crianças abaixo de oito anos e pacientes com score de Morse maior ou igual a 45. O paciente nesta condição deve permanecer no leito com grade lateral elevada, a menos que esteja na presença de um acompanhante.							
ITENS DE AVALIAÇÃO	Variáveis	Pontos	Score	ITENS DE AVALIAÇÃO	Variáveis	Pontos	Score
1. História de Quedas nos últimos três meses	Sim	25		4. Conectado algum aparelho/ infusão endovenosa	Sim	20	
	Não	0			Não	0	
2. Diagnóstico Secundário (comorbidade)	Sim	15		5. Marcha	Normal/ Acamado/Cadeira de rodas	0	
	Não	0			Lenta/Fraca	10	
3. Ajuda na Mobilização	Acamado/ Repouso no leito/ Enfermagem	0			6. Estado Mental	Alterada/ Cambaleante	20
	Bengala/Muletas/Andador	15		Orientado		0	
	Equipamento/ Mobiliário como suporte	30		Desorientado/ Confuso		15	
NÍVEL DE RISCO		SCORE		AÇÃO			
BAIXO RISCO		0-24		Precauções Universais			
MODERADO RISCO		25-44		Precauções Padrão			
ALTO RISCO		> 45		Intervenções para Prevenção			
() ADEQUADO				() INADEQUADO			
3- IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS:							
Os acessos venosos periféricos devem estar identificados com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da punção e rubrica do funcionário responsável. Considera-se que em adultos o acesso venoso periférico por dispositivo agulhado para infusão de medicações deve ser trocado entre 72 e 96 horas ou, na existência de qualquer sinal de infecção (flebite). No caso de utilizar-se o acesso para infusão de hemoderivados ou soluções lipídicas, este deve ser trocado em 24 horas. Em se tratando de crianças, não substituir o cateter a menos que clinicamente indicado. Avaliar somente os acessos punccionados nesta unidade.							
() ADEQUADO				() INADEQUADO			
4- VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS INFILTRATIVAS:							
Os pacientes internados, que estiverem fazendo uso de infusão venosa, ou que o fizeram, porém estão sem acesso venoso há menos de 24 horas, não deveriam apresentar lesões cutâneas do tipo hematomas, flebites, infiltrações (soromas) e/ou áreas de necrose associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações.							
() ADEQUADO				() INADEQUADO			
5- IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA:							
Os equipos instalados em pacientes recebendo infusão venosa devem estar identificados com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca/instalação e rubrica do funcionário responsável. São considerados os seguintes prazos para troca de equipos 72 horas – equipos de bomba infusora, 96 horas (4 dias) a 168 horas (7 dias) – equipos macrogotas, microgotas e microgotas com reservatório, 24 horas – equipos de PVC, nutrição parenteral total – NPT e equipos para infusão de sangue e hemoderivados, 6 a 12 horas – equipos para administração de propofol.							
() ADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()				() INADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()			
6- IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO:							
Os frascos de soro de pacientes com infusão venosa devem possuir rótulo de identificação e conter as seguintes informações: nome do paciente, leito e enfermaria, componentes da solução, volume, hora de início e hora de término previsto, n.º de gotas e/ou mililitros por hora e assinatura do funcionário responsável. Soros para diluição de medicação não necessitam a determinação do volume/min. ou gotas.							
() ADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()				() INADEQUADO - MANUT () MV () DROGA 1 () DROGA 2 ()			
7- IDENTIFICAÇÃO DO CONTROLE DE VELOCIDADE DE INFUSÃO – ESCALA GRADUADA:							
Os frascos de soro de pacientes com infusão venosa devem possuir escala graduada compreendendo o horário de início e o previsto para o término da infusão da solução, confeccionada com uma tira de esparadrapo ou fita adesiva. a presença da escala é facultativa para soluções em "bolus" e para o soro de diluição de medicamentos.							
() ADEQUADO - SORO 1 () SORO 2 () SORO 3 ()				() INADEQUADO - SORO 1 () SORO 2 () SORO 3 ()			

8- IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁSTRICAS – ORO E NASOGÁSTRICAS PARA DRENAGEM:																																																	
<p>As sondas nasogástricas e orogástricas, de PVC do tipo Levine, devem ser identificadas na sua porção externa, com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca e rubrica do funcionário responsável. É considerado o prazo de 72 horas para troca da sonda nasogástrica ou orogástrica de cloreto de polivinil – PVC, do tipo Levine. As sondas de silicone não serão avaliadas.</p>																																																	
() ADEQUADO ()	() INADEQUADO ()																																																
9- FIXAÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA:																																																	
<p>Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar a fixação adequada para prevenir movimento e tração uretral (paciente do sexo masculino – região suprapúbica; paciente do sexo feminino – face interna da coxa)</p>																																																	
() ADEQUADO	() INADEQUADO																																																
10- POSICIONAMENTO DA BOLSA COLETORA DE DIURESE DA SONDA VESICAL DE DEMORA:																																																	
<p>Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar a garantia do fluxo livre de urina por meio da manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.</p>																																																	
() ADEQUADO	() INADEQUADO																																																
11- POSICIONAMENTO DO PROLONGAMENTO DE DRENAGEM DISTAL (SPIGOT) DA BOLSA COLETORA DE DIURESE:																																																	
<p>Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar se o prolongamento de drenagem distal (spigot) da bolsa está protegido do contato com superfícies e ou o solo.</p>																																																	
() ADEQUADO	() INADEQUADO																																																
12- CHECAGEM DOS PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:																																																	
<p>Os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem devem estar checados com um traço e a rubrica do funcionário. Deve-se utilizar caneta vermelha no período diurno e caneta azul ou preta no período noturno. Os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem que não forem realizados devem ser circulados com caneta de cor azul quando o motivo da não realização estiver relacionado ao paciente e em vermelho quando o motivo da não realização estiver relacionado ao prestador do cuidado de enfermagem. A justificativa deve ser registrada no espaço destinado às anotações na prescrição de enfermagem.</p>

<p><i>14:00 suspensão sondagem vesical conforme orientação do Residente Fulano aux. enf. Cicrano.</i></p>																																																	
Nº ADEQUADO:	Nº INADEQUADO:																																																
13- VERIFICAÇÃO DOS CONTROLES DE SINAIS VITAIS PRESCRITOS:																																																	
<p>Os sinais vitais prescritos na prescrição de enfermagem devem ser registrados em espaço próprio, na frequência prescrita pelo enfermeiro. Caso o paciente esteja ausente da unidade no horário prescrito para a verificação de SSVV, este horário deve ser circulado e justificado com caneta de cor azul e, caso o motivo da não verificação dos SSVV estiver relacionado ao prestador do cuidado, o horário deve ser circulado em vermelho e também justificado. Considera-se a verificação de SSVV como sendo a verificação da Dor, Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA) e Frequência Respiratória (FR). A ausência do registro de qualquer sinal vital SSVV prescrito caracteriza uma verificação incompleta. A contagem se dá por horário prescrito. SSVV verificados além do prescrito devem ser computados.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>Dor</u></th> <th><u>PA</u></th> <th><u>FC</u></th> <th><u>Tpt</u></th> <th><u>FR</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>08:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>10:00</u></td> <td>0</td> <td>100 x 70</td> <td>90</td> <td>37,4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>12:00</u></td> <td colspan="5"><i>Está no centro cirúrgico</i></td> </tr> <tr> <td>13:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>14:00</u></td> <td></td> <td>140/90</td> <td>95</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		<u>Dor</u>	<u>PA</u>	<u>FC</u>	<u>Tpt</u>	<u>FR</u>	08:00						<u>10:00</u>	0	100 x 70	90	37,4		11:00						<u>12:00</u>	<i>Está no centro cirúrgico</i>					13:00						<u>14:00</u>		140/90	95			15:00					
	<u>Dor</u>	<u>PA</u>	<u>FC</u>	<u>Tpt</u>	<u>FR</u>																																												
08:00																																																	
<u>10:00</u>	0	100 x 70	90	37,4																																													
11:00																																																	
<u>12:00</u>	<i>Está no centro cirúrgico</i>																																																
13:00																																																	
<u>14:00</u>		140/90	95																																														
15:00																																																	
Nº ADEQUADO:	Nº INADEQUADO:																																																
14- CHECAGEM DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA:																																																	
<p>Os horários dos cuidados na prescrição médica devem estar checados com um traço e a rubrica do funcionário. Deve-se utilizar caneta vermelha no período diurno e caneta azul ou preta no período noturno. Os horários dos cuidados na prescrição que não forem realizados devem ser circulados com caneta de cor azul quando o motivo da não realização estiver relacionado ao paciente e em vermelho quando estiver relacionado ao prestador do cuidado. A justificativa deve ser registrada no espaço destinado às anotações na prescrição médica.</p>

<p><i>8:00 paciente se recusou a tomar a medicação tec enf. Nonono.</i></p>																																																	
Nº ADEQUADO:	Nº INADEQUADO:																																																
15- ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO:																																																	
<p>Todos pacientes internados na unidade devem possuir o impresso de prescrição de enfermagem diária. A prescrição dos cuidados de enfermagem deve ser elaborada exclusivamente pelo(a) enfermeiro(a) em atendimento às necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada, sujeita à mudanças correlacionadas com a mudança da prescrição médica e alterações no estado geral e exame físico do paciente. Verificar se o impresso existe e se indica o grau de dependência e se este é adequado, cuidados imprescindíveis (dieta, banho, higiene oral, mudança de decúbito, etc), cuidados especiais (curativos, sondas, drenos, aspiração, etc), cuidados de pré e pós operatório/exames, sinais e sintomas pertinentes, aprazamento correto, uso somente de abreviaturas padronizadas.</p>																																																	
() ADEQUADO	() INADEQUADO																																																
Observações:																																																	

APÊNDICE E

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO “REGISTRO DE BUSCA ATIVA” DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

O objetivo deste instrumento é o de captar o parecer dos juízes acerca dos indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem explicitados no “REGISTRO DE BUSCA ATIVA”.

Este instrumento é uma adaptação do estudo de Fernandes (2005) e Vituri (2007) e é composto por uma coluna onde estão enunciados os indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem e seus respectivos descritores e oito colunas com os requisitos a serem analisados, subdivididas em duas colunas de respostas dicotômicas “sim” e “não” que devem ser assinaladas com um “X”.

Assinalar com um “X” na opção “SIM” se o indicador atender ao requisito e, na opção “NÃO” caso não atenda ao requisito. Marcar somente uma opção.

REQUISITOS A SEREM ANALISADOS PARA CADA UM DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	
1. Comportamental	Permite ação de avaliação clara e precisa.
2. Objetividade	Permite resposta pontual.
3. Simplicidade	Expressa uma única idéia.
4. Clareza	Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
5. Pertinência	Não insinua atributo divergente do definido.
6. Precisão	Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.
7. Variedade	Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.
8. Credibilidade	Está descrito de maneira que não pareça despropositado.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO “REGISTRO DE BUSCA ATIVA” DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

INDICADOR 1: IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE

O leito do paciente internado deve estar identificado de forma legível e visível contendo as seguintes informações: número da enfermaria, número do leito, nome do paciente, e especialidade (clínica) .

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 2: IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO

São considerados pacientes de risco para quedas: idosos (acima 65 anos) pós- operatório imediato, distúrbios mentais e psiquiátricos, crianças abaixo de oito anos e pacientes com score de Morse maior ou igual a 45. O paciente nesta condição deve permanecer no leito com grade lateral elevada, a menos que esteja na presença de um acompanhante.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 3: IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS

Os acessos venosos periféricos devem estar identificados com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da punção e rubrica do funcionário responsável. Considera-se que em adultos o acesso venoso periférico por dispositivo agulhado para infusão de medicações deve ser trocado entre 72 e 96 horas ou, na existência de qualquer sinal de infecção (flebite). No caso de utilizar-se o acesso para infusão de hemoderivados ou soluções lipídicas, este deve ser trocado em 24 horas. Em se tratando de crianças, não substituir o cateter a menos que clinicamente indicado.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 4: VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS INFILTRATIVAS

Os pacientes internados, que estiverem fazendo uso de infusão venosa, ou o fizeram há menos de 24 horas, não deveriam apresentar lesões cutâneas do tipo hematomas, flebites, infiltrações (soromas) e/ou áreas de necrose associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 5: IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA

Os equipos instalados em pacientes recebendo infusão venosa devem estar identificados com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca e rubrica do funcionário responsável. São considerados os seguintes prazos para troca de equipos: 72- equipos de bomba infusora, 96h a sete dias -microgotas e microgotas com reservatório, 24h – equipos de pressão venosa central (PVC) e 24h equipos de nutrição parenteral.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 6: IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO

Os frascos de soro de pacientes com infusão venosa devem possuir rótulo de identificação e conter as seguintes informações: nome do paciente, leito e enfermaria, componentes da solução, volume, hora de início e hora de término previsto, n. ° de gotas e/ou mililitros por hora e assinatura do funcionário responsável. Soros para diluição de medicação não necessita a determinação do volume por minuto ou gotas.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 7: IDENTIFICAÇÃO DO CONTROLE DE VELOCIDADE DE INFUSÃO – ESCALA GRADUADA

Os frascos de soro de PVC rígido devem possuir escala graduada compreendendo o horário de início e o previsto para o término da infusão da solução que deve ser confeccionada com uma tira de esparadrapo ou fita adesiva. A presença da escala é facultativa para soluções em “bolus” (rapidamente) e para o soro de diluição de medicamentos.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 8 (CONTINUAÇÃO): IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁSTRICAS

As sondas nasogástricas e orogástricas, de PVC do tipo Levine, devem ser identificadas na sua porção externa, com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora da troca e rubrica do funcionário responsável. É considerado o prazo de 5 dias para troca da sonda nasogástrica ou orogástrica de cloreto de polivinil – PVC, do tipo levine. As sondas de silicone não serão avaliadas.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 9: FIXAÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA

Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar a fixação adequada para prevenir movimento e tração uretral (paciente do sexo masculino – região suprapúbica; paciente do sexo feminino – face interna da coxa)

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 10: POSICIONAMENTO DA BOLSA COLETORA DE DIURESE, DA Sonda Vesical de Demora

Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar a garantia do fluxo livre de urina por meio da manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 11: POSICIONAMENTO DO PROLONGAMENTO DE DRENAGEM DISTAL (SPIGOT) DA BOLSA COLETORA DE DIURESE:

Todos os pacientes submetidos à sondagem vesical de demora devem ser assistidos no sentido da prevenção e controle de ITU associada à presença do cateter vesical. Dentre as medidas de melhor evidência avaliar se o prolongamento de drenagem distal (spigot) da bolsa está protegido do contato com superfícies e ou o solo.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 12: CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem devem estar checados com um traço e a rubrica do funcionário. Deve-se utilizar caneta vermelha no período diurno e caneta azul ou preta no período noturno. Os horários dos cuidados na prescrição de enfermagem que não forem realizados devem ser circulados com caneta de cor azul quando o motivo da não realização estiver relacionado ao paciente e em vermelho quando o motivo da não realização estiver relacionado ao prestador do cuidado de enfermagem. A justificativa deve ser registrada no espaço destinado às anotações na prescrição de enfermagem.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 13: VERIFICAÇÃO DO CONTROLE DE SINAIS VITAIS (SSVV)

Os sinais vitais prescritos na prescrição de enfermagem devem ser registrados em espaço próprio, na frequência prescrita pelo enfermeiro. Caso o paciente esteja ausente da unidade no horário prescrito para a verificação de SSVV, este horário deve ser circulado e justificado com caneta de cor azul e, caso o motivo da não verificação dos SSVV estiver relacionado ao prestador do cuidado, o horário deve ser circulado em vermelho e também justificado. Considera-se a verificação de SSVV como sendo a verificação da Dor, Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA) e Frequência Respiratória (FR). A contagem se dá individualmente, por horário prescrito.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 14: CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

Os horários dos cuidados na prescrição médica devem estar checados com um traço e a rubrica do funcionário. Deve-se utilizar caneta vermelha no período diurno e caneta azul ou preta no período noturno. Os horários dos cuidados na prescrição que não forem realizados devem ser circulados com caneta de cor azul quando o motivo da não realização estiver relacionado ao paciente e em vermelho quando estiver relacionado ao prestador do cuidado. A justificativa deve ser registrada no espaço destinado às anotações na prescrição médica. A contagem se dá individualmente, por horário prescrito.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

INDICADOR 15: ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO

Todos pacientes internados na unidade devem possuir o impresso de prescrição de enfermagem diária. A prescrição dos cuidados de enfermagem deve ser elaborada exclusivamente pelo(a) enfermeiro(a) em atendimento às necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada, sujeita à mudanças correlacionadas com a mudança da prescrição médica e alterações no estado geral e exame físico do paciente. Verificar se o impresso existe e se indica o grau de dependência e se este é adequado, cuidados imprescindíveis (dieta, banho, higiene oral, mudança de decúbito, etc), cuidados especiais (curativos, sondas, drenos, aspiração, etc.), cuidados de pré e pós operatório/exames, sinais e sintomas pertinentes, aprazamento correto, uso somente de abreviaturas padronizadas.

Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐	SIM ☐	NÃO ☐
Outros Comentários e Sugestões:															

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESTAGIÁRIOS

TÍTULO DA PESQUISA:

**“AVALIAÇÃO COMO PRINCÍPIO DA GESTÃO DA QUALIDADE:
TESTANDO A CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES DE INDICADORES
DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM”**

Prezado Senhor:

O senhor está sendo convidado a participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO COMO PRINCÍPIO DA GESTÃO DA QUALIDADE: TESTANDO A CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES DE INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM”** com o objetivo “Avaliar a confiabilidade interavaliadores de um instrumento composto por indicadores de qualidade da assistência de enfermagem relacionados à prevenção de eventos adversos”. Sua participação consiste em realizar a avaliação de face do instrumento reformulado, mediante análise do instrumento e preenchimento de um formulário de avaliação. Declara-se que as informações fornecidas são confidenciais e que, quando divulgados os resultados, o serão de forma geral, garantindo seu anonimato. O senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garante-se que o senhor tem total liberdade de se recusar a participar da pesquisa, ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo. Eventuais dúvidas poderão ser esclarecidas com o pesquisador **Dagmar Willamowius Vituri, Rua Alfredo Battini nº 199 apto 704, Jardim San Remo, CEP 86062 280, telefone (43) 3371 2705; (43) 3304 2264**, ou em consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371 – 2490.

Londrina, ____ de ____ de 20____.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

RG

_____, tendo sido devidamente informado sobre os procedimentos da pesquisa, e tendo garantida a liberdade de aceitar ou recusar em participar ou retirar o consentimento no momento em que desejar, sem prejuízo pessoais, concordo em participar da pesquisa acima descrita.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Documento: _____

APÊNDICE G

PDCA para Solução de Problemas – 1ª Etapa (#) – Unidade Feminina

Nº	Indicador	Identificação do problema - definição da natureza do problema	Observação - conhecimento e compreensão acerca do problema	Análise do problema - análise das causas
03	Identificação de acessos venosos periféricos	Falta de identificação ou identificação inadequada	Desvalorização da importância da identificação para o controle do tempo de permanência e prevenção de infecção Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE (€) Média de 7,2 pacientes por funcionário (£) Perfil dos servidores (5% acima de 60 anos, 19% possui mais um vínculo empregatício, 15% estudam em concomitância à atividade laborativa, 1 pré-aposentado e dois são readaptados) (£) Número necessário de servidores para atender o perfil de pacientes que normalmente internam na unidade- enfermeiros - 14, técnicos de enfermagem - 57 Falta de supervisão do enfermeiro
04	Verificação de lesões cutâneas pós - infiltrativas	Acima de 20% de pacientes de risco com lesão cutânea pós infiltrativa	Fixação inadequada do acesso venoso Qualidade do dispositivo para punção venosa Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE Falta de substituição da fixação quando esta perde a adesividade ou sobreposição de fitas adesivas sobre a fixação inicial Muitas queixas técnicas sobre a qualidade do dispositivo para punção venosa, porém pouca ou nenhuma notificação à Gerência de Risco. Falta de supervisão do enfermeiro
05	Identificação de equipos para infusão venosa	Falta de identificação ou identificação inadequada	Desvalorização da importância da identificação para o controle do tempo de permanência e prevenção de infecção Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro
06	Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo	Rótulo incompleto	Desvalorização da importância da identificação para o controle do tempo de permanência e prevenção de infecção Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro
07	Identificação do controle de velocidade de infusão – escala graduada	Falta de escala ou escala inadequada	Desvalorização da importância do controle adequado do tempo de infusão de drogas e soluções Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro
08	Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem	Falta de identificação ou identificação inadequada	Desvalorização da importância da identificação para o controle do tempo de permanência e prevenção de lesões Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro
09	Fixação da sonda vesical de demora	Sem fixação ou fixação inadequada	Desvalorização da importância da fixação para prevenção de lesões uretrais e infecção relacionada à SVD Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro
12	Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem (adequado)	Procedimentos sem checar ou checados de forma inadequada	Desvalorização da importância dos registros de enfermagem como instrumento de comunicação e	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão Educação e Pesquisa - DEPE

			defesa legal Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de supervisão do enfermeiro
13	Registro de verificação dos sinais vitais prescritos (adequado)	SSVV não verificados ou verificados de forma incompleta	Falta de registro de justificativa para a não verificação quando o paciente não se encontra na unidade Não valorização e verificação da Dor Não verificação da frequência respiratória de rotina Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro Falta de cumprimento do protocolo de verificação de SSVV que inclui Dor, Tpt, Fc, FR e PA
14	Cheragem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica (adequado)	Procedimentos sem checar ou checados de forma inadequada	Desvalorização da importância dos registros de enfermagem como instrumento de comunicação e defesa legal Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro

(#) - Plano de Ação - contramedidas para neutralizar as causas – 5W1H.

(€) – HURNP (2012-c; 2012-d).

(£) – Coelho e Maeda (2006) e Vituri et al. (2011).

APÊNDICE H

Unidade		UNIDADE FEMININA		
Planilha 5W1H (‡)		Plano de Ação para abordagem dos percentuais de adequação ao padrão para os indicadores de qualidade do cuidado com valores inferiores a 90%		
O QUE - <i>What</i>		POR QUE - <i>Why</i>	QUEM - <i>Who</i>	ONDE/COMO - <i>Where/ How</i>
Indicador		Objetivo	MEDIDAS GERAIS	
03	Identificação de acessos venosos periféricos	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à prevenção de infecção	Enfermeiro da Unidade com apoio da Diretoria de Enfermagem	<p>Aumentar a supervisão do desempenho da equipe de enfermagem na unidade de assistência quanto aos indicadores e padrões de qualidade adotados na instituição.</p> <p>Liberar o servidor para participar de programas de capacitação desenvolvidos na instituição, durante o horário de trabalho. Considerar a meta de 11 dias de capacitação ao ano, no mínimo - 3% da carga horária anual (¥).</p> <p>Incluir no histórico funcional do servidor a participação em atividades de capacitação, bem como avaliar e registrar as mudanças no seu desempenho.</p>
04	Verificação de lesões cutâneas pós - infiltrativas	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à prevenção de infecção e conforto		
05	Identificação de equipos para infusão venosa	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à prevenção de infecção		
06	Identificação de frascos de infusão venosa – rótulo	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente quanto à prevenção de eventos adversos	Enfermeiro da divisão de Educação e Pesquisa com apoio da Diretoria de Enfermagem	<p>Incluir no cronograma de atividades anual do DEPE programas de capacitação direcionados aos problemas detectados pelo procedimento avaliativo desenvolvido pela ACQAE.</p> <p>Desenvolver metodologia de avaliação do aprendizado dos servidores, a ser aplicada nas unidades de assistência, após terem frequentado os cursos de capacitação e informar os resultados no histórico funcional do servidor.</p>
07	Identificação do controle de velocidade de infusão – escala graduada	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente quanto à prevenção de eventos adversos		
08	Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente quanto à prevenção de eventos adversos	Enfermeira da ACQAE e Gerência de Risco, com apoio da Diretoria de Enfermagem	<p>Manter as atividades de auditoria pela aplicação dos quinze indicadores de qualidade da assistência de enfermagem, monitorando o desempenho das equipes nas unidades de assistência e consequentemente a qualidade da atenção.</p> <p>Subsidiar as atividades de educação continuada e permanente, pelo encaminhamento dos relatórios com os respectivos desempenhos às Chefias de Divisão e Seção das unidades de assistência, DEPE, CCIH e Diretoria de Enfermagem.</p> <p>Participar dos programas de capacitação desenvolvidos pelo DEPE, enfocando temas direcionados para qualidade, segurança e gerenciamento de riscos.</p> <p>Participar da palestra de integração dos servidores recém-admitidos com o objetivo de informar e sensibilizar para as atividades de avaliação da qualidade desenvolvidas na instituição, bem como divulgar os roteiros de avaliação, padrões de qualidade adotados e sensibilizar para a necessidade de monitorização da qualidade técnica dos materiais médico-hospitalares e notificação de queixas técnicas e eventos adversos à gerência de Riscos Hospitalares.</p> <p>Subsidiar a Direção da instituição na elaboração de projetos institucionais com vista a solicitar junto ao Governo do Estado reposição das vagas em aberto no quadro de recursos humanos de enfermagem da instituição, assim como ampliação do número de vagas em consequência da mudança de perfil da população atendida na instituição (ß)</p>
11	Posicionamento do prolongamento distal de drenagem da bolsa coletora de diurese – spigot	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à prevenção de infecção		
12	Chechagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem (adequado)	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à terapêutica		
13	Registro de verificação dos sinais vitais prescritos (adequado)	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à terapêutica		
14	Chechagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica (adequado)	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à terapêutica		

(‡) - Etapa do Cronograma deverá ser discutida e pactuada com os gestores locais e Diretoria de Enfermagem.

(¥) – Coelho Júnior e Maeda (2006).

(ß) – Vituri et al. (2011).

APÊNDICE I

PDCA para Solução de problemas – 1ª Etapa (#) – Unidade Masculina

Nº	Indicador	Identificação do problema - definição da natureza do problema	Observação - conhecimento e compreensão acerca do problema	Análise do problema - análise das causas
03	Identificação de acessos venosos periféricos	Falta de identificação ou identificação inadequada	Desvalorização da importância da identificação para o controle do tempo de permanência e prevenção de infecção Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE (€) Média de 6,2 pacientes por funcionário (€) Perfil dos servidores (5% acima de 60 anos, 29% possuem mais um vínculo empregatício, 18% estudam em concomitância à atividade laborativa, cinco pré-aposentados e seis são readaptados) (£) Número necessário de servidores para atender o perfil de pacientes que normalmente internam na unidade- enfermeiros - 20, técnicos de enfermagem - 82 Falta de supervisão do enfermeiro
07	Identificação do controle de velocidade de infusão – escala graduada	Falta de escala ou escala inadequada	Desvalorização da importância da identificação para o controle do tempo de permanência e prevenção de infecção Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro
08	Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem	Falta de identificação ou identificação inadequada	Desvalorização da importância da identificação para o controle do tempo de permanência e prevenção de lesões Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro
09	Posicionamento do prolongamento distal de drenagem da bolsa coletora de diurese – spigot	Spigot sem proteção, sujeito a contato com superfícies.	Falta de conhecimento sobre a necessidade de manter o Spigot protegido do contato com superfícies Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro
12	Checação dos procedimentos na prescrição de enfermagem (adequado)	Procedimentos sem checar ou checados de forma inadequada	Desvalorização da importância dos registros de enfermagem como instrumento de comunicação e defesa legal Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro
13	Registro de verificação dos sinais vitais prescritos (adequado)	SSVV não verificados ou verificados de forma incompleta	Desvalorização da importância dos registros de enfermagem como instrumento de comunicação e defesa legal Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro Falta de cumprimento do protocolo de verificação de SSVV que inclui Dor, Tpt, Fc, FR e PA
14	Checação dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica (adequado)	Procedimentos sem checar ou checados de forma inadequada	Desvalorização da importância dos registros de enfermagem como instrumento de comunicação e defesa legal Sobrecarga de trabalho (€, £)	Falta de adesão aos treinamentos programados pela Divisão de Educação e Pesquisa - DEPE Falta de supervisão do enfermeiro

(#) - Plano de Ação - contramedidas para neutralizar as causas – 5W1H.

(€) – HURNP (2012-c; 2012-d).

(£) – Coelho e Maeda (2006) e Vituri et al. (2011).

APÊNDICE J

Unidade		UNIDADE MASCULINA		
Planilha 5W1H (‡)		Plano de Ação para abordagem dos percentuais de adequação ao padrão para os indicadores de qualidade do cuidado com valores inferiores a 90%		
O QUE - <i>What</i>		POR QUE - <i>Why</i>	QUEM - <i>Who</i>	ONDE/COMO - <i>Where/ How</i>
Indicador		Objetivo	MEDIDAS GERAIS	
03	Identificação de acessos venosos periféricos	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à infecção e conforto	Enfermeiro da Unidade com apoio da Diretoria de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a supervisão do desempenho da equipe de enfermagem na unidade de assistência quanto aos indicadores e padrões de qualidade adotados na instituição. - Liberar o servidor para participar de programas de capacitação desenvolvidos na instituição, durante o horário de trabalho. - Considerar a meta de 11 dias de capacitação ao ano, no mínimo - 3% da carga horária anual (¥). - Incluir no histórico funcional do servidor a participação em atividades de capacitação, bem como avaliar e registrar as mudanças no seu desempenho.
07	Identificação do controle de velocidade de infusão – escala graduada	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à prevenção de eventos adversos		
08	Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à prevenção de eventos adversos		
09	Fixação da sonda vesical de demora	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à prevenção de eventos adversos	Enfermeiro da divisão de Educação e Pesquisa com apoio da Diretoria de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir no cronograma de atividades anual do DEPE programas de capacitação direcionados aos problemas detectados pelo procedimento avaliativo desenvolvido pela ACQAE. - Desenvolver metodologia de avaliação do aprendizado dos servidores, a ser aplicada nas unidades de assistência, após terem frequentado os cursos de capacitação e informar os resultados no histórico funcional do servidor.
12	Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à terapêutica		
13	Registro de verificação dos sinais vitais prescritos	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à terapêutica		
14	Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica	Melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente relacionada à terapêutica	Enfermeira da ACQAE e Gerência de Risco, com apoio da Diretoria de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Manter as atividades de auditoria pela aplicação dos quinze indicadores de qualidade da assistência de enfermagem, monitorando o desempenho das equipes nas unidades de assistência e consequentemente a qualidade da atenção. - Subsidiar as atividades de educação continuada e permanente, pelo encaminhamento dos relatórios com os respectivos desempenhos às Chefias de Divisão e Seção das unidades de assistência, DEPE, CCIH e Diretoria de Enfermagem. - Participar dos programas de capacitação desenvolvidos pelo DEPE, enfocando temas direcionados para qualidade, segurança e gerenciamento de riscos. - Participar da palestra de integração dos servidores recém-admitidos com o objetivo de informar e sensibilizar para as atividades de avaliação da qualidade desenvolvidas na instituição, bem como divulgar os roteiros de avaliação, padrões de qualidade adotados e sensibilizar para a necessidade de monitorização da qualidade técnica dos materiais médico-hospitalares e notificação de queixas técnicas e eventos adversos à gerência de Riscos Hospitalares. - Subsidiar a Direção da instituição na elaboração de projetos institucionais com vista a solicitar junto ao Governo do Estado reposição das vagas em aberto no quadro de recursos humanos de enfermagem da instituição, assim como ampliação do número de vagas em consequência da mudança de perfil da população atendida na instituição (ß)

(‡) - Etapa do Cronograma deverá ser discutida e pactuada com os gestores locais e Diretoria de Enfermagem.

(¥) – Coelho Júnior e Maeda (2006).

(ß) – Vituri, et al. (2011)

Anexos

ANEXO A

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA

Objetivo: Verificar a frequência com que cada um dos itens de avaliação é evidenciado.

Orientações para o preenchimento: Anotar o número de vezes (frequência) que foi constatado o descrito no item de avaliação.

NÚMERO DE ORDEM: _____ DATA: ____/____/____ TURNO DE TRABALHO: _____ UNIDADE: _____

N.º DAS ENFERMARIAS: _____ PESQUISADOR: _____

Indi- cador	ITENS DE AVALIAÇÃO	FREQUÊNCIA	TOTAL
1	1. N° de leitos identificados adequadamente :		
	2. N° de leitos identificados inadequadamente :		
	3. N° de leitos SEM identificação		
2	4. N° de pacientes com risco de queda do leito COM grade lateral:		
	5. N° de pacientes com risco de queda do leito SEM grade lateral:		
3	6. N° de acessos venosos periféricos COM identificação adequada e que não estejam vencidos:		
	7. N° de acessos venosos periféricos SEM identificação:		
	8. N° de acessos venosos periféricos COM identificação inadequada:		
	9. N° de acessos venosos periféricos com identificação adequada, porém vencidos :		
4	10. N° de pacientes SEM lesões cutâneas pós infiltrativas:		
	11. N° de pacientes COM lesões cutâneas pós infiltrativas:		
5	12. N° de equipos de soro COM identificação adequada:		
	13. N° de equipos de soro COM identificação inadequada:		
	14. N° de equipos de soro SEM identificação:		
	15. N° de equipos com identificação adequada, porém vencidos :		
6	16. N° de rótulos de soros COM identificação adequada e COM escala graduada correta:		
	17. N° de rótulos de soros COM identificação adequada e COM escala graduada incorreta :		
	18. N° de rótulos de soros COM identificação adequada e SEM escala graduada:		
	19. 18. N° de rótulos de soros COM identificação inadequada e COM escala graduada correta :		
	20. 19. N° de rótulos de soros COM identificação inadequada e COM escala graduada incorreta :		
	21. N° de rótulos de soros COM identificação inadequada e SEM escala graduada:		
	22. N° de rótulos de soros SEM identificação e COM escala graduada correta:		
	23. N° de rótulos de soros SEM identificação e COM escala graduada incorreta:		
	24. N° de rótulos de soros SEM identificação e SEM escala graduada:		

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA (VERSO)

Indicador	INDICADOR	FREQUÊNCIA	TOTAL
7	25. N° de sondas COM identificação adequada (sonda nasogástrica e orogástrica):		
	26. N° de sondas COM identificação inadequada (sonda nasogástrica e orogástrica):		
	27. N° de sondas SEM identificação (sonda nasogástrica, orogástrica):		
	28. N° de sondas com identificação adequada, porém vencidas (sonda nasogástrica, orogástrica):		
8	29. N° de sondas vesicais de demora COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente :		
	30. N° de sondas vesicais de demora COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente :		
	31. N° de sondas vesicais de demora COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente :		
	32. N° de sondas vesicais de demora COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente :		
	33. N° de sondas vesicais de demora SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada adequadamente :		
	34. N° de sondas vesicais de demora SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente :		
9	35. N° de horários de cuidados de enfermagem checados adequadamente :		
	36. N° de horários de cuidados de enfermagem checados inadequadamente :		
	37. N° de horários de cuidados de enfermagem não checados :		
	38. N° de horários de cuidados de enfermagem circulados e justificados nas anotações de enfermagem:		
	39. N° de horários de cuidados de enfermagem circulados e não justificados nas anotações de enfermagem:		
10	40. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e verificados de forma completa na prescrição de enfermagem:		
	41. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e verificados de forma incompleta na prescrição de enfermagem:		
	42. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e não verificados na prescrição de enfermagem:		
11	43. N° de horários de medicamentos checados adequadamente :		
	44. N° de horários de medicamentos checados inadequadamente :		
	45. N° de horários de medicamentos não checados :		
	46. N° de horários de medicamentos circulados e justificados no impresso de prescrição médica:		
	47. N° de horários de medicamentos circulados e não justificados no impresso de prescrição médica:		
12	48. N° de pacientes COM prescrição de enfermagem diária adequada às necessidades do paciente , elaborada pelo enfermeiro:		
	49. N° de pacientes COM prescrição de enfermagem diária incompleta em relação às necessidades do paciente :		
	50. N° de pacientes COM prescrição de enfermagem diária, porém, com cuidados prescritos que NAO dizem respeito às necessidades atuais do paciente :		
	51. N° de pacientes COM impresso de prescrição de enfermagem, porém SEM cuidados prescritos pelo enfermeiro :		

FONTE: Vituri, 2007

ANEXO B

APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

Parecer de Aprovação Nº 126/10
CAAE Nº 0113.0.268.000-10
FOLHA DE ROSTO Nº 336761

Londrina, 06 de julho de 2010.

PESQUISADORA: DAGMAR WILLAMOWIUS VITURI
HU/DIRETORIA DE ENFERMAGEM

Prezada Senhora:

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE UMA CIDADE DO NORTE DO PARANÁ"

Situação do Projeto: **APROVADO**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL