



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

---

**DAGMAR WILLAMOWIUS VITURI**

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA**  
**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

---

MARINGÁ - PR  
2007

**DAGMAR WILLAMOWIUS VITURI**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA  
QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientador:** Profa. Dra. Laura Misue Matsuda

MARINGÁ - PR  
2007

**DAGMAR WILLAMOWIUS VITURI**

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA  
QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda (orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá – Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa  
Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá – Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad  
Universidade Estadual de Londrina – Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Yolanda Dora Martinez Évora  
Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

### DEDICATÓRIA

Ao meu **Pai Arno** (*in memoriam*), pelo exemplo de perseverança e superação.

*"Viver é sempre dizer aos outros que eles são importantes, que nós os amamos, porque um dia eles se vão e ficamos com a nítida impressão de que não os amamos o suficiente."*

(Chico Xavier)

Aos meus **Filhos Gustavo e Isabela**, meus amores e razão da minha existência.

*"Nossa loucura é a mais sensata das emoções; tudo o que fazemos deixamos como exemplos para os que sonham um dia serem assim como nós: LOUCOS.... mas FELIZES!!!"*

(Mário Quintana)

Ao meu **Esposo Alex**, pelos anos de companheirismo, dedicação e por ter estado sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis.

*"O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada,  
Caminhando e semeando,  
no fim terá o que colher."*

(Cora Coralina)

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- **A Deus, por ter me dado a oportunidade de ultrapassar os meus limites e assim, voltar a acreditar e a sonhar com novos desafios.**

*"Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocarmos nela, corre por nossa conta".*

(Chico Xavier)

- **À minha Mãe Elza**, por ter sido além de avó dedicada, a mãe dos meus filhos nas minhas ausências, em todos os sentidos.

*"Eterno é tudo aquilo que dura uma fração de segundos, mas com tamanha intensidade que se petrifica e nenhuma força consegue destruir."*

(C. Drummond de Andrade)

- **À minha Avó Cristina (*in memoriam*)**, pelas incontáveis demonstrações de afeto, orgulho e admiração, tornando os desafios da vida mais prazerosos de serem superados.

*"Não há razão para termos medo das sombras. Apenas indicam que em algum lugar próximo brilha a luz".*

(Ruth Renkel)

- **À minha Orientadora Laura, pela competência, compreensão, paciência, orientação, e acima de tudo, por ter concordado que eu desenvolvesse um estudo de acordo com o que eu acredito ser importante para a enfermagem.**

*"A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltará ao seu tamanho original."*

(Albert Einstein)

- **Ao meu amigo Heber Odebrecht Vargas, pelo encorajamento e cuidado incessante e, acima de tudo, pela competência profissional.**

*"Se a escada não estiver apoiada na parede correcta, cada degrau que subimos é um passo mais para um lugar equivocado".*

(Stephen Covey)

## **AGRADECIMENTOS**

- Às *experts* **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eleine Aparecida Penha Martins Nonino, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Marinilza Beccaria, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria D'Innocenzo, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Luisa Anselmi Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tamara Iwanow Cianciarullo e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Yolanda Dora Martinez Évora**, que mui gentilmente aceitaram compartilhar seus conhecimentos para o aprimoramento deste estudo.

*"Escrever é fácil: você começa com uma letra maiúscula e termina com um ponto final. No meio você coloca as idéias."*

(Pablo Neruda)

- Às professoras **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sueli Mutsuki Tsukuda Ichisato**, pelo direcionamento e contribuições no exame de qualificação e na pró-forma.

*"Celebrar a vida é somar amigos, experiências e conquistas, dando-lhes sempre algum significado."*

(Autor desconhecido)

- Às minhas **Amigas Beth, Betina e Keli**, pelo convívio, pelo apoio nos momentos difíceis, por dividirem comigo momentos de descontração e alegria e, acima de tudo, por terem me aturado nestes dois anos. Espero que tenhamos a oportunidade de relembrar e rir muito de tudo o que passamos juntas.

*"Talvez as melhores amizades sejam aquelas em que haja muita discussão, muita disputa e mesmo assim muito afeto."*

(George Eliot)

- Às enfermeiras **Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Andreza Daher Delfino Sentone e Eleine Aparecida Penha Martins Nonino**, por acreditarem que a qualidade do cuidado é possível, e que as dificuldades não são obstáculos, mas, incentivo para, por meio da pesquisa, vislumbrar novas formas de alcançá-la.

*"Uma longa viagem começa com um único passo".*

(Lao-Tsé)

- À enfermeira **Maria Helena Dantas de Menezes Guariente**, pelo incentivo e orientação na fase de seleção para o Programa de Mestrado.

*“Um homem nunca sabe aquilo de que é capaz até que o tenta fazer”.*

**(Charles Dickens)**

- Aos acadêmicos do terceiro ano da turma de 2005 do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, **Estagiários** do serviço de Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem, pela contribuição na fase de coleta de dados. Sem vocês tudo teria sido muito mais difícil.

*"O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis."*

**(Fernando Sabino)**

- À **Diretora de Enfermagem Cleuza Catsue Takeda Kuwabara, pela confiança, apoio e por compartilhar comigo o desejo de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.**

*"Uma vida não basta ser apenas vivida: também precisa ser sonhada."*

**(Mário Quintana)**

- Às **enfermeiras e amigas Solange, Roseli, Marina Viana, Elza, Claudia, Víviam, Maura, Adelaine, Patrícia, Mírian, Magali, Jacir, Janete, Margarete e Mariângela, pelo convívio e pelo comprometimento com a enfermagem do nosso hospital, cada qual da sua maneira.**

*“As pessoas não se precisam. Elas se completam, não por serem metades, mas por serem pessoas inteiras, dispostas a dividir objetivos comuns, alegrias e vida”.*

**(Autor desconhecido)**

- Às **minhas colegas de trabalho e amigas Rosimara, Marininha, Márcia, Neuza, Meire e Dona Cida, pelo convívio afetuoso e divertido.**

*"Brincar é condição fundamental para ser sério".*

**(Arquimedes)**

- À **Equipe de Enfermagem da unidade Masculina, pela acolhida e colaboração para o desenvolvimento deste estudo.**

*“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de*

*repente você estará fazendo o impossível.”*

(São Francisco de Assis)

- **Aos Pacientes, por aceitarem participar do estudo e, desta forma, alimentar o sonho de melhorar a qualidade do cuidado.**

*“Depois de escalar um grande morro, descobrimos apenas que há muitos outros morros para escalar”.*

(Nelson Mandela)

- **À Eleonora e Maria Helena, pela disponibilidade e atenção na confecção das versões do resumo em inglês e espanhol.**
- **À Bibliotecária, Vilma Aparecida Feliciano de Jesus, pela disponibilidade e cuidado na revisão e organização das referências.**
- **Ao Professor Raul Pimenta, pela presteza e minúcia na revisão gramatical.**
- **À Aparecida de Lourdes Mariano, tão afetuosa e simpática, que Deus lhe proporcione incontáveis momentos felizes.**

*“Se não houver frutos, valeu a  
beleza das flores, se não houver flores,*

*valeu a sombra das folhas, se não  
houver folhas, valeu a intenção da  
semente”.*

**(Henfil)**

## RESUMO

VITURI, D. W. *Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem*. Maringá-PR, 2007. 238 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, 2007.

O objetivo deste estudo é validar, segundo a estratégia de validação de conteúdo, um instrumento de avaliação do cuidado de enfermagem composto por Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem na Prevenção de Eventos Adversos. Trata-se de uma Pesquisa Metodológica e Aplicada, de abordagem quantitativa, desenvolvida no período de janeiro a junho de 2007, em um hospital universitário do norte do Paraná. O estudo compreendeu o julgamento, por um painel de *experts*, do Manual Operacional dos Indicadores para Avaliação da Qualidade de Cuidados Básicos de Enfermagem na Prevenção de Eventos Adversos, bem como do conteúdo de cada um dos Itens de avaliação e dos atributos do conteúdo do conjunto de Itens do instrumento proposto que, após reformulação e estudo piloto, foi aplicado em uma unidade de internação de um hospital universitário público. Quanto aos resultados da estratégia de validação de conteúdo, os *experts* fizeram sugestões como: adequação do nome de alguns indicadores com o acréscimo de verbos que indicassem ação; readequação do cálculo dos indicadores com a substituição da média dos eventos observados pelo número total dos mesmos, dentre outras. Todas as sugestões foram acatadas e, o instrumento proposto foi considerado válido quanto ao seu conteúdo e aplicabilidade a uma população de pacientes adultos internados em uma unidade de clínica médico-cirúrgica. O instrumento validado consiste de 12 Indicadores de Qualidade e 49 itens de avaliação. Em relação à aplicação, pós-estratégia de validação de conteúdo, os dados demonstraram vários pontos que necessitam de intervenção para melhoria da qualidade. Chamou a atenção o percentual de adequação de 3,6% para o Indicador de identificação de acessos venosos periféricos; 25,5% para identificação de equipes para infusão venosa; 34,2% para identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão; 0% para identificação de sondas gástricas; 22,4% para checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem; 50,1% para verificação de sinais vitais; e 36,3% para checagem de procedimentos de enfermagem na prescrição médica. Em relação aos percentuais de adequação favoráveis, verificaram-se 95,8% para identificação do leito do paciente, 85,2% para identificação de risco para queda do leito, 89,4% para verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas, 85,3% para fixação da sonda vesical de demora e posicionamento adequado da bolsa coletora de diurese e 95,1% para elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro. Todos estes Indicadores têm um Índice de Conformidade Ideal – ICI, de 100%, exceto o indicador relativo à verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas em que o ICI recomendado é de no mínimo 80%. Estes Indicadores certamente não abrangem todos os aspectos relevantes na prevenção de eventos adversos, muito menos, não compreendem todas as questões de cuidado que merecem atenção, mas dirigem-se às necessidades mais urgentes de intervenção para melhoria da qualidade das práticas na instituição estudada e que certamente também é a realidade de muitas outras em nosso País. Considera-se que este estudo contribui para a melhoria das práticas de cuidados relacionados à prevenção de eventos adversos. Além disso, ressalta-se a importância de estudos posteriores para determinação da confiabilidade deste instrumento.

**Palavras-chave:** Garantia da qualidade dos cuidados de saúde; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Estudos de validação.

## ABSTRACT

VITURI, D. W. *Development and validation of a tool to evaluate the quality of nursing care*. Maringá-PR, 2007. 238 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Maringá State University, 2007.

The purpose of this study has been to validate, according to the content validation strategy, a nursing care evaluation tool composed of Nursing Care Quality Indicators in Adverse Event Prevention. This is a methodological and applied research of quantitative approach, accomplished in a university hospital in the north of Paraná from January to June 2007. The study comprises the judgment, by an expert panel, of the Operational Manual of Indicators for Evaluation of Basic Nursing Care Quality in Adverse Event Prevention, as well as of the content of each of the evaluation items and the content attributes of the set of items of the proposed tool, which, after having been reformulated and accomplished a pilot study, was applied in a inpatient ward of a public university hospital. With regard to the outcomes of the content validation strategy, the panelists suggested, among other issues, the adjustment of the names of some of the indicators by the addition of action verbs; readjustment of the indicator calculus, replacing the average of the observed events with their total number. All their suggestions have been accepted and so the proposed tool has been considered valid with respect to its content and applicability to adult inpatients of a clinical surgical ward. The validated tool comprises 12 Quality Indicators and 49 evaluation items. With regard to the application, post strategy of content validation, the data show several issues need intervention as to improve quality. Attention was drawn to a 3.6% adequacy percentage for the peripheral venous access identification Indicator; 25.5% for venous infusion equipment identification; 34.2% for identification of serum bottles and infusion speed control; 0% for gastric tube identification; 22.4% for nursing prescription procedures verification; 50.1% for vital signs inspection; and 36.3% for nursing procedures verification in medical prescription. As to favorable adequacy percentages, the outcomes show 95.8% for identification of the patient's bed; 85.2% for identification of the risk of falling out of bed; 89.4% for post infiltration skin lesion verification; 85.3% for indwelling catheter anchorage and correct positioning of the urinary draining bag; and 95.1% for elaboration of full daily prescription by the nurse. All these Indicators have an Ideal Conformity Index – ICI- of 100%, except the relative indicator for post infiltration skin lesion verification, for which the recommended ICI is at least 80%. Certainly, this Indicators do not comprehend all the care issues that deserve attention, but address the most urgent needs of intervention as to improve the quality of the practices at the institute hereby researched and which are doubtlessly part of the reality of many other institutes throughout the country. This research is meant to contribute to improving care practices related to adverse event prevention. Beyond this, the importance of further studies is highlighted with regard to the tool's reliability determination.

**Key words:** Health care quality guarantee; Health care quality indicators; Validation studies.

## RESUMEN

VITURI, D. W. *Desarrollo y validación de un instrumento para evaluación de la calidad del cuidado de enfermería*. Maringá-PR, 2007. 238 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estatal de Maringá, 2007.

El Objetivo de este estudio es validar, según la estrategia de validación de contenido, un instrumento de evaluación del cuidado compuesto por Indicadores de Calidad del Cuidado de Enfermería en la Prevención de Eventos Adversos. Se trata de una Investigación Metodológica y Aplicada, de abordaje cuantitativa, desarrollada en el período de enero a junio de 2007, en un hospital de la universidad del norte de la provincia de Paraná - Brasil. El estudio comprendió el juicio, por un cuadro de *expertos*, del Manual Operacional de los Indicadores para Evaluación de la Calidad de Cuidados Básicos de Enfermería en la Prevención de Eventos Adversos; así como del contenido de cada una de las claves de evaluación y de los atributos del contenido del conjunto de claves del instrumento propuesto que, tras la reformulación y estudio piloto, fue aplicado en una unidad de internamiento de un hospital universitario público. En cuanto a los resultados de la estrategia de validación de contenido, los *expertos* hicieron sugerencias tales como: adecuación del nombre de algunos indicadores con el incremento de verbos que indicasen acción; readecuación del cálculo de los indicadores, con la sustitución del promedio de los eventos observados por el número total de los mismos, etc. Todas las sugerencias fueron acatadas y el instrumento propuesto fue considerado válido en cuanto a su contenido y aplicabilidad, a una población de pacientes adultos internados en una unidad de clínica médico quirúrgica. El instrumento validado consiste de 12 Indicadores de Calidad y 49 claves de evaluación. Con respecto a la aplicación, post-estrategia de validación de contenido, los datos demostraron varios puntos que necesitan intervención para mejoría de la calidad. Llamó la atención el porcentual de adecuación del 3,6% para el Indicador de identificación de accesos venosos periféricos; el 25,5% para identificación de equipos para infusión venosa; el 34,2% para identificación de frascos de suero y control de la velocidad de infusión; el 0% para identificación de sondas gástricas; el 22,4% para el chequeo de los procedimientos en la prescripción de enfermería; el 50,1% para verificación de SSVV; y el 36,3% para el chequeo de procedimientos de enfermería en la prescripción médica. Con respecto a los porcentuales de adecuación favorables, se verifican el 95,8% para identificación del lecho del paciente, el 85,2% para identificación de riesgo para caída del lecho, el 89,4% para verificación de lesiones cutáneas post-infiltrativas, el 85,3% para fijación de la sonda vesical de demora y posicionamiento adecuado de la bolsa colectora de diuresis y el 95,1% para elaboración de la prescripción diaria y completa por el enfermero. Todos estos Indicadores tienen un Índice de Conformidad Ideal – ICI, del 100%, excepto el indicador relativo a la verificación de lesiones cutáneas post-infiltrativas en las que el ICI recomendado es del 80% como mínimo. Es cierto que estos Indicadores no abarcan todos los aspectos relevantes en la prevención de eventos adversos, menos aún, no comprenden todas las cuestiones de cuidado que merecen atención, pero, se direccionan a las necesidades más urgentes de intervención para la mejoría de la calidad de las prácticas, en la institución estudiada y que, seguramente también es la realidad de muchas otras en nuestro País. Se considera que este estudio contribuya para la mejoría de las prácticas de cuidados relacionados a la prevención de eventos adversos. Además, se resalta la importancia de estudios posteriores para la determinación de la confiabilidad de este instrumento.

**Palabras-clave:** Garantía de la calidad de los cuidados de salud; Indicadores de calidad en asistencia a la salud; Estudios de validación.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do Indicador 1, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 ..... 84**
- Figura 2 - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do Indicador 2, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 ..... 86**
- Figura 3 - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do Indicador 4, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 ..... 88**
- Figura 4 - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do Indicador 6, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 ..... 90**
- Figura 5 - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do Indicador 7, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 ..... 92**
- Figura 6 - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do Indicador 8, do manual operacional dos indicadores de avaliação da**

qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	94
<b>Figura 7</b> - Comentários e sugestões dos <i>experts</i> , no processo de julgamento para validação de conteúdo do Indicador 9, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	96
<b>Figura 8</b> - Comentários e sugestões dos <i>experts</i> , no processo de julgamento para validação de conteúdo do Indicador 10 do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	98
<b>Figura 9</b> - <b>Comentários e sugestões dos <i>experts</i>, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Identificação de Acessos Venosos Periféricos”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.....</b>	<b>105</b>
<b>Figura 10</b> - <b>Comentários e sugestões dos <i>experts</i>, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....</b>	<b>107</b>
<b>Figura 11</b> - <b>Comentários e sugestões dos <i>experts</i>, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Identificação de Equipos para Infusão Venosa”, para avaliação da qualidade de cuidados</b>	

	<b>básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.....</b>	<b>109</b>
Figura 12 -	<b>Comentários e sugestões dos <i>experts</i>, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Identificação de Frascos de Soro em Pacientes com Infusão Venosa”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....</b>	<b>111</b>
Figura 13 -	<b>Comentários e sugestões dos <i>experts</i>, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Identificação de Sondas”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....</b>	<b>114</b>
Figura 14 -	<b>Itens de avaliação do indicador “Fixação da Sonda Vesical de Demora e Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.....</b>	<b>115</b>
Figura 15 -	<b>Comentários e sugestões dos <i>experts</i>, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Registros de Procedimentos de Enfermagem”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.....</b>	<b>122</b>
Figura 16 -	<b>Comentários e sugestões dos <i>experts</i>, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Controle de Sinais Vitais”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....</b>	<b>124</b>
Figura 17 -	<b>Comentários e sugestões dos <i>experts</i>, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do</b>	

**indicador “Prescrição de Enfermagem Elaborada”, para  
avaliação da qualidade de cuidados básicos de  
enfermagem na prevenção de eventos adversos.  
Londrina-PR, 2007 ..... 126**

**Figura 18 - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para  
validação dos atributos do conjunto dos indicadores de avaliação da  
qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos  
adversos. Londrina-PR, 2007 ..... 132**

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Caracterização dos *experts* que julgaram os indicadores para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, quanto à faixa etária e tempo de atuação profissional. Londrina-PR, 2007..... 79
- Tabela 2** - Caracterização dos *experts* que julgaram os indicadores para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, quanto à área de atuação profissional e o tipo de instituição em que atuam. Londrina-PR, 2007 ..... 80
- Tabela 3** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 1 – “Identificação do Leito do Paciente Internado” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007..... 83
- Tabela 4** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 2 – “Risco para Queda do Leito em Pacientes Internados” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007..... 85
- Tabela 5** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 3 – “Identificação de Acessos Venosos Periféricos” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007..... 86
- Tabela 6** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 4 – “Lesões cutâneas pós infiltrativas” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 ..... 87
- Tabela 7** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 5 – “Identificação de equipos para infusão venosa” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007..... 89

<b>Tabela 8</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre o construto do manual operacional do indicador 6 – “Identificação de Frascos de Soro em Pacientes com Infusão Venosa” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	90
<b>Tabela 9</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre o construto do manual operacional do indicador 7 – “Identificação de Sondas” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	91
<b>Tabela 10</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre o construto do manual operacional do indicador 8 – “Registros de Procedimentos de Enfermagem” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	93
<b>Tabela 11</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre o construto do manual operacional do indicador 9 – “Controle de Sinais Vitais” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	95
<b>Tabela 12</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre o construto do manual operacional do indicador 10 – “Prescrição de Enfermagem Elaborada” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	96
<b>Tabela 13</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os itens de avaliação do indicador 1 - “Identificação do Leito do Paciente Internado”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	100
<b>Tabela 14</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os itens de avaliação do Indicador 2 - “Risco para Queda do Leito em Pacientes Internados”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	101
<b>Tabela 15</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os itens de avaliação do Indicador 3 - “Identificação de Acessos Venosos Periféricos”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	102
<b>Tabela 16</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os itens de avaliação do Indicador 4 - “Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas”, para avaliação da	

qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.....	106
<b>Tabela 17</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os itens de avaliação do Indicador 5 - “Identificação de Equipos para Infusão Venosa”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	108
<b>Tabela 18</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os itens de avaliação do Indicador 6 - “Identificação de Frascos de Soro em Pacientes com Infusão Venosa”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.....	110
<b>Tabela 19</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os itens de avaliação do Indicador 7 - “Identificação de Sondas”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.....	112
<b>Tabela 20</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os itens de avaliação do indicador 8 - “Registros de Procedimentos de Enfermagem”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	116
<b>Tabela 21</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os itens de avaliação do indicador 9 - “Controle de Sinais Vitais”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.....	123
<b>Tabela 22</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os itens de avaliação do indicador 10 - “Elaboração da Prescrição de Enfermagem”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 .....	124
<b>Tabela 23</b> - Consenso de julgamento dos <i>experts</i> sobre os atributos do conjunto dos itens de avaliação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, Londrina-PR, 2007.....	128
<b>Tabela 24</b> – Freqüência e percentual de concordância dos <i>experts</i> em relação à representatividade da medida - (CVI), para o conjunto dos itens de	

avaliação que compõem os indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 ..... 133

**Tabela 25** - Percentual de concordância dos *experts* em relação à representatividade da medida - (CVI), para o Instrumento composto por indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 ..... 134

**Tabela 26** – Frequência e percentual de concordância dos *experts* em relação à representatividade e clareza dos itens de verificação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos– (IRA), Londrina-PR, 2007 ..... 135

**Tabela 27** - Frequência e percentual de adequação ao padrão determinado pelo manual operacional de 12 indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007 ..... 145

## LISTA DE SIGLAS

<b>CBA</b>	Consórcio Brasileiro de Acreditação
<b>CCIH</b>	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
<b>CDC</b>	Center for Disease Control
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>CVI</b>	Content Validity Index
<b>EBM</b>	Medicina Baseada em Evidências (Evidence-Based Medicine )
<b>FC</b>	Freqüência Cardíaca
<b>FR</b>	Freqüência Respiratória
<b>FVI</b>	Fatorial Validity Index
<b>IHI</b>	Institute for Health Care Improvement
<b>IRA</b>	Interrater Agreement
<b>ISQua</b>	International Society for Quality Assessment
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization
<b>ITU</b>	Infecção do Trato Urinário
<b>JCAHO</b>	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
<b>JCI</b>	Joint Commission International
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ONA</b>	Organização Nacional de Acreditação
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PVC</b>	Pressão Venosa Central
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SSVV</b>	Sinais Vitais
<b>T</b>	Temperatura
<b>TPM</b>	Gerenciamento Total da Produção
<b>TQM</b>	Gerenciamento Total da Qualidade

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>30</b>
1.1 PROBLEMA DO ESTUDO.....	34
1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	37
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>39</b>
2.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE .....	39

2.2 INDICADORES DE QUALIDADE .....	45
<b>3 VALIDAÇÃO DE MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>52</b>
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO .....	58
<b>4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE.....</b>	<b>67</b>
<b>5 OBJETIVOS .....</b>	<b>71</b>
5.1 OBJETIVO GERAL.....	71
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	71
<b>6 MATERIAL E MÉTODO .....</b>	<b>72</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	72
6.2 LOCAL DO ESTUDO .....	72
6.3 AMOSTRA .....	73
6.3.1 AMOSTRAGEM PARA O PROCEDIMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR EXPERTS.....	73
6.3.2 AMOSTRAGEM PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO PILOTO PARA O TESTE DE APLICABILIDADE .....	74
6.3.3 AMOSTRAGEM PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO EM SUA VERSÃO FINAL .....	75
6.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS .....	76
6.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	76
6.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	77
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO PROCEDIMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO .....</b>	<b>78</b>
7.1 CARACTERIZAÇÃO DO PAINEL DE EXPERTS.....	78
7.2 JULGAMENTO DO MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS .....	82
7.3 JULGAMENTO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS .....	99
7.4 JULGAMENTO DOS ATRIBUTOS DO CONTEÚDO DO CONJUNTO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PELO MÉTODO DE CONTENT VALIDITY INDEX (CVI) E TESTE DE FIDEDIGNIDADE (IRA).....	127

<b>8 ESTUDO-PILOTO PARA TESTAR A APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA .....</b>	<b>141</b>
<b>9 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO VALIDADO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS.....</b>	<b>143</b>
<b>10 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO VALIDADO .....</b>	<b>144</b>
<b>11 CONCLUSÃO.....</b>	<b>163</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>168</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DE ESPECIALISTAS PESQUISADORES NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (EXPERTS).....</b>	<b>182</b>
<b>APÊNDICE C - INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>183</b>
<b>APÊNDICE D - TABELA DE ESPECIFICAÇÃO DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO.....</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (ESTAGIÁRIOS).....</b>	<b>187</b>
<b>APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (PACIENTES) .....</b>	<b>188</b>
<b>APÊNDICE G - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS INSTRUMENTOS PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA.....</b>	<b>189</b>
<b>APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA .....</b>	<b>190</b>
<b>APÊNDICE I - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES.....</b>	<b>192</b>
<b>APÊNDICE J - MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>193</b>
<b>APÊNDICE K - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM QUE CONSTAM DO MANUAL OPERACIONAL .....</b>	<b>217</b>
<b>APÊNDICE L - INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM QUE CONSTAM DO MANUAL OPERACIONAL.....</b>	<b>218</b>
<b>APÊNDICE M - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE CADA UM DOS ITENS DE AVALIAÇÃO</b>	

DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	223
APÊNDICE N - INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO OU VALIDAÇÃO OPINATIVA DE CADA UM DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	224
APÊNDICE O - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ATRIBUTOS DO CONJUNTO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DE CADA UM DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	231
APÊNDICE P - INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ATRIBUTOS DO CONJUNTO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DE CADA UM DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	232
<b>ANEXO .....</b>	<b>237</b>
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	238

## 1 INTRODUÇÃO

O movimento pela qualidade, muito em destaque na atualidade, ganhou vulto após a Revolução Industrial. Foi introduzido primeiramente no setor industrial, posteriormente expandiu-se para o setor de prestação de serviços e, mais recentemente, para o setor saúde (ROSEMBERG; SILVA, 2000).

Segundo Deming (1990) qualidade é um sistema de melhoria contínua, com ênfase nos processos e nas pessoas, marcado por princípios, idéias e crenças que buscam a satisfação do cliente, dos trabalhadores, dos fornecedores e dos acionistas.

Considerando a abrangência do conceito de qualidade em saúde, Gurgel Júnior e Vieira (2002) destacam a importância de se avaliar a qualidade, porém afirmam que realizar a avaliação da qualidade em organizações hospitalares não é uma tarefa simples. Segundo esses autores, a especificidade econômica e organizacional do setor hospitalar é obstáculo para a implementação da gestão pela qualidade em seus quesitos contemporâneos.

De acordo com Gurgel Júnior e Vieira (2002), são as seguintes as causas das dificuldades em implementar os processos avaliativos segundo os preceitos da gestão pela qualidade nas instituições hospitalares, em que toda a organização deve estar envolvida na busca pela melhoria contínua: as prioridades não mercantis de um setor que lida com vidas humanas; a dificuldade de se implantar concorrência em locais onde há carência de serviços; a variabilidade na assistência decorrente da singularidade dos casos; a falta de informação da maioria da população usuária, que desconhece seus direitos a uma assistência de qualidade; a impossibilidade de controle prévio da qualidade em razão do consumo imediato à produção; a grande variedade de profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação com interesses corporativos distintos; e, por fim, a resistência da categoria médica aos métodos de controle e de avaliação.

Com relação à enfermagem, o envolvimento com as questões relacionadas à prestação de um cuidado de qualidade está registrado na história da

profissão desde o século XIX, com o trabalho desenvolvido por Florence Nightingale, que mesmo em um contexto de guerra, buscava a melhor qualidade possível do cuidado (NASCIMENTO, 2003; DIAS, 2006).

Nonino (2006), reforçando a importância do papel da enfermagem na promoção da qualidade na saúde, defende que a profissão é co-responsável pelo resultado final do processo de atenção à saúde em razão do contingente de trabalhadores que aloca, além do fato de as ações serem realizadas diretamente junto ao usuário e, principalmente na área hospitalar, de forma contínua e ininterrupta.

A enfermagem no contexto do mundo globalizado, em que a ciência e a informação estão ao alcance de muitos, depara-se com a necessidade de aprimorar seus processos, visando garantir o cuidar com qualidade em razão de que o contingente de pessoas que necessitam de cuidados à saúde é enorme, a tecnologia não está ao alcance de todos os que realmente necessitam e, a população está cada vez mais bem informada sobre seus direitos, como cidadãos, a um cuidado de qualidade.

A Lei nº. 8.078 do Código do Consumidor, de setembro de 1990, garante este direito e recomenda que os serviços de assistência à saúde possuam sistemas de controle e de segurança (BRASIL, 1990).

Para Matsuda (2002) o fato de o usuário de serviços de saúde (sociedade) estar cada vez mais bem informado e exigente influencia as organizações e seus trabalhadores na busca pela melhoria da qualidade, em razão de que em países mais desenvolvidos já se fala na incorporação do termo competitividade no universo de atuação da enfermagem.

A Lei n. ° 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, reforça o papel de avaliador do enfermeiro ao determinar que, além de atividades de direção, planejamento, organização, coordenação, consultoria, consulta de enfermagem, prescrição da assistência e execução de cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida, é privativo de o enfermeiro realizar a avaliação da assistência de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

A atividade de avaliação é inerente ao profissional enfermeiro. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2001, chamou a atenção para o papel avaliativo deste profissional ao publicar a Resolução n.º 266, que dispõe sobre as atividades do enfermeiro como auditor do serviço de saúde. Esta nova área de atuação profissional determina que a competência do enfermeiro auditor abrange todos os níveis onde exista profissional de enfermagem em atuação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

No sentido de direcionar a implementação da avaliação da qualidade do cuidado e na busca de mecanismos e definição de instrumentos de enfermagem que orientassem a qualidade e a quantidade das ações, o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) iniciaram, em 1977, a elaboração de padrões mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde (BRASIL, 1978).

No trabalho desenvolvido pelo MS e OPAS foi considerado como prioritário o atendimento ao cliente em suas necessidades básicas nos aspectos físico, terapêuticos, psicossociais, de reabilitação e ambientais na recuperação da saúde. O documento, que resultou do trabalho desta parceria tem sido utilizado, em algumas instituições, no sentido de nortear o desenvolvimento de padrões para orientação da qualidade das ações de enfermagem.

Haddad (2004), retomando a questão da preocupação com a qualidade por parte da enfermagem, afirma que na profissão sempre existiu um controle informal da qualidade do cuidado, traduzido pela preocupação em executar os procedimentos com rigor técnico, buscando com isso garantir os resultados esperados.

Principalmente no Brasil, a enfermagem, que tem como princípio a preocupação em prestar um cuidado de qualidade, se vê refém da política de racionalização de recursos em saúde, que, via de regra, se traduz no subdimensionamento do número de profissionais. Assim, a maioria dos cuidados diretos e, não raras vezes, os cuidados de grande complexidade, são executados por profissionais com pouca ou nenhuma qualificação para tal.

No contexto de racionalização da força de trabalho em que a profissão enfermagem está inserida, ao profissional enfermeiro se impõe atribuição prioritariamente de caráter administrativo e tecnoburocrata, resultando no distanciamento deste profissional do cuidado direto ao

paciente. Para minimizar as conseqüências dessa prática, o enfermeiro pode lançar mão de instrumentos avaliativos, fundamentados em conhecimentos teórico-científicos e práticos, para o monitoramento da qualidade do cuidado, aplicável no cotidiano da profissão.

Haddad (2004) afirma que os instrumentos desenvolvidos no sentido de possibilitar a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem devem monitorar sistematicamente a prática, de modo a refletir tanto o aspecto qualitativo quanto o quantitativo do cuidado.

Na enfermagem brasileira, iniciativas isoladas têm surgido no sentido de desenvolver instrumentos que avaliem a qualidade da prática profissional. Uma destas iniciativas foi de Cianciarullo (1997) e Cianciarullo, Gualda e Melleiro (1998), que desenvolveram uma metodologia de avaliação de pacientes hospitalizados abrangente e específica, a qual compreende três fases: entrevista com o paciente, observação do ambiente e do paciente e análise das prescrições de enfermagem.

Estudos como o de Cianciarullo (1997) e Cianciarullo, Gualda e Melleiro (1998) geralmente têm sido desenvolvidos em instituições de melhores condições de infra-estrutura do que a maioria das organizações hospitalares brasileiras. Ao se pretender replicar uma metodologia desenvolvida em um contexto onde as características de estrutura e processo de trabalho são diferentes, faz-se necessário efetuar algumas adequações, com vistas a torná-la coerente e aplicável à realidade na qual se pretende implementá-la.

Haddad *et al.* (1999) adaptaram a metodologia antes mencionada à realidade da instituição em que atuavam. Esta iniciativa foi o primeiro passo no sentido de se garantir um cuidado de enfermagem de qualidade no serviço; entretanto, segundo as autoras, não foi um trabalho fácil.

Uma dificuldade encontrada ao se pretender implantar um processo de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem está relacionada com a disponibilidade de um ou mais profissionais enfermeiros para implementar esta prática.

No cotidiano da prática profissional o enfermeiro responsável por uma unidade de internação ou atendimento está constantemente sobrecarregado de atividades. Sendo assim, não consegue realizar a avaliação formal da qualidade do cuidado desempenhado por sua equipe.

## 1.1 PROBLEMA DO ESTUDO

**A autora deste estudo desenvolveu a maior parte da sua trajetória profissional em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, onde tinha a possibilidade - e o prazer - de prestar cuidados diretos aos pacientes, além de administrar a unidade e o pessoal de nível técnico.**

Sempre foi muito gratificante poder atuar “ao lado” da equipe de enfermagem, “fazendo junto”, discutindo os problemas, ensinando, enfim, garantindo ao paciente e à família o que de melhor poderia ser oferecido, ou seja, um cuidado de enfermagem de qualidade. Mesmo assim, a autora tinha a certeza de que havia muito ainda por fazer, pois a busca pela qualidade é um processo contínuo e dinâmico.

Na ocasião em que foi convidada a desempenhar suas atividades na recém-criada Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem, em 1999, a autora participou do desenvolvimento do processo de trabalho deste serviço.

A princípio, um vasto levantamento bibliográfico foi realizado para a determinação do caminho a ser percorrido, e os estudos desenvolvidos por Cianciarullo (1997) e Cianciarullo, Gualda e Melleiro (1998) foram utilizados como referencial teórico, o qual foi adaptado à realidade da instituição por Haddad *et al.* (1999).

Nos trabalhos de coleta de dados, utilizando-se os instrumentos elaborados, constatou-se que o enfermeiro, nos setores ditos “abertos”, ou seja, nas unidades de internação, pronto-socorro e ambulatório, partilhava de uma realidade adversa e diversa da que estava habituada a vivenciar em unidades de terapia intensiva, pois, em razão das inúmeras atribuições de caráter gerencial e administrativo que se viam obrigados a assumir, os enfermeiros se distanciavam do cuidado direto ao cliente.

Percebeu-se também que grande parte das atribuições assumidas pelos enfermeiros poderia ser desempenhada por profissionais de outras áreas, mas acabavam absorvidas por esse profissional em favor do “bom andamento” da unidade sob sua responsabilidade.

Nos anos que se seguiram, muitas foram as dificuldades para a implementação da metodologia de avaliação desenvolvida, em razão de o serviço contar com apenas duas enfermeiras para avaliar a qualidade do cuidado de um hospital de 349 leitos.

Com o intuito de viabilizar sua aplicabilidade, em razão da escassez de recursos humanos, em 2002 foi criado um campo de estágio de caráter extracurricular que funciona até os dias de hoje e conta com 29 estagiários do 3º e 4º anos do curso de Graduação em Enfermagem da universidade Estadual de Londrina, os quais são capacitados para auxiliar na implementação do processo de avaliação da qualidade.

Trimestralmente são avaliadas todas as unidades de internação adulto e infantil, pronto-socorro e unidades de terapia intensiva. Os dados colhidos são tabulados, dando origem a relatórios gerenciais, nos quais são apresentados os resultados alcançados pela unidade, por percentuais de positividade em relação aos padrões e critérios de avaliação preestabelecidos na instituição.

Os referidos relatórios com os resultados das avaliações são encaminhados à Diretoria de Enfermagem, às chefias de Divisão das Unidades de Internação e Atendimento e à Divisão de Educação em Pesquisa. Esta planeja, na medida do possível, capacitações/atualizações direcionadas para as dificuldades apresentadas pelas unidades avaliadas, demonstradas nos relatórios.

Os resultados dos relatórios também são apresentados aos funcionários das respectivas unidades, durante o horário de trabalho, nos quatro turnos, utilizando-se a metodologia de oficinas, em que os resultados são apresentados e discutidos, sendo levantadas propostas para a melhoria da qualidade do cuidado.

Um obstáculo com o qual se depara a gerência de enfermagem da instituição no processo de implementação do instrumento adaptado por Haddad *et al.* (1999) é que as informações geradas não possibilitam a elaboração de relatórios sucintos e objetivos, em razão da sua minuciosidade e da abrangência das informações.

Os relatórios não são auto-explicativos, de forma que podem gerar dúvidas nos funcionários e gerentes, que muitas vezes, sem orientação prévia e sistemática, têm dificuldade em compreendê-los. Isto requer um empreendimento de tempo e pessoal extras para a difusão e entendimento dos resultados.

Com o intuito de desenvolver um método de avaliação mais objetivo e pragmático sem, contudo, propor algo menos relevante do que o proposto pela metodologia adaptada por Haddad *et al.* (1999), concebeu-se o propósito de desenvolver um instrumento composto por indicadores de qualidade, fundamentados na concepção de eventos adversos, baseados em alguns dos itens de avaliação apresentados no instrumento adaptado por Haddad *et al.* (1999).

Segundo Leape *et al.* (1991), Thomas (2000), Padilha (2001), Ramírez e Pérez (2003), Brennan *et al.* (2004) e Mendes *et al.* (2005) evento adverso pode ser definido como injúrias resultantes do manejo da equipe de saúde, que podem provir de negligência ou cuidado de qualidade inferior.

**Evento adverso, para Torres e Castro (2007) vem a ser uma lesão não intencional, a qual resulta em incapacidade temporária ou permanente, prolongamento do tempo de permanência, ou até mesmo a morte em consequência do cuidado prestado.**

Mendes *et al.* (2005) chamam a atenção para o fato de que entender o fenômeno “Eventos Adversos” constitui-se de um importante passo no sentido de melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem, pois, possibilita a sistematização das práticas e processos, garantindo desta forma a segurança dos pacientes que procuram assistência em hospitais.

Ante a relevância da melhoria contínua da qualidade do cuidado de enfermagem na prevenção de eventos adversos, inúmeras inquietações são levantadas no sentido de desenvolver instrumentos gerenciais capazes de avaliar a qualidade do cuidado, de forma a instrumentalizar os enfermeiros, sejam eles exclusivamente gerentes ou não, para a tomada de decisão acerca das condutas mais apropriadas à solução dos problemas.

Tem-se então como problema deste estudo a seguinte questão: O instrumento constituído de indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos proposto por este estudo possui validade de conteúdo e aplicabilidade, de forma a tornar-se uma ferramenta gerencial racional e objetiva para a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem ao paciente adulto internado em uma unidade médico-cirúrgica de um hospital universitário público da região Norte do Paraná?

Como hipótese deste estudo tem-se que o instrumento proposto, composto por indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos possui validade de conteúdo e aplicabilidade e habilita a avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao paciente adulto internado, de forma a tornar-se uma ferramenta gerencial racional e objetiva.

## 1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no sentido de demonstrar que a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem, como processo fundamental para o gerenciamento da assistência, pode ser adaptada à realidade institucional sem, contudo, deixar de ter importância por não ser tão abrangente a ponto de cobrir todos os aspectos do cuidado.

Acredita-se que, por meio de um instrumento simplificado e objetivo, que possa ser aplicado a um número maior de pacientes e esteja direcionado a avaliar a qualidade dos cuidados que apresentem mais problemas na instituição, seja possível otimizar o processo de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem, no que diz respeito à prevenção de eventos adversos.

Pretende-se deste modo, a partir do desenvolvimento e validação de conteúdo dos indicadores de qualidade propostos neste estudo, contribuir para a qualificação das práticas relacionadas à prevenção de eventos adversos, tendo em vista todo o levantamento bibliográfico realizado no sentido de fundamentar tais indicadores.

A partir dos resultados obtidos com a aplicação do instrumento proposto por este estudo, acredita-se ser possível otimizar a atuação dos gerentes no sentido da busca pela melhoria contínua da qualidade do cuidado de enfermagem, pois estes resultados funcionam como marcadores da qualidade, os quais, a partir de avaliações subseqüentes, subsidiam a elaboração e reajuste de metas na busca pela melhor qualidade possível.

A seguir, será realizada a revisão de literatura sobre os temas: Avaliação da qualidade, indicadores de qualidade e Validação de medidas de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Por considerar o processo de desenvolvimento de uma metodologia para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem algo complexo, em razão da especificidade do processo e da precisão exigida no desenvolvimento do instrumento de medida, aliadas à pretensão de eliminar ou, ao menos, reduzir ao máximo a presença da subjetividade sem, contudo, esquecer-se da pluralidade do conceito qualidade na área da saúde, faz-se necessária uma revisão da literatura pertinente, abordando os temas: *Avaliação da qualidade*; *Indicadores de qualidade* e *Validação de medidas de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem*.

### 2.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

**A filosofia da qualidade já completou 60 anos de aplicação nas indústrias. Segundo Mezomo (1995) os serviços de saúde perceberam a qualidade como uma saída para os problemas crônicos que afetam a área. O autor refere que, na atualidade, este segmento já se vê como organização que utiliza recursos e executa processos com vista à obtenção de resultados, necessitando desta forma, atuar de acordo com os princípios da filosofia da qualidade.**

**A qualidade é diversamente conceituada por grandes estudiosos na área industrial, contudo, existe certa concordância entre eles no sentido de que ela (a qualidade) revela a importância da satisfação do cliente/usuário dos bens ou serviços oferecidos (DEMING, 1990).**

**O termo qualidade foi definido por Juran (1992) como a adequação do produto ou serviço ao uso, ou seja, à necessidade do cliente.**

**Para Crosby (1999), qualidade está relacionada à conformidade com os requisitos ou padrões (*standards*) e assume a concepção de “zero defeito”.**

**A qualidade compreende redução nas variações segundo Deming (1990). O autor afirma que não aceita o “zero defeito”, por considerá-lo um ideal inatingível e, também, por fazer a organização fixar-se apenas em números.**

**Mezomo (1995), numa concepção de qualidade que atende à especificidade da área da saúde, define-a como as propriedades de um serviço as quais atendem às necessidades e expectativas dos clientes e, desta forma, constitui missão da organização.**

**Também se referindo à atenção à saúde, Donabedian (1992) define qualidade como a obtenção dos maiores benefícios possíveis, por intermédio de meios desejáveis e com os menores riscos.**

**O Ministério da Saúde define qualidade, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, de uma forma que vem ao encontro da proposta deste estudo, como o “grau de atendimento a padrões estabelecidos, frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos científicos atuais” (BRASIL, 2006).**

**Tomando-se como base as várias definições de qualidade, que vão desde a simples adequação do produto ao uso até uma concepção mais complexa, que envolve as expectativas do cliente, o atendimento a padrões preestabelecidos e a não-exposição a riscos, será realizado um breve histórico sobre a evolução da filosofia da qualidade.**

**Para Rosemberg e Silva (2000) a consciência da qualidade como elemento inerente ao próprio processo de produção nasceu junto com a Revolução Industrial e, mais especificamente, com o desenvolvimento do “taylorismo”, da produção em cadeia. Não obstante, foi apenas na década de 1930 que a empresa telefônica norte-americana *Bell South Corporation* aplicou o primeiro sistema da qualidade, como um sistema de ações destinadas a verificar se um produto ou serviço cumpre com as especificações preestabelecidas dentro dos parâmetros de variação conhecidos. A experiência dessa empresa foi transferida às Forças Armadas dos Estados Unidos da América, na década de 1940, como um importante elemento estratégico para a indústria bélica desse país (ROSEMBERG; SILVA, 2000).**

**Conforme referem Rosemberg e Silva (2000) durante os 20 anos seguintes diversos grupos e empresas desenvolveram as estratégias do sistema globalmente conhecido como “Garantia da Qualidade”, que incluía objetivos de redução de custos de produtos ou peças defeituosas (Custo da**

Qualidade), controle de qualidade em todo o processo de produção (Controle Total da Qualidade), confiabilidade no produto durante toda a sua vida útil no mercado (Engenharia de Confiabilidade) e envolvimento de todo o pessoal com o compromisso de evitarem falhas ou defeitos nos produtos fabricados (Zero Defeito).

A partir da década de 1960, com a inserção agressiva de produtos japoneses no mercado mundial, houve um direcionamento dos sistemas de controle e garantia da qualidade para além do produto. Estes sistemas passaram a valorizar a satisfação do cliente ou usuário destes produtos (Gerenciamento Total da Qualidade – TQM; Gerenciamento Total da Produção – TPM). Paralelamente, os países industrializados reconheceram a importância dos sistemas da qualidade no favorecimento do intercâmbio internacional de produtos e serviços. Surgiram assim, em 1987, os primeiros documentos da *International Organization for Standardization - ISO* série 9000 (ROSEMBERG; SILVA, 2000).

Nos anos 1980, surgiram artigos de Donald Berwick, apresentando a gestão da qualidade como aplicável na saúde. Nos anos 90 começam a se evidenciar esforços de internacionalização dos processos de avaliação externa e garantia de qualidade em serviços de saúde, com a criação da *International Society for Quality Assessment (ISQua)*, inicialmente em países de língua inglesa ou holandesa, e posteriormente, com o *Institute for Health Care Improvement (IHI)*, de Donald Berwick. Por fim houve a disseminação dos movimentos de acreditação, como o desenvolvido pela *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)*, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Nos anos 2000, a JCAHO começou a socializar seu processo para outros países por meio da JCI - *Joint Commission International* (MALIK, 2006).

Acreditação, segundo a Organização Nacional de Acreditação (ONA), é um método de avaliação externa dos recursos institucionais, de caráter voluntário, periódico e reservado, o qual busca a melhoria da qualidade da assistência, com base na verificação de conformidade com padrões preestabelecidos (BRASIL, 2004).

**Malik (2006) refere que no Brasil existem dois modelos de acreditação em vigor: o proposto pela ONA, que trabalha de forma descentralizada, sendo seu processo de acreditação realizado por entidades delegadas, e o da JCI, representada no país pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA).**

**Todos os programas de avaliação da qualidade aplicam processos avaliativos para dimensionar a qualidade, seja de um produto, seja de um processo ou resultado.**

**Nos processos avaliativos, Pringle, Wilson e Grol (2002) afirmam ser de extrema importância analisar e interpretar o contexto; no entanto a decisão-chave nunca deixará de ser um julgamento bipolar: o comportamento é aceitável ou inaceitável?**

**Avaliar significa formar opinião sobre determinado assunto, ou seja, julgar e emitir juízo de valor com base em uma análise minuciosa de um produto, processo e/ou resultado, utilizando como referência os pressupostos e valores que fundamentam as escolhas dos sujeitos envolvidos com a atenção em saúde, sejam eles profissionais ou usuários (BRASIL, 2004).**

**Em se tratando de qualidade em saúde, é comum a concepção de que é um campo tão subjetivo que não existem caminhos definidos para avaliá-la (BRASIL, 2006). Nesse aspecto, Malik (2006) afirma ser natural esta concepção de subjetividade da qualidade na área da saúde, considerando que se trata de pessoas cuidando de pessoas.**

**Malik (2006) justifica esta afirmação ao expressar que existe, no mínimo, a influência de variações naturais nos indivíduos, tanto nos que cuidam quanto nos que são cuidados, porém a autora é incisiva ao expressar que, pelo fato de essas variações serem naturais, é necessário tomar medidas para minimizá-las, definindo o que será considerado aceitável e o que não o será, pelo menos no que diz respeito àqueles que prestam os cuidados.**

A importância de adotar modelos de controle de qualidade na área da saúde é reiterada por Matsuda (2002) ao afirmar que as estratégias para viabilizar o alcance da qualidade dos serviços devem ser determinadas de acordo com a realidade do nosso país e do local onde são aplicados. A autora refere

também ser comum a tendência de se importarem modelos que não são capazes de serem aplicados na íntegra, resultando em descontentamentos e descrédito.

**Em consonância com o exposto por Matsuda (2002) e Bohomol (2006) afirmam que a busca pela qualidade deve estar adequada à realidade sociocultural, ou seja, a qualidade desejada deve ser aquela possível de ser alcançada.**

Haddad (2004), no mesmo sentido, expressa que para ser possível uma avaliação racional que demonstre estar inserida no contexto da *práxis*, se faz necessária a utilização de uma abordagem pró-ativa de avaliação, e que esta utilize instrumentos de medição específicos para cada realidade, os quais reflitam linhas de pensamento qualitativas e quantitativas.

**Uma grande variedade de abordagens sobre como melhorar a qualidade na área da saúde foram introduzidas na última década, todas com a pretensão de solucionar parte dos principais problemas do cuidado ao paciente (GROL, 2001).**

**Abordagens como Medicina Baseada em Evidências (*evidence-based medicine* – EBM), Gerência da Qualidade Total (total quality management – TQM), Avaliação (*assessment*), Acreditação (*accreditation and accountability*), Desenvolvimento Profissional (*professional development*), Consentimento do Paciente (*patient empowerment*), dentre outras, têm ganhado popularidade.**

**Estas abordagens, segundo Grol (2001), apresentam perspectivas diferentes sobre os melhores métodos para alcançar a qualidade do cuidado. Algumas têm como foco os profissionais, outras as organizações; algumas enfatizam a auto-regulação, outras acreditam no controle externo; algumas preferem métodos autoritários (*top-down*), outras, métodos democráticos (*bottom-up*).**

Grol (2001), entretanto, é taxativo ao expressar que nenhuma destas abordagens é melhor que a outra, e que todas, se usadas independentemente, podem deixar margem a interpretações errôneas e resultar em desmotivação profissional. Esse autor aponta a necessidade urgente de se estabelecer uma ponte

entre as diversas abordagens existentes, no sentido de transpor os obstáculos para o cuidado de qualidade.

**A qualidade em saúde segundo Almeida (2001) tornou-se um imperativo e é a marca da modernidade. Para que a qualidade na saúde seja alcançada é preciso que ocorra a sistematização de todas as suas práticas e processos.**

Bittar (2004) expressa que a qualidade e, conseqüentemente, a humanização, a alta produtividade e o baixo custo, somente poderão ser alcançados com o uso rotineiro de instrumentos de medição, ou seja, dos indicadores de qualidade e quantidade do cuidado.

Reafirmando o exposto por Bittar (2004) acerca do uso de instrumentos de medida na busca pela melhoria da qualidade, Souza, Mendes e Silva (1994) afirmam que estes instrumentos podem fornecer indicações práticas e válidas sobre o nível de qualidade da assistência prestada, e acrescentam que o desenvolvimento de métodos para avaliar a qualidade dos serviços prestados à saúde é uma prioridade de pesquisa.

**Com base no exposto, constata-se que a qualidade é algo sonhado por muitos e que muitos também são os métodos já desenvolvidos no sentido de buscar uma melhor qualidade em saúde, dos quais a maioria, se não todos, apresentam pontos a serem aperfeiçoados. Uma questão que precisa ser lembrada é que nenhum método, por melhor que seja, terá sucesso se não houver o envolvimento da equipe de saúde no seu desenvolvimento e acompanhamento.**

**Feldman (2006) neste sentido chama a atenção para a característica de constância e continuidade do processo de avaliação, e afirma a importância da participação da equipe como um todo no processo de busca pela melhor qualidade.**

Observa-se, assim, que o processo de avaliação em saúde é complexo e deve ser estabelecido com base em critérios predeterminados para o alcance dos padrões de qualidade preestabelecidos pelo serviço, segundo a sua realidade e o contexto em que está inserido, com a participação de todos os sujeitos

envolvidos no cuidado. A ferramenta para este fim está baseada na determinação de indicadores de qualidade, tema que será abordado no tópico a seguir.

## 2.2 INDICADORES DE QUALIDADE

A *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO), no sentido de avaliar a qualidade das ações em saúde, adota quatro concepções-base, a saber: toda influência sobre os resultados do cuidado ao paciente é de responsabilidade da organização de saúde como um todo; a melhoria contínua na qualidade do cuidado deve ser o alvo das ações; padrões devem ser desenvolvidos e se concentrar em funções-chave; e a *performance* da organização deve ser continuamente monitorada (IDVALL; ROOKE; HAMRIN, 1997).

Campbell *et al.* (2003) referem que a busca pela melhoria da qualidade do cuidado é parte da rotina diária dos profissionais da saúde e uma obrigação legal em muitos países. Segundo esses autores, a ferramenta para a avaliação do cuidado em saúde são os indicadores de qualidade.

Indicador é uma unidade de medida de uma atividade, porém não é uma medida direta de qualidade (CHASSIN, 1989; IDVALL; ROOKE; HAMRIN, 1997; KAZANDJIAN; TOMSON; MCELROY, 1997; BITTAR, 2001). Os indicadores sinalizam divergências com o padrão determinado como desejável e, atuam como uma chamada que identifica e dirige a atenção para os pontos-chave do cuidado, os quais necessitam ser revistos. Segundo esses autores, os indicadores são capazes também de identificar problemas relacionados aos serviços de apoio.

O uso de indicadores deve ser algo coerente, e para tanto é necessário que a instituição tenha adotado padrões de qualidade do cuidado, os quais lhes servirão de sustentáculo.

Padrão é definido como um nível de referência de qualidade que deve ser atingido pela organização com o fim de demonstrar um determinado grau de qualidade e excelência; ou seja, é uma expectativa ou declaração quantitativa da estrutura, processo e/ou resultado, explicitamente definida por uma autoridade

competente, por meio de uma afirmação escrita sobre o que as pessoas devem fazer. A partir daí pode-se comparar o que as pessoas estão fazendo com o padrão determinado (DONABEDIAN 1985, 1992; OVRETVEIT, 2003; BOHOMOL, 2006; BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), em material intitulado Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família, determina que os padrões devem possuir a característica de transitoriedade, ou seja, são válidos até o momento em que são alcançados; a partir daí, novos padrões devem ser estabelecidos.

Para Campbell *et al.* (2003) o cuidado raramente encontra padrões absolutos. Os padrões devem ser determinados de acordo com o contexto local e as características dos pacientes.

Para que os padrões possam ser julgados quanto ao seu alcance ou não, faz-se necessário o desenvolvimento de critérios de avaliação, que são a forma de operacionalizar o uso dos indicadores.

Donabedian (1985, 1992) e Malik (2006) definem critérios como os elementos da estrutura, processo e/ou resultado que nos permitem fazer juízo sobre a qualidade da atenção à saúde.

A necessidade do reconhecimento da subjetividade no processo de desenvolvimento de critérios de avaliação é expressa por e Bohomol (2006) e Malik (2006), pois a visão de cada indivíduo ou empresa a respeito da questão da qualidade e suas implicações na satisfação dos usuários e dos trabalhadores, e o objetivo do processo avaliativo, aliados a questões como os modelos de gestão, o ambiente físico de trabalho, a cultura organizacional, os aspectos tecnológicos, econômicos, políticos e socioculturais, serão determinantes para o produto/serviço final.

D’Innocenzo (2006) salienta a necessidade de que os padrões e critérios sejam claros e de conhecimento de todos os membros da organização que estiverem envolvidos nas atividades a serem mensuradas, pois no caso contrário não serão incorporados como guia das ações.

Considerando-se os padrões como as metas a serem alcançadas e conservadas no contexto do cotidiano concreto da enfermagem, e os critérios como os meios que guiarão o processo de avaliação, os indicadores devem ser utilizados como ferramentas para avaliar o grau de alcance destes padrões.

**Pinto Afanador (2001, p. 14) define indicador como “um meio para constatar, estimar, valorar, controlar e auto-regular os resultados de um processo”.**

**O indicador, segundo D’Innocenzo (2006), pode ser comparado a um sensor, que tem por finalidade verificar se os objetivos propostos foram ou não alcançados.**

Matsuda (2002) reitera o papel fundamental dos indicadores na condição de instrumento gerencial de mensuração que auxilia na tomada de decisões pois, segundo a autora os indicadores podem apresentar os resultados, as ocorrências e os eventos de forma quantitativa e/ou qualitativa.

De acordo com Campbell *et al.* (2003) três pontos devem ser considerados quando se pretende desenvolver indicadores. Primeiro, qual aspecto do cuidado se irá avaliar (se a estrutura, o processo ou os resultados); segundo, sob qual perspectiva a qualidade do cuidado será avaliada (se na perspectiva do paciente ou na dos gerentes); e terceiro, o embasamento científico para os indicadores, o qual pode ser obtido por meio de métodos não sistemáticos e sistemáticos.

Os métodos não sistemáticos para Fernandes (2005) são aqueles não possuem base em evidências, ou seja, em fundamentação científica. Os indicadores desenvolvidos seguindo esta metodologia são simples e rápidos quanto a sua criação, mas segundo Campbell *et al.* (2003) possuem menor credibilidade em comparação àqueles com base em métodos sistemáticos, como no caso dos indicadores desenvolvidos a partir de estudos empíricos.

Existe ainda uma modalidade que se caracteriza pela combinação de fundamentação teórico-científica com métodos de consenso, indicada para as áreas da saúde que apresentam base de evidência científica limitada (FERNANDES, 2005).

Segundo Hunt (1981) *apud* Idvall, Rooke e Hamrin (1997) existem três categorias de indicadores originários de achados de pesquisas em enfermagem: *commands* (o que o enfermeiro deve fazer), *suggestions* (o que o enfermeiro pode tentar), e *questions* (práticas e procedimentos que não possuem base sólida).

Quanto ao tipo, os indicadores podem ser do tipo “evento sentinela” ou, indicador baseado em proporção “*rate-based*”, os quais podem dirigir-se a aspectos de estrutura, processos ou resultados (IDVALL; ROOKE; HAMRIN, 1997).

Os indicadores de evento sentinela, de acordo com Chassin (1989, p. 332) são: “medidas em série de processos ou resultados indesejáveis e freqüentemente evitáveis”. Estes indicadores podem expressar a *performance* identificando um evento individual que pode ser objeto de análises e investigações futuras.

Segundo Idvall, Rooke e Hamrin (1997) os eventos descritos neste grupo são usualmente de baixa freqüência e indesejáveis; sendo assim, cada ocorrência deve ser avaliada, como, por exemplo, a administração de sangue incompatível.

Os indicadores “*rate-based*” avaliam os eventos de cuidado ao paciente, desejáveis ou indesejáveis, para os quais certa freqüência de ocorrência é aceitável. Estes irão necessitar de futuras revisões somente se a freqüência ou proporção de ocorrência mostrar uma significativa tendência a aumentar, ou se mostrar diferenças ao ser comparada a outras instituições (CHASSIN, 1989; IDVALL; ROOKE; HAMRIN, 1997).

Como para os indicadores *rate-based* certa freqüência de ocorrência é aceitável, Chassin (1989) afirma ser imprescindível a determinação do *threshold* (limiar) destes indicadores. Idvall, Rooke e Hamrin (1997) acrescentam à afirmativa de Chassin (1989) a necessidade de delimitação do *timing* (prazo) para a avaliação destes indicadores.

O *threshold* pode ser definido como o limite entre a conformidade e a não-conformidade com o padrão estabelecido (KATZ; GREEN, 1992 *apud* IDVALL; ROOKE; HAMRIN, 1997). Este deve ser dinâmico, representar a realidade, estar em

constante processo de aprimoramento, ser limitado pela literatura, e nunca arbitrariamente. A exceção se aplica aos indicadores de eventos sentinela, para os quais não há tolerância a erros (IDVALL; ROOKE; HAMRIN, 1997).

Outro ponto importante, segundo Idvall, Rooke e Hamrin (1997) é que o *threshold* deve ser “atingível” ou seja, deve ser possível de ser alcançado.

Donabedian (1992) já chamava a atenção para a importância do *threshold* afirmando que, se demasiado permissivo, perde a capacidade de detectar e corrigir as falhas, e se muito restrito, de forma que a maioria não o alcance, pode ser desacreditado e ignorado. O autor recomenda que o *threshold* seja incrementado à medida que o desempenho melhora.

Bittar (2001) expressa que os indicadores podem medir aspectos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados.

Os indicadores de meio ambiente ou meio externo estão relacionados às condições de saúde, demográficas e geográficas e outras, de uma determinada população (BITTAR, 2001).

Indicadores de estrutura referem-se à estrutura física, de pessoal e de material da instituição, além de aspectos relativos à organização, por exemplo, o nível educacional da equipe, o número de respiradores disponíveis (DONABEDIAN 1992; IDVALL; ROOKE; HAMRIN, 1997; BITTAR 2001; CAMPBELL *et al.* 2003; FELDMAN, 2006).

Indicadores de processos são técnicas operacionais ligadas a um resultado, ou seja, são as atividades de cuidados realizadas com o paciente. Geralmente medem níveis de discrepância no processo de cuidado e fazem ligação com os resultados. Exemplos de indicadores de processos é a qualidade da prescrição do enfermeiro e interação entre o profissional e o paciente (CHASSIN, 1989; DONABEDIAN 1992; ; IDVALL; ROOKE; HAMRIN, 1997; BITTAR 2001; CAMPBELL *et al.* 2003; FELDMAN 2006).

Indicadores de resultados são demonstrações dos efeitos conseqüentes da combinação dos fatores de meio ambiente, estrutura e processo. Avaliam o que aconteceu, ou não aconteceu ao paciente após ter sido feito ou não

ter sido feito algo. Como exemplo tem-se a mortalidade, morbidade, satisfação do paciente, número de pacientes que apresentaram queda do leito, documentação do cuidado, dentre outros (CHASSIN, 1989; DONABEDIAN 1992; IDVALL; ROOKE; HAMRIN, 1997; BITTAR 2001; CAMPBELL *et al.* 2003; FELDMAN 2006).

Idvall, Rooke e Hamrin (1997) afirmam que aspectos importantes do cuidado devem ser identificados e considerados antes do desenvolvimento dos indicadores, como: os aspectos do cuidado que ocorrem freqüentemente e ou afetam grande número de pacientes (*high volume*); os que envolvem riscos (*high risk*); os que causam problemas ao paciente e à equipe (*high problem areas*), e os que geram custos elevados (*high cost*).

Quando da determinação de indicadores, alguns atributos devem ser contemplados para que estes possam ser utilizados de forma sistemática. Esses atributos são descritos a seguir

- ✓ **Validez causal:** depende do que se estabelece e se conhece sobre a relação entre as medidas de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1992).
- ✓ **Pertinência:** na avaliação de desempenho por meio de medidas se faz necessário que exista pertinência entre estas e os objetivos da atenção à saúde (DONABEDIAN, 1992).
- ✓ **Aceitabilidade:** a aceitabilidade dos dados coletados diz respeito a serem os resultados aceitos tanto pelos avaliadores quanto pelos avaliados (CAMPBELL *et al.*, 2003).
- ✓ **Viabilidade:** refere-se à disponibilidade dos dados, bem como à representatividade dos dados dentro da população estudada (DONABEDIAN 1992; CAMPBELL *et al.*, 2003).
- ✓ **Inclusividade:** é a capacidade de uma medida refletir a contribuição de todos os componentes da atenção à saúde, desde os provedores até os pacientes (DONABEDIAN, 1992).
- ✓ **Confiabilidade:** diz respeito à extensão da medida e à reprodutibilidade do indicador (CAMPBELL *et al.*, 2003).

- ✓ **Sensibilidade:** as medidas de qualidade devem ser capazes de captar as mudanças na qualidade do cuidado, possibilitando a discriminação e a relação entre os sujeitos (DONABEDIAN, 1992; SHAW, 2002; CAMPBELL *et al.*, 2003).

A partir do exposto, fica claro o importante papel dos indicadores na determinação da qualidade do cuidado e, também que a sua escolha e desenvolvimento não devem ser arbitrários, mas sim, um processo que envolva toda a equipe e, preferencialmente, que se fundamente cientificamente.

A determinação dos indicadores por meio de um processo que envolva toda a equipe de trabalho tem mais chances de obter resultados favoráveis, tanto no monitoramento quanto na ação corretiva, em razão de que a probabilidade de haver o desejo de que os resultados do cuidado sejam avaliados é, sem sombra de dúvida, maior.

Corroborando com o exposto no que diz respeito à necessidade de procedimentos rigorosos quando se pretende trabalhar com indicadores, D'Innocenzo (2006) ressalta a importância do acompanhamento de sua evolução, chamando a atenção para o fato de que um único indicador, isoladamente, não possibilita o conhecimento da complexidade da realidade, por isso recomenda a utilização de um grupo de indicadores, visando especificar melhor a realidade local.

No tópico três, a seguir, será abordado o processo de validação de indicadores de qualidade, o qual consiste no objeto deste estudo.

### 3 VALIDAÇÃO DE MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Na última década muitas abordagens que utilizam medidas para a avaliação em saúde têm sido desenvolvidas segundo Grol (2001) e todas têm a pretensão de solucionar os principais problemas do processo de cuidado, como já mencionado anteriormente.

Independentemente de qual seja a abordagem, é imprescindível que as medidas utilizadas sejam seguras, pois se as mudanças não forem captadas e monitoradas efetivamente, o que deveria funcionar como incentivo positivo pode vir a ser um “incentivo perverso”, gerando desmotivação, disfunção e crise (PRINGLE; WILSON; GROL, 2002).

Fernandes (2005) afirma que as medidas têm a propriedade de descrever os fenômenos para que estes possam ser analisados estatisticamente. Sendo assim, devem ser válidas, ou seja, as variáveis delineadas da medida devem representar o fenômeno de interesse.

A determinação da real validade das medidas se dá por intermédio da pesquisa empírica, que, segundo Wyndd, Schimidt e Schaefer (2003) é baseada em um exame sistemático de abstrações conceituais, por meio de um processo de observação e mensuração de respostas com o objetivo de identificar e explicar um fenômeno de interesse.

Lynn (1986); McGlynn e Asch (1998); Brooks (2000); Byrne, Regan e Howard (2005) e Fernandes (2005) são unânimes em afirmar que a validade é um fator crucial na escolha e/ou aplicação de uma medida ou de um instrumento de medida. Existe o consenso entre eles de que a validade é mensurada pela extensão ou grau em que a medida ou dado representa o conceito que o instrumento se propõe a medir, ou seja, a capacidade que a medida tem para captar ou revelar um dado fenômeno.

Para Hulley (1998) a validade implica dois atributos fundamentais; a precisão e a acurácia.

Acurácia é a capacidade da medida de representar realmente o que deveria representar. Nesse sentido, podem-se usar as informações geradas para fazer inferências sobre a população de onde a amostra foi retirada, bem como inferir se a variável independente estaria influenciando a variável dependente (validade interna), como também para a generalização dos resultados para uma população exterior ao universo estudado (validade externa) (HULLEY, 1998; POLIT; BECK; HUNGHER, 2001; QUEIJO, 2002; MEDRONHO, 2004).

A precisão ou estabilidade refere-se ao quanto uma medida pode ser reproduzível. Quanto mais precisa for uma medida, há maior poder estatístico de a amostra estimar os valores médios e testar hipóteses (HULLEY, 1998; QUEIJO, 2002).

A validade de uma medida é determinada segundo procedimentos metodológicos, pelos quais é avaliada a qualidade do instrumento. Divide-se em validade de construto, validade de critério e validade de conteúdo (BOAVENTURA, 2004).

Validade de construto ou conceito (*construct validity*) significa a amplitude em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno sob estudo (RUBIO *et al.*, 2003; FERNANDES, 2005).

Segundo Queijo (2002) validar um construto não se trata de simplesmente validar um teste, mas sim, validar a teoria que dá sustentação ao teste.

A título de exemplificação, caso se aplique os preceitos da validade de construto para um instrumento de medida de *performance* para determinado cargo, esta seria determinada pela possibilidade de se verificar no procedimento selecionado o grau que cada candidato apresenta das características identificáveis como importantes para uma *performance* adequada no cargo para o qual o candidato está sendo avaliado (GENERAL..., 1978).

Segundo Rubio *et al.* (2003) a validade de construto pode ser fatorial, *known groups* e, convergente e discriminante.

A validade fatorial se dá pela aplicação da análise fatorial exploratória. A validade “*Known groups*” é determinada por análises estatisticamente significantes da diferença de escores entre um grupo com propriedade de conhecimento da medida e um grupo sem esta característica. A validade convergente e discriminante foi introduzida por Campbell e Fiske (1959), com a utilização do “*multitrait-multimethod matrix*”, que vem a ser um método no qual a validade é estabelecida por correlações entre construtos e métodos (RUBIO *et al.*, 2003).

A validade de critério é definida por McGlynn e Asch (1998); Last (1988) *apud* Fernandes (2005) como a amplitude em que a medida se correlaciona com um critério externo ao fenômeno sob estudo, ou seja, a relação entre a medida que está sendo testada e outra que serve como critério de avaliação (padrão ouro).

A validade de critério se subdivide em: validade concorrente – aquela em que a medida e os critérios referem-se ao mesmo período, por exemplo: validar a inspeção visual de uma ferida em relação ao exame bacteriológico obtido ao mesmo tempo; e validade preditiva, representada pela capacidade de prever a ocorrência futura de um critério, por exemplo: validar um teste de atitude sobre sexualidade na adolescência em relação a prever gestações futuras não planejadas (LAST, 1988 *apud* FERNANDES, 2005).

Rubio *et al.* (2003) acrescentam um terceiro tipo, a validade *postdictive*, que é determinada quando a medida refere-se a um critério que já ocorreu.

A título de exemplificação, para uma avaliação de *performance* para determinado cargo, a evidência de validade de critério deve consistir na apresentação de dados empíricos demonstrativos de que o procedimento selecionado é preditivo de uma *performance* ou significativamente correlacionado com elementos importantes para a *performance* do cargo (GENERAL ..., 1978).

A validação de conteúdo, objeto deste estudo, refere-se a uma avaliação detalhada do conteúdo do instrumento, realizada por peritos no assunto (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2001).

A validade de conteúdo pode ser definida como a representatividade e a extensão com que cada item da medida, adequadamente, comprova o domínio de interesse e a dimensão de cada item dentro daquilo que se propõe a medir de um determinado fenômeno investigado (LYNN, 1986; WESTMORELAND *et al.*, 2000; ; CARMINES; ZELLER, 1971 *apud* WYND; SCHIMIDT; SCHAEFER, 2003; RUBIO *et al.*, 2003; BRAGA, 2004; BAJAY; ARAÚJO, 2006; KIM; FISHER; ELLIOTT, 2006).

Pasquali (2003) afirma que um teste possui validade de conteúdo caso ele constitua uma amostra representativa do universo finito de comportamentos (domínio), e reforça que a validade de conteúdo somente será aplicável caso se possa delimitar com clareza um universo de comportamentos, como se dá, por exemplo, no caso dos testes de desempenho para verificar quantas palavras um digitador consegue digitar em 10 segundos.

Seguindo a mesma linha de raciocínio para exemplificação, a evidência de validade de conteúdo de um teste deve constituir-se da apresentação de dados que mostrem que o conteúdo do procedimento selecionado é representativo de aspectos importantes da performance do cargo para o qual os candidatos estão sendo avaliados (GENERAL..., 1978).

McGlynn e Asch (1998) afirmam existirem autores que questionam a validação de conteúdo como procedimento científico, e nesse âmbito, definem validade de conteúdo como sinônimo de *face validity*, e referem que esta é uma avaliação subjetiva realizada por *experts*.

Lynn (1986), no entanto, expressa que existe diferença entre *face validity* e validade de conteúdo. A autora afirma que *face validity* não é uma técnica psicométrica verdadeira, pois é uma validade conferida por “leigos” sobre um procedimento, ou seja, uma afirmação sobre a “aparência” do instrumento como sólido ou relevante, e denominou este tipo de validade como “validade de aparência”.

Corroborando com o exposto, Queijo (2002) refere que *face validity* trata-se de uma avaliação superficial realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento de medida.

No que se refere à validade de conteúdo, Lynn (1986) afirma que esta é determinada a partir do julgamento do instrumento por *experts* no conteúdo estudado. Por exemplo, se um teste é desenvolvido para medir a capacidade das crianças de soletrar e, se perguntar aos pais se o teste é um bom teste, estará se determinando a *face validity* do teste; contudo, se a mesma pergunta for feita a um “*expert*” em provas de soletragem, pode-se afirmar que estará sendo determinada a validade de conteúdo do teste.

Os autores, entretanto, não são unânimes sobre a hierarquia entre validade de conteúdo e *face validity*. Rubio *et al.* (2003), por exemplo, afirmam que *face validity* é uma subdivisão da validade de conteúdo a qual indica se a medida “parece” ser válida, enquanto a *logical validity*, outra subdivisão, trata-se de um processo mais rigoroso, no qual é utilizado um painel de *experts* para avaliar a validade de conteúdo da medida.

Wynd, Schmidt e Schaefer (2003) chamam a atenção para outro aspecto que, segundo eles, seria indicativo da ausência de medidas rigorosas e objetivas na estratégia da validade de conteúdo. Para esses autores, isto se deve ao fato de não existir um consenso sobre quais os critérios para determinação da extensão em que a medida alcançou a validade. Todavia, autores como Westmoreland (2000) e Bertonecello (2004) são unânimes ao afirmar que esta extensão de concordância dos *experts* deve ser de pelo menos 80%.

A partir da análise e reflexão acerca das definições apresentadas sobre os tipos de validade, observa-se a complexidade e a tênue linha que delimita cada tipo de validade, bem como a divergência de opiniões entre os autores acerca da cientificidade da estratégia de validação de conteúdo. Contudo, Rubio *et al.* (2003) e Braga (2004) reiteram a importância desta modalidade de validação em razão da inestimável contribuição dos *experts*, por serem conhecedores do tema sob estudo. Neste sentido, fica clara a necessidade de métodos rigorosamente controlados para conferir o grau de validade aos itens e, conseqüentemente, ao instrumento que se pretende elaborar.

Para o desenvolvimento de instrumentos de medida de *performance* clínica, validados pela estratégia de validação de conteúdo, proposta deste estudo, foi crucial o cumprimento de todos os passos de um processo bastante complexo e meticuloso, os quais serão descritos no subtópico 3.1, a seguir.

### 3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Os procedimentos metodológicos para validação de conteúdo iniciam-se com o desenvolvimento de uma medida de *performance* clínica e a construção do instrumento de medida.

Lynn (1986) expressa que tudo se inicia com a identificação do domínio ou fenômeno sob estudo, e afirma que os procedimentos para tal irão depender do tipo de medida que se pretenda utilizar.

Existem duas classificações para medidas segundo Lynn (1986), as medidas afetivas e as medidas cognitivas. No caso das medidas afetivas existe a exigência de identificação, por meio de extensa revisão de literatura, de todas as dimensões e subdimensões do domínio, ao passo que para medidas cognitivas, como é o caso deste estudo, deve existir a identificação do conteúdo do domínio, porém, raramente se faz necessário abranger todos os aspectos de cada uma das áreas que compõem o conteúdo do domínio, de forma a representar toda a sua extensão. Esse autor afirma que o procedimento de identificação do domínio pode ser facilitado por meio da construção de uma “tabela de especificação de conteúdo do domínio”.

Em relação à tabela de especificação de conteúdo do domínio, Pasquali (2003) refere que se trata de detalhar o conteúdo em tópicos e subtópicos, explicitando a importância relativa de cada um dentro do teste, de modo a evitar super ou subrepresentação de tópicos por conta do avaliador.

Para o desenvolvimento e avaliação de uma medida de *performance* clínica, McGlynn e Asch (1998) preconizam quatro passos a serem seguidos:

#### **Passo 1 - Escolha do aspecto do cuidado a ser submetido à avaliação**

McGlynn e Asch (1998) determinam que a escolha deva basear-se em três critérios: a importância da atividade de cuidado a ser mensurada; o potencial de melhoria de qualidade por ela apresentada e o grau de controle que os profissionais executores do cuidado detêm sobre os mecanismos que possibilitarão a melhoria desejada.

Um problema de cuidado é importante, como mencionado na página 48 do subitem 2.2 - Indicadores de Qualidade, quando contribui significativamente com uma ou mais das três variáveis a seguir: elevação das taxas de mortalidade e morbidade, associação com uma frequência elevada de ocorrência e elevação do custo do tratamento (MCGLYNN; ASCH, 1998).

A partir da determinação do problema de cuidado a ser avaliado, inicia-se a construção dos itens do instrumento. Para tanto, Pasquali (1998) ressalta que estes devem ser a expressão da representação comportamental do que se deseja medir, ou seja, as tarefas que as pessoas deverão executar as quais serão avaliadas.

Deve-se considerar para a construção dos itens sob a forma de representação comportamental que os conhecimentos, as habilidades e as capacidades devem ser “operacionalmente definidos”, bem como, devem ser amostras representativas do conteúdo avaliado, e pré-requisitos para o sucesso do desempenho (APPROPRIATENESS..., 1978).

## **Passo 2 - Seleção dos indicadores de *performance* dentro de cada área**

Segundo McGlynn e Asch (1998) ao se pretender utilizar indicadores de processo, dois critérios devem ser seguidos: um é a força da evidência científica, e o outro, o custo-efetividade do indicador. No caso de se pretender utilizar indicadores de resultado, é importante determinar se existe controle suficiente para captar todas as variáveis.

Com relação à força da evidência científica, esta se relaciona, primeiramente à quantidade de estudos desenvolvidos na área. Um segundo ponto a considerar na determinação da força da evidência científica é a metodologia empregada nos estudos.

McGlynn e Asch (1998) defendem que estudos provindos de técnicas randomizadas proporcionam forte evidência de eficácia (*performance* possível sob condições ideais), ao passo que desenhos não randomizados oferecem forte evidência de efetividade (*performance* possível sob condições reais).

Outro ponto importante na verificação da força da evidência científica, segundo McGlynn e Asch (1998) é a consistência dos achados. Quanto mais concordância entre os estudos, maior a força da evidência científica.

Uma vez selecionados os indicadores, Bohomol (2006) afirma que é necessário determinar o “nome” para o indicador, e este deve descrever a principal atividade de cuidado ou evento que estará sendo avaliado.

### **Passo 3 – Construção de uma medida confiável e válida**

McGlynn e Asch (1998) preconizam que seis elementos devam ser considerados nesse passo de construção de uma medida confiável e válida, que possa ser implementada de maneira consistente em realidades diversas na mesma instituição ou, em instituições diferentes.

Primeiramente, deve-se definir o conceito que será mensurado. Para muitas medidas, McGlynn e Asch (1998) afirmam que a abordagem-padrão é formular o indicador como uma proporção, isto é, definir um numerador e um denominador - por exemplo, o número de pacientes que desenvolveram úlcera de pressão durante o internamento sobre o número de pacientes com risco para úlcera de pressão.

A determinação do padrão desejado de qualidade do cuidado, segundo Bohomol (2006) facilita a exposição dos resultados do indicador em proporção.

Como segundo elemento consta a identificação da população alvo da medida, ou seja, a população para a qual o indicador se aplica (MCGLYNN; ASCH, 1998; BOHOMOL, 2006).

O terceiro elemento é a determinação de estratégias para o “ajuste de risco”, com o intuito de orientar as atividades de melhoria do desempenho. Isso implica na necessidade de coletar dados ou informações adicionais que possam interferir na análise da *performance* da medida, como, por exemplo, a presença de co-morbidades na avaliação de pacientes com hipertensão, ou fatores relacionados ao paciente, aos profissionais e/ou à organização que possam explicar variações no indicador (MCGLYNN; ASCH, 1998; BOHOMOL, 2006).

O quarto elemento é a identificação da fonte dos dados a serem coletados para a implementação da medida. Segundo McGlynn e Asch (1998) são quatro os tipos de dados mais comumente utilizados nesta etapa:

- ✓ *Enrollment* ou “matrícula”, que se relaciona a informações para verificação de cobertura de planos de seguro, e raramente é utilizada na avaliação de qualidade;
- ✓ Dados administrativos para fins de reembolso ou indenização, os quais também não se aplicam às avaliações do cuidado;

- ✓ Dados clínicos baseados nos registros dos prontuários médicos dos pacientes, os quais, segundo McGlynn e Asch (1998) e Johanson *et al.* (2002) constituem a mais completa fonte de informações, apesar de todos os problemas relacionados à sua qualidade;
- ✓ Dados derivados de *surveys*, como nível de conhecimento, atitudes, comportamento e resultados. Estes, segundo McGlynn e Asch (1998), estão sujeitos a *bias*, alto custo para obtenção de dados fidedignos, além de demandarem muito tempo para sua coleta e análise.

A forma utilizada para a coleta dos dados pode consistir da observação documental dos registros no prontuário e da observação sistemática dos pacientes. Neste sentido McGlynn e Asch (1998) reforçam a importância de especificar-se como se coletam os dados bem como o período da coleta.

Observação sistemática, segundo Polit, Beck e Hungler (2001); Dencker e Da Viá (2002) é uma tipologia que pressupõe uma delimitação precisa, tanto no tempo quanto no espaço, do campo a ser investigado. Para tanto se faz necessário planejar e definir as categorias a serem observadas, com vista a aumentar a segurança e precisão dos resultados.

O quinto elemento vem a ser a especificação detalhada e escrita do processo de coleta dos dados. Esta especificação detalhada permite que a medida seja implementada de uma forma consistente para que os resultados obtidos possam ser comparados. Inclui-se neste processo a especificação dos eventos de cuidado que tornarão os sujeitos elegíveis para compor o denominador. A disponibilidade de padrões facilita este processo, segundo McGlynn e Asch (1998) e Bohomol (2006).

A especificação da amostra, caso exista, também deve ocorrer, bem como a determinação do seu tamanho (MCGLYNN; ASCH, 1998).

Bohomol (2006) salienta que nessa fase é importante determinar o método de coleta dos dados, ou seja, se será um método retrospectivo, prospectivo ou transversal. Ressalta também a importância de se determinar a frequência com que o evento será mensurado, em que período de tempo isso deverá ocorrer, bem como o responsável pela produção e coleta dos dados.

O sexto e último elemento, segundo McGlynn e Asch (1998), é a especificação escrita do *scoring* ou “pontuação” da medida. Quando a medida é uma proporção, o *scoring* é obtido de forma direta, dividindo-se o numerador pelo denominador.

#### **Passo 4 - O teste da força científica da medida**

Lynn (1986) define esta etapa como estágio de julgamento e quantificação.

Para Pasquali (2003) esta etapa é definida como análise teórica dos itens, que tem como objetivo verificar a clareza e pertinência dos itens do instrumento. Para tanto, os itens

construídos devem ser avaliados em relação à opinião de “outros”, os quais ainda não são amostras representativas da população para a qual o instrumento foi construído.

Estes “outros” serão os juízes ou especialistas, ou ainda *experts*, os quais realizarão uma análise teórica do instrumento e para tanto, devem ser peritos no domínio do conteúdo sob estudo, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ao construto em questão (PASQUALI, 1998).

Para Ferreira (1986, p. 461) construto ou constructo é “aquilo que é elaborado ou sintetizado com base em dados simples, especialmente um conceito”.

Polit, Beck e Hungler (2001, p. 25) afirmam que o termo construto refere-se a “uma abstração ou representação mental, inferida a partir de situações, acontecimentos ou comportamentos”.

No presente estudo, o construto em questão é a “Qualidade do Cuidado de Enfermagem”, conceituado como “Um conjunto de ações desenvolvidas pelo profissional, com conhecimento, habilidade, humanidade e competência, objetivando o atendimento das necessidades e expectativas de cada paciente” (SILVA, 1994, p. 77).

Com relação à validade da avaliação por *experts*, Rubio *et al.* (2003) e Braga (2004) reforçam a importância desta modalidade de avaliação do instrumento ao expressarem que, por meio da análise dos juízes, o pesquisador recebe informações “inestimáveis” para a condução da validação de conteúdo, em razão de que os *experts* provêm um *feedback* construtivo sobre a qualidade da medida, bem como oferecem sugestões concretas para seu aperfeiçoamento.

Fernandes (2005) afirma que na etapa de julgamento devem ser considerados dois passos; se o conteúdo dos itens é válido e, se o conteúdo do instrumento é válido.

Quanto ao número ideal de juízes para o processo de validação de conteúdo, a literatura é diversa.

Rubio *et al.* (2003) recomendam de seis a vinte juízes. Lynn (1986) e Westmoreland *et al.* (2000) afirmam que o número irá depender da acessibilidade e disponibilidade por parte dos *experts*. Lynn (1986) recomenda um número mínimo de cinco e máximo de dez. Para Pasquali (1998) e Bertonecello (2004) o número de juízes deve ser seis.

Lynn (1986) e Bojo *et al.* (2004) ressaltam que quanto maior o número de *experts*, maior a chance de discordância e, pelo contrário, caso o painel de *experts* seja muito reduzido (inferior a três) expressam a necessidade de que a concordância dos juízes sobre os itens seja total (100%).

No que se refere à metodologia de trabalho do painel de *experts*, a técnica Delphi constitui uma possibilidade. Segundo Williams e Webb (1994) este nome se origina do “Oráculo de Delphi”, onde um ancião grego fazia previsões de eventos futuros.

Linstone e Turoff (1975) *apud* Konow e Pérez (1990) referem que a técnica Delphi pode ser caracterizada como um método de estruturação da comunicação grupal quando se estudam problemas complexos.

Essencialmente, essa técnica consiste no questionamento de um painel de *experts* sobre uma questão de investigação, de forma que o material de estudo seja postado individualmente a cada um e cada um responde individualmente ao pesquisador, garantindo-se desta forma o anonimato e a confidencialidade das respostas. O pesquisador altera o material de acordo com o parecer do painel e novamente o submete aos *experts* até que se chegue a um consenso.

Após o procedimento de julgamento pelo painel de *experts*, o processo seguinte vem a ser a análise dos dados obtidos, processo que será denominado neste estudo de “Passo 5”, com o intuito de tornar a apresentação mais didática.

### **Passo 5 - A análise dos dados obtidos pela estratégia de validação de conteúdo**

Segundo Rubio *et al.* (2003) são três as possibilidades de análise dos dados:

✓ **Análise pelo Índice de Fidedignidade** (*reliability*) ou concordância interavaliadores (*interrater agreement* - IRA): Avaliada a concordância dos *experts* quanto à representatividade e clareza dos itens em relação ao conteúdo. A fidedignidade deve ser calculada para cada item do instrumento e, na seqüência, para o instrumento como um todo. Em uma abordagem mais conservadora, os itens que obtiveram 100% de concordância dos juízes são divididos pelo total de itens. Em uma abordagem menos conservadora, a qual é indicada nos casos em que o número de juízes for superior a cinco, os itens que obtiveram no mínimo 80% de concordância são divididos pelo total de itens.

✓ **Análise pelo Índice de Validade de Conteúdo** (*Content Validity Index - CVI*): nesta possibilidade de análise, os itens e o instrumento como um todo são considerados válidos se obtiverem um CVI de 0,80 para a representatividade da medida. O CVI para cada item é calculado dividindo-se o número de *experts* que valoraram o item com escore 3 ou 4, em um escala ordinal de 1 a 4 (de irrelevante a extrema relevância), pelo total de *experts*. O cálculo resulta na proporção de *experts* que julgaram o item válido. O CVI para o instrumento todo é calculado dividindo-se o total de itens que receberam um CVI de 0,80 pelo número total de itens do instrumento (LYNN, 1986; BECK, 1999; WESTMORELAND, 2000; DAVIS, 1992 *apud* RUBIO et al., 2003;).

✓ **Análise pelo Índice de Validade Fatorial** (*Fatorial Validity Index – FVI*): Avalia o grau em que cada *expert* apropriadamente associou o item com seu respectivo fator. Isso fornece uma indicação preliminar da validade fatorial da medida. Como é um índice ainda novo, Rubio *et al.* (2003) afirmam que não existem critérios para determinar o nível desejado.

O processo de análise dos dados pelo método CVI apresenta a característica de utilizar-se de uma escala de valoração dos itens. Este tipo de escala é conhecido como escala psicométrica e, segundo Polit, Beck e Hungler (2001), pode ser representado por meio de várias técnicas de classificação por escala.

A técnica de classificação por escala mais utilizada é a fornecida pela escala Likert, a qual tem como característica apresentar um enunciado declarativo e solicitar aos respondentes que indiquem em que grau concordam ou discordam da opinião apresentada (POLIT ; BECK; HUNGLER, 2001).

Cada *expert* deve pontuar na escala cada um dos itens baseando-se nestes escores e, ao final, classificar o instrumento como um todo, seguindo a mesma metodologia. A partir desta classificação, os *experts* sugerem a inclusão de áreas que possam ter sido omitidas no estudo (LYNN 1986; WESTMORELAND, 2000; POLIT; BECK; HUNGLER, 2001).

Westmoreland (2000) e Bertoncello (2004) recomendam que o critério de pertinência do item deve ser de pelo menos 80% de concordância dos juízes. Os itens que obtiverem

um percentual de concordância inferior a 80% devem ser reformulados, ou até mesmo descartados do instrumento-piloto.

Segundo Pasquali (1998) com a avaliação dos juízes completam-se os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida. Deste processo resulta o instrumento-piloto, o qual se constitui da hipótese a ser empiricamente testada.

A tarefa de testagem da hipótese será iniciada com os procedimentos experimentais, os quais consistem em coletar informações empíricas válidas e submetê-las às análises estatísticas pertinentes.

Com base no que foi apresentado, conclui-se que a validação de um instrumento é etapa fundamental antes da sua utilização, em razão de possibilitar a verificação da qualidade dos dados, bem como a sua aplicação a uma população específica. Em síntese, possibilita o desenvolvimento de um instrumento que realmente mensure aquilo que se propôs e permite avaliar como o instrumento se comporta no ambiente em que se pretende implementá-lo (BOAVENTURA, 2004).

No tópico quatro serão apresentadas algumas considerações em relação à construção do instrumento proposto neste estudo.

#### 4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

O hospital em questão, anteriormente ao desenvolvimento deste estudo, já utilizava o modelo de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem proposto por Haddad *et al.* (1999). Este modelo teve como referenciais teóricos os Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem em Recuperação da Saúde (BRASIL, 1978), os quais foram elaborados e propostos pelo Ministério da Saúde juntamente com a Área V da Organização Pan-americana da Saúde, e o modelo de avaliação de qualidade da assistência de enfermagem desenvolvido por Cianciarullo (1997) e Cianciarullo, Gualda e Melleiro (1998).

A partir do modelo de Haddad *et al.* (1999) que é composto de três fases (entrevista com o paciente, observação do paciente e ambiente e análise das prescrições de enfermagem), o trabalho concentrou-se na seleção das questões de investigação para o desenvolvimento da proposta deste estudo.

A escolha das questões a serem investigadas teve como base o referencial de McGlynn e Asch (1998), que contribuiu para a determinação de quais dos problemas levantados pela metodologia de Haddad *et al.* (1999) eram mais frequentes, envolviam o maior número de pacientes, implicavam situações que colocavam em risco a segurança e bem-estar do paciente e eram passíveis de serem resolvidos com medidas de educação permanente e continuada, além de questões que envolviam os aspectos éticos e legais relacionados à documentação do cuidado.

Os itens de avaliação que constam no instrumento proposto por Haddad *et al.* (1999) selecionados para o desenvolvimento deste estudo, foram:

- ✓ O paciente está no quarto e no leito registrado e sua identificação está correta? (nome, número do leito e clínica - especialidade).
- ✓ As grades da cama estão posicionadas adequadamente?
- ✓ Os equipos de microgotas com reservatórios estão datados e instalados há menos de 72 horas?

- ✓ Os equipos simples estão datados e instalados há menos de 72 horas?
- ✓ Os equipos de bombas infusoras estão datados e instalados há menos de 48 horas?
- ✓ Os cateteres de metal (*scalp, butterfly*), os cateteres de metal hidratados e o cateter plástico periférico (*jelco, abocath, venocath*) estão identificados com data, nome e horário?
- ✓ Os cateteres de metal (*scalp, butterfly*), os cateteres de metal hidratados e o cateter plástico periférico (*jelco, abocath, venocath*) estão instalados há menos de 72 horas?
- ✓ Os soros instalados estão com identificação correta e completa?
- ✓ Há presença de lesões cutâneas pós-infiltrativas nos membros superiores e/ou couro cabeludo (crianças) do paciente (soroma, hematomas, necrose tecidual)?
- ✓ A sonda gástrica (nasogástrica ou orogástrica) e/ou vesical de demora está datada, em posição correta e fixada adequadamente?
- ✓ Os cuidados de enfermagem prescritos foram checados?
- ✓ Os cuidados de enfermagem prescritos, mas não executados foram circulados e justificados?
- ✓ As medicações foram checadas na prescrição médica?
- ✓ A medicação prescrita, mas não administrada foi circulada e justificada?
- ✓ Há uma prescrição de enfermagem diária para o paciente?

Dentro da proposta do presente estudo, estas quinze questões de investigação foram readequadas quanto à redação e apresentação e foram desdobradas inicialmente em 32 itens, que compuseram dez indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem.

A partir da determinação das questões de investigação, as quais dizem respeito à aspectos-chave do cuidado, os quais estão relacionados às necessidades humanas básicas de segurança física, nutrição, hidratação e eliminações, bem como a padrões de registros de enfermagem, estas foram dispostas em forma de um “pré-instrumento” de avaliação.

Este “pré-instrumento” foi então aplicado pela pesquisadora, em caráter experimental, em uma unidade médico-cirúrgica masculina de um hospital universitário público que, na época contava com 73 leitos, por 30 dias consecutivos com o intuito de verificar se a proposta seria pertinente e exeqüível.

A partir da análise dos dados coletados, com auxílio de um docente de Estatística da Universidade Estadual local, foi constatado que as variações no número e tipo de procedimentos de um dia para o outro não eram significativas, embora não tivessem sido realizados testes estatísticos específicos. Esta constatação baseou-se na análise das freqüências simples e na observação e experiência da pesquisadora.

Com base nesta constatação, o docente estatístico orientou ser suficiente realizar a busca ativa em seis dias aleatórios (20%).

Os dados obtidos após trinta dias de busca ativa das questões de investigação foram tabulados no programa *Microsoft® Excel® 2002* e transformados em tabelas, as quais foram cuidadosamente preparadas para uma apresentação em *Microsoft® Power Point® 2002*.

Em reunião periódica da Diretoria de Enfermagem do hospital, o processo de coleta de dados e os resultados foram apresentados aos enfermeiros da instituição, utilizando-se de recurso audiovisual. Foi destinado um espaço de tempo para discussão e sugestões.

Após terem sido respondidos os questionamentos e esclarecidas as dúvidas e as contextualizações necessárias no sentido de reforçar a importância dos métodos avaliativos como ação pró-ativa, e não punitiva, os aspectos-chave dos cuidados selecionados pela pesquisadora foram reforçados pelos enfermeiros quanto a sua importância, não tendo sido feita nenhuma sugestão de alteração, acréscimo ou supressão de itens.

Como a participação de toda a equipe no processo é fundamental para o comprometimento com a qualidade, decidiu-se apresentar o estudo inicial a todos os funcionários da equipe de enfermagem da instituição. Para isso, contou-se com a ajuda de estagiários que na época atuavam em regime de estágio extracurricular na Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem, setor em que a pesquisadora desempenha suas funções.

Os estagiários foram então escalados de forma a apresentarem o material de estudo aos auxiliares e técnicos de enfermagem de todas as unidades de internação, terapia intensiva e pronto-socorro, sob a forma de oficinas de discussão no próprio período e local de trabalho, de modo que a informação se propagasse ao pessoal que atua nas 24 horas da assistência. O material foi apresentado impresso em forma de painel.

Na ocasião destas oficinas, uma variedade de sentimentos foi expressa por parte dos funcionários. Houve aqueles que reconheceram a importância do processo na busca pela melhoria da qualidade, aqueles que manifestaram indiferença e também aqueles que expressaram incômodo em terem suas condutas de cuidado avaliadas; no entanto, não ocorreu nenhuma sugestão de alteração nos itens de avaliação propostos.

A partir desta primeira aproximação com os sujeitos e da percepção de que a proposta seria viável, sentiu-se a necessidade de verificar se o instrumento composto por indicadores

de qualidade era válido e fidedigno. Para tanto foram seguidos todos os passos recomendados pela literatura, no sentido de obter validade de conteúdo do instrumento proposto neste estudo.

No tópico seis serão apresentados os passos para o processo de validação de conteúdo do instrumento proposto.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Desenvolver um instrumento de avaliação do cuidado de enfermagem composto por “Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem na Prevenção de Eventos Adversos”.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Verificar a validade de conteúdo de um instrumento destinado à avaliação da qualidade do cuidado, composto por indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na prevenção de eventos adversos;
- ✓ Verificar a aplicabilidade do instrumento reformulado, após estratégia de validação de conteúdo;
- ✓ Avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem de uma unidade médico-cirúrgica de um hospital universitário público, por meio do instrumento validado.

## 6 MATERIAL E MÉTODO

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é uma pesquisa metodológica e aplicada de abordagem quantitativa.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2001) a pesquisa metodológica trata de métodos de obtenção, organização e análise de dados visando à elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa.

Conrandiopoulos *et al.* (1997) definem pesquisa metodológica como uma estratégia que, utilizando-se de maneira sistemática os conhecimentos existentes, visa elaborar uma nova intervenção, ou melhorar uma intervenção, ou ainda, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição.

Quanto aos fins a que se destina, o presente estudo constitui-se de uma pesquisa aplicada. Esta tipologia de pesquisa foi definida por Barros e Lehfeld (2000) como aquela em que o pesquisador busca orientação prática para a solução imediata de problemas concretos do cotidiano e é movido pela necessidade de conhecer a realidade para a aplicação imediata dos resultados.

### 6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma unidade de internação médico-cirúrgica masculina para adultos de um hospital universitário público, com 74 leitos, distribuídos em 13 enfermarias. Destas enfermarias, 11 possuem seis leitos; uma possui sete leitos para pacientes colonizados por microorganismos multirresistentes, e uma enfermaria com um leito destinado a isolamento.

A unidade conta com um quadro de 65 servidores de enfermagem. Destes, nove são enfermeiros, 17 são técnicos de enfermagem e 39 são auxiliares de enfermagem (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL NORTE DO PARANÁ, 2007a).

A unidade recebeu 2.567 internações no ano de 2006, com uma taxa de ocupação de 93,78% e uma média de permanência de 8,95 dias (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL NORTE DO PARANÁ, 2006).

Optou-se pela realização do estudo nesta unidade de internação por se tratar de uma unidade de grande porte, que recebe pacientes acima de 12 anos de idade, de diferentes graus

de dependência da assistência de enfermagem, possibilitando desta maneira um grande número e variedade de procedimentos de enfermagem para investigação.

## **6.3 AMOSTRA**

### **6.3.1 Amostragem para o procedimento de Validação de Conteúdo por *Experts***

Para a primeira etapa do estudo (validação do conteúdo dos itens e do instrumento por *experts*), o universo amostral foi composto por docentes pesquisadores com atuação na área de administração em enfermagem, qualidade da assistência de enfermagem e pesquisa metodológica.

O universo amostral, que, segundo Medronho (2004) é o conjunto de elementos elegíveis para fazer parte da amostra, foi constituído a partir de pesquisa na Plataforma Lattes, no *sítio* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Desta pesquisa resultou uma amostra intencional de 12 doutores em enfermagem, de várias regiões do Brasil.

A amostragem intencional, segundo Polit, Beck e Hungler (2001) é definida como aquela em que o pesquisador seleciona intencionalmente sujeitos conhecedores das questões que estão sendo estudadas, e é utilizada com vantagens para pré-teste de instrumentos recém-criados.

Doze doutores em enfermagem foram convidados a participar do estudo via *e-mail*, após serem apresentados os objetivos do mesmo. Destes, nove *experts* na área da administração em enfermagem, dois em qualidade da assistência de enfermagem e um em pesquisa metodológica.

Dentre os 12 *experts* convidados, nove confirmaram sua participação. A partir da confirmação, o material para validação foi encaminhado por via postal, individualmente a cada *expert*. Constou do material a solicitação escrita de participação dos especialistas pesquisadores no estudo (Apêndice A, pág. 180), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B, pág. 182), as instruções por escrito (Apêndices C, G, K, M e O, págs. 183, 189, 217, 223 e 231 respectivamente) para o preenchimento dos impressos, bem como a Tabela de Especificação de Domínio do Conteúdo (Apêndice D, pág. 185).

Os *experts* foram orientados no sentido de encaminharem o material após análise e parecer, por meio de um envelope selado, incluso no material enviado.

Após o envio do material pelos *experts*, as respostas foram tabuladas manualmente e todos os comentários e sugestões foram ordenadas em quadros para análise.

Os itens de avaliação, os indicadores e, conseqüentemente, o instrumento foram reformulados com base na avaliação dos *experts*.

### **6.3.2 Amostragem para o desenvolvimento do Estudo Piloto para o Teste da Aplicabilidade**

Após validação do instrumento pelo painel de *experts*, foi realizado um estudo-piloto do instrumento reformulado, com o objetivo de verificar a aplicabilidade do mesmo. Para esta fase os sujeitos foram submetidos ao método de amostragem sistemática.

A amostragem sistemática, que é uma variação da amostragem aleatória simples, segundo Medronho (2004) é utilizada quando a população está naturalmente ordenada, como é o caso deste estudo, em que existia uma listagem contendo 29 nomes de alunos do 3º e 4º anos do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual local, os quais desempenhavam atividades em caráter de estágio extracurricular no Serviço de Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem do hospital estudado.

Segundo Barbeta (2002) a característica deste tipo de amostragem é que de cada “K” elementos, um é escolhido.

Da listagem de 29 estagiários foram retirados aleatoriamente, por sorteio sete nomes, número este definido estatisticamente, os quais deveriam participar na fase posterior ao estudo piloto, ou seja, a fase de aplicação do instrumento em sua versão final.

Dos 22 estagiários restantes na listagem oficial, foram sorteados cinco (número definido estatisticamente), os quais foram convidados a participar do estudo-piloto. Como não houve recusa de nenhum deles, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E, pág. 187), antes do início do procedimento de capacitação para a coleta de dados.

Os resultados do processo de validação por *experts* e estudo-piloto serão apresentados no sétimo tópico.

### **6.3.3 Amostragem para Aplicação do Instrumento em sua Versão Final**

Os sete nomes excluídos inicialmente da listagem oficial para o estudo piloto, os quais foram escolhidos por sorteio, foram determinados para aplicação do instrumento em sua versão final, após este ter sido validado quanto ao seu conteúdo e aplicabilidade. Tomou-se o cuidado de que os aplicadores do instrumento final não participassem do estudo-piloto, pelo fato de eles não terem

conhecimento prévio do mesmo, com vistas a não causar viés referente à coleta dos dados. A estes sete estagiários sorteados, ficou destinada a aplicação do instrumento final em uma unidade de internação médico-cirúrgica para adultos do sexo masculino, de um hospital universitário público, com 74 leitos.

#### **6.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS**

A coleta de dados com os *experts*, para o procedimento de validação de conteúdo, foi realizada nos meses de janeiro a abril de 2007.

Após reajustes nos itens, nos indicadores e, conseqüentemente, no instrumento, foi realizado o estudo-piloto, que ocorreu entre o primeiro e o sétimo dias do mês de maio de 2007, com a aplicação do instrumento reformulado, em cinco enfermarias de seis leitos da unidade de internação médico-cirúrgica masculina para adultos, do hospital em estudo, pelos estagiários mencionados anteriormente, sob a supervisão da pesquisadora.

Após a realização do estudo-piloto, foram efetuados alguns ajustes no instrumento, os quais serão apresentados posteriormente no tópico oitavo, página 142.

A coleta de dados pela aplicação do instrumento em sua versão final, após estudo-piloto, foi realizada junto a todos os pacientes internados na unidade em estudo, pela pesquisadora e pelos estagiários, no período de 10 de maio a 10 de junho de 2007.

#### **6.5 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina e aprovado em 18 de outubro de 2006, mediante o Parecer n.º 246/06 (Anexo A, pág. 244).

Seguindo-se a Resolução n.º 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, todos os sujeitos envolvidos no estudo, *experts*, acadêmicos e pacientes, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndices B, E e F, págs. 182, 187 e 188 respectivamente).

## 6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados deste estudo serão apresentados por meio de estatística descritiva, na forma de tabelas com números percentuais.

Para a análise do conteúdo do manual operacional e de cada item de avaliação dos indicadores, em que os instrumentos de avaliação apresentavam respostas dicotômicas, foi considerado o percentual de concordância para os *experts*, de 80%. Os itens que obtiveram percentuais abaixo de 80% foram reformulados com base nas sugestões dos mesmos.

Para a análise do conjunto dos itens de todos os indicadores, em que o instrumento de avaliação apresentava respostas do tipo escala Likert, foi considerado o percentual de 80% de concordância, ou seja, apenas os atributos que receberam pontuação 3 ou 4.

Com relação às sugestões e comentários dos *experts*, estes foram ordenados em figuras para facilitar a compreensão.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO PROCEDIMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Os resultados obtidos neste estudo foram subdivididos em quatro etapas:

- 7.1. Caracterização do painel de *experts* (Apêndice I, pág. 192);
- 7.2. Julgamento do manual operacional dos indicadores para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos (Apêndices J, K e L, págs. 193, 217 e 218 respectivamente);
- 7.3. Julgamento do conteúdo de cada um dos Itens de avaliação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos (Apêndices M e N, págs. 223 e 224 respectivamente);
- 7.4. Julgamento dos atributos do conteúdo do conjunto dos itens de avaliação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos e aplicação do Content Validity Index (CVI) e Teste de Fidedignidade (IRA) - (Apêndices O e P, págs. 231 e 232 respectivamente).

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DO PAINEL DE EXPERTS

O painel de *experts* que julgou a validade de conteúdo do instrumento proposto neste estudo foi composto por nove doutores em enfermagem, *experts* na área da administração em enfermagem, qualidade da assistência de enfermagem e pesquisa metodológica.

O prazo inicial para devolução do material pelos *experts* foi de 20 dias, no entanto houve a necessidade de prorrogação para 90 dias, até que todo o material retornasse.

A seguir, a Tabela 1 caracteriza os *experts* quanto à faixa etária e ao tempo de atuação profissional.

**Tabela 1** - Caracterização dos *experts* que julgaram os indicadores para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, quanto à faixa etária e ao tempo de atuação profissional. Londrina-PR, 2007.

Características	n	%
<b>Faixa etária</b>		
Entre 20 a 30 anos	-	-
Entre 31 a 40 anos	1	11
Entre 41 a 50 anos	1	11

Mais que 50 anos	6	67
Não respondeu	1	11
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
<b>Tempo de atuação profissional</b>		
Menos que 5 anos	-	-
Entre 6 e 10 anos	-	-
Entre 11 e 15 anos	1	11
Entre 16 e 20 anos	1	11
Entre 21 e 25 anos	-	-
Entre 26 e 30 anos	1	11
Mais que 31 anos	5	56
Não respondeu	1	11
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

A Tabela 1 mostra que a maioria dos *experts* (67%) encontra-se na faixa etária acima dos 50 anos, o que demonstra um painel de juízes bastante experientes quanto ao aspecto profissional, contemplando um dos critérios estabelecidos no referencial teórico para a composição do painel.

Com relação ao tempo de atuação profissional, a maioria dos *experts* (67%) situa-se na faixa acima de 26 anos de atuação, o que certamente corrobora o exposto no parágrafo anterior.

A seguir, na Tabela 2, os *experts* são caracterizados quanto à área de atuação profissional e ao tipo de instituição em que atuam.

**Tabela 2** - Caracterização dos *experts* que julgaram os indicadores para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, quanto à área de atuação profissional e ao tipo de instituição em que atuam. Londrina-PR, 2007.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Campo de atuação profissional</b>		
Hospitalar	-	-
Academia/ensino	5	50
Ambos	3	30
Outros	1	10

Não respondeu	1	10
<b>Total</b>	<b>10 (1)</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de Instituição</b>		
Pública	5	56
Privada	1	11
Ambos	2	22
Não respondeu	1	11
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

**(1)** O total do campo de atuação profissional é superior ao número de *experts* em razão de que um dos *experts*, além de exercer suas atividades em instituição hospitalar e academia (ambos), atua também em consultoria de gestão.

A Tabela 2 mostra que, com exceção de um *expert* - que não respondeu - os demais são docentes. Destes, 30% atuam também na área hospitalar, ou seja, agregam, além dos conhecimentos teóricos, a vivência do cotidiano da prática profissional.

Em relação à tipologia de instituição, tanto a pública quanto à privada foram contempladas, o que favorece a análise dos Indicadores de ângulos diferentes, enriquecendo consideravelmente o processo de validação pela estratégia de validação de conteúdo.

A questão número cinco do instrumento de caracterização dos *experts*, a qual se refere ao porte da instituição em que atua em relação ao número de leitos, foi desconsiderada em razão de não ter sido respondida por 33% dos juízes, possivelmente por problemas de aplicabilidade ao seu perfil.

A análise apresentada na seqüência diz respeito ao parecer dos *experts* sobre os indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos propostos por este estudo, que inicialmente totalizavam 10 (dez) e, após aplicação da estratégia de validação de conteúdo, passaram para 12 (doze).

Os pareceres dos *experts* serão expostos a seguir, sob a forma de tabelas e figuras, no intuito de descrever os problemas encontrados no instrumento que necessitavam de reformulação para que este fosse capaz de mensurar o que se propunha.

O percentual de consenso dos *experts* será apresentado na forma de tabelas, onde serão destacadas com sombreado as concordâncias inferiores a 80%. Os comentários e sugestões dos *experts* estarão apresentados sob a forma de figuras de cada tabela correspondente. Cabe ressaltar que, como grande parte dos comentários e sugestões apresentados pelos *experts*

aplicava-se a todos os indicadores propostos no presente estudo, estes serão apresentados apenas na figura do indicador 1, para assim evitar repetições. Somente os comentários e sugestões específicos para os demais indicadores, se houverem, serão apresentados nas figuras correspondentes.

Mesmo para os itens que obtiveram consenso acima de 80%, os comentários e sugestões dos *experts* serão também apresentados, pois enriqueceram consideravelmente o estudo.

## **7.2 JULGAMENTO DO MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS**

Nesta primeira fase do julgamento, os *experts* avaliaram o construto do manual operacional, dos dez indicadores inicialmente propostos por este estudo para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, de forma a determinar se concordavam ou discordavam das afirmações constantes no manual sobre cada indicador. As informações contidas no manual operacional se referem aos itens a seguir:

- ✓ **Descritor:** é claro e objetivo no que se propõe a mensurar.
- ✓ **Fundamentação:** é suficiente para evidenciar o indicador.
- ✓ **Tipo de indicador:** é adequado para o que pretende mensurar.
- ✓ **Numerador:** está descrito de maneira clara e objetiva quanto ao que se propõe a mensurar.
- ✓ **Denominador:** está descrito de maneira clara e objetiva quanto ao que se propõe a mensurar.
- ✓ **Fonte de dados:** está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.
- ✓ **Crítérios de avaliação:** são claros e objetivos, não geram dúvidas sobre o que deve ser avaliado.
- ✓ **Amostra:** é adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.

Os resultados desta primeira fase serão apresentados nas Tabelas 3 a 12.

A seguir, são apresentados os percentuais de consenso dos *experts* sobre o construto do indicador 1, do manual operacional.

**Tabela 3** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 1 - “Identificação do Leito do Paciente Internado” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicador 1	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Descritor	9	100	-	-	-	-	9	100
Fundamentação	9	100	-	-	-	-	9	100
Tipo de Indicador	9	100	-	-	-	-	9	100
Numerador	8	89	1	11	-	-	9	100
<b>Denominador</b>	<b>7</b>	<b>78</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	-	-	<b>9</b>	<b>100</b>
Fonte de dados	9	100	-	-	-	-	9	100
Crítérios de avaliação	8	89	1	11	-	-	9	100
Amostra	8	89	-	-	1	11	9	100

(1) não respondeu.

A Tabela 3 mostra que o indicador 1 obteve 100% de consenso dos *experts* em relação ao descritor, fundamentação, tipo de indicador e fonte de dados.

Quanto ao numerador, critérios de avaliação e amostra, os *experts* apresentaram consenso de 89%, provavelmente pelo fato de um deles ter-se absterido de responder em relação à adequação da amostra. Com relação ao numerador (89%) e denominador (78%), os *experts* consideraram mais apropriado utilizar a informação do número total dos eventos ao invés das médias, sugestão que é muito apropriada e foi acatada.

Na Figura 1 constam os comentários e sugestões dos *experts* sobre o construto do indicador número 1.

### 1. Identificação do Leito do Paciente Internado

<b>Descritor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Considerando as exigências dos editores na atualização de referências bibliográficas, sugiro citar referências com publicação até 2000.</li> <li>→ Verificar a redação “especialidade responsável” – talvez “definição da especialidade”.</li> </ul>
<b>Numerador e Denominador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Se trabalhar com o número total de pacientes no momento da coleta você consegue ter um número fidedigno de pacientes, com paciente/dia corre-se o risco de no momento da coleta o leito estar desocupado, a não ser que a coleta ocorra durante um dia inteiro, para avaliar as admissões e altas.</li> <li>→ Acho que o indicador tem que ser por dia, e depois você faz o cálculo da média dos diversos indicadores obtidos nos 14 dias de observação.</li> </ul>
<b>Amostra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Em relação à amostra, entendo que o estatístico poderá opinar melhor, caso você não o tenha consultado.</li> <li>→ Definir o mês.</li> </ul>
<b>Outros comentários e sugestões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sugiro retirar o termo “internado”, pois é redundante.</li> </ul>

**Figura 1** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do Indicador 1, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

No sentido de atender à recomendação de utilizar somente referências a partir do ano de 2000 para fundamentar o manual operacional, novo levantamento bibliográfico foi realizado, o que resultou na atualização do referencial. Decidiu-se, contudo, manter o referencial do *Guidelines for the prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections* do *Center for Disease Control and Prevention*, EUA (1981), por possuir aquela publicação grande força de evidência científica.

A Tabela 4 apresenta o percentual de consenso dos *experts* em relação ao construto do indicador 2.

**Tabela 4** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 2 – “Risco para Queda do Leito em Pacientes Internados” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicador 2	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Descritor	8	89	-	-	1	11	9	100
Fundamentação	9	100	-	-	-	-	9	100
Tipo de indicador	9	100	-	-	-	-	9	100
Numerador	8	89	1	11	-	-	9	100
Denominador	8	89	1	11	-	-	9	100

Fonte de dados	8	89	1	11	-	-	9	100
Critérios de avaliação	9	100	-	-	-	-	9	100
Amostra	8	89	-	-	1	11	9	100

(1) não respondeu.

Pela análise dos dados contidos na Tabela 4, fica claro que o construto do indicador 2 superou o consenso estipulado em material e métodos de 80%, ou seja, possui grau de validade, pois foi considerado pertinente, embora tenham ocorrido comentários e sugestões para aprimorá-lo.

Os comentários e sugestões dos *experts* estão demonstrados na Figura 2, a seguir.

<b>2. Risco para Queda do Leito em Pacientes Internados</b>	
<b>Descritor</b>	→ Falta a definição da “consulta” ao prontuário e/ou exame físico para validar os descritores de identificação de “risco”.
<b>Numerador e Denominador</b>	→ Poderia acrescentar as crianças como havendo necessidade de grades na cama <= 8 anos talvez.
<b>Outros comentários e sugestões</b>	→ Sugiro iniciar o nome do indicador com um verbo que indique ação, como, identificação de risco.

**Figura 2** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do indicador 2, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

A Tabela 5 a seguir, apresenta o percentual de consenso dos *experts* sobre o construto do indicador 3, do manual operacional.

**Tabela 5** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 3 – “Identificação de Acessos Venosos Periféricos” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicador 3	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Descritor	9	100	-	-	-	-	9	100
Fundamentação	9	100	-	-	-	-	9	100
Tipo de indicador	9	100	-	-	-	-	9	100
Numerador	8	89	1	11	-	-	9	100
Denominador	8	89	1	11	-	-	9	100
Fonte de dados	9	100	-	-	-	-	9	100
Critérios de avaliação	9	100	-	-	-	-	9	100
Amostra	8	89	-	-	1	11	9	100

(1) não respondeu.

Assim como a Tabela 4, a Tabela 5 demonstra que o consenso dos *experts* em relação ao construto do indicador 3 está acima de 89%, portanto, bastante favorável de acordo com o determinado no referencial deste estudo. Isso mostra que não existiram dúvidas e, portanto, nem sugestões em relação à pertinência deste indicador dentro do que se propõe.

Na seqüência, a Tabela 6 mostra o percentual de consenso dos *experts* sobre o construto do indicador 4, do manual operacional.

**Tabela 6** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 4 – “Lesões cutâneas pós infiltrativas” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicador 4	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Descritor	9	100	-	-	-	-	9	100
Fundamentação	8	89	1	11	-	-	9	100
Tipo de indicador	8	89	1	11	-	-	9	100
Numerador	8	89	1	11	-	-	9	100
Denominador	8	89	1	11	-	-	9	100
Fonte de dados	8	89	1	11	-	-	9	100

Critérios de avaliação	8	89	1	11	-	-	9	100
Amostra	8	89	-	-	1	11	9	100

(1) não respondeu.

Na Tabela 6 consta que o consenso dos *experts* quanto ao indicador 4 também foi acima de 89%, alcançando 100% no que se refere ao descritor. Embora acima do nível de concordância estipulado em material e métodos, a análise dos comentários e sugestões dos *experts* mostrou uma série de limitações no construto deste indicador, as quais necessitariam de revisão.

Um dos comentários e sugestões de um dos *experts* foi que a tipologia do indicador estava inadequada, e esta foi então readequada para “resultado” em razão de que as lesões cutâneas pós-infiltrativas são, em parte, o resultado de um cuidado inadequado, segundo Phillips (2001) e Ferreira e Marrassi (2005).

Na Figura 3 estão apresentados os comentários e sugestões dos *experts* para aprimorar o indicador 4.

<b>4. Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	→ O tipo do indicador é “resultado”.
<b>Outros comentários e sugestões</b>	→ Sugiro iniciar o nome do indicador com um verbo que indique ação, como, verificação de...

**Figura 3** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do indicador 4, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

**A Tabela 7 a seguir, apresenta o percentual de consenso dos *experts* em relação ao construto do indicador 5 do manual operacional e, demonstra um consenso de 100% para o descritor, fundamentação, tipo de indicador, fonte de dados e critérios de avaliação. Os demais - numerador, denominador e amostra - obtiveram consenso de 89%.**

**Tabela 7** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 5 – “Identificação de equipos para infusão venosa” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicador	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Descritor	9	100	-	-	-	-	9	100
Fundamentação	9	100	-	-	-	-	9	100
Tipo de indicador	9	100	-	-	-	-	9	100
Numerador	8	89	1	11	-	-	9	100
Denominador	8	89	1	11	-	-	9	100
Fonte de dados	9	100	-	-	-	-	9	100
Critérios de avaliação	9	100	-	-	-	-	9	100
Amostra	8	89	-	-	1	11	9	100

**(1)** não respondeu.

A seguir, a Tabela 8 apresenta o percentual de consenso dos *experts* sobre o construto do indicador 6 e, demonstra que os itens referentes ao numerador e amostra obtiveram consenso de 78%, ou seja, abaixo dos 80% determinados em material e métodos.

No que se refere ao item amostra fica difícil qualquer análise, em razão de que apenas um dos dois *experts* que não responderam a esta questão justificou o não-preenchimento da resposta. Supõe-se que o outro possa ter ficado em branco acidentalmente, pois todos os demais itens, referentes à amostra dos demais indicadores analisados especificamente por este *expert*, foram respondidos.

**Tabela 8** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 6 – “Identificação de Frascos de Soro em Pacientes com Infusão Venosa” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicador 6	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Descritor	9	100	-	-	-	-	9	100
Fundamentação	9	100	-	-	-	-	9	100
Tipo de indicador	9	100	-	-	-	-	9	100
<b>Numerador</b>	<b>7</b>	<b>78</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	-	-	<b>9</b>	<b>100</b>
Denominador	8	89	1	11	-	-	9	100
Fonte de dados	9	100	-	-	-	-	9	100
CrITÉrios de avaliação	9	100	-	-	-	-	9	100
<b>Amostra</b>	<b>7</b>	<b>78</b>	-	-	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

(1) não respondeu.

Um dos *experts*, embora tenha concordado em 100% com o descritor do indicador, sugeriu acrescentar a avaliação da escala graduada para controle da velocidade de infusão, sugestão esta que foi acatada, no sentido de completar e agregar importância ao indicador.

Na Figura 4 a seguir, são apresentados os comentários e sugestões dos *experts* no que se refere ao indicador 6.

6. Identificação de Frascos de Soro em Pacientes com Infusão Venosa	
<b>Outros comentários e sugestões</b>	→ Poderia incluir a escala graduada para infusão do volume como forma de identificação e controle.

**Figura 4** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do indicador 6, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

A Tabela 9 apresenta o percentual de consenso dos *experts* sobre do construto do indicador 7, do manual operacional.

**Tabela 9** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 7 – “Identificação de Sondas” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicador 7	Sim	Não	Não resp. (1)	Total
-------------	-----	-----	---------------	-------

	n	%	n	%	n	%	n	%
Descritor	8	89	1	11	-	-	9	100
Fundamentação	9	100	-	-	-	-	9	100
Tipo de indicador	9	100	-	-	-	-	9	100
Numerador	8	89	1	11	-	-	9	100
Denominador	8	89	1	11	-	-	9	100
Fonte de dados	9	100	-	-	-	-	9	100
CrITÉrios de avaliação	9	100	-	-	-	-	9	100
Amostra	8	89	-	-	1	11	9	100

(1) não respondeu.

Os dados da Tabela 9 mostram que houve consenso de 100% dos *experts* com os itens referentes à fundamentação, tipo de indicador, fonte de dados e critérios de avaliação. Quanto ao descritor, numerador e denominador, o consenso foi de 89%.

O consenso de 89% em relação ao descritor, embora esteja acima dos 80% estipulados em material e métodos, sugeriu mudanças significativas e muito pertinentes no indicador, pois o descritor estava referindo-se a duas variáveis diferentes, as sondas gástricas e as sondas vesicais, as quais possuem especificidades que deveriam ser avaliadas separadamente.

Refletindo-se sobre os comentários e sugestões de um dos *experts*, considerou-se apropriado desmembrar este indicador em dois, quais sejam: identificação de sondas gástricas e, fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese, sendo que para este último foram considerados itens de verificação específicos.

A seguir, na Figura 5 são apresentados os comentários e sugestões dos *experts* para aprimoramento do indicador 7.

<b>7. Identificação de Sondas</b>	
<b>Descritor</b>	<p>→ No descritor estão apresentadas duas variáveis diferentes, uma relativa a sondas gástricas e outra relativa a sondas vesicais, as quais possuem critérios para avaliação que não são equivalentes. Sugiro transformar este indicador em dois, um analisando a questão das sondas gástricas, outro para sondas vesicais.</p>
<b>Numerador e Denominador</b>	<p>→ Trabalhar com o número total de sondas e não com a média. Isto facilitaria para outras instituições aplicarem o método e a fórmula pois as instituições que adotarem os indicadores podem</p>

	fazer a busca ativa somente um dia. Esta sugestão vale para todas as fórmulas que trabalham com média.
--	--

**Figura 5** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do indicador 7, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

A seguir, a Tabela 10 traz o percentual de consenso dos *experts* sobre o construto do indicador 8, do manual operacional, o qual foi de 100% em relação à fundamentação e os critérios de avaliação do indicador. Para os itens tipo de indicador, fonte de dados e amostra, o consenso foi de 89%.

Quanto ao descritor do indicador, observa-se 67% de consenso. Conclui-se que a discordância com o descritor do indicador se deu em razão de este não estar adequado, gerando margem a interpretações errôneas, a começar pelo nome do indicador, pois não se tratava de avaliar os registros de enfermagem, como foi interpretado por um dos *experts*, e sim, de avaliar a checagem dos procedimentos de enfermagem. Esta confusão resultou em discordância com relação às cores de tinta das canetas para checagem dos procedimentos.

**Tabela 10** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 8 – “Registros de Procedimentos de Enfermagem” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicador 8	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Descritor</b>	<b>6</b>	<b>67</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	-	-	<b>9</b>	<b>100</b>
Fundamentação	9	100	-	-	-	-	9	100
Tipo de indicador	8	89	1	11	-	-	9	100
<b>Numerador</b>	<b>7</b>	<b>78</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	-	-	<b>9</b>	<b>100</b>
<b>Denominador</b>	<b>7</b>	<b>78</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	-	-	<b>9</b>	<b>100</b>
Fonte de dados	8	89	1	11	-	-	9	100
Critérios de avaliação	9	100	-	-	-	-	9	100
Amostra	8	89	-	-	1	11	9	100

(1) não respondeu.

Outro ponto de confusão foi em relação à menção de que a justificativa por escrito, no caso de algum procedimento ou medicação não ter sido realizado, deveria ocorrer na prescrição

de enfermagem. A pesquisadora, na redação inicial, percebeu que não estava claro que as justificativas, quando existissem, deveriam ser redigidas, sim, no impresso de prescrição de enfermagem, porém no espaço destinado às anotações de enfermagem.

Na ocasião em que a justificativa se referisse a um medicamento não realizado, esta deveria ser redigida no espaço *anotações*, no impresso de prescrição médica, contemplando a realidade da instituição sob estudo.

Ainda em relação ao descritor do indicador, surgiu o mesmo problema apresentado no indicador 7, ou seja, a presença de duas variáveis - a checagem na prescrição médica e a checagem na prescrição de enfermagem – e diante disso foi sugerido por um dos *experts* subdividir o indicador 8 em dois, considerando que os itens de verificação contemplavam as duas situações. Esta sugestão também foi acatada.

Em relação ao numerador e denominador, especificamente neste indicador, dois *experts* fizeram sugestões em relação à necessidade de readequação do cálculo do indicador, desta forma o percentual de concordância caiu para 78%.

Outra consideração bastante importante por parte de um dos *experts* é que a tipologia do indicador não estaria adequada. Sendo assim, o indicador teve sua tipologia alterada para “resultado”, em razão de que os registros são considerados a representação dos resultados do cuidado.

Os comentários e sugestões dos *experts* para aprimorar o indicador estão apresentados na Figura 6.

<b>8. Registros de Procedimentos de Enfermagem</b>	
<b>Descritor</b>	→ No descritor estão apresentadas duas variáveis diferentes, uma relativa à checagem de procedimentos na prescrição de enfermagem e outra relativa a checagem de medicações na prescrição médica. Sugiro transformar este indicador em dois, um analisando a questão das prescrições de enfermagem, outro para as prescrições médicas.
<b>Tipo de indicador</b>	→ A tipologia deste indicador é “resultado”.

**Figura 6** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do Indicador 8, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

A Tabela 11 a seguir, apresenta o percentual de consenso dos *experts* sobre o construto do indicador 9, do manual operacional e, é possível

observar que o consenso dos *experts* foi de 100% em relação à fundamentação, tipo de indicador, fonte de dados e critérios de avaliação. O item descritor, numerador, denominador e amostra apresentaram consenso de 89%.

**Tabela 11** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 9 – “Controle de Sinais Vitais” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicador 9	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Descritor	8	89	1	11	-	-	9	100
Fundamentação	9	100	-	-	-	-	9	100
Tipo de indicador	9	100	-	-	-	-	9	100
Numerador	8	89	1	11	-	-	9	100
Denominador	8	89	1	11	-	-	9	100
Fonte de dados	9	100	-	-	-	-	9	100
Critérios de avaliação	9	100	-	-	-	-	9	100
Amostra	8	89	-	-	1	11	9	100

**(1)** não respondeu.

Em relação ao descritor do indicador, dois *experts* consideraram importante a especificação do que seria considerado sinal vital, tendo em vista que, dependendo da especificidade da unidade, por exemplo, a pressão arterial poderia não ser contemplada, como geralmente ocorre nos setores de pediatria e neonatologia. Outro apontamento por parte de um dos *experts* em relação à especificação dos sinais vitais referia-se ao fato de a verificação da dor já ser considerada em muitos hospitais como quinto sinal vital.

A Figura 7, na seqüência, apresenta os comentários e sugestões dos *experts* em relação ao indicador 9.

<b>9. Controle de Sinais Vitais</b>	
<b>Descritor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Especificar os SSVV, pois a maioria das vezes a FR ou PA não é verificada de rotina.</li> <li>➔ Especificar quais serão considerados SSVV, pois, em muitos locais já se verifica a dor como 5º sinal vital.</li> </ul>

**Figura 7** - Comentários e sugestões dos experts, no processo de julgamento para validação de conteúdo do indicador 9, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

A Tabela 12 demonstra o percentual de consenso dos *experts* sobre o construto do indicador 10, do manual operacional.

**Tabela 12** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre o construto do manual operacional do indicador 10 – “Prescrição de Enfermagem Elaborada” para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicador 10	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Descritor</b>	<b>7</b>	<b>78</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
Fundamentação	8	89	1	11	-	-	9	100
Tipo de indicador	9	100	-	-	-	-	9	100
Numerador	8	89	1	11	-	-	9	100
Denominador	8	89	1	11	-	-	9	100
Fonte de dados	9	100	-	-	-	-	9	100
CrITÉrios de avaliação	9	100	-	-	-	-	9	100
Amostra	8	89	-	-	1	11	9	100

(1) não respondeu.

**Os dados da Tabela 12 demonstram o consenso dos *experts* em 100% para os itens tipo de indicador, fonte de dados e critérios de avaliação. Os itens fundamentação, numerador, denominador e amostra ficaram com o consenso de 89%**

**Com relação ao descritor do indicador, o consenso dos *experts* ficou em 78%. Dos nove *experts*, cinco expressaram a necessidade de valorizar**

a prescrição de enfermagem readequando a redação do descritor, pois este estava ressaltando apenas a importância da existência do impresso, sem valorizar o conteúdo da prescrição.

Um dos *experts* sugeriu que fosse explicitado, no descritor, em que consiste uma prescrição elaborada (qual o conteúdo). Neste sentido, considerou-se que com a explicitação de que a prescrição deveria ser elaborada de forma individualizada, de acordo com as necessidades de cuidados do paciente, estaria sendo atendida esta sugestão, de forma que não fossem necessárias minúcias de detalhes, que foi sugestão de um outro *expert*.

Os comentários e sugestões dos *experts*, para validar o conteúdo do indicador 10, estão expressos na Figura 10, a seguir.

<b>Descritor</b>	<b>10. Prescrição de Enfermagem Elaborada</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Deve estar claro que o impresso deve estar preenchido pelo enfermeiro, e não apenas possuir o impresso.</li> <li>→ Para este item sugiro que no Manual operacional dos indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem seja explicitado no descritor no que consiste uma prescrição elaborada (qual o conteúdo), e não apenas a presença do impresso no prontuário e, quem deve elaborá-la (o enfermeiro).</li> <li>→ Nesse subtópico acrescentaria no descritor “prescrição diária e completa” – algo que denotasse qualidade a prescrição e não somente a existência da mesma.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Incluir a palavra “diária” na segunda linha do descritor na frente da prescrição de enfermagem.</li> <li>→ Itens mecânicos evidenciam uma “boa” prescrição?</li> <li>→ Acrescentar “a prescrição dos cuidados de enfermagem deve ser elaborada exclusivamente pelo (a) enfermeiro(a), em atendimento as necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada, sujeita a mudanças correlacionadas com a mudança da prescrição médica”.</li> </ul>
<b>Outros comentários e sugestões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Alterar a redação do nome do indicador para “Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro”.</li> </ul>

**Figura 8** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação de conteúdo do indicador 10, do manual operacional dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina, 2007.

### 7.3 JULGAMENTO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Nesta fase os *experts* analisaram os itens de avaliação de cada um dos dez indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, e o objetivo foi captar a concordância ou discordância de cada *expert* em relação aos atributos abaixo, para cada um dos itens de avaliação:

- ✓ **Comportamental:** permite ação de avaliação clara e precisa.
- ✓ **Objetividade:** permite resposta pontual.
- ✓ **Simplicidade:** expressa uma única idéia.
- ✓ **Clareza:** está explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
- ✓ **Pertinência:** não insinua atributo divergente do definido.
- ✓ **Precisão:** cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.

- ✓ **Variedade:** os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.
- ✓ **Credibilidade:** está descrito de maneira que não pareça despropositado.

Os resultados desta avaliação estão apresentados na Tabela 13, onde serão destacadas com sombreado as concordâncias inferiores a 80%. Os comentários e sugestões dos *experts*, quando existirem, serão apresentados sob a forma de figuras, na seqüência da tabela correspondente, para facilitar a compreensão.

Na Tabela 13 a seguir, encontra-se a concordância dos *experts* quanto aos itens 1 e 2, referentes ao indicador de número 1.

**Tabela 13** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 1 - "Identificação do Leito do Paciente Internado", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Atributos	1. Nº. de Leitos Identificados Adequadamente.							
	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

  

Atributos	2. Nº. de Leitos Identificados Inadequadamente.							
	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

(1) não respondeu.

A Tabela 13 mostra que o consenso dos *experts* sobre os itens que compõem o indicador foi de 100%, ou seja, não houve necessidade de reformulação, pois os itens de avaliação atenderam a todos os atributos apresentados como critérios de avaliação. Desta forma, não foi registrado, por parte dos *experts*, nenhum comentário ou sugestão sobre estes itens.

Na Tabela 14 será apresentada a concordância dos *experts* quanto aos itens 3 e 4, referentes ao indicador de número 2.

**Tabela 14** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 2 - “Risco para Queda do Leito em Pacientes Internados”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Atributos	3. N° de pacientes com risco de queda do leito COM grade lateral.							
	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	8	89	-	-	1	11	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

Atributos	4. N° de pacientes com risco de queda do leito SEM grade lateral.							
	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	8	89	-	-	1	11	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**(1)** não respondeu.

Ao analisar a Tabela 14 observa-se o consenso de 100% dos *experts* quanto aos atributos comportamento, objetividade, simplicidade, clareza, pertinência, variedade e credibilidade. Já o atributo precisão obteve consenso de 89%, em razão de um dos *experts* não ter respondido.

Também não foram realizados comentários ou sugestões por parte dos *experts*, sobre os itens de avaliação para o indicador 2. Sendo assim, considerou-se que os itens de avaliação para este indicador estavam adequados.

A seguir, na Tabela 15 será apresentada a concordância dos *experts* quanto aos itens 5, 6, 7 e 8, referentes ao indicador de número 3.

**Tabela 15** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 3 - "Identificação de Acessos Venosos Periféricos", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continua)

Atributos	5. N° de acessos venosos periféricos COM identificação adequada.							
	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**Tabela 15** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 3 - "Identificação de Acessos Venosos Periféricos", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continuação)

Atributos	6. N° de acessos venosos periféricos SEM identificação ou com identificação inadequada.							
	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	8	89	1	11	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

Atributos	7. N° de acessos venosos periféricos COM identificação adequada, porém vencidos.							
	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**Tabela 15** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 3 - "Identificação de Acessos Venosos Periféricos", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(conclusão)

Atributos	8. N° de acessos venosos por intracath, flebotomia e cateter central de inserção periférica (CCIP).							
	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	8	89	1	11	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

(1) não respondeu.

Em relação aos dados da Tabela 15, observa-se que os itens cinco e sete obtiveram 100% de consenso dos *experts* em relação a todos os atributos apresentados.

Para o item seis, o consenso de 89% foi concedido ao atributo simplicidade em razão de um dos *experts* considerar que este item apresentava duas variáveis para a avaliação: a ausência de identificação e a identificação inadequada. O item foi então reformulado numa etapa posterior.

Quanto ao item oito, o consenso foi de 89% porque um dos *experts* considerou que o item não estaria claro quanto à relação do que se propunha a mensurar com o descritor do indicador. Este item foi então, em etapa posterior, descartado.

Outra sugestão foi a de destacar com negrito todas as palavras “n.º de acessos venosos”, sugestão acatada pela pesquisadora.

Os comentários e sugestões dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 3 são apresentados na Figura 9.

<b>1. Identificação de Acessos Venosos Periféricos</b>	
<b>Item 6</b>	→ Desmembrar o item seis em dois itens: um item sem identificação e outro com identificação inadequada, você saberá precisamente como o indicador se comporta.
<b>Item 8</b>	→ O item traz uma informação a mais do setor, mas não contribui com o indicador, sendo possível excluí-lo.
<b>Outros comentários e sugestões</b>	→ Sugiro destacar todos os “n.º de acessos venosos”...

**Figura 9** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Identificação de Acessos Venosos Periféricos”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Na Tabela 16 a seguir, está representada a concordância dos *experts* quanto aos itens 9 e 10, referentes ao indicador de número 4, e mostra o consenso de 100% dos *experts* quanto aos atributos apresentados para o item 9, descartando a necessidade de sua reformulação.

**Tabela 16** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 4 - “Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Atributos	9. N° de pacientes SEM lesões cutâneas pós infiltrativas.							
	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

  

Atributos	10. N° de pacientes COM lesões cutâneas pós infiltrativas.							
	Sim		Não		Não resp. (1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	8	89	1	11	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	8	89	1	11	-	-	9	100
Clareza	8	89	1	11	-	-	9	100
Pertinência	8	89	1	11	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	8	89	1	11	-	-	9	100

(1) não respondeu.

Quanto ao item 10, houve consenso de 100% para os atributos objetividade, precisão e variedade. No que se refere aos atributos comportamento, simplicidade, clareza, pertinência e credibilidade, o consenso foi de 89%, em razão da falta de especificação no descritor da inclusão daqueles pacientes que fizeram uso de acesso venoso periférico, porquanto, embora no momento da busca este já houvesse sido suspenso, mas que apresentavam lesões cutâneas pós-infiltrativas. Ocorreu a sugestão de determinar um período de 12 ou 24 horas de acesso venoso suspenso, como critério de inclusão destes pacientes.

As sugestões de readequação foram acatadas e adotou-se o critério de inclusão de pacientes sem acesso venoso periférico em período inferior a 24 horas no momento da busca, pois, segundo Phillips (2001) a absorção tecidual de resíduos de soluções ou sangue, bem como o desaparecimento de sinais flogísticos não teria se completado antes de 24 horas.

Os comentários e sugestões dos *experts* para o item 10 são apresentados na Figura 10.

<b>4. Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas</b>	
<b>Item 10</b>	<p>→ Sendo a coleta realizada em 14 dias aleatórios, não está especificada a possibilidade da existência de “lesão” pós retirada imediata, ou seja, estabelecer um período de 12 ou 24 horas após retirada do equipo. Verificar bibliografia.</p>

**Figura 10** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

A seguir, na Tabela 17 está representada a concordância dos *experts* quanto aos itens 11, 12 e 13, referentes ao indicador de número 5.

Em relação ao item 11, a Tabela 17 abaixo mostra um consenso de 100% dos *experts*, indicando desta forma que o item não necessita reformulação.

No item 12 o consenso foi de 100% para todos os atributos, exceto o de simplicidade, que ficou em 89%, devido a um dos *experts* expressar a existência de duas variáveis distintas no mesmo item de avaliação: a ausência de identificação e a identificação inadequada. Este item posteriormente foi subdividido em dois.

Quanto ao item 13, o consenso também foi de 89%, em razão de um dos *experts* expressar a necessidade de readequação da redação do item, pois estaria valorizada somente a necessidade da data na identificação.

**Tabela 17** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 5 - "Identificação de Equipos para Infusão Venosa", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continua)

Atributos	11. N° de equipos de soro COM identificação adequada.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

  

Atributos	12. N° de equipos de soro SEM identificação ou com identificação inadequada.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	8	89	1	11	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**Tabela 17** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 5 - "Identificação de Equipos para Infusão Venosa", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(conclusão)

Atributos	13. N° de equipos de soro datados, porém vencidos.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	8	89	1	11	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

(1) não respondeu.

Os comentários e sugestões dos *experts* para os itens 11,12 e 13 do indicador estão expressos a seguir na Figura 11.

5. Identificação de Equipos para Infusão Venosa	
Item 12	→ Dividir o item em dois itens.
Item 13	→ Reescrever o item como: número de equipos de soro com identificação adequada, porém vencidos.

**Figura 11** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador "Identificação de Equipos para Infusão Venosa", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

A Tabela 18 apresenta a concordância dos *experts* quanto aos itens 14 e 15, referentes ao indicador de número 6, para a qual houve um consenso de 100% em relação ao item 14, o que demonstra não haver necessidade de reformulação do mesmo.

**Tabela 18** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 6 - "Identificação de Frascos de Soro em Pacientes com Infusão Venosa", para

avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Atributos	14. N° de rótulos de soros COM identificação adequada.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

Atributos	15. N° de rótulos de soros SEM identificação ou com identificação inadequada.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	8	89	1	11	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

(1) não respondeu.

Em relação ao item 15, o atributo simplicidade obteve consenso de 89%, em razão da presença de duas variáveis distintas no item: a identificação inadequada e a ausência de identificação, segundo um dos *experts*. Este item foi então posteriormente subdividido em dois.

Na Figura 12 encontram-se os comentários e sugestões dos *experts* em relação aos itens do indicador 6.

## 6. Identificação de Frascos de Soro em Pacientes com Infusão Venosa

<b>Item 15</b>	→ Desmembraria o item 15.
<b>Outros comentários e sugestões</b>	→ Acrescentaria o controle da velocidade de infusão com escala graduada (escala correta/incorreta).

**Figura 12** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Identificação de Frascos de Soro em Pacientes com Infusão Venosa”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

A segunda sugestão de um dos *experts*, de acrescentar a avaliação da escala graduada para controle da velocidade de infusão, foi considerada bastante pertinente, sendo o item alterado posteriormente.

Na Tabela 19, a seguir, será apresentada a concordância dos *experts* quanto aos itens 16, 17 e 18, referentes ao indicador de número 7.

Os itens 16 e 18 obtiveram 100% de consenso dos *experts* nos atributos comportamento, objetividade, clareza, pertinência, variedade e credibilidade.

Quanto aos atributos simplicidade e precisão, o consenso foi de 89%, pois um dos *experts* expressou a presença de duas variáveis distintas no item, a relacionada a sondagens gástricas e a variável relacionada à sondagem vesical. Para contemplar a recomendação do *expert*, foi necessária a reformulação do item.

**Tabela 19** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 7 - “Identificação de Sondas”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continua)

Atributos	16. N° de sondas COM identificação adequada.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	8	89	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	8	89	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100

Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100
---------------	---	-----	---	---	---	---	---	-----

**17. N° de sondas SEM identificação ou com identificação inadequada.**

Atributos	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Comportamental	9	100	-	-	-	-	9
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
<b>Simplicidade</b>	<b>7</b>	<b>78</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	-	-	<b>9</b>	<b>100</b>
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	8	89	1	11	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**Tabela 19** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 7 - "Identificação de Sondas", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(conclusão)

**18. N° de sondas datadas, porém vencidas.**

Atributos	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Comportamental	9	100	-	-	-	-	9
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	8	89	1	11	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	8	89	1	11	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**(1)** não respondeu.

Quanto ao item 17, o consenso foi de 100% para todos os atributos, exceto o de simplicidade, que obteve o consenso de 78%, abaixo do preconizado em material e métodos, por estar agregando quatro variáveis distintas em um mesmo item de avaliação, a variável relacionada à

sondagem gástrica, a variável relacionada à sondagem vesical, a variável relacionada à ausência de identificação e, por fim, a variável relacionada a identificação inadequada. Seguindo a sugestão dos dois *experts*, este item posteriormente foi reformulado e subdividido em dois.

Os comentários e sugestões dos *experts* referentes ao indicador 7 estão descritos na Figura 13.

<b>7. Identificação de Sondas</b>	
<b>Item 16</b>	→ Mede duas variáveis diferentes (sonda gástrica e sonda vesical).
<b>Item 17</b>	→ Mede duas variáveis diferentes (sonda gástrica e sonda vesical). → Também desmembraria o item 17 em dois itens de avaliação.
<b>Item 18</b>	→ Mede duas variáveis diferentes (sonda gástrica e sonda vesical). → Rescreveria: número de sondas com identificação adequada porém vencidas. Da maneira que está parece que só a dada é importante para a identificação da sonda.

**Figura 13 - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Identificação de Sondas”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.**

Acatando a sugestão dos *experts*, o indicador “Identificação de sondas” foi posteriormente subdividido em dois: “identificação de sondas gástricas”, o qual permaneceu com os itens de avaliação já expostos, e “fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese”. Este indicador ganhou itens de avaliação mais específicos para avaliação de variáveis relacionadas à sondagem vesical de demora.

Os novos itens estão descritos na Figura 14.

<b>Fixação da Sonda Vesical de Demora e Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese</b>	
<b>Item 28</b>	Nº de sondas vesicais de demora COM fixação adequad a e com a bolsa coletora posicionada adequadamente.
<b>Item 29</b>	Nº de sondas vesicais de demora COM fixação adequad a e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente.
<b>Item 30</b>	Nº de sondas vesicais de demora COM fixação inadequ ada e com a bolsa coletora

	posicionada adequadamente.
<b>Item 31</b>	N ° de sondas vesicais de demora COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente.
<b>Item 32</b>	N° de sondas SEM fixação e com a bolsa coletora pos icionada adequadamente.
<b>Item 33</b>	N° de sondas SEM fixação e com a bolsa coletora pos icionada inadequadamente.

**Figura 14 - Itens de avaliação do novo indicador “Fixação da Sonda Vesical de Demora e Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.**

Os dados da Tabela 20 a seguir, demonstram a concordância dos *experts* quanto aos itens 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 e 28, referentes ao indicador de número 8.

**Tabela 20** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 8 - “Registros de Procedimentos de Enfermagem”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continua)

Atributos	19. N° de horários de cuidados de enfermagem checados							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100

Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**20. N° de horários de cuidados de enfermagem checados os inadequadamente**

Atributos	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Comportamental	9	100	-	-	-	-	9
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**Tabela 20** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 8 - "Registros de Procedimentos de Enfermagem", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continuação)

<b>21. N° de horários de cuidados de enfermagem não checados</b>								
<b>Atributos</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>Não resp.(1)</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

  

<b>22. N° de horários de cuidados de enfermagem circulos e justificados na prescrição de enfermagem</b>								
<b>Atributos</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>Não resp.(1)</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Comportamental	8	89	1	11	-	-	9	100
Objetividade	8	89	1	11	-	-	9	100
Simplicidade	8	89	1	11	-	-	9	100
Clareza	8	89	1	11	-	-	9	100
Pertinência	8	89	1	11	-	-	9	100
Precisão	8	89	1	11	-	-	9	100
Variedade	8	89	1	11	-	-	9	100
Credibilidade	8	89	1	11	-	-	9	100

**Tabela 20** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 8 - "Registros de Procedimentos de Enfermagem", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continuação)

Atributos	23. N° de horários de cuidados de enfermagem circulos e não justificados na prescrição de enfermagem							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

  

Atributos	24. N° de horários de medicamentos checados adequad amente							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**Tabela 20** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 8 - "Registros de Procedimentos de Enfermagem", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continuação)

Atributos	25. N° de horários de medicamentos checados inadequadamente							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

Atributos	26. N° de horários de medicamentos não checados							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**Tabela 20** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 8 - "Registros de Procedimentos de Enfermagem", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(conclusão)

Atributos	27. N° de horários de medicamentos circulados e justificados.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	8	89	1	11	-	-	9	100
Objetividade	8	89	1	11	-	-	9	100
Simplicidade	8	89	1	11	-	-	9	100
Clareza	8	89	1	11	-	-	9	100
Pertinência	8	89	1	11	-	-	9	100
Precisão	8	89	1	11	-	-	9	100
Variedade	8	89	1	11	-	-	9	100
Credibilidade	8	89	1	11	-	-	9	100

  

Atributos	28. N° de horários de medicamentos circulados e não justificados.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**(1)** não respondeu.

Observa-se na Tabela 20, que ocorreu um consenso de 100% para todos os atributos dos itens 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26 e 28, não sendo necessária sua reformulação.

Quanto aos itens 22 e 27, o consenso foi de 89%, em razão de um dos *experts* questionar se as justificativas de procedimentos e ou medicamentos não realizados não deveriam ser feitas na prescrição de enfermagem. Este questionamento possivelmente aconteceu em função de problemas na redação do descritor, o que teria comprometido a interpretação por parte do *expert*.

A discordância com os itens 22 e 27 não teria ocorrido caso estivesse determinado no descritor do indicador que as justificativas devessem ocorrer por escrito “no impresso” de prescrição, no espaço destinado às anotações de enfermagem. Estes itens foram reformulados no sentido de tornar claro o propósito do indicador.

A justificativa de medicamentos não realizados, que também deve ser redigida no impresso de prescrição de enfermagem, não faz parte da realidade da instituição em estudo, pois, para estes casos, existe um espaço destinado a anotações ou observações no próprio impresso de prescrição médica.

Sobre a presença de duas variáveis distintas no indicador, uma relacionada à checagem na prescrição de enfermagem e a outra à checagem na prescrição médica, a sugestão de um dos *experts* foi acatada e o indicador foi dividido em dois: checagem de procedimentos na prescrição de enfermagem e checagem de procedimentos de enfermagem na prescrição médica.

Na Figura 15 a seguir, constam os comentários e sugestões dos *experts* quanto aos itens antes referidos.

<b>8. Registros de Procedimentos de Enfermagem</b>	
<b>Item 22 e 27</b>	→ A justificativa dificilmente poderia estar registrada na “prescrição” – deveria estar na “evolução” de enfermagem, ou se esta não existir no hospital – pelo menos nas anotações de enfermagem.
<b>Item 19 a 28</b>	→ Perfeito!
<b>Outros comentários e sugestões</b>	→ Sugiro desdobrar este indicador em dois, um para avaliação das checagens dos procedimentos na prescrição de enfermagem, e outro para avaliação da checagem das medicações na prescrição médica.

**Figura 15** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Registros de Procedimentos de Enfermagem”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Na seqüência, a Tabela 21 demonstra a concordância dos *experts* quanto aos itens 29 e 30, referentes ao indicador de número 9, em que observa-se um consenso de 100% em relação a todos os atributos dos itens de avaliação. Deste modo não houve necessidade de reformulá-los.

Embora o consenso tenha sido de 100%, ocorreu a sugestão de um dos *experts* no sentido de acrescentar um item de avaliação para situações em que os sinais vitais não tenham sido vistos em sua totalidade, ou seja, nos casos em que, por exemplo, o enfermeiro prescreve a verificação de PA, FC, T e Fr de 4/4 horas e o funcionário respeita os intervalos prescritos, porém, verifica somente PA, FC e T.

Considerou-se pertinente a sugestão e, no sentido de contemplá-la acrescentou-se um item específico para avaliar esta situação.

**Tabela 21** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 9 - "Controle de Sinais Vitais", para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Atributos	29. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescrit os verificados, na prescrição de enfermagem.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

  

Atributos	30. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescrit os não verificados, na prescrição de enfermagem.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

(1) não respondeu.

Os comentários e sugestões dos *experts* em relação aos itens estão descritos na Figura 16.

9. Controle de Sinais Vitais	
Item 29	→ Acrescentar número de sinais vitais prescritos e verificados parcialmente ou incompletos.

**Figura 16** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Controle de Sinais Vitais”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

A seguir, na Tabela 22 está apresentada a concordância dos *experts* quanto aos itens 31 e 32, referentes ao indicador de número 10, que demonstra um consenso de 100% para os atributos dos dois itens de avaliação do indicador. Sendo assim, não houve necessidade de reformulação.

**Tabela 22** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 10 - “Elaboração da Prescrição de Enfermagem”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continua)

Atributos	31. N° de pacientes COM prescrição de enfermagem.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100
Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

**Tabela 22** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os itens de avaliação do indicador 10 - “Elaboração da Prescrição de Enfermagem”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(conclusão)

Atributos	32. N° de pacientes SEM prescrição de enfermagem.							
	Sim		Não		Não resp.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamental	9	100	-	-	-	-	9	100
Objetividade	9	100	-	-	-	-	9	100

Simplicidade	9	100	-	-	-	-	9	100
Clareza	9	100	-	-	-	-	9	100
Pertinência	9	100	-	-	-	-	9	100
Precisão	9	100	-	-	-	-	9	100
Variedade	9	100	-	-	-	-	9	100
Credibilidade	9	100	-	-	-	-	9	100

(1) não respondeu.

A necessidade da presença de indicadores para avaliar os itens da prescrição de enfermagem, sugerida por um dos *experts*, considera-se bastante pertinente, e acredita-se que este critério esteja contemplado por meio da utilização do termo “prescrição diária e completa” no nome do indicador, e da expressão “em atendimento às necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada”.

Apesar do consenso de 100%, alguns comentários e sugestões foram expressos pelos *experts* para aprimoramento do indicador, os quais são demonstrados a seguir na Figura 17.

<b>10. Prescrição de Enfermagem Elaborada</b>	
<b>Outros comentários e sugestões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Acrescentar a palavra “diária” no nome do indicador.</li> <li>→ Mas deveria ter também indicadores para avaliar os itens da prescrição de enfermagem e não apenas a sua existência ou não.</li> </ul>

**Figura 17** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação dos itens de avaliação do indicador “Prescrição de Enfermagem Elaborada”, para avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

#### 7.4 JULGAMENTO DOS ATRIBUTOS DO CONTEÚDO DO CONJUNTO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E APLICAÇÃO DO *CONTENT VALIDITY INDEX (CVI)* E TESTE DE FIDEDIGNIDADE (*IRA*)

Nesta fase os *experts* avaliaram o conjunto dos componentes de cada um dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, segundo os seguintes atributos:

- ✓ **Atribuível:** reflete aspecto de qualidade para o cuidado de enfermagem.
- ✓ **Acessível:** os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.
- ✓ **Comunicável:** a relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.
- ✓ **Contextualizável:** a medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.
- ✓ **Efetivo/preciso:** mede o que se propõe a medir.
- ✓ **Exeqüível:** a medida é aplicável.
- ✓ **Objetivo:** a medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo.

O conjunto dos itens foi então valorado por cada um dos *experts*, conforme a escala psicométrica abaixo:

**(1)** - Não contempla o atributo.

(2) - Incapaz de contemplar o atributo sem revisão.

(3) - Contempla o atributo, mas precisa de alteração mínima.

(4) - Contempla o atributo.

O percentual de concordância dos experts está expresso na Tabela 23.

**Tabela 23** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os atributos do conjunto dos itens de avaliação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continua)

Atributos	1. Identificação do leito do paciente internado.											
	(1)		(2)		(3)		(4)		N.R.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atribuível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Acessível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Comunicável	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Contextualizável	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Efetivo/Preciso	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Exeqüível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Objetivo	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100

  

Atributos	2. Risco para queda do leito em pacientes internados.											
	(1)		(2)		(3)		(4)		N.R.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atribuível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Acessível	-	-	1	11	-	-	8	89	-	-	9	100
Comunicável	-	-	-	-	1	11	8	89	-	-	9	100
Contextualizável	-	-	1	11	-	-	8	89	-	-	9	100
Efetivo/Preciso	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Exeqüível	-	-	1	11	-	-	8	89	-	-	9	100
Objetivo	-	-	-	-	1	11	8	89	-	-	9	100

**Tabela 23** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os atributos do conjunto dos itens de avaliação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continuação)

Atributos	3. Identificação de acessos venosos periféricos.											
	(1)		(2)		(3)		(4)		N.R.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atribuível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Acessível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Comunicável	-	-	-	-	1	11	8	89	-	-	9	100
Contextualizável	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Efetivo/Preciso	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Exeqüível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Objetivo	-	-	1	11	-	-	8	89	-	-	9	100

  

Atributos	4. Lesões cutâneas pós infiltrativas.											
	(1)		(2)		(3)		(4)		N.R.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atribuível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Acessível	-	-	-	-	1	11	8	89	-	-	9	100
Comunicável	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Contextualizável	-	-	1	11	-	-	8	89	-	-	9	100
Efetivo/Preciso	-	-	-	-	1	11	8	89	-	-	9	100
Exeqüível	-	-	1	11	-	-	8	89	-	-	9	100
Objetivo	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100

  

Atributos	5. Identificação de equipamentos para infusão venosa.											
	(1)		(2)		(3)		(4)		N.R.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atribuível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Acessível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Comunicável	-	-	-	-	1	11	8	89	-	-	9	100
Contextualizável	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Efetivo/Preciso	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Exeqüível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Objetivo	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100

**Tabela 23** - Consenso de julgamento dos *experts* sobre os atributos do conjunto dos itens de avaliação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

(continuação)



Atribuível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Acessível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Comunicável	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Contextualizável	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Efetivo/Preciso	-	-	-	-	1	11	8	89	-	-	9	100
Exeqüível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Objetivo	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100

#### 10. Prescrição de enfermagem elaborada.

Atributos	(1)		(2)		(3)		(4)		N.R.(1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atribuível	-	-	1	-	-	-	8	89	-	-	9	100
Acessível	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Comunicável	-	-	-	-	-	-	9	100	-	-	9	100
Contextualizável	-	-	1	-	-	-	8	89	-	-	9	100
Efetivo/Preciso	-	-	-	-	1	-	8	89	-	-	9	100
Exeqüível	-	-	-	-	1	-	8	89	-	-	9	100
Objetivo	1	-	-	-	-	-	8	89	-	-	9	100

(1) não respondeu.

Pela análise da Tabela 23, é possível observar que os atributos do conjunto dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos obtiveram consenso favorável por parte dos *experts*, ou seja, acima dos 80% estipulados em material e métodos. Neste sentido, entende-se que os atributos do conjunto dos indicadores estão contemplados (100%) ou, no máximo, necessitam de alteração mínima (89%).

A seguir, a Figura 18 apresenta os comentários e sugestões dos *experts* sobre os atributos do conjunto dos indicadores propostos por este estudo.

Comentários e sugestões	
<b>Indicador 3</b>	<p>→ No item 6 do indicador há duas situações para medir, ausência de identificação e identificação inadequada.</p> <p>→ O item 8 do indicador para mim seria pontuação 2.</p>
<b>Indicador 5</b>	<p>→ O item 12 do indicador avalia duas condições, ausência de identificação e identificação inadequada e, o número 13 valoriza a data e não o todo da identificação.</p>

<b>Indicador 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ O item 15 mede duas condições, ausência de identificação e identificação inadequada.</li> <li>→ Não seria conveniente separar o item 15 em: nº de rótulos de soros periféricos sem identificação e, nº de rótulos de soros periféricos com identificação inadequada?</li> </ul>
<b>Indicador 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Também desmembraria o item 17.</li> <li>→ Também há uma valorização da data no item 18 e não da identificação que é o propósito.</li> <li>→ Para o item 17 dividir em: nº de sondas sem identificação e, nº de sondas identificadas inadequadamente.</li> </ul>
<b>Indicador 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Verificar sugestão sobre as cores de tinta de caneta para diurno e noturno.</li> </ul>

**Figura 18** - Comentários e sugestões dos *experts*, no processo de julgamento para validação os atributos do conjunto dos itens de avaliação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

A aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index - CVI*) sobre os dados da Tabela 23 se deu dividindo-se o número de *experts* que valoraram o conjunto dos itens de cada indicador com 3 (contempla o atributo, mas precisa de alteração mínima) ou 4 (contempla o atributo) pelo número total de *experts* que compuseram o painel (RUBIO *et al.*, 2003), e estão expressos na Tabela 24.

**Tabela 24** - Frequência e percentual de concordância dos *experts* em relação à representatividade da medida - (CVI), para o conjunto dos itens de avaliação que compõem os indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

<b>Indicadores</b>	<b>N</b>	<b>CVI (1)</b>
1. Identificação do Leito do Paciente Internado.	9	100%
2. Risco Para Queda do Leito em Pacientes Internados.	8	89%
3. Identificação de Acessos Venosos Periféricos.	9	100%
4. Lesões Cutâneas Pós-Infiltrativas.	9	100%
5. Identificação de Equipos para Infusão Venosa.	9	100%
6. Identificação de Frascos de Soro em Pacientes com Infusão Venosa.	9	100%
7. Identificação de Sondas.	9	100%
8. Registros de Procedimentos de Enfermagem.	9	100%
9. Controle de Sinais Vitais.	9	100%

10. Prescrição de Enfermagem Elaborada.	8	89%
---	---	-----

(1) = *Content Validity Index*.

Os valores de CVI apresentados pela Tabela 24 demonstram que os indicadores 2 e 10 obtiveram CVI de 89% e os demais de 100%. Estes percentuais representam a proporção de *experts* que julgaram válido o conjunto de itens que compõem cada indicador, pela estratégia de validade de conteúdo. Como no referencial teórico existe a recomendação de Davis (1992) *apud* RUBIO *et al.* (2003) de que o CVI deva ser superior a 80%, considera-se que o conjunto dos itens superou o padrão de CVI determinado na literatura adotada como referencial, e sendo assim, todos os itens foram considerados válidos, pois obtiveram um CVI superior a 0,80 para a representatividade da medida.

O CVI para o instrumento todo foi calculado dividindo-se o total de itens que receberam um CVI de 0,80 pelo número total de itens do instrumento. Os valores estão apresentados na Tabela 25.

**Tabela 25-** Percentual de concordância dos experts em relação à representatividade da medida - (CVI), para o Instrumento composto por indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina-PR, 2007.

Indicadores	CVI (1)
1. Identificação do leito do paciente internado.	100%
2. Risco para queda do leito em pacientes internados.	96,7%
3. Identificação de acessos venosos periféricos.	98,7%
4. Lesões cutâneas pós infiltrativas.	97,5%
5. Identificação de equipos para infusão venosa.	99,5%
6. Identificação de frascos de soro em pacientes com infusão venosa.	99,5%
7. Identificação de sondas.	99,2%
8. Registros de procedimentos de enfermagem.	98,5%
9. Controle de sinais vitais.	99,5%
10. Prescrição de enfermagem elaborada.	96,5%

(1) = *Content Validity Index*.

A análise da Tabela 25 demonstra que o CVI atribuído ao instrumento como um todo foi superior a 80%, ou seja, o instrumento pode ser considerado válido, pois a medida foi considerada pelo painel de *experts*, representativa do conteúdo estudado.

O próximo passo no processo de análise dos dados na estratégia de validação de conteúdo, descrito no referencial teórico, é a análise da fidedignidade (*reliability*) ou, concordância interavaliadores (*iterrater agreement*) - IRA.

Este procedimento tem como objetivo avaliar até que ponto os *experts* são concordantes sobre a representatividade e clareza dos itens em relação ao conteúdo estudado (RUBIO *et al.*, 2003).

Adotou-se neste estudo a abordagem conservadora exposta no referencial teórico, a qual, segundo Rubio *et al.* (2003), determina que os itens que obtiveram 100% de concordância dos *experts* sejam divididos pelo total de itens do indicador correspondente.

Os dados referentes à análise de fidedignidade estão apresentados na Tabela 26.

**Tabela 26** - Frequência e percentual de concordância dos *experts* em relação à representatividade e clareza dos itens de verificação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos- (IRA), Londrina-PR, 2007.

(continua)

<b>Indicadores</b>				
<b>1. Identificação do leito do paciente internado</b>	<b>%<sub>01</sub></b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>02</sub></b>
1. N° de leitos identificados adequadamente	100	1	1	
2. N° de leitos identificados inadequadamente	100	1	1	
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>
<b>2. Risco para queda do leito em pacientes internados</b>	<b>%<sub>01</sub></b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>02</sub></b>
3. N° de pacientes com risco de queda do leito COM grade lateral	98,6	1	0	
4. N° de pacientes com risco de queda do leito SEM grade lateral	98,6	1	0	
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

<b>3. Identificação de acessos venosos periféricos</b>	<b>%<sub>1</sub></b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>2</sub></b>
5. N° de acessos venosos periféricos COM identificação adequada	100	1	1	
6. N° de acessos venosos periféricos SEM identificação ou com identificação inadequada	98,6	1	0	
7. N° de acessos venosos periféricos COM identificação adequada, porém vencidos	100	1	1	
8. N° de acessos venosos por intracath, flebotomia e cateter central de inserção periférica (CCIP)	98,6	1	0	
<b>Total</b>		<b>4</b>	<b>2</b>	<b>50%</b>
<b>4. Lesões cutâneas pós infiltrativas</b>	<b>%<sub>1</sub></b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>2</sub></b>
9. N° de pacientes SEM lesões cutâneas pós infiltrativas	100	1	1	
10. N° de pacientes COM lesões cutâneas pós infiltrativas	93	1	0	
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>50%</b>

**Tabela 26** - Frequência e percentual de concordância dos *experts* em relação à representatividade e clareza dos itens de verificação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos- (IRA), Londrina-PR, 2007.

(continuação)

<b>Indicadores</b>				
<b>5. Identificação de equipos para infusão venosa</b>	<b>%<sub>1</sub></b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>2</sub></b>
11. N° de equipos de soro COM identificação adequada	100	1	1	
12. N° de equipos de soro SEM identificação ou com identificação inadequada	99	1	0	
13. N° de equipos de soro datados porém vencidos	99	1	0	
<b>Total</b>		<b>3</b>	<b>1</b>	<b>33%</b>
<b>6. Identificação de frascos de soro em pacientes com infusão venosa</b>	<b>%<sub>1</sub></b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>2</sub></b>
14. N° de rótulos de soros COM identificação adequada	100	1	1	
15. N° de rótulos de soros SEM identificação ou com identificação inadequada	98,6	1	0	
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>50%</b>
<b>7. Identificação de sondas</b>	<b>%<sub>1</sub></b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>2</sub></b>
16. N° de sondas COM identificação adequada (sonda	97	1	0	

nasogástrica, orogástrica e vesical de demora)				
17. N° de sondas SEM identificação ou com identificação inadequada (sonda nasogástrica, orogástrica e vesical de demora)	96	1	0	
18. N° de sondas datadas porém vencidas (sonda nasogástrica, orogástrica e vesical de demora)	97	1	0	
	<b>Total</b>	3	0	0%
<b>8. Registros de procedimentos de enfermagem</b>	<b>%<sub>1</sub></b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>2</sub></b>
19. N° de horários de cuidados de enfermagem checados	100	1	1	
20. N° de horários de cuidados de enfermagem checados inadequadamente	100	1	1	
21. N° de horários de cuidados de enfermagem não checados	100	1	1	

**Tabela 26** - Frequência e percentual de concordância dos *experts* em relação à representatividade e clareza dos itens de verificação dos indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos– (IRA), Londrina-PR, 2007.

(conclusão)

<b>8. Registros de procedimentos de enfermagem (continuação)</b>	<b>%<sub>1</sub></b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>2</sub></b>
22. N° de horários de cuidados de enfermagem circulados e justificados na prescrição de enfermagem	89	1	0	
23. N° de horários de cuidados de enfermagem circulados e não justificados na prescrição de enfermagem	100	1	1	
24. N° de horários de medicamentos checados adequadamente	100	1	1	
25. N° de horários de medicamentos checados inadequadamente	100	1	1	
26. N° de horários de medicamentos não checados	100	1	1	
27. N° de horários de medicamentos circulados e justificados	89	1	0	
28. N° de horários de medicamentos circulados e não justificados	100	1	1	
	<b>Total</b>	10	8	80%
<b>9. Controle de sinais vitais</b>	<b>%<sub>1</sub></b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>2</sub></b>
29. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos verificados, na prescrição de enfermagem	100	1	1	

30. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos não verificados, na prescrição de enfermagem	100	1	1	
	<b>Total</b>	2	2	100%
<b>10. Prescrição de enfermagem elaborada</b>				
	<b>%<sub>1</sub></b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%<sub>2</sub></b>
31. N° de pacientes COM prescrição de enfermagem	100	1	1	
32. N° de pacientes SEM prescrição de enfermagem	100	1	1	
	<b>Total</b>	2	2	100%
<b>Total Geral</b>		<b>32</b>	<b>19</b>	<b>59%</b>

**Legenda:** **N** = número absoluto de itens; **n** = número de itens com consenso 100%; **%<sub>1</sub>** = percentual de fidedignidade por item, **%<sub>2</sub>** = percentual de fidedignidade do total dos itens do indicador; **Total Geral** = percentual de fidedignidade do instrumento como um todo.

Pela análise da Tabela 26, observa-se que os indicadores de número 1, 9 e 10 obtiveram um percentual de 100% de fidedignidade, ou seja, são claros e representativos do conteúdo estudado.

O indicador 8 obteve 80% de fidedignidade, o que corrobora os dados das tabelas anteriores e comentários dos *experts*, os quais demonstraram que nos itens referentes a procedimentos de enfermagem e medicações não realizadas não estava claro que as justificativas deveriam ser redigidas no espaço referente às anotações de enfermagem nas prescrições correspondentes.

Quanto aos indicadores 3, 4 e 6, o percentual de fidedignidade foi de 50%, o que confirmou os problemas constatados nas tabelas anteriores e comentários dos *experts*.

No que se refere ao indicador 3, os problemas verificados dizem respeito à presença de duas variáveis no item que avaliava a questão da ausência de identificação e a identificação inadequada dos acessos venosos periféricos; e à presença desnecessária do item para avaliação de acessos venosos por *intracath*, flebotomia e por cateter central de inserção periférica, item este que não apresentava relação com o objetivo do indicador.

No indicador 4, o percentual de fidedignidade de 50% confirmou problemas em relação à ausência de determinação dos pacientes que haviam feito

uso de infusão venosa menos de 24 horas antes, como pacientes de risco para lesões cutâneas pós-infiltrativas, no descritor do indicador, os quais não estariam sendo avaliados se o descritor não fosse reformulado.

Para o indicador 6, o percentual de fidedignidade de 50% refere-se ao mesmo problema do indicador 3 no que tange à presença de duas variáveis em um mesmo item de avaliação, que são a ausência de identificação e a identificação inadequada de frascos de soro.

O indicador 5 recebeu um percentual de 33% de fidedignidade em razão do mesmo problema do indicador 3, ou seja, ausência de identificação e identificação inadequada dos equipos para infusão venosa e, também devido à necessidade de readequação da redação do item, referente à substituição da expressão “datado porém vencido” por “identificação adequada, porém vencido”.

Os indicadores 2 e 7 não foram considerados fidedignos quanto à clareza e à representatividade do conteúdo estudado. Isto ocorreu devido a problemas com o descritor do indicador 2, o qual não deixava claro como se determinaria o risco para queda do leito, se por consulta aos registros ou se pelo exame físico do paciente.

O indicador 7 não foi considerado fidedigno quanto à clareza e representatividade do conteúdo, em razão de que sugeria a avaliação de duas variáveis distintas (sondas gástricas e sondas vesicais), nas quais os procedimentos para prevenção de eventos adversos não possuem nenhuma correlação.

Pela análise dos dados apresentados na Tabela 26, é possível constatar uma série de problemas em relação à clareza e representatividade dos itens de avaliação da maioria dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, em relação ao conteúdo estudado. Isto somente foi possível constatar especificamente nesta Tabela, pois se optou por utilizar a abordagem conservadora apresentada no referencial teórico, ou seja, a divisão do número de itens com 100% de concordância dos *experts* pelo número total de itens.

Caso se tivesse optado pela abordagem menos conservadora (80%), de Rubio *et al.* (2003), que a indicam nos casos em que o número de juízes é superior a cinco, todos os problemas apresentados nas tabelas e Figuras anteriores não teriam sido confirmados pela Tabela 26.

Todos os comentários e sugestões dos *experts* anteriormente apresentados foram acatados e os itens foram reformulados no sentido de atendê-los na sua totalidade.

Como não ocorreram divergências entre os *experts* em relação aos comentários e sugestões, desconsiderou-se a necessidade de submeter os indicadores a novo processo de avaliação pelo painel de *experts*, tendo-se em vista que os comentários e sugestões foram complementares no sentido de enriquecer e agregar valor ao estudo.

Os indicadores foram reformulados e em seguida realizou-se um estudo-piloto no sentido de verificar a aplicabilidade do instrumento reformulado.

## **8 ESTUDO-PILOTO PARA TESTAR A APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA**

O estudo-piloto foi realizado por cinco estagiários, selecionados por sorteio e capacitados para a coleta dos dados.

Cada um dos acadêmicos coletou os dados de uma enfermaria de seis leitos, a qual foi selecionada de forma casual, da unidade em estudo.

Após a coleta dos dados, os acadêmicos foram questionados quanto às dúvidas e sugestões. Não referiram dúvidas no entendimento dos itens e no preenchimento do impresso, porém sugeriram que os itens referentes à análise dos registros dos sinais vitais, que inicialmente estavam posicionados em seguida aos itens de avaliação da checagem de medicações, fossem posicionados em seguida aos itens de avaliação da checagem dos procedimentos de enfermagem e, conseqüentemente, antes dos itens de avaliação da checagem de medicações.

Esta sugestão ocorreu no sentido de facilitar a coleta, pois os dados de procedimentos e sinais vitais estão no impresso de prescrição de enfermagem, enquanto os dados sobre medicações estão no impresso de prescrição médica.

A sugestão foi acatada e o instrumento foi readequado no sentido de atendê-la na sua totalidade.

Como não ocorreram dúvidas quanto à compreensão dos itens e à aplicação do instrumento e, a sugestão por parte dos estagiários foi relacionada à estrutura do instrumento, sem comprometer o conteúdo e a aplicação deste, desconsiderou-se a necessidade de novo estudo-piloto após readequação sugerida pelos estagiários.

O instrumento reformulado (Apêndice H, pág. 190), denominado Instrumento de Registro de Busca Ativa, foi então considerado como válido em relação ao conteúdo e aplicabilidade e adequado para ser aplicado na avaliação da qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos.

No tópico 9 serão apresentados os dados referentes aos resultados obtidos com a aplicação do instrumento validado a todos os pacientes de uma

unidade de internação médico-cirúrgica masculina de um hospital universitário público, com 74 leitos.

## 9 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO VALIDADO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Acatadas as sugestões dos *experts* e realizado o estudo-piloto, considerou-se o instrumento valido quanto ao seu conteúdo e aplicabilidade.

O instrumento foi então aplicado a todos os pacientes da unidade em estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos.

A coleta dos dados foi realizada pelos estagiários e pesquisadora durante 14 dias determinados casualmente. Embora o estatístico anteriormente consultado tenha orientado que seria suficiente realizar a busca ativa em seis dias aleatórios (20%), optou-se por avaliar um número maior de dias por segurança.

Cada estagiário ficou responsável por coletar os dados em duas enfermarias de seis leitos cada uma, e cada estagiário avaliou todos os pacientes que estavam nos leitos no momento da busca ativa.

A determinação de quais dias a equipe de enfermagem da unidade em estudo seria avaliada foi dos próprios estagiários segundo a disponibilidade de tempo, de forma a não comprometer as atividades acadêmicas. Sendo assim, os dados foram coletados em períodos e dias variados, inclusive em finais de semana.

Terminado o prazo para a coleta dos dados, todos os impressos do instrumento de registro de busca ativa foram categorizados e agrupados de forma que resultasse em 14 avaliações da unidade como um todo, ou seja, foram agrupados de forma que todas as enfermarias da unidade fossem contempladas e isso resultasse em 14 “fotografias” independentes da unidade.

Os dados coletados foram tabulados utilizando-se o programa *Microsoft® Excel® 2002* e serão apresentados no tópico 10, por meio de estatística descritiva, sob a forma de tabelas com números percentuais.

## 10 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO VALIDADO

Neste tópico serão apresentados os dados coletados através do instrumento validado pela estratégia de validação de conteúdo, por *experts* e após processo de validação da aplicabilidade do instrumento pelo procedimento de estudo-piloto.

O instrumento em sua versão final é composto de 49 itens de avaliação do cuidado de enfermagem, que fazem parte de 12 indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem referentes à prevenção de eventos adversos.

A aplicação do instrumento na unidade em estudo se deu pelos sete estagiários mencionados em material e método, após capacitação para a compreensão do objetivo da aplicação e da forma de preenchimento do instrumento. Todas as dúvidas que surgiram foram esclarecidas e os estagiários foram considerados aptos para a coleta de dados.

Vale lembrar que os dados foram coletados em uma unidade médico-cirúrgica masculina de um hospital universitário público, com 74 leitos, distribuídos em treze enfermarias. Cada estagiário coletou dados de duas enfermarias, predeterminadas casualmente, sendo o total de 772 pacientes avaliados nos quatorze dias de busca ativa.

Os dados resultantes deste procedimento de avaliação estão apresentados na Tabela 27, de forma que os itens que representam o padrão de adequação, a frequência do evento observado e o percentual de adequação alcançado pela equipe de enfermagem da unidade estão destacados com sombreado.

O Índice de Conformidade Ideal (ICI), o qual consta do manual operacional, será apresentado na legenda da tabela.

**Tabela 27** - Frequência e percentual de adequação ao padrão determinado pelo manual operacional de doze indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina - PR, 2007.

(continua)

<b>Indicador 1 - Identificação do Leito do Paciente(1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1. N° de leitos identificados adequadamente	847	95,8
<b>2. N° de leitos identificados inadequadamente</b>	37	4,2
<b>Total</b>	<b>884</b>	<b>100</b>
<b>Indicador 2 - Identificação de Risco para Queda do Leito(1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
3. N° de pacientes com risco de queda do leito COM grade lateral	75	85,2
4. N° de pacientes com risco de queda do leito SEM grade lateral	13	14,8
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>
<b>Indicador 3 - Identificação de Acessos Venosos Periféricos(1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
5. N° de acessos venosos periféricos COM identificação adequada	20	3,6
6. N° de acessos venosos periféricos SEM identificação	489	88,3
7. N° de acessos venosos periféricos COM identificação inadequada	37	6,7
8. N° de acessos venosos periféricos com identificação adequada, porém vencidos	8	1,4
<b>Total</b>	<b>554</b>	<b>100</b>
<b>Indicador 4 - Verificação de Lesões Cutâneas Pós Infiltrativas(2)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
9. N° de pacientes SEM lesões cutâneas pós infiltrativas	524	89,4
10. N° de pacientes COM lesões cutâneas pós infiltrativas	62	10,6
<b>Total</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

**Tabela 27** - Frequência e percentual de adequação ao padrão determinado pelo manual operacional de doze indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina - PR, 2007.

(continuação)

<b>Indicador 5 - Identificação de Equipos para Infusão Venosa(1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
11. N° de equipos de soro COM identificação adequada	181	25,5
12. N° de equipos de soro COM identificação inadequada	183	25,7
13. N° de equipos de soro SEM identificação	312	43,9

14. N°de equipos com identificação adequada, porém vencidos	35	4,9
---	----	-----

<b>Total</b>	<b>711</b>	<b>100</b>
--------------	------------	------------

**Indicador 6 - Identificação de Frascos de Soro e Controle da Velocidade de Infusão(1)**

	n	%
15. N°de rótulos de soros COM identificação adequada e COM escala graduada correta	183	34,2
16. N°de rótulos de soros COM identificação adequada e COM escala graduada incorreta	7	1,3
17. N°de rótulos de soros COM identificação adequada e SEM escala graduada	67	12,5
18. N°de rótulos de soros COM identificação inadequada e COM escala graduada correta	34	6,3
19. N°de rótulos de soros COM identificação inadequada e COM escala graduada incorreta	5	0,9
20. N°de rótulos de soros COM identificação inadequada e SEM escala graduada	55	10,3
21. N°de rótulos de soros SEM identificação e COM escala graduada correta	5	0,9
22. N°de rótulos de soros SEM identificação e COM escala graduada incorreta	1	0,2
23. N°de rótulos de soros SEM identificação e SEM escala graduada	179	33,4
<b>Total</b>	<b>536</b>	<b>100</b>

**Tabela 27** - Frequência e percentual de adequação ao padrão determinado pelo manual operacional de doze indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina - PR, 2007.

(continuação)

<b>Indicador 7 - Identificação de Sondas Gástricas(1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
24. N°de sondas COM identificação adequada (sonda nasogástrica e orogástrica)	-	-
25. N°de sondas COM identificação inadequada (sonda nasogástrica e orogástrica)	2	8,7
26. N°de sondas SEM identificação (sonda nasogástrica, orogástrica)	21	91,3
27. N°de sondas com identificação adequada, porém vencidas (sonda nasogástrica, orogástrica)	-	-
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

  

<b>Indicador 8 - Fixação da Sonda Vesical de Demora e Posicionamento da Bolsa Coletora de Diurese(1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
28. N°de sondas vesicais de demora COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente	70	85,3
29. N°de sondas vesicais de demora COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente	4	4,9
30. N°de sondas vesicais de demora COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente	4	4,9
31. N°de sondas vesicais de demora COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente	-	-
32. N°de sondas vesicais de demora SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada adequadamente	4	4,9
33. N°de sondas vesicais de demora SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente	-	-
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

**Tabela 27** - Frequência e percentual de adequação ao padrão determinado pelo manual operacional de doze indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina - PR, 2007.

(continuação)

<b>Indicador 9 - Checagem de Procedimentos na Prescrição de Enfermagem(1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
34. N°de horários de cuidados de enfermagem checados adequadamente	1.952	22,4
35. N°de horários de cuidados de enfermagem checados inadequadamente	5.758	66,2
36. N°de horários de cuidados de enfermagem não checados	629	7,2
37. N°de horários de cuidados de enfermagem circulados e justificados nas anotações de enfermagem	83	1,0
38. N°de horários de cuidados de enfermagem circulados e não justificados nas anotações de enfermagem	277	3,2
<b>Total</b>	<b>8.699</b>	<b>100</b>
<b>Indicador 10 - Verificação do Controle de Sinais Vitais(1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
39. N°de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e verificados de forma completa na prescrição de enfermagem	1.323	50,1
40. N°de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e verificados de forma incompleta na prescrição de enfermagem	1.223	46,3
41. N°de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e não verificados na prescrição de enfermagem	96	3,6
<b>Total</b>	<b>2.642</b>	<b>100</b>

**Tabela 27** - Frequência e percentual de adequação ao padrão determinado pelo manual operacional de doze indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Londrina - PR, 2007.

(conclusão)

<b>Indicador 11 - Checagem de Procedimentos de Enfermagem na Prescrição Médica(1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
42. N° de horários de medicamentos checados adequadamente	2.987	36,3
43. N° de horários de medicamentos checados inadequadamente	3.845	46,7
44. N° de horários de medicamentos não checados	568	6,9
45. N° de horários de medicamentos circulados e justificados no impresso de prescrição médica	637	7,7
46. N° de horários de medicamentos circulados e não justificados no impresso de prescrição médica	201	2,4
<b>Total</b>	<b>8.238</b>	<b>100</b>

  

<b>Indicador 12 - Elaboração da Prescrição Diária e Completa pelo Enfermeiro(1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
47. N° de pacientes COM prescrição de enfermagem diária e completa, elaborada pelo enfermeiro	734	95,1
48. N° de pacientes COM prescrição de enfermagem diária, porém incompleta, elaborada pelo enfermeiro	16	2,1
49. N° de pacientes SEM prescrição de enfermagem diária elaborada pelo enfermeiro	22	2,8
<b>Total</b>	<b>772</b>	<b>100</b>

(1) Índice de conformidade ideal: 100%

(2) Índice de conformidade ideal: 80% (aplicável somente ao indicador 4)

A Tabela 27 mostra que, em relação ao indicador “Identificação do leito do paciente”, a equipe de enfermagem da unidade em estudo apresentou um percentual de adequação de 95,8%, o qual se encontra abaixo do índice de conformidade ideal (ICI), de 100%, pois dos 884 leitos observados, 37 (4,2%) estavam identificados de forma inadequada, expondo os pacientes a situações de risco como, por exemplo, receber medicação de outro paciente. A identificação correta e completa do leito é requisito fundamental para a segurança do paciente (MIASSO; CASSIANI, 2000; FERNANDES, 2003a).

Em relação ao indicador “Identificação de risco para queda do leito”, a equipe de enfermagem da unidade em estudo alcançou um percentual de adequação de 85,2%, ao passo que o ICI recomendado é de 100%. Isto demonstra que, no período de 10 de maio a 10 de junho de 2007, dos 88 pacientes internados

que apresentavam risco para queda do leito, 13 (14,8%), em algum momento durante a internação, estiveram expostos ao risco de queda por falta da grade de proteção lateral no leito.

O risco de queda devido à falta da grade de proteção lateral aumenta consideravelmente nos pacientes pediátricos, idosos (acima de 65 anos), pacientes em pós-operatório imediato e mediato, pacientes que apresentem alterações do nível de consciência (confusos, sedados, agitados), portadores de distúrbios mentais ou psiquiátricos, caquéticos e/ou astênicos (POTTER; PERRY, 2004 b, 2004j ; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2005).

Submeter o paciente ao risco de queda do leito é inadmissível. As conseqüências de uma queda podem ser graves e irreparáveis, e, considerando-se que um dos princípios do novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem é que o profissional de enfermagem atue na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007), constata-se um descuido dos profissionais da unidade avaliada, descuido que pode resultar, além dos danos ao paciente, em penalização legal para os profissionais envolvidos, pois, como já mencionado anteriormente, o paciente e os familiares estão cada vez mais orientados e exigentes quanto a seus direitos de cidadãos, a um atendimento de qualidade.

No indicador “Identificação de acessos venosos periféricos”, a equipe de enfermagem obteve 3,6% de adequação a um ICI de 100%, ou seja, extremamente abaixo do esperado, expondo os 554 pacientes, que em algum momento da internação fizeram uso de acesso venoso periférico, ao risco de infecções relacionadas a cateter, pois, em razão da ausência de identificação ou identificação inadequada, torna-se praticamente impossível determinar com segurança o período de troca do acesso venoso. Segundo o *Center for Disease Control*, a troca do acesso venoso é recomendada a cada 72 horas quando se trata de pacientes adultos (O'GRADY, 2002; PHILLIPS, 2001; WEINSTEIN, 2001; SMELTZER; BARE, 2002; POTTER; PERRY, 2004f ; KREISCHER *et al.*, 2005;).

A necessidade de identificação do acesso venoso periférico não é um excesso de zelo, como a considera grande parte dos profissionais do cuidado. É,

sim, um cuidado que demonstra a preocupação do profissional com o bem-estar do indivíduo sob seus cuidados, pois não consome tempo extra do profissional que punciona a veia do paciente e assegura que o mesmo acesso não permaneça por tempo além do recomendado, aumentando o risco de infecções relacionadas.

Quanto ao indicador “Verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas”, o percentual de adequação da a equipe de enfermagem da unidade em estudo foi de 89,4%, sendo que o ICI adotado no manual operacional é de 80%. Com base no percentual encontrado, observa-se que a equipe ultrapassou o padrão predeterminado, o que demonstra preocupação com a integridade cutânea relacionada a cateter venoso. Cabe lembrar que as lesões cutâneas pós-infiltrativas não são associadas exclusivamente à técnica de punção, mas também às condições inerentes ao paciente, à qualidade do material, ao pH da droga infundida, dentre outros fatores. Destarte, o valor encontrado permite inferir que o pessoal de enfermagem tem sido cuidadoso no manejo da técnica de punção venosa, no que se refere à inserção e manutenção do cateter periférico (PHILLIPS, 2001; O'GRADY, 2002; SMELTZER; BARE, 2002; POTTER; PERRY, 2004c, 2004f, 2004h; BELEI *et al.*, 2005; FERREIRA; MARRASSI, 2005;).

A equipe de enfermagem da unidade em estudo obteve um percentual de qualidade favorável em relação ao indicador “Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas”, demonstrando que o índice de infiltrações e extravasamentos de drogas é pequeno. Sendo assim, o paciente não “perde a veia” com frequência, mais uma razão para tomar-se o cuidado de identificar os acessos venosos periféricos, para que estes não permaneçam por tempo além do recomendado.

Em relação ao indicador “Identificação de equipos para infusão venosa”, a equipe de enfermagem alcançou o percentual de adequação de 25,5%, ou seja, apenas 181 equipos estavam identificados adequadamente, de um total de 711. Tal percentual é extremamente baixo e completamente inadequado em relação às recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital, as quais têm como base as recomendações do *Center for Disease Control and Prevention* - CDC (BELEI *et al.*, 2005).

Em razão da ausência de identificação ou da identificação inadequada dos equipos, fica praticamente impossível determinar e respeitar os prazos de troca recomendados pela literatura consultada, a qual preconiza 48 horas para equipos de bomba infusora, 72 horas para equipos macrogotas, microgotas e microgotas com reservatório, 24 horas para equipos de pressão venosa central (PVC) e 24 horas para equipos de nutrição parenteral (PHILLIPS, 2001; O'GRADY, 2002; POTTER; PERRY, 2004f; BELEI *et al.*, 2005).

Mais uma vez os pacientes internados nessa unidade no período em que foi avaliada, os quais em algum momento da internação fizeram uso de infusão venosa, foram expostos desnecessariamente ao risco de infecções relacionadas.

Pressupondo-se que grande parte dos pacientes apresentava algum grau de debilidade no seu estado de saúde, as conseqüências de uma infecção associada a cateter podem ser dramáticas para o paciente e, conseqüentemente, para sua família, além é claro, de aumentar o tempo de internação e os custos com o tratamento.

Para o indicador “Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão”, a situação também é preocupante. A equipe de enfermagem da unidade sob estudo obteve o percentual de adequação de 34,2%, demonstrando que tanto a identificação dos rótulos dos frascos de soro quanto as escalas para o controle da velocidade de infusão não estavam dentro dos padrões estabelecidos.

Dos 536 frascos de soro avaliados, 353 (65,8%) apresentavam problemas como ausência de identificação do responsável pelo preparo e instalação do soro, ausência de rótulos de identificação nos frascos de soro destinados à manutenção do acesso venoso pérvio, além de problemas relacionados à escala para controle de infusão, que, quando presente, muitas vezes estava incorreta quanto à precisão.

A questão da identificação adequada de frascos de soro vai além de simplesmente garantir que as drogas e/ou soluções sob infusão contínua sejam administradas no tempo prescrito. A identificação adequada garante a segurança do paciente no tocante à apuração de responsabilidades, necessária caso o paciente apresente qualquer intercorrência durante ou após a infusão. Para tanto, a identificação das soluções infundidas deve contemplar, além dos dados de identificação do paciente, os componentes desta, a data, a hora prevista de início e término, o volume de infusão e - não menos importante - o nome de quem foi o responsável pelo preparo (POTTER; PERRY, 2004a, 2004f).

Quanto ao indicador “Identificação de sondas gástricas”, a equipe de enfermagem foi classificada em 0% de adequação a um ICI de 100%, ou seja, das 23 sondas avaliadas, 21 estavam sem identificação e 2 estavam com a identificação inadequada. Com base nestes dados, constata-se o risco a que estes pacientes ficaram expostos, pois se torna difícil determinar há quantos dias o paciente estava fazendo uso da mesma sonda, caso ele próprio não seja capaz de informar e/ou não haja registro no seu prontuário. A literatura consultada recomenda que as sondas de cloreto de polivinil sejam trocadas a cada cinco dias, em razão das alterações estruturais do material da sonda, o qual fica mais rígido com o passar dos dias, acarretando sérios danos à mucosa do trato digestivo do paciente (FERNANDES *et. al.*, 2003c; MOZACHI, 2005).

Normalmente, as sondas gástricas de cloreto de polivinil são utilizadas para drenagem, e, partindo-se do pressuposto que entre as responsabilidades e deveres do profissional de enfermagem está a proteção do paciente contra danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007), cabe ao profissional de enfermagem identificá-las, para prevenir complicações e desconforto ao paciente, possibilitando desta forma que o prazo de troca recomendado seja monitorado mais precisamente.

Para o indicador “Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese” a equipe de enfermagem alcançou um percentual de adequação ao padrão de 85,4%. O ICI deste indicador é de 100%. Das 82 sondas vesicais de demora avaliadas, 70 atendiam ao padrão determinado no manual operacional, no entanto, em quatro pacientes a sonda não estava fixada na pele e, quatro pacientes tinham-na fixada de forma inadequada. A fixação inadequada ou a ausência de fixação da sonda vesical de demora expõem o paciente ao risco de lesões traumáticas na uretra resultantes da tração da sonda (FERNANDES *et al.*, 2003c; FERNANDES, 2005; *CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION*, 2006).

Outras quatro verificações constataram o posicionamento indevido da bolsa coletora de diurese, expondo o paciente ao risco de infecção, pois a bolsa posicionada acima do nível do leito do paciente provoca o refluxo de diurese para a bexiga e conseqüente aumento do risco de infecção urinária (WONG; HOOTON, 1981; FERNANDES *et al.*, 2003c ; POTTER; PERRY, 2004c, 2004e; BELEI *et al.*, 2005; FERNANDES, 2005;).

Com relação ao indicador “Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem”, com um ICI de 100%, a equipe de enfermagem atingiu um percentual de adequação de apenas 22,4%, ou seja, dos 8.699 procedimentos prescritos nos quatorze dias em que a equipe de enfermagem da unidade médico-cirúrgica masculina foi avaliada, somente 1.952 (22,4%) estavam checados de forma a conter um traço e a rubrica do funcionário sobre o horário prescrito. De 360 procedimentos circulados, apenas 83 (23%) apresentavam a justificativa redigida no espaço destinado às anotações na prescrição de enfermagem.

Do restante dos horários de procedimentos de enfermagem prescritos, 5.758 (66,2%) encontravam-se checados de forma inadequada, ou seja, apenas com um traço sobre o horário, o que poderia dificultar o processo de identificação de responsabilidades em caso de alguma complicação com o paciente; 629 (7,2%) dos cuidados prescritos não estavam checados, o que teoricamente significa que não foram realizados, embora os pacientes deles necessitassem.

Possari (2005a) afirma que as anotações de enfermagem expressam a assistência de enfermagem prestada ao cliente, fornecem evidências sobre o cuidado prestado, além de atuarem como forma de comunicação eficaz dentro da equipe de saúde. Para tanto, um dos pré-requisitos para que seja uma forma de comunicação eficaz é que cada registro de enfermagem seja assinado.

No âmbito da qualidade do cuidado de enfermagem, para Matsuda *et al.* (2006), as anotações e registros de enfermagem se constituem do mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação da equipe de enfermagem, por isso é imprescindível que esses dados sejam adequados tanto no que se refere à redação, estrutura e conteúdo quanto no tocante à sua freqüência no prontuário do paciente.

Segundo a Resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002), que dispõe sobre a Sistematização da

Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras, em seu artigo 3º determina que a SAE deve ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário.

O novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em vários artigos, chama a atenção para a responsabilidade do profissional em executar registros adequados e fidedignos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007). A checagem de procedimentos é uma forma de registro de enfermagem, devendo respeitar com rigor os padrões para as anotações de enfermagem.

Quanto ao indicador “Verificação do controle de sinais vitais”, apenas 50,1% de adequação foi alcançado em relação ao padrão determinado no manual operacional. Isto significa que, das 2.642 vezes em que os enfermeiros da unidade avaliada prescreveram a verificação dos quatro sinais vitais (PA, FC, T, FR), estes foram verificados de forma a atender a prescrição apenas 1.323 vezes.

Nas demais 1.223 vezes (46,3%), não foram verificados os quatro sinais vitais. Em alguns casos faltava o registro da PA, em outros, a FR. Do total das verificações de sinais vitais prescritas pelos enfermeiros da unidade avaliada, 96 (3,6%), não foram realizadas. Quando havia justificativa redigida para a não-verificação dos SSVVs, esta se restringia a referir a ausência do paciente na enfermaria, no horário da verificação.

Outro problema observado com relação aos sinais vitais não verificados foi que grande parte destes deixaram de ser verificados no horário das 04:00 horas da madrugada. O fato de a não-verificação dos SSVVs ser freqüente neste horário leva a refletir se seria resultante de negligência por parte do funcionário responsável pelo cuidado, ou pelo contrário, seria uma demonstração de cuidado humanizado por parte do funcionário, que evitou acordar desnecessariamente o paciente.

Em sendo a segunda hipótese verdadeira, fica evidente a necessidade de o enfermeiro que prescreve os cuidados refletir sobre a qualidade da sua prescrição, no sentido de individualizar o cuidado e preocupar-se menos em respeitar os protocolos institucionais. Este estudo não é capaz de fornecer esta resposta, mas alerta para a possibilidade da existência de outras questões que necessitam ser investigadas.

Quanto ao indicador “Checagem de procedimentos de enfermagem na prescrição médica”, com um ICI de 100%, o percentual de adequação da equipe de enfermagem da unidade em estudo foi de 36,3%, ou seja, dos 8.238 horários de medicação prescritos nos 14 dias de busca ativa, 2.987 (36,3%) estavam checados como determina o padrão no manual operacional, e de 838 medicações circuladas, para 637 (76%) havia a justificativa redigida no espaço destinado às anotações, no impresso de prescrição médica.

Os critérios para atendimento ao padrão de checagem de medicações são os mesmos para os procedimentos prescritos pelo enfermeiro. É preciso haver um traço e a rubrica de

quem administrou o medicamento sobre o horário prescrito. Quanto às medicações não administradas, estas devem ser circuladas e as justificativas, redigidas. No caso da instituição estudada, a redação deve se dar no espaço destinado às observações, no impresso de prescrição médica (MAZZA, 2001; CARPENITO, 2002; FERNANDES *et al.*, 2003a; POTTER; PERRY, 2004d, 2004g; POSSARI 2005a).

Em relação à presença da justificativa redigida para medicações não realizadas, observa-se que, das 838 medicações não administradas, 637 (76%) estavam justificadas no espaço destinado a observações, no impresso de prescrição médica, ao passo que, para 360 cuidados não realizados, apenas 83 (23%) apresentavam justificativa redigida para a não-realização desses cuidados, no espaço destinado às anotações, no impresso de prescrição de enfermagem. Isto sugere que a mesma pessoa que executa o cuidado e administra a medicação possui um nível de julgamento a respeito da sua responsabilização pelo que deixou de ser realizado ao paciente diferente perante a equipe médica e perante o enfermeiro da unidade.

Do total de 8.238 horários de medicamentos prescritos, 3.845 (46,7%) não estavam checados como determina o padrão no manual operacional, com o traço e a rubrica do funcionário sobre o horário correspondente. A maioria apresentava apenas o traço sobre o horário, o que gera dificuldades na apuração de responsabilidades no caso de algum problema com o paciente, assim como já tratado no indicador de “Checagem de procedimentos na prescrição de enfermagem”.

Para o último dos 12 indicadores de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, o indicador “Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro”, o percentual de adequação da unidade avaliada foi de 95,1%, ou seja, dos 772 pacientes avaliados, 734 possuíam uma prescrição de enfermagem diária, elaborada de modo a atender às necessidades de cuidados detectadas durante a busca ativa, por meio da observação estruturada dos pacientes internados.

Partindo-se do pressuposto de que 100% dos pacientes deveriam ter uma prescrição de enfermagem diária e completa e tendo-se em vista que a SAE está implantada no hospital estudado há mais de 24 anos, os dados encontrados mostraram que, nos 14 dias de observação, foram realizadas 16 (2,1%), prescrições que não atendiam de forma completa às necessidades de cuidados observadas durante a busca ativa. Observou-se também que 22 (2,8%) pacientes não tinham nenhum cuidado prescrito pelo enfermeiro.

A inexistência de cuidados prescritos pelo enfermeiro ou uma prescrição que não atenda às reais necessidades do paciente fazem surgir questionamentos em relação à causa deste aparente descompromisso com o cuidado.

Um fator que influenciaria os resultados deste indicador estaria relacionado às condições de trabalho dos enfermeiros desta unidade, pois se trata de uma unidade de grande porte (74 leitos) e por isso difícil de administrar, a qual admite desde pacientes que necessitam de cuidados

mínimos a pacientes que necessitam de cuidados intensivos, ou seja, pacientes instáveis e em constante risco de morte, em razão da carência de leitos de terapia intensiva.

Baseado nas necessidades de cuidados destes pacientes graves, o Ministério da Saúde recomenda que para cada dois pacientes nestas condições seria necessário um técnico de enfermagem por período e, para cada dez, um enfermeiro por turno (BRASIL, 1998). No entanto a realidade da unidade é adversa, pois para 74 pacientes, com graus de dependência da enfermagem variados, existem dois enfermeiros por turno durante o dia e um nos plantões noturnos, de finais de semana e feriados.

Ante a constatação de problemas na elaboração da prescrição de enfermagem, emerge um questionamento sobre a possibilidade de a prescrição de enfermagem ter perdido sentido como instrumento de trabalho nesta unidade e estar sendo realizada de forma mecanizada, no intuito de apenas cumprir o protocolo da instituição e atender às determinações do COFEN em sua Resolução 272 de agosto de 2002 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002).

Este estudo não tem condições de responder à referida questão, mas mostra a necessidade de estudos mais aprofundados no sentido de contabilizar as dificuldades dos enfermeiros desta instituição no desenvolvimento da prescrição de enfermagem, buscando subsidiar mudanças no processo de trabalho, mesmo no que se refere à elaboração de justificativas adequadas para alocação de recursos humanos, com vista à otimização do processo de trabalho.

O Conselho Federal de Enfermagem, na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, estabelece, em seu artigo 11, que a prescrição da assistência de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986). Por outro lado, tendo-se em conta que a prescrição de enfermagem é uma parte da SAE que, pela Resolução Cofen nº 272/2002, é considerada como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro, como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002), cabe ao enfermeiro a elaboração da prescrição de enfermagem completa, de forma a não incorrer em falta por imperícia, negligência ou imprudência.

Sentone (2005), em estudo sobre a qualidade na elaboração da prescrição de enfermagem, o qual foi desenvolvido na mesma instituição, considera, assim como todos os profissionais enfermeiros quando questionados sobre a operacionalização da SAE, que estas deficiências na elaboração da prescrição de enfermagem podem estar relacionadas à sobrecarga de atividades, à falta de preparo do profissional no desenvolvimento do raciocínio clínico e à carência de recursos humanos suficientes.

Nonino (2006) em seu estudo sobre avaliação da qualidade da assistência de enfermagem nos procedimentos de banho e curativo detectou o problema da falta de recursos humanos no que se refere ao pessoal de nível técnico. Este estudo também foi desenvolvido nesta

instituição. Segundo a autora, a falta de recursos humanos resulta em sobrecarga de trabalho, falta de tempo, falta de colaboração entre os membros da equipe e, conseqüentemente, em comprometimento da qualidade do cuidado.

Ramos (2007) por sua vez, afirma que parte dos problemas relativos à implementação da SAE deve-se à falta de conhecimento do pessoal de nível técnico quanto à sua forma de participação no desenvolvimento desta metodologia, e sugere que os enfermeiros, na condição de gerentes da assistência, bem como o pessoal de nível técnico, sejam orientados neste sentido.

Em consonância com o exposto, Silva (2002) e Ochoa-Vigo, Pace e Santos (2003) afirmam que o enfermeiro que deseje trabalhar com qualidade deve estimular a participação dos funcionários nas decisões relativas ao cuidado, de forma que se vejam como parceiros do sucesso, sentindo e abraçando a responsabilidade do cuidado com qualidade.

O hospital em questão possui um serviço de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem desde 1998, o qual tem mostrado de forma sistemática a ocorrência destes problemas - por vezes de modo mais pronunciado, por vezes menos. Além disso, a instituição possui um setor de educação permanente específico para a enfermagem e sabe-se que o enfermeiro responsável por uma equipe tem papel de educador, no sentido de promover a educação continuada em serviço. Diante desses fatos e de todos os problemas apresentados na Tabela 27, emerge o questionamento do porquê de todos estes problemas no desenvolvimento de cuidados básicos de enfermagem.

Pergunta-se: qual seria a estratégia mais adequada para melhorar o desempenho da equipe de enfermagem da unidade avaliada, no sentido de não expor o paciente a riscos evitáveis e se atentar para os preceitos éticos e legais que envolvem a profissão?

Acredita-se que muitos se não todos os problemas detectados pela aplicação do instrumento de registro de busca ativa podem ser sanados mediante o estabelecimento de medidas corretivas imediatas, como, por exemplo, sensibilização da equipe para a necessidade de comprometimento com o cuidado de qualidade e medidas de educação continuada e permanente.

Souza, Mendes e Silva (1994) e Zunta *et al.* (2006), reafirmam a importância de medidas de educação em serviço ao expressarem que é imprescindível para a melhoria da qualidade do cuidado que o enfermeiro desempenhe seu papel de educador à medida que desempenha seu papel de supervisor, ou seja, proporcione educação continuada em serviço.

Haddad (2004) atuou com processos de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem na mesma instituição deste estudo. Os processos incluíam a realização de oficinas de trabalho com as equipes das unidades avaliadas para discutir os resultados e o levantamento de propostas de melhoria com a

participação de todos os envolvidos no processo de cuidar. Nas reavaliações das unidades, a autora constatou pouca ou nenhuma melhora em alguns aspectos do cuidado avaliado, e concluiu que para a melhora dos resultados é fundamental uma supervisão mais efetiva por parte dos enfermeiros da unidade.

A importância da supervisão do enfermeiro no processo de melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem foi também expressa por Nonino (2006). Esta atribuição do enfermeiro está prevista na Lei do Exercício Profissional, a qual, em seu artigo 15, determina que os técnicos e auxiliares de enfermagem, no exercício de suas atividades, sejam supervisionados pelo enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Nonino (2006) ressalta também a importância da educação permanente e continuada, no sentido de contribuir para melhorar o desempenho dos trabalhadores, assegurando desta forma qualidade ao cuidado.

Reafirmando a importância da educação permanente, Ceccim (2005) é categórico ao afirmar que os processos ou programas de educação permanente só serão decisivos para a melhoria da qualidade quando reforçarem a necessidade de refletir sobre as questões do cotidiano da prática de enfermagem durante os processos que visam à capacitação.

Ceccim (2005) expressa que a educação permanente deve abranger, além do objetivo de atualização cotidiana das práticas disponíveis, a construção de relações e processos que gerem auto-análise, autogestão, mudança institucional, enfim, pensamento e experimentação.

Reiterando o exposto acima, Magalhães *et al.* (2004) afirmam que o cuidar exige reflexões; sendo assim, a enfermagem, constituindo-se de uma prática de cuidados, deve dedicar-se ao questionamento do seu fazer no sentido de prestar o bom cuidado.

Para Ceccim (2005), é impossível apenas “prescrever habilidades”, comportamentos e perfis aos trabalhadores da equipe de saúde (entenda-se enfermagem) para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. É preciso compreender que os trabalhadores são muito mais do que componentes de um espectro de recursos, como os materiais financeiros e infra-estruturais. Eles são, acima de tudo, os atores do cotidiano, os quais devem ser os protagonistas das mudanças da realidade.

O hospital em estudo possui um serviço de educação e treinamento, recém denominado Núcleo de Educação e Pesquisa em função de ter adotado o incentivo à pesquisa em enfermagem como ferramenta para atualização, capacitação e conseqüentemente satisfação profissional. Este setor foi implantado na década de 1980, com o objetivo de oferecer treinamento aos funcionários da enfermagem da instituição. A partir de 1994 adotou como meta 30 horas anuais de treinamento para cada funcionário. No entanto, em razão do Figura progressivo de escassez de

recursos humanos, os enfermeiros têm dificuldade em liberar os funcionários para realizar treinamentos no horário de trabalho.

Ao lado da questão do Figura insuficiente de pessoal, cabe ressaltar que 39% dos funcionários da enfermagem do hospital estudado possuem outra atividade laboral ou acadêmica além da que desempenham na instituição, e que 82,9% desses funcionários são mulheres, em sua maioria casadas, separadas ou divorciadas, com filhos e casa para cuidar. Sendo assim, também se torna impraticável participarem de treinamentos fora do horário de trabalho (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ, 2007b).

Haddad (2004), no entanto, faz uma reflexão bastante pertinente acerca de que os problemas no processo de trabalho da enfermagem não devem ser usados como justificativa para se realizar um trabalho “meramente intuitivo e rotineiro”. Ao expressar que limitações e obstáculos sempre existiram e sempre existirão, a autora chama a atenção do profissional enfermeiro e toda a sua equipe, no sentido de sentir-se desafiados e estimulados a prestar um cuidado de qualidade em situações por vezes um tanto quanto adversas.

## 11 CONCLUSÃO

Acredita-se que a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem por meio de indicadores pode ser utilizada no sentido de reforçar o desejo natural dos profissionais da saúde em melhorar o cuidado, ao mesmo tempo em que funciona como uma forma de compreender a qualidade deste cuidado.

Os processos avaliativos, no entanto, deve utilizar-se de informações válidas, pois somente com a aplicação de medidas validadas evita-se correr o risco de distorcer o comportamento da equipe e, conseqüentemente, desacreditar e desmotivar os profissionais de enfermagem.

Foi com base nestas questões que este estudo foi conduzido, visto que teve como objetivos desenvolver, validar e aplicar um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem.

Tendo-se em conta que a validade é uma característica que se apóia em um grau maior ou menor de evidências e que a validade de um instrumento é determinada na medida em que mais evidências existam de que ele esteja mensurando aquilo que se propôs a medir, pode-se afirmar que o instrumento proposto por este estudo foi considerado válido quanto ao seu conteúdo e sua aplicabilidade a uma população de pacientes adultos internados em uma unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário público.

Quanto aos resultados da estratégia de validação de conteúdo, após análise e parecer dos *experts*, dos dez indicadores inicialmente propostos por este estudo, compostos por 32 itens de avaliação, resultaram 12 indicadores compostos de 49 itens de avaliação.

Isto vem confirmar a importância da opinião dos *experts* no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento do instrumento de medida, pois são peritos no domínio do conteúdo sob estudo.

O índice de concordância dos *experts* em relação ao manual operacional, a cada item de avaliação e ao conjunto dos itens, superou o percentual de 80% predeterminado em material e método na grande maioria dos itens avaliados.

Em relação aos itens que obtiveram abaixo de 80% de concordância, estes foram reformulados para atender às recomendações dos *experts*, não havendo a necessidade de submetê-los novamente à avaliação do painel em razão de que os comentários e sugestões foram complementares, e não contraditórios.

As sugestões dos *experts* envolveram, em sua maioria, questões como a adequação do nome de alguns indicadores com o acréscimo de verbos que indicassem ação, a readequação do cálculo dos indicadores (numerador e denominador) e substituição da média dos eventos observados pelo número total destes.

Quanto ao Indicador 12 (Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro), muitos comentários e sugestões foram realizados por parte dos *experts*, no sentido de reafirmar e chamar a atenção para a importância da prescrição elaborada diariamente pelo enfermeiro, com conteúdo adequado às necessidades dos pacientes.

Muito embora os problemas de cuidados selecionados para o desenvolvimento deste estudo sejam parte do cotidiano da prática da enfermagem do Brasil e do mundo, em maior ou menor grau, constituiu um grande desafio a interpretação e representação destes problemas na forma de indicadores de qualidade.

Os Indicadores propostos certamente não abrangem todos os aspectos relevantes da prevenção de eventos adversos, tampouco compreendem todas as questões de cuidado que merecem atenção, mas dirigem-se às necessidades mais urgentes de intervenção para melhoria da qualidade das práticas na instituição estudada, cuja realidade, certamente, não é diferente de muitas outras de nosso país.

Quanto à aplicação definitiva do instrumento pós-estratégia de validação de conteúdo, os dados encontrados na unidade avaliada referentes à qualidade dos cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos mostraram pontos que necessitam de intervenção urgente para melhoria da qualidade.

Dos 12 indicadores avaliados, somente o relativo à verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas superou o índice de conformidade ideal (ICI), de 80%, alcançando um percentual de 89,4%. Os demais indicadores receberam um ICI bastante inferior ao preconizado.

Chama a atenção o ICI de 3,6% para o indicador de identificação de acessos venosos periféricos; o de 25,5% para identificação de equipos para infusão venosa; o de 34,2% para identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão; o de 0% para identificação de sondas gástricas; o de 22,4% para checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem; o de 50,1% para verificação de SSVV; e o de 36,3% para checagem de procedimentos de enfermagem na prescrição médica. Todos estes indicadores apresentam um ICI recomendável de 100%.

A grande maioria dos problemas de cuidados encontrados na unidade avaliada refere-se a questões de documentação do cuidado, ou, mais precisamente, de “registros de enfermagem”, seja na identificação seja na checagem de procedimentos.

Em face dos problemas detectados pela aplicação do instrumento proposto e validado quanto ao seu conteúdo, acredita-se ser necessário otimizar o processo de educação

permanente da instituição estudada. Esta otimização das práticas de educação permanente deve considerar a necessidade de sensibilização do pessoal de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre sua participação na implementação da SAE.

Acredita-se que a educação permanente seja o caminho para a melhoria da qualidade do cuidado, desde que vista com um olhar diferente, que vá além do repasse de conhecimento formal e atue de forma a orientar e fortalecer a equipe e as práticas uns dos outros nesta equipe.

Cabe também, como medida de educação permanente dirigida especificamente aos enfermeiros da unidade, o resgate do papel de líder da equipe, que, no exercício de sua função gerencial, seja guiado pelo valor básico e princípio fundamental expresso no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, princípio que, segundo Trevizan *et al.* (2002), se caracteriza pelo respeito ao ser humano. Respeitar o ser humano implica em zelar pelo exercício ético e legal da profissão; portanto, cabe ao enfermeiro atentar para seu papel de educador e exercitar a educação continuada e supervisão sistemática e diária.

Considera-se que tenha sido de grande valia superar o desafio de construir indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem e aplicá-lo em uma unidade de internação, pois veio a confirmar a importância do controle de qualidade do cuidado como instrumento eficiente no sentido de direcionar as mudanças necessárias ao processo de trabalho da equipe de enfermagem, com vistas a alcançar a melhor qualidade possível no contexto da realidade local.

O desenvolvimento deste estudo proporcionou a confirmação de que a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem necessariamente não precisa abranger todos os aspectos do cuidar. Um instrumento simplificado, objetivo e direcionado às necessidades mais urgentes de intervenção possibilita instrumentalizar os gerentes em razão de que os resultados encontrados funcionam como marcadores da qualidade, os quais subsidiam a elaboração e reajuste de metas na busca pela melhor qualidade possível.

Faz-se importante mencionar as limitações deste estudo, entre elas a não-inclusão de indicador relativo ao aspecto interativo entre equipe de enfermagem e o paciente. Realmente, este é um aspecto extremamente importante, porém, não foi vislumbrado no desenvolvimento deste estudo em razão de que as falhas em cuidados básicos e fundamentais eram motivo de inquietação. Tais falhas já vinham sendo detectadas utilizando-se da metodologia proposta por Haddad *et al.* (1999), mas acabavam por perder evidência ou não ficarem suficientemente manifestas, por estarem “diluídas” dentro de um processo avaliativo abrangente e que analisa muitos aspectos do cuidado. Neste sentido, optou-se por direcionar o estudo a estas questões de cuidados imprescindíveis e avaliar a questão interativa após terem sido tomadas as iniciativas necessárias para sanar estes problemas mais urgentes.

Outra limitação deste estudo diz respeito à avaliação da qualidade da prescrição elaborada pelo enfermeiro. Acredita-se que o instrumento proposto não é adequado para analisar com profundidade este aspecto, por isso sugere-se a manutenção do instrumento referente à Análise da Prescrição de Enfermagem, o qual faz parte da metodologia proposta por Haddad *et al.* (1999) o qual é pertinente e completo, embora num contexto diferente, de reflexão - ação - reflexão.

Faz-se importante enfatizar que este estudo possibilita contribuir para a melhoria das práticas de cuidados relacionados à prevenção de eventos adversos; além disso, ressalta-se a importância de estudos posteriores para determinação da confiabilidade deste instrumento, que vem determinar o grau de coerência com que o instrumento mede o atributo em estudo.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H. M. S. Programa de qualidade do governo federal aplicado a saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 5-10, 2001.
- APPROPRIATENESS of content validity studies. 1978. In: UNIFORM Guidelines on Employee Selection Procedures. Section 14C(1). Disponível em: <http://www.uniformguidelines.com/uniguideprint.html#66>. Acesso em: 31 maio 2007.
- ASSUNÇÃO, C. R. *Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná*. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- 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. 290-295, 2006.
- BARBETTA, P. A. *Estatística aplicada às ciências sociais*. 5. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.
- BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. *Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica*. 2. ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2000.
- BECK, C. T. Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 30, n. 1, p. 24-32, 1999.
- BELEI, R. A. et al. *Manual de rotinas da comissão de infecção hospitalar*. 2005. apostila.
- 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.
- 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, 2004.
- BOAVENTURA, A. P. *Registro de atendimento da parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar: validade e aplicabilidade de um instrumento*. 2004. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 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.
- BOJO, A. S. et al. Midwifery care: development o fan instrument to measure quality base on the World Health Organization's classification of care in normal birth. *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 13, n.1, p. 75-83, 2004.
- BRAGA, C. G. *Construção e validação de um instrumento para avaliação do sentimento de impotência*. 2004. 241 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. *Padrões mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde*. Brasília, DF, 1978.

BRASIL. *Lei n.º 8.078 de 11 de setembro de 1990*. Dispõe sobre a proteção do consumidor e da outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8078.htm>. Acesso em: 20 set 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996*: Aprova diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3432/GM, 12 de Agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 ago. 1998. n. 54, Seção 1, p. 10. Disponível em: <[http://www.mp.sp.gov.br/pls/portal/docs/PAGE/CAO\\_CIDADANIA/PROTOCOLADO%20GERAL/UTI%20NEONATAL/PORTARIA%20MS-GM%203432-98.DOC](http://www.mp.sp.gov.br/pls/portal/docs/PAGE/CAO_CIDADANIA/PROTOCOLADO%20GERAL/UTI%20NEONATAL/PORTARIA%20MS-GM%203432-98.DOC)>. Acesso em: 14 set. 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/roteiro%20para%20reflex%20E3o.pdf>>. Acesso em: 12 dez 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*: documento técnico. Brasília, DF, 2006.

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I 1991. *Quality And Safety In Health Care*, London, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2004.

BROOKS, R. The reliability and validity of the health of the Nation Outcomes Scales: validation in relation to patient derived measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Melbourne, v. 34, n. 3, p. 504-11, 2000.

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. 409-414, 2005.

CAMPBELL, S. M. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ*, London, v. 326, n. 12, p. 816-819, 2003.

CARPENITO, L. J. Documentação do cuidado de enfermagem. In:\_\_\_\_\_. *Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 2, p. 30-48.

CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001, cap. 2, p. 17-27.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Department of Health and Human Services. *Falls in nursing homes*. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/nursing.htm>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Injury Prevention and Control. *Falls and hip fractures among older adults*. 2005. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/falls.htm>. Acesso em: 4 jan. 2006.

CHASSIN, M. et al. Characteristics of clinical indicators. *QRB. Quality Review Bulletin*, Chicago, v. 15, n. 11, p. 330-339, 1989.

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

CIANCIARULLO, T.; I. C & Q: teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22&sectionID=35>.

Acesso em: 23 junho 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN nº 272/ 2002*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34>.

Acesso em: 23 jun. 2007.

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&sectionID=34>.

Acesso em: 23 jun. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN nº 311/2007*. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7221&sectionID=34>

Acesso em: 23 jun. 2007.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. et al. *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CROSBY, P. B. *Qualidade é investimento: a arte de garantir a qualidade*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

D' INNOCENZO, M. Indicadores organizacionais. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari, 2006. cap. 6, p. 109-118.

DEFINITIONS. 1978. In: UNIFORM Guidelines on Employee Selection Procedures. Section 16.. Disponível em: <http://www.uniformguidelines.com/uniguideprint.html#129>. Acesso em: 31 maio 2007.

DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DENCKER, A. F. M.; DA VIÁ, S. C. O uso da quantificação nas ciências sociais. In:\_\_\_\_\_. *Com ênfase em comunicação*. 2. ed. São Paulo: Futura, 2002. cap. 6, p. 85-92.

DIAS, M. C. C. B. *Aplicação do Nursing Activities Score – N.A.S.- como instrumento de medida da carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica*. 2006. 115 f. Dissertação (Mestrado em Administração em Serviços de Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISSLER, A. C. O processo de enfermagem: planejamento do cuidado com diagnóstico de enfermagem. In:\_\_\_\_\_. *Planos de cuidado de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 2, p. 6-11.

DONABEDIAN, A. *Garantia y monitoría de la calidad de la atención médica*. Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

DONABEDIAN, A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: na illustrated analysis. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1985.

FELDMAN, L. B. Critérios para avaliar o serviço de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari, 2006. cap. 5, p. 89 -106.

FERNANDES, M. V. et al. Procedimentos administrativos. In:\_\_\_\_\_. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003a. cap. 1, p. 1-15.

FERNANDES, M. V. et al. Sinais vitais, peso, altura, circunferência abdominal e pressão venosa central. In: \_\_\_\_\_. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003b. cap. 4, p. 33-43.

FERNANDES, M. V. et al. Sondagens e eliminações. In:\_\_\_\_\_. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003c. cap. 6, p. 59-75.

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, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, N. M. L. A.; MARASSI, R. P. Avaliando condutas na preservação da infusão venosa no doente hospitalizado. *Prática Hospitalar*, São Paulo, ano 7, n. 39, 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2039/pgs/materia%2012-39.html>>. Acesso em: 8 jan. 2007.

GENERAL Standarts for vality studies. 1978. In: UNIFORM Guidelines On Employee Selection Procedures. Section 5B. Disponível em: <http://www.uniformguidelines.com/uniformguidelines.html#22>. Acesso em: 31 maio 2007.

GROL, R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 286, n. 20, p. 2578-85, 2001.

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: 10 nov. 2006.

HADDAD, M. C. L. *Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital escola público*. 2004. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

HADDAD, M. C. L. et al. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada em um hospital de ensino. *Olho Mágico*, Londrina, v. 5, n. 19, p. 27-28, 1999.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL NORTE DO PARANÁ. Assessoria de Controle e Planejamento de Recursos Humanos do HU/UEL. *Relatório mensal*, Londrina, 2007a.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL NORTE DO PARANÁ. Assessoria de Controle e Planejamento de Recursos Humanos do HU/UEL. *Relatório mensal*, Londrina, 2007b.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL NORTE DO PARANÁ. Serviço de Atendimento Médico e Estatística. *Relatório anual*. Londrina, 2006.

HULLEY, E. B. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.

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.

JOHANSON, L. et al. Registro de enfermagem: sua importância no controle e prevenção da infecção relacionada a cateter venoso em clientes com HIV/AIDS. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. *Anais eletrônicos...* São Paulo: [s.n.], 2002. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000100035&lng=pt&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100035&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 out. 2007.

JURAN, J. M. *Juran planejando para a qualidade*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

KAZANDJIAN, V. A.; THOMSON, R. G.; MCELROY, H. Maryland hospital quality indicator project in the United Kingdom: in approach for promoting continuous quality improvement. *Quality in Health Care*, Oxford, v. 6, n. 1, p. 49-55, 1997.

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. 571-582, 2006.

KONOW, I.; PÉREZ, G. *Método DELPHI*. 1990. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Pentagon/Quarters/7578/pros01.html>>. Acesso em: 29 jul. 2007.

KREISCHER, E. D. et al. Utilização de indicadores de qualidade pela supervisão: uma inovação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 57., 2005, Goiânia. *Anais eletrônicos...* Goiânia: ABEn, 2005. Disponível em : <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/1652.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2007.

LEAPE, L. L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 324, n. 6, p. 377-384, 1991.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

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

MAGALHÃES, A. M. et al. Implantação do modelo de primary nursing: relato de experiência. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 235-239, 2004.

MALIK, A. M. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari, 2006. cap. 1, p. 21 -35.

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*, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a12.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm)>. Acesso em: 7 out. 2007.

MAZZA, V. A. et al. Instrumentalização para registrar em enfermagem. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001, cap. 3, p. 137-145.

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.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação dos eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MEZOMO, J. C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: J. C. Mezomo, 1995.

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.

MOZACHI, N. et al. Sonda nasogástrica e retal. In: SOUZA, V. H. S.; MOZACHI, N. *Hospital: manual do ambiente hospitalar*. 2005. cap. 17, p. 206-209. Disponível em: <[http://www.manualreal.com.br/Arquivos/ManualReal\\_Capitulo\\_17.pdf](http://www.manualreal.com.br/Arquivos/ManualReal_Capitulo_17.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2006.

NASCIMENTO, G. M. *Estudo do absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto – SP*. 2003. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

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 em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

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. 184-191, 2003.

O'GRADY, N. P. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *MMWR: Morbidity And Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, n. RR10, p. 1-26, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

OVRETVEIT, J.; GUSTAFSON, D. Improving the quality of health care: using research to inform quality programmes. *BMJ*, London, v. 326, n. 7392, p. 759-761, Apr. 2003.

PADILHA, K. G. Ocorrências heterogênicas na UTI e o enfoque da qualidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 91-96, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7804.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2007.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Edição especial. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255a.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2006.

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

PHILLIPS, L. D. Controle de infecção. In: \_\_\_\_\_. *Manual de terapia intravenosa*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 6, p. 140-166.

**PINTO AFANADOR, N. Indicadores de cuidado. *Actualizaciones en Enfermería*, Bogota, v. 4, n. 1, p. 13-18, 2001.**

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

POSSARI, J. P. Anotações de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Prontuário do paciente e os registros de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Íatria, 2005a. cap. 9, p. 131-148.

POSSARI, J. P. Prescrição de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Prontuário do paciente e os registros de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Íatria, 2005b. cap. 7, p. 117-129.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Administração de medicamentos. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004a. cap. 34, p. 748-819.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. O cliente cirúrgico. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004b. cap. 49, p. 1420-1469.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Controle de infecção. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004c. cap. 33, p. 705-747.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Documentação. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004d. cap. 24, p. 422-242.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Eliminação urinária. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004e. cap. 44, p. 1179-1224.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Equilíbrios hídricos, eletrolítico e ácido-básico. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004f. cap. 40, p. 1014-1164.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Implicações legais na prática de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004g. cap. 21, p. 358-375.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Integridade cutânea e cuidado com feridas. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004h. cap. 47, p. 1319-1394.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. O raciocínio crítico na prática de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004i. cap. 3, p. 232-317.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Segurança. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004j. cap. 37, p. 863-892.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Sinais vitais. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004k. cap. 31, p. 563-609.

PRINGLE, M.; WILSON, T.; GROL, R. Measuring "goodness" in individuals and healthcare systems. *BMJ*, London, v. 325, n. 7366, p. 704-707, 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.

RAMÍREZ, A.; PÉREZ, M. Indicadores de calidad en enfermería: eventos accidentales de los pacientes. *Revista Enfermería Chile*, Santiago, v. 38, n. 124, p. 15-21, 2003.

RAMOS, L. A. R. *Sistematização da assistência de enfermagem: um estudo com técnicos e auxiliares de enfermagem*. 2007. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

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.

SENTONE, A. D. D. *Análise dos indicadores de qualidade na elaboração da prescrição de enfermagem em uma unidade de internação de um hospital universitário público*. 2005. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SHAW, C. et al. Validity and reliability of an interviewer-administered questionnaire to measure the severity of lower urinary tract symptoms of storage abnormality: the Leicester Urinary Symptom Questionnaire. *BJU International*, Edinburgh, v. 90, n. 3, p. 205-215, 2002.

SILVA, L. D. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 111-116, 2002

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.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Líquido e eletrólitos: equilíbrio e distúrbios. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1. cap. 13. p. 192-232.

SOUZA, F. A. E. F.; MENDES, I. A. C.; SILVA, J. A. Atitudes de profissionais de enfermagem em relação ao paciente queimado: elaboração e teste de fidedignidade de um instrumento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 69-82, 1994.

THOMAS, E. J. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*, Philadelphia, v. 38, n. 3, p. 261-271, 2000.

TORRES, R. M.; CASTRO, C. G. S. O. Gerenciamento de eventos adversos relacionados a medicamentos em hospitais. *Revista Eletrônica de Administração Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 1-11, 2007. Disponível em: <[http://www.saocamilo-rj.br/REAH/pdf/gerenciamento\\_eventos.pdf](http://www.saocamilo-rj.br/REAH/pdf/gerenciamento_eventos.pdf)>. Acesso em: 8 ago. 2007.

TREVIZAN, M. A. et al. Ethical aspects concerning nurses' managerial activity. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2007.

WEINSTEIN, S. Principles and practice of intravenous therapy. New York: Lippincott, 2001.

WESTMORELAND, D. et al. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. *Journal of Nursing Care Quality*, Frederick MD, v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000.

WILLIAMS, P. L.; WEBB, C. The Delphi technique: a metodological discussion. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 19, p. 180-186, 1994.

WONG, E. S.; HOOTON, T. M. *Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections*. 1981. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl\\_catheter\\_assoc.html](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_catheter_assoc.html)>. Acesso em: 4 jan. 2006.

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, 2003.

ZUNTA, R. S. B. et al. Treinamento com foco no faturamento assistencial: uma inovação no serviço de educação continuada. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 239-249, 2006.

## APÊNDICES



**APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DE ESPECIALISTAS PESQUISADORES NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Prezado (a) Senhor (a)

Solicito a sua participação no processo de validação de um instrumento que faz parte do estudo intitulado: **“Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem”** a ser desenvolvido em um hospital público de ensino do Norte do Paraná, no ano de 2007.

O referido estudo tem como objetivo geral “Desenvolver um instrumento de avaliação do cuidado de enfermagem composto por Indicadores de Qualidade” e como objetivos específicos, “verificar a validade de conteúdo e aplicabilidade do instrumento reformulado para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem”, “avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem de uma unidade médico cirúrgica para adultos do sexo masculino de um hospital público, utilizando o instrumento reformulado”.

O tipo de validação a ser realizada pelo(a) Senhor(a) será a Validação de Conteúdo, ou Validação Opinitiva, que visa determinar se os Indicadores propostos pela pesquisa representam o construto teórico abordado e, se são capazes de mensurar a qualidade do cuidado de enfermagem ao paciente adulto internado. Desse modo o Senhor(a) deverá registrar seu parecer acerca dos indicadores propostos em instrumentos próprios, que serão encaminhados pela pesquisadora, compostos por questões objetivas e espaços destinados ao registro de sugestões e/ou comentários.

A validação se dará no âmbito do Manual Operacional dos Indicadores, Validação do Conteúdo dos Itens que compõem cada indicador e Validação do Instrumento de Registro de Busca Ativa que é composto pelo conjunto dos dez indicadores subdivididos em trinta e dois itens de avaliação. Desse modo, encaminho em anexo o Manual Operacional dos Indicadores, o Instrumento de Registro de Busca Ativa e

os Instrumentos para a Validação Opinitiva que deverão ser preenchidos pelo (o) Senhor (a).

Encaminho também o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o qual deve ser assinado pelo (a) Senhor (a) e devolvido juntamente com os demais instrumentos.

Solicito que os instrumentos sejam devolvidos no prazo de até 20 dias após o recebimento dos mesmos, por correio, utilizando-se do envelope anexo ou de outro modo que julgar pertinente.

Agradeço antecipadamente pela atenção e me coloco à disposição para eventuais esclarecimentos.

---

*Dagmar Willamowius Vituri  
Enfermeira - HURNP  
Fone (43) 3371-2498  
dagmar@uel.br*

**APÊNDICE B - TERMO CE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (*EXPERTS*)**

**TÍTULO DO PROJETO:** “Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem”.

**RESPONSÁVEL PELO PROJETO:** Dagmar Willamowius Vituri (Mestranda em Enfermagem pelo Depto. Enf. da Universidade Estadual de Maringá).

**ORIENTADORA:** Profa. Dra. Laura Misue Matsuda (Depto. Enf. -UEM).

Eu, \_\_\_\_\_,

R.G.: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações acerca da pesquisa acima citada a qual tem como objetivo desenvolver e validar um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem, e ter sido esclarecido (a) de que minha participação se resume a emitir parecer a cerca da validade de conteúdo dos indicadores propostos pelo instrumento em estudo e, considerando os direitos a seguir relacionados de:

1. Retirar meu consentimento e participação a qualquer momento que considerar que possa trazer algum prejuízo à minha pessoa;
2. A segurança de que não serei identificado (a);
3. A minha participação na pesquisa não resultará em custos monetários à minha pessoa.

Concordo em participar do estudo.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do participante*

\_\_\_\_\_  
*Dagmar Willamowius Vituri*  
Coren: 46625  
Fone (43) 3371-2498  
dagmar@uel.br

**APÊNDICE C - INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Prezado (a) Juiz (a)

No presente estudo, o construto em questão é: **Qualidade do Cuidado de Enfermagem**, conceituado como: “Um conjunto de ações desenvolvidas pelo profissional, com conhecimento, habilidade, humanidade e competência, objetivando o atendimento das necessidades e expectativas de cada paciente” (SILVA, 1994, p. 77).

Anexo consta o material desenvolvido para o processo de Validação de Conteúdo ou Validação Opinativa do qual, o(a) Senhor(a), mui gentilmente, aceitou participar.

1. Tabela de Especificação de Especificação de Domínio do Conteúdo;
2. Manual Operacional dos Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem;
3. Instruções para o preenchimento do instrumento para validação opinativa dos dez indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem que fazem parte do manual operacional;
4. Instrumento para Validação Opinativa dos Dez Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem que fazem parte do manual operacional dos indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem;
5. Instruções para o preenchimento dos instrumentos para validação opinativa do instrumento de registro de busca ativa;
6. Instrumento de Registro de Busca Ativa;
7. Instruções para o preenchimento do instrumento para validação opinativa de cada um dos itens de avaliação de dez indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem;
8. Instrumento para Validação Opinativa de cada um dos Itens de Avaliação de Dez Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem;
9. Instruções para o preenchimento do instrumento para validação opinativa dos atributos do conjunto dos itens de avaliação de cada um dos dez indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem;

10. Instrumento para Validação Opinativa dos Atributos do Conjunto dos Itens de Avaliação de cada um dos Dez Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem;
11. Instrumento para Caracterização dos juízes.

## REFERÊNCIA

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.

## APÊNDICE D - TABELA DE ESPECIFICAÇÃO DE CONTEÚDO DO DOMÍNIO

Segundo Pasquali (2003), dois passos devem ser seguidos no processo de validação de conteúdo, a definição do universo de conteúdo e da representatividade do conteúdo, de forma a delimitar o conteúdo em suas unidades e subunidades e definir a proporção com que cada tópico e subtópico representam no conteúdo total do universo.

Sendo assim, a Tabela 1 explicita o conteúdo que este estudo se propõe a mensurar, divididos em quatro tópicos: três tópicos relativos às necessidades humanas básicas de segurança física, nutrição e hidratação e eliminações e, um tópico referente a padrões de registros de enfermagem.

Os quatro tópicos acima citados estão subdivididos em doze subtópicos denominados de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem, a saber:

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.

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		
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	6,12	4,08	8,16	18,36	8,16	12,24	10,2	10,2	6,12	6,12	100
n	4		23				6		16			49	
Proporção por necessidade (%)	8,16		46,93				12,24		32,65			100	

As **proporções** correspondem ao nível de representatividade de cada tópico e subtópico no instrumento de medida e os **n** representam o número de itens por tópico e subtópico.

O número de itens e conseqüentemente as proporções foram determinados a partir da seleção das necessidades de cuidados mais críticos com relação à qualidade na instituição a ser estudada.

## REFERÊNCIA

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

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (ESTAGIÁRIOS)**

**TÍTULO DO PROJETO:** “Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem”.

**RESPONSÁVEL PELO PROJETO:** Dagmar Willamowius Vituri (Mestranda em Enfermagem pelo Depto. Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá).

**ORIENTADORA:** Profa. Dra. Laura Misue Matsuda (Depto. Enfermagem-UEM).

Eu, \_\_\_\_\_,

R.G.: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações e estando esclarecido(a) a cerca da pesquisa acima citada, a qual tem como objetivo desenvolver e validar um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem, e ter sido esclarecido (a) de que minha participação se resume aplicar o instrumento reformulado em caráter de “Estudo Piloto” e, a emitir parecer a cerca do nível de compreensão dos itens de avaliação dos indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem propostos, bem como a cerca da aplicabilidade do instrumento, e considerando os direitos a seguir relacionados:

1. Retirar meu consentimento e participação a qualquer momento que considerar que possa trazer algum prejuízo à minha pessoa;
2. A segurança de que não serei identificado (a);
3. A minha participação na pesquisa não resultará em custos monetários à minha pessoa.

Concordo em participar do estudo.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do participante*

\_\_\_\_\_  
*Dagmar Willamowius Vituri*  
*Coren: 46625*  
*Fone (43) 3371-2498*  
*dagmar@uel.br*

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (PACIENTES)**

**TÍTULO DO PROJETO:** “Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem”.

**RESPONSÁVEL PELO PROJETO:** Dagmar Willamowius Vituri (Mestranda em enfermagem pelo Depto. Enf. Da Universidade Estadual de Maringá).

**ORIENTADORA:** Profa. Dra. Laura Misue Matsuda (Depto. Enf.-UEM).

Eu, \_\_\_\_\_,

R.G.: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações e estando esclarecido(a) sobre a pesquisa acima citada, que visa avaliar a qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos, e que minha participação se resume em permitir que minhas prescrições médicas e de enfermagem bem como, as condições de segurança, integridade de pele, sondas e acessos venosos, de que porventura esteja fazendo uso, sejam observados e considerando os direitos a seguir relacionados:

1. Retirar meu consentimento e participação a qualquer momento que considerar que possa trazer algum prejuízo à minha pessoa;
2. A segurança de que não serei identificado (a);
3. A minha participação na pesquisa não resultará em custos monetários à minha pessoa.

Concordo em participar do estudo.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_.

---

*Assinatura do participante*

---

**Dagmar Willamowius Vituri**  
**Coren: 46625**  
**Fone (43) 3371-2498**  
**dagmar@uel.br**

## APÊNDICE G - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS INSTRUMENTOS PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA

O Instrumento de Registro de Busca Ativa deve ser utilizado para o registro da frequência com que cada item de avaliação que compõe o Indicador é evidenciado pelo pesquisador, no momento da busca ativa, na unidade em estudo.

O referido instrumento é composto por duas colunas. A primeira refere-se aos enunciados dos itens de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem e, a segunda, é destinada ao registro da frequência em que cada item que compõe o indicador é verificado. Assim, cada vez que for constatada a presença do item de avaliação do indicador, deve ser anotado um traço “ | “ de modo que **a cada cinco traços (constatações), tenhamos a seguinte figura: “  ”.**

Ao final do instrumento existe um espaço destinado ao registro de observações do avaliador.

O instrumento de Registro de Busca Ativa será operacionalizado por meio da observação direta, pelos estagiários do 3º e 4º ano de graduação em enfermagem e pela pesquisadora, de todos os pacientes internados na unidade em estudo, após treinamento.

Serão 14 dias de busca ativa na unidade em estudo. Para cada dia, um novo instrumento deverá ser utilizado, ou seja, um instrumento corresponde a um dia de observação.

Ao final do 30º/31º dia do mês de busca ativa, ter-se-á 14 instrumentos de coleta preenchidos de modo que seja possível realizar a somatória das frequências de cada item de avaliação para cada dia de observação.

### APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA

<b>Objetivo:</b> verificar a frequência com que cada um dos itens de avaliação é evidenciado. <b>Orientações para o preenchimento:</b> assinalar com um "   " cada vez que for constatada a presença do item de avaliação, de modo que a cada cinco vezes tenhamos a seguinte figura: " <input type="checkbox"/> " .	
<b>Número de ordem:</b> _____ <b>Data:</b> _____ <b>Turno de trabalho:</b> _____ <b>Unidade:</b> _____ <b>N.º da enfermaria:</b> _____ <b>N.º de pacientes internados:</b> _____ <b>N.º de pacientes observados</b> _____	
ITENS DE AVALIAÇÃO	FREQUÊNCIA
1. N.º de leitos <b>identificados adequadamente:</b>	
2. N.º de leitos <b>identificados inadequadamente:</b>	
3. N.º de pacientes com risco de queda do leito <b>COM</b> grade lateral:	
4. N.º de pacientes com risco de queda do leito <b>SEM</b> grade lateral:	
5. N.º de acessos venosos periféricos <b>COM</b> identificação adequada e <b>que não estejam vencidos:</b>	
6. N.º de acessos venosos periféricos <b>SEM</b> identificação:	
7. N.º de acessos venosos periféricos <b>COM</b> identificação inadequada:	
8. N.º de acessos venosos periféricos com identificação adequada, porém <b>vencidos:</b>	
9. N.º de pacientes <b>SEM</b> lesões cutâneas pós infiltrativas:	
10. N.º de pacientes <b>COM</b> lesões cutâneas pós infiltrativas:	
11. N.º de equipos de soro <b>COM</b> identificação adequada:	
12. N.º de equipos de soro <b>COM</b> identificação inadequada:	
13. N.º de equipos de soro <b>SEM</b> identificação:	
14. N.º de equipos com identificação adequada, porém <b>vencidos:</b>	
15. N.º de rótulos de soros <b>COM</b> identificação adequada e <b>COM</b> escala graduada correta:	
16. N.º de rótulos de soros <b>COM</b> identificação adequada e <b>COM</b> escala graduada incorreta:	
17. N.º de rótulos de soros <b>COM</b> identificação adequada e <b>SEM</b> escala graduada:	
18. N.º de rótulos de soros <b>COM</b> identificação inadequada e <b>COM</b> escala graduada correta:	
19. N.º de rótulos de soros <b>COM</b> identificação inadequada e <b>COM</b> escala graduada incorreta:	
20. N.º de rótulos de soros <b>COM</b> identificação inadequada e <b>SEM</b> escala graduada:	
21. N.º de rótulos de soros <b>SEM</b> identificação e <b>COM</b> escala graduada correta:	
22. N.º de rótulos de soros <b>SEM</b> identificação e <b>COM</b> escala graduada incorreta:	
23. N.º de rótulos de soros <b>SEM</b> identificação e <b>SEM</b> escala graduada:	
24. N.º de sondas <b>COM</b> identificação adequada (sonda nasogástrica, orogástrica):	
25. N.º de sondas <b>COM</b> identificação inadequada (sonda nasogástrica, orogástrica e vesical de demora):	

### APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA (VERSO)

INDICADOR	FREQUÊNCIA
26. N°de sondas <b>SEM identificação</b> (sonda nasogástrica, orogástrica):	
27. N°de sondas com identificação adequada, <b>porém vencidas</b> (sonda nasogástrica, orogástrica):	
28. N°de sondas vesicais de demora <b>COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:</b>	
29. N°de sondas vesicais de demora <b>COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:</b>	
30. N°de sondas vesicais de demora <b>COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:</b>	
31. N°de sondas vesicais de demora <b>COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:</b>	
32. N°de sondas vesicais de demora <b>SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:</b>	
33. N°de sondas vesicais de demora <b>SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:</b>	
34. N°de horários de cuidados de enfermagem <b>checados adequadamente:</b>	
35. N°de horários de cuidados de enfermagem <b>checados inadequadamente:</b>	
36. N°de horários de cuidados de enfermagem <b>não checados:</b>	
37. N°de horários de cuidados de enfermagem <b>circulados e justificados</b> na prescrição de enfermagem no espaço anotações:	
38. N°de horários de cuidados de enfermagem <b>circulados e não justificados</b> na prescrição de enfermagem no espaço anotações:	
39. N°de horários de sinais vitais (SSVV) prescrit os e <b>verificados de forma completa</b> na prescrição de enfermagem:	
40. N°de horários de sinais vitais (SSVV) prescrit os e <b>verificados de forma incompleta</b> na prescrição de enfermagem:	
41. N°de horários de sinais vitais (SSVV) prescrit os e <b>não verificados</b> na prescrição de enfermagem:	
42. N°de horários de medicamentos <b>checados adequadamente:</b>	
43. N°de horários de medicamentos <b>checados inadequadamente:</b>	
44. N°de horários de medicamentos <b>não checados:</b>	
45. N°de horários de medicamentos <b>circulados e justificados</b> na prescrição de médica no espaço anotações:	
46. N°de horários de medicamentos <b>circulados e não justificados</b> na prescrição médica no espaço anotações:	
47. N°de pacientes <b>COM</b> prescrição de enfermagem diária e <b>completa</b> , elaborada pelo enfermeiro:	
48. N°de pacientes <b>COM</b> prescrição de enfermagem diária, <b>porém incompleta</b> , elaborada pelo enfermeiro:	
49. N°de pacientes <b>SEM</b> prescrição de enfermagem diária elaborada pelo enfermeiro:	

**OBSERVAÇÕES:**


**Assinatura do avaliador**

**APÊNDICE I - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES****1. Faixa etária:**

- Entre 20 a 30 anos.  entre 41 a 50 anos.  
 Entre 31 a 40 anos.  Mais que 50 anos.

**2. Tempo de atuação profissional:**

- Menos que 5 anos.  Entre 20 e 25 anos.  
 Entre 5 e 10 anos.  Entre 25 e 30 anos.  
 Entre 10 e 15 anos.  Mais que 30 anos.  
 Entre 15 e 20 anos.

**3. Campo de atuação profissional;**

- Hospitalar.  
 Academia.  
 Ambos.  
 Outros: \_\_\_\_\_

**4. Tipo de Instituição em que atua profissionalmente:**

- Pública.  
 Privada.  
 Ambos.  
 Outros: \_\_\_\_\_

**5. Porte da instituição em que atua profissionalmente:**

- Pequeno porte ( até 50 leitos).  
 Médio porte (entre 51 a 150 leitos).  
 Grande porte ( entre 151 a 500 leitos).  
 Especial ( acima de 500 leitos).

**Número de ordem:** \_\_\_\_\_

**APÊNDICE J - MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO  
CUIDADO DE ENFERMAGEM\***

**INDICADOR 1: IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE**

**1. Descritor:**

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 definição da especialidade (clínica).

**2. Fundamentação científica:**

FERNANDES, M. V. et al. Procedimentos administrativos. In: \_\_\_\_ *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003. cap. 1, p. 1-15.

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.

**3. Tipo de indicador:** Processo.

**4. Numerador:** Número de leitos ocupados com identificação adequada/dia.

**5. Denominador:** Número de pacientes no leito da unidade no período.

**6. Cálculo do indicador:**

$\frac{\text{Número de leitos ocupados com identificação adequada/dia}}{\text{Número de pacientes no leito da unidade no período}} \times 100$
--

**7. Fontes de informação:** Observação direta das identificações dos leitos dos pacientes internados.

**8. Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de leitos de pacientes internados no período que atendam ou não ao descritor do indicador.

**9. Amostra para análise de conformidade:** Todos os leitos da unidade em estudo, ocupados por pacientes, verificados em 14 dias aleatórios predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

---

\* Adaptado de: 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.

**10.Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

**11.Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

- |  |
|--|
| 1. N° de leitos <b>identificados adequadamente:</b><br>2. N° de leitos <b>identificados inadequadamente:</b> |
|--|

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%**

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 2: IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO

#### 1. Descritor:

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, pacientes caquéticos e/ou astênicos e crianças abaixo de oito anos de idade, sendo que detectado o risco após exame físico pelo avaliador e pela análise da prescrição de enfermagem do paciente.

#### 2. Fundamentação científica:

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Department of Health and Human Services. *Falls in nursing homes*. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/nursing.htm>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Injury Prevention and Control. *Falls and hip fractures among older adults*. 2005. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/falls.htm>. Acesso em: 4 jan. 2006.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. O cliente cirúrgico. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004b. cap. 49, p. 1420-69.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Segurança. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004j. cap. 37, p. 863-92.

#### 3. Tipo de indicador: Processo.

4. **Numerador:** Número de pacientes com risco de queda do leito com grade lateral/dia.

5. **Denominador:** Número de pacientes com risco de queda do leito no período.

#### 6. Cálculo do indicador:

$\frac{\text{Número de pacientes com risco de queda do leito com grade lateral/dia}}{\text{Número de pacientes com risco de queda do leito no período}} \times 100$
---

7. **Fontes de informação:** exame físico dos pacientes internados na unidade em estudo.

- 8. Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de pacientes internados no período que atendam ou não ao descritor do indicador.
- 9. Amostra para análise de conformidade:** Todos os pacientes internados que estiverem acomodados nos leitos da unidade em estudo no momento da busca ativa, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.
- 10. Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.
- 11. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

- |   |
|---|
| 3. N°de pacientes com risco de queda do leito <b>COM</b> grade lateral: |
| 4. N°de pacientes com risco de queda do leito <b>SEM</b> grade lateral: |

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%**

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 3: IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS (CATÉTER DE METAL – *scalp; butterfly*; CATÉTER PLÁSTICO – *abocath; venocath*)

#### 1. Descritor:

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 o acesso venoso periférico em adultos por cateter de metal ou cateter plástico, para infusão de medicações deve ser trocado a cada 72 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, o cateter somente deverá ser trocado no caso de sinais de flebite.

#### 2. Fundamentação científica:

KREISCHER, E. D. et al. Utilização de indicadores de qualidade pela supervisão: uma inovação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 57., 2005, Goiânia. *Anais eletrônicos...* Goiânia: ABEn, 2005. Disponível em : <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/1652.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2007.

O'GRADY, N. P. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *MMWR: Morbidity And Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, n. RR10, p. 1-26, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

PHILLIPS, L. D. Controle de infecção. In: \_\_\_\_\_. *Manual de terapia intravenosa*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 6, p. 140-166.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Equilíbrios hídricos, eletrolítico e ácido-básico. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004f. cap. 40, p. 1014-64.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Líquido e eletrólitos: equilíbrio e distúrbios. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1. cap. 13. p. 192-232.

WEINSTEIN, S. Principles and practice of intravenous therapy. New York: Lippincott, 2001.

#### 3. Tipo de indicador: Processo.

4. **Numerador<sub>1</sub>**: Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada/dia.

5. **Denominador<sub>1</sub>**: Número de acessos venosos periféricos no período.

6. **Cálculo<sub>1</sub> do indicador**:

$$\frac{\text{Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada/dia}}{\text{Número de acessos venosos periféricos no período}} \times 100$$

7. **Numerador<sub>2</sub>**: Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada, porém vencidos (com prazo de troca extrapolado, conforme descritor).

8. **Denominador<sub>2</sub>**: Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada no período.

9. **Cálculo<sub>2</sub> do indicador**:

$$\frac{\text{Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada porém vencidos/dia}}{\text{Número de acessos venosos periféricos com identificação adequada No período}} \times 100$$

10. **Fontes de informação**: Observação direta dos pacientes internados na unidade com acesso venoso periférico por meio de catéter de metal ou catéter plástico.

11. **Critérios para qualificação da avaliação**: Verificar o número de acessos venosos em pacientes internados que atendam ou não ao descritor do indicador.

12. **Amostra para análise de conformidade**: Todos os pacientes internados na unidade em estudo, com acesso venoso periférico por meio de catéter de metal ou catéter plástico no momento da busca, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

13. **Periodicidade da avaliação**: Trimestral, conforme calendário predeterminado.

14. **Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa**:

5. N° de acessos venosos periféricos **COM identificação adequada e que não estejam vencidos**:  
 6. N° de acessos venosos periféricos **COM identificação inadequada**:  
 7. N° de acessos venosos periféricos **SEM identificação**:  
 8. N° de acessos venosos periféricos **COM identificação adequada, porém vencidos**:

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%**

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 4: VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS INFILTRATIVAS

#### 1. Descritor:

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 devem 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.

#### 2. Fundamentação científica:

FERREIRA, N. M. L. A.; MARASSI, R. P. Avaliando condutas na preservação da infusão venosa no doente hospitalizado. *Prática Hospitalar*, São Paulo, ano 7, n. 39, 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2039/pgs/materia%2012-39.html>>. Acesso em: 8 jan. 2007.

O'GRADY, N. P. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *MMWR: Morbidity And Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, n. RR10, p. 1-26, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

PHILLIPS, L. D. Controle de infecção. In: \_\_\_\_\_. *Manual de terapia intravenosa*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 6, p. 140-166.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Controle de infecção. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004c. cap. 33, p. 705-47.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Equilíbrios hídricos, eletrolítico e ácido-básico. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004f. cap. 40, p. 1014-64.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Integridade cutânea e cuidado com feridas. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004h. cap. 47, p. 1319-1394.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Líquido e eletrólitos: equilíbrio e distúrbios. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1. cap. 13. p. 192-232.

**3. Tipo de indicador:** Resultado.

**4. Numerador:** Número de pacientes com infusão venosa, sem lesões cutâneas pós-infiltrativas associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações/dia.

**5. Denominador:** Número de pacientes com acesso venoso no período.

**6. Cálculo do indicador:**

$$\frac{\text{Número de pacientes com infusão venosa sem lesões cutâneas pós-infiltrativas, associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações/dia}}{\text{Número de pacientes com acesso venoso no período}} \times 100$$

**7. Fontes de informação:** Observação direta dos pacientes internados na unidade que estiverem fazendo uso de infusão venosa.

**8. Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de pacientes internados no período que atendam ou não ao descritor do indicador.

**9. Amostra para análise de conformidade:** Todos os pacientes internados na unidade em estudo, que estejam fazendo uso de infusão venosa no momento da busca, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

**10. Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

**11. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

- |   |
|---|
| 9. N° de pacientes <b>SEM lesões cutâneas pós infiltrativas:</b>  |
| 10. N° de pacientes <b>COM lesões cutâneas pós infiltrativas:</b> |

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 80%\*.**

\* Optou-se determinar neste estudo um índice de conformidade de 80% para este indicador, pois, segundo Phillips (2001) e Ferreira e Marrassi (2005), as lesões cutâneas pós infiltrativas não são exclusivamente associadas à técnica de punção, podem estar relacionadas às condições inerentes ao próprio paciente, às condições da veia, ao tipo e pH da medicação ou solução em uso, calibre, tamanho, comprimento e material do cateter utilizado na punção que, poderiam influenciar na condição avaliada pelo indicador.

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 5: IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA

#### 1. 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 e rubrica do funcionário responsável. São considerados os seguintes prazos para troca de equipos: 48h - equipos de bomba infusora, 72h - equipos macrogotas, microgotas e microgotas com reservatório, 24h – equipos de pressão venosa central (PVC) e 24h equipos de nutrição parenteral.

#### 2. Fundamentação científica:

BELEI, R. A. et al. *Manual de rotinas da comissão de infecção hospitalar*. 2005. apostila.

O'GRADY, N. P. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *MMWR: Morbidity And Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, n. RR10, p. 1-26, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

PHILLIPS, L. D. Controle de infecção. In: \_\_\_\_\_. *Manual de terapia intravenosa*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 6, p. 140-166.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Equilíbrios hídricos, eletrolítico e ácido-básico. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004f. cap. 40, p. 1014-64.

#### 3. Tipo de indicador: Processo.

4. **Numerador<sub>1</sub>**: Número de equipos macrogotas, microgotas, microgotas com reservatório, equipos de bomba infusora, nutrição parenteral ou equipos de PVC com identificação adequada/dia.

5. **Denominador<sub>1</sub>**: Número de equipos instalados no período.

**6. Cálculo<sub>1</sub> do indicador:**

$$\frac{\text{Número de equipos macrogotas, microgotas, microgotas com reservatório, equipos de bomba infusora, nutrição parenteral ou equipos de PVC com identificação adequada/dia}}{\text{Número de equipos instalados no período}} \times 100$$

**7. Numerador<sub>2</sub>:** Número de equipos com identificação adequada, porém vencidos (com prazo de troca extrapolado, conforme descritor)/dia.

**8. Denominador<sub>2</sub>:** Número de equipos instalados com identificação adequada no período.

**9. Cálculo<sub>2</sub> do indicador:**

$$\frac{\text{Número de equipos com identificação adequada, porém vencidos/dia}}{\text{Número de equipos instalados com identificação adequada no período}} \times 100$$

**10. Fontes de informação:** Observação direta dos equipos de macrogotas, microgotas, microgotas com reservatório, equipos de bomba infusora, nutrição parenteral ou equipos de PVC, dos pacientes internados na unidade que estejam fazendo uso de infusão venosa.

**11. Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de equipos de infusão venosa em pacientes internados no período, que estiverem fazendo uso de infusão venosa e que atendam ou não ao descritor do indicador.

**12. Amostra para análise de conformidade:** Todos os pacientes internados na unidade em estudo, que estiverem fazendo uso de infusão venosa com equipos macrogotas, microgotas, microgotas com reservatório, equipos de bomba infusora, nutrição parenteral ou equipos de PVC no momento da busca, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

**13. Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

**14. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

- 11. N° de equipos de soro **COM identificação adequada:**
- 12. N° de equipos de soro **COM identificação inadequada:**
- 13. N° de equipos de soro **SEM identificação:**
- 14. N° de equipos com identificação adequada, **porém vencidos:**

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%**

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 6: IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO E CONTROLE DA VELOCIDADE DE INFUSÃO

#### 1. **Descritor:**

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 soluções prescritas para serem infundidas de forma “rápida”, uma escala graduada compreendendo o horário previsto para a infusão da solução, confeccionada com uma tira de esparadrapo ou fita adesiva.

#### 2. **Fundamentação científica:**

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Administração de medicamentos. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004a. cap. 34, p. 748-819.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Equilíbrios hídricos, eletrolítico e ácido-básico. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004f. cap. 40, p. 1014-64.

3. **Tipo de indicador:** Processo.

4. **Numerador<sub>1</sub>:** Número de frascos de soro com identificação adequada.

5. **Denominador<sub>1</sub>:** Número de frascos de soro.

6. **Cálculo<sub>1</sub> do indicador:**

$\frac{\text{Número de frascos de soro com identificação adequada/dia}}{\text{Número de frascos de soro dos pacientes internados no período}} \times 100$
---

7. **Fontes de informação:** Observação direta dos rótulos dos frascos de soro dos pacientes internados no período, que estejam utilizando infusão venosa, na unidade em estudo.

8. **Crítérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de rótulos de frascos de soro dos pacientes internados que atendam ou não ao descritor do indicador.

**9. Amostra para análise de conformidade:** Todos os pacientes internados na unidade em estudo, que estiverem fazendo uso de infusão venosa no momento da busca, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

**10. Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

**11. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

15. N°de rótulos de soros	<b>COM identificação adequada e COM escala graduada correta:</b>
16. N°de rótulos de soros	<b>COM identificação adequada e COM escala graduada incorreta:</b>
17. N°de rótulos de soros	<b>COM identificação adequada e SEM escala graduada:</b>
18. N°de rótulos de soros	<b>COM identificação inadequada e COM escala graduada correta:</b>
19. N°de rótulos de soros	<b>COM identificação inadequada e COM escala graduada incorreta</b>
20. N°de rótulos de soros	<b>COM identificação inadequada e SEM escala graduada:</b>
21. N°de rótulos de soros	<b>SEM identificação e COM escala graduada correta:</b>
22. N°de rótulos de soros	<b>SEM identificação e COM escala graduada incorreta:</b>
23. N°de rótulos de soros	<b>SEM identificação e SEM escala graduada:</b>

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%**

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 7: IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁSTRICAS ( NASOGÁSTRICAS – de cloreto de polivinil - PVC, do tipo levine; e OROGÁSTRICAS – de cloreto de polivinil, do tipo levine)

#### 1. Descritor:

As sondas nasogástricas e orogástricas de cloreto de polivinil 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, do tipo levine.

#### 2. Fundamentação científica:

FERNANDES, M. V. et al. Sondagens e eliminações. In:\_\_\_\_\_. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003c. cap. 6, p. 59-75.

MOZACHI, N. et al. Sonda nasogástrica e retal. In: SOUZA, V. H. S.; MOZACHI, N. *Hospital: manual do ambiente hospitalar*. 2005. cap. 17, p. 206-209. Disponível em: <[http://www.manualreal.com.br/Arquivos/ManualReal\\_Capitulo\\_17.pdf](http://www.manualreal.com.br/Arquivos/ManualReal_Capitulo_17.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2006.

3. **Tipo de indicador:** Processo.

4. **Numerador<sub>1</sub>:** Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas com identificação adequada/dia.

5. **Denominador<sub>1</sub>:** Número de sondas nasogástrica e/ou orogástricas no período.

6. **Cálculo<sub>1</sub> do indicador:**

$\frac{\text{Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas com identificação adequada/dia}}{\text{Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas no período}} \times 100$
--

7. **Numerador<sub>2</sub>:** Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas com identificação adequada, porém vencidas (com prazo de troca extrapolado, conforme descritor)/dia.

8. **Denominador<sub>2</sub>:** Número de sondas nasogástrica e/ou orogástricas com identificação adequada no período.

**9. Cálculo<sub>2</sub> do indicador:**

$\frac{\text{Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas com identificação adequada porém vencidas/dia}}{\text{Número de sondas nasogástricas e/ou orogástricas com identificação adequada no período}} \times 100$
--

**10. Fontes de informação:** Observação direta dos pacientes internados na unidade que estiverem fazendo uso de sonda nasogástrica e/ou orogástrica.

**11. Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de sondas em pacientes internados no período que atendam ou não ao descritor do indicador.

**12. Amostra para análise de conformidade:** Todos os pacientes internados na unidade em estudo que estiverem fazendo uso de sonda nasogástrica e/ou orogástrica no momento da busca ativa, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

**13. Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

**14. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

- |   |
|---|
| 24. N° de sondas <b>COM identificação adequada</b> (sonda nasogástrica e orogástrica):<br>25. N° de sondas <b>COM identificação inadequada</b> (sonda nasogástrica e orogástrica):<br>26. N° de sondas <b>SEM identificação</b> (sonda nasogástrica e orogástrica):<br>27. N° de sondas com identificação adequada, <b>porém vencidas</b> (sonda nasogástrica e orogástrica): |
|---|

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%**

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 8: FIXAÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA E POSICIONAMENTO DA BOLSA COLETORA DE DIURESE

#### 1. Descritor:

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; b) garantia do fluxo livre de urina por meio da manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.

#### 2. Fundamentação científica:

BELEI, R. A. et al. *Manual de rotinas da comissão de infecção hospitalar*. 2005. apostila.

FERNANDES, M. V. et al. Sondagens e eliminações. In:\_\_\_\_\_. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003c. cap. 6, p. 59-75.

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.

O'GRADY, N. P. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *MMWR: Morbidity And Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, n. RR10, p. 1-26, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm#top>>. Acesso em: 4 jan. 2006.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Controle de infecção. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004c. cap. 33, p. 705-47.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Eliminação urinária. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004e. cap. 44, p. 1179-1224.

#### 3. Tipo de indicador: Processo.

4. **Numerador<sub>1</sub>**: Número de sondas vesicais de demora com a fixação adequada/dia.

5. **Denominador<sub>1</sub>**: Número de sondas vesicais de demora no período.

**6. Cálculo<sub>1</sub> do indicador:**

$$\frac{\text{Número de sondas vesicais de demora com A fixação adequada/dia}}{\text{Número de sondas vesicais de demora no período}} \times 100$$

**7. Numerador<sub>2</sub>:** Número de sondas vesicais de demora com a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga/dia.

**8. Denominador<sub>2</sub>:** Número de sondas vesicais de demora no período.

**9. Cálculo<sub>2</sub> do indicador:**

$$\frac{\text{Número de sondas vesicais de demora com a bolsa coletora Abaixo do nível da bexiga/dia}}{\text{Número de sondas vesicais de demora no período}} \times 100$$

**10. Fontes de informação:** Observação direta dos pacientes internados na unidade que estiverem fazendo uso de sonda vesical de demora.

**11. Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de sondas em pacientes internados no período que atendam ou não ao descritor do indicador.

**12. Amostra para análise de conformidade:** Todos os pacientes internados na unidade em estudo que estiverem fazendo uso de sonda vesical de demora no momento da busca ativa, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

**13. Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

**14. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

28. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:**  
 29. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:**  
 30. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:**  
 31. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:**  
 32. N° de sondas **SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada adequadamente:**  
 33. N° de sondas **SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente:**

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%**

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 9: CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. Descritor:

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, e a justificativa deve ser registrada no espaço destinado as anotações na prescrição de enfermagem.

#### 2. Fundamentação científica:

ASSUNÇÃO, C. R. *Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná*. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARPENITO, L. J. Documentação do cuidado de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 2, p. 30-48.

FERNANDES, M. V. et al. Procedimentos administrativos. In: \_\_\_\_\_. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003a. cap. 1, p. 1-15.

MAZZA, V. A. et al. Instrumentalização para registrar em enfermagem. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001, cap. 3, p. 137-145.

POSSARI, J. P. Anotações de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Prontuário do paciente e os registros de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: látria, 2005a. cap. 9, p. 131-148.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Documentação. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004d. cap. 24, p. 422-242.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Implicações legais na prática de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004g. cap. 21, p. 358-375.

#### 3. Tipo de indicador: Resultado.

#### 4. Numerador<sub>1</sub>: Número de horários checados na prescrição de enfermagem/dia.

**5. Denominador<sub>1</sub>:** Número de horários prescritos na prescrição de enfermagem no período.

**6. Cálculo<sub>1</sub> do indicador:**

$$\frac{\text{Número de horários checados na prescrição de enfermagem/dia}}{\text{Número de horários prescritos na prescrição de enfermagem no período}} \times 100$$

**7. Numerador<sub>2</sub>:** Número de horários circulados e justificados na prescrição de enfermagem/dia.

**8. Denominador<sub>2</sub>:** Número de horários circulados justificados e número de horários circulados não justificados na prescrição de enfermagem no período.

**9. Cálculo<sub>2</sub> do indicador:**

$$\frac{\text{Número de horários circulados e justificados na prescrição de enfermagem/dia}}{\text{Número de horários circulados e justificados e número de horários circulados e não justificados na prescrição de enfermagem no período}} \times 100$$

**10. Fontes de informação:** Prescrições de enfermagem do dia anterior à busca ativa, de todos os pacientes internados na unidade.

**11. Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de procedimentos de enfermagem de todos os pacientes internados no período, que atendam ou não ao descritor do indicador.

**12. Amostra para análise de conformidade:** Todas as prescrições de enfermagem dos pacientes internados na unidade em estudo no momento da busca ativa, verificadas em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

**12. Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

**13. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

34. N° de horários de cuidados de enfermagem **checados adequadamente:**  
 35. N° de horários de cuidados de enfermagem **checados inadequadamente:**  
 36. N° de horários de cuidados de enfermagem **não checados:**  
 37. N° de horários de cuidados de enfermagem **circulados e justificados** nas anotações de enfermagem:  
 38. N° de horários de cuidados de enfermagem **circulados e não justificados** nas anotações de enfermagem:

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%**

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 10: VERIFICAÇÃO DO CONTROLE DE SINAIS VITAIS (SSVV)

#### 1. Descritor:

Os sinais vitais prescritos na prescrição de enfermagem devem ser registrados em espaço próprio, na frequência prescrita pelo enfermeiro. Caso o paciente estiver 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. Neste estudo considera-se a verificação de SSVV como sendo a verificação de Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA) e Frequência Respiratória (FR).

#### 2. Fundamentação científica:

ASSUNÇÃO, C. R. *Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná*. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FERNANDES, M. V. et al. Sinais vitais, peso, altura, circunferência abdominal e pressão venosa central. In: \_\_\_\_\_. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Edue, 2003b. cap. 4, p. 33-43.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Sinais vitais. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004k. cap. 31, p. 563-609.

**3. Tipo de indicador:** Processo.

**4. Numerador:** Número de horários de SSVV verificados/dia.

**5. Denominador:** Número de horários de SSVV prescritos no período.

**6. Cálculo do indicador:**

$\frac{\text{Número de horários de SSVV verificados/dia}}{\text{Número de horários de SSVV prescritos no período}} \times 100$
--

**7. Fontes de informação:** Prescrições de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de todos os pacientes internados na unidade.

**8. Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de SSVV prescritos e o número de SSVV checados nas prescrições de enfermagem de todos os pacientes internados no período, que atendam ou não ao descritor do indicador.

**9. Amostra para análise de conformidade:** Todos as prescrições de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de pacientes internados na unidade em estudo no momento da busca, verificadas em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

**10. Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

**11. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

44. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e **verificados de forma completa**, na prescrição de enfermagem:

45. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e **verificados de forma incompleta**, na prescrição de enfermagem:

46. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e **não verificados**, na prescrição de enfermagem:

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%.**

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 11: CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### 1. Descritor:

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, e a justificativa deve ser registrada no espaço destinado as anotações de enfermagem na prescrição de enfermagem.

#### 2. Fundamentação científica:

ASSUNÇÃO, C. R. *Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná*. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARPENITO, L. J. Documentação do cuidado de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 2, p. 30-48.

FERNANDES, M. V. et al. Procedimentos administrativos. In: \_\_\_\_\_. *Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem*. Londrina: Eduel, 2003a. cap. 1, p. 1-15.

MAZZA, V. A. et al. Instrumentalização para registrar em enfermagem. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001, cap. 3, p. 137-145.

POSSARI, J. P. Anotações de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Prontuário do paciente e os registros de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Íatria, 2005a. cap. 9, p. 131-148.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Documentação. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004d. cap. 24, p. 422-242.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Implicações legais na prática de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004g. cap. 21, p. 358-375.

3. **Tipo de indicador:** Resultado.

4. **Numerador<sub>1</sub>:** Número de horários checados na prescrição médica/dia.

5. **Denominador<sub>1</sub>:** Número de horários prescritos na prescrição médica no período.

6. **Cálculo<sub>1</sub> do indicador:**

$$\frac{\text{Número de horários checados na prescrição médica/dia}}{\text{Número de horários prescritos na prescrição médica no período}} \times 100$$

7. **Numerador<sub>2</sub>:** Número de horários circulados e justificados na prescrição de enfermagem.

8. **Denominador<sub>2</sub>:** Número de horários circulados e justificados e número de horários circulados e não justificados nas anotações de enfermagem no período.

9. **Cálculo<sub>2</sub> do indicador:**

$$\frac{\text{Número de horários circulados e justificados na prescrição médica}}{\text{Número de horários circulados e justificados e número de horários circulados e não justificados nas anotações de enfermagem}} \times 100$$

10. **Fontes de informação:** Prescrições médicas e de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de todos os pacientes internados na unidade.

11. **Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de procedimentos de enfermagem na prescrição médica de todos os pacientes internados no período, que atendam ou não ao descritor do indicador.

12. **Amostra para análise de conformidade:** Todas as prescrições médicas e de enfermagem dos pacientes internados na unidade em estudo no momento da busca ativa, verificadas em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.

14. **Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.

15. **Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

39. N° de horários de medicamentos **checados adequadamente:**  
 40. N° de horários de medicamentos **checados inadequadamente:**  
 41. N° de horários de medicamentos **não checados:**  
 42. N° de horários de medicamentos **circulados e justificados**, nas anotações de enfermagem:  
 43. N° de horários de medicamentos **circulados e não justificados**, nas anotações de enfermagem:

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%**

## MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### INDICADOR 12: ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO

#### 1. Descritor:

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 as necessidades de cuidados do paciente, de forma individualizada, sujeita a mudanças correlacionadas com a mudança da prescrição médica.

#### 2. Fundamentação científica:

CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001, cap. 2, p. 17-27.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISLER, A. C. O processo de enfermagem: planejamento do cuidado com diagnóstico de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Planos de cuidado de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 2, p. 6-11.

MAZZA, V. A. et al. Instrumentalização para registrar em enfermagem. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001, cap. 3, p. 137-145.

POSSARI, J. P. Prescrição de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Prontuário do paciente e os registros de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Látria, 2005b. cap. 7, p. 117-129.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. O raciocínio crítico na prática de enfermagem. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004i. cap. 3, p. 232-317.

#### 3. Tipo de indicador: Processo.

4. **Numerador:** Número de pacientes com a prescrição de enfermagem elaborada/dia.

5. **Denominador:** Número de pacientes internados no período.

## 6. Cálculo do indicador:

$$\frac{\text{Número de pacientes com a prescrição de enfermagem elaborada/dia}}{\text{Número de pacientes internados no período}} \times 100$$

- 7. Fontes de informação:** Prescrições de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de todos os pacientes internados na unidade.
- 8. Critérios para qualificação da avaliação:** Verificar o número de pacientes internados no período, que atendam ou não ao descritor do indicador.
- 9. Amostra para análise de conformidade:** Todas as prescrições de enfermagem, do dia anterior à busca ativa, de pacientes internados na unidade em estudo no momento da busca, observados em 14 dias aleatórios, predeterminados por sorteio, no mês de maio de 2007.
- 10. Periodicidade da avaliação:** Trimestral, conforme calendário predeterminado.
- 11. Itens de avaliação do indicador que constam na planilha de busca ativa:**

47. N° de pacientes **COM** a prescrição de enfermagem diária e **completa**, elaborada pelo enfermeiro:
48. N° de pacientes **COM** a prescrição de enfermagem diária, **porém incompleta** elaborada pelo enfermeiro:
49. N° de pacientes **SEM** a prescrição de enfermagem diária elaborada pelo enfermeiro:

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE IDEAL: 100%**

**APÊNDICE K - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM QUE CONSTAM DO MANUAL OPERACIONAL**

O objetivo deste instrumento é o de captar o parecer dos juízes pesquisadores acerca do construto operacional de cada um dos indicadores de qualidade do cuidado explicitado no **“MANUAL OPERACIONAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM”**.

Este instrumento consiste numa adaptação do estudo de Fernandes (2005), e é composto por uma coluna onde está enunciado o Indicador a ser avaliado 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 a operacionalização do Indicador preencher o requisito e, na opção **“NÃO”** se não preencher o requisito. Marcar somente uma opção.

<b>REQUISITOS A SEREM AVALIADOS EM CADA UM DOS INDICADORES</b>	
<b>1. Descritor</b>	É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.
<b>2. Fundamentação</b>	É suficiente para evidenciar o indicador.
<b>3. Tipo de indicador</b>	É adequado para o que pretende mensurar.
<b>4. Numerador</b>	Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.
<b>5. Denominador</b>	Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.
<b>6. Fonte de dados</b>	Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.
<b>7. Critérios de avaliação</b>	São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.
<b>8. Amostra</b>	É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.

**APÊNDICE L - INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM QUE CONSTAM DO MANUAL OPERACIONAL**

INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE</b>	<input type="checkbox"/>															

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>2. IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO</b>	<input type="checkbox"/>															

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS</b>	<input type="checkbox"/>															

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


## (CONTINUAÇÃO)

INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>4. VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS INFILTRATIVAS</b>	<input type="checkbox"/>															

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>5. IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA</b>	<input type="checkbox"/>															

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>6. IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO COM CONTROLE DA VELOCIDADE DE INFUSÃO</b>	<input type="checkbox"/>															

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


## (CONTINUAÇÃO)

INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>7. IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁTRICAS</b>	<input type="checkbox"/>															

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>8. FIXAÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA E POSICIONAMENTO DA BOLSA COLETORA DE DIURESE</b>	<input type="checkbox"/>															

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>9. CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	<input type="checkbox"/>															

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:

--

INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>10. CONTROLE DE SINAIS VITAIS (T, FC, PA, FR)</b>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>11. CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


INDICADORES	Descritor		Fundamen- tação		Tipo de indicador		Numerador		Denominador		Fonte de dados		Critérios de avaliação		Amostra	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
<b>12. ELABORACAO DA PRESCRIÇÃO DE DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO</b>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:


**Outros Comentários e Sugestões:**


--

**APÊNDICE M - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE CADA UM DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

O objetivo deste instrumento é o de captar o parecer dos juízes pesquisadores acerca de cada um dos itens de avaliação 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 é composto por uma coluna onde estão enunciados os itens de avaliação dos indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem 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 item de avaliação preencher o requisito e, na opção “**NÃO**” se não preencher o requisito. Marcar somente uma opção.

<b>REQUISITOS A SEREM ANALISADOS PARA CADA UM DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>1. Comportamental</b>	Permite ação de avaliação clara e precisa.
<b>2. Objetividade</b>	Permite resposta pontual.
<b>3. Simplicidade</b>	Expressa uma única idéia.
<b>4. Clareza</b>	Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
<b>5. Pertinência</b>	Não insinua atributo divergente do definido.
<b>6. Precisão</b>	Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.
<b>7. Variedade</b>	Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.
<b>8. Credibilidade</b>	Está descrito de maneira que não pareça despropositado.

**APÊNDICE N - INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO OU VALIDAÇÃO OPINATIVA DE CADA UM DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**INDICADOR 1: IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE**

ITENS DE AVALIAÇÃO	Comportamen tal		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
1. N° de leitos <b>identificados adequadamente</b> :	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
2. N° de leitos <b>identificados inadequadamente</b> :	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

**Outros Comentários e Sugestões:**


**INDICADOR 2: IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO**

ITENS DE AVALIAÇÃO	Comportamen tal		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
3. N° de pacientes com risco de queda do leito <b>COM</b> grade lateral:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
4. N° de pacientes com risco de queda do leito <b>SEM</b> grade lateral:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

**Outros Comentários e Sugestões:**


### INDICADOR 3: IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS

ITENS DE AVALIAÇÃO	Comportamen tal		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
5. N° de acessos venosos periféricos <b>COM</b> identificação adequada e que não estejam vencidos:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
6. N° de acessos venosos periféricos <b>COM</b> identificação inadequada:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
7. N° de acessos venosos periféricos <b>SEM</b> identificação:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
8. N° de acessos venosos periféricos com identificação adequada, <b>porém</b> vencidos:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

Outros Comentários e Sugestões:


### INDICADOR 4: VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS INFILTRATIVAS

ITENS DE AVALIAÇÃO	Comportamen tal		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
9. N° de pacientes <b>SEM</b> lesões cutâneas pós infiltrativas:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
10. N° de pacientes <b>COM</b> lesões cutâneas pós infiltrativas:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

Outros Comentários e Sugestões:


### INDICADOR 5: IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA

ITENS DE AVALIAÇÃO	Comportamen tal		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
11. N° de equipos de soro <b>COM</b> identificação adequada:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
12. N° de equipos de soro <b>COM</b> identificação inadequada:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
13. N° de equipos de soro <b>SEM</b> identificação:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
14. N° de equipos de soro com identificação adequada, <b>porém vencidos:</b>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

#### Outros Comentários e Sugestões:


### INDICADOR 6: IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO COM CONTROLE DE VELOCIDADE DE INFUSÃO

ITENS DE AVALIAÇÃO	Comportamen tal		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
15. N° de rótulos de soros <b>COM</b> identificação adequada e <b>COM</b> escala graduada correta:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
16. N° de rótulos de soros <b>COM</b> identificação adequada e <b>COM</b> escala graduada incorreta:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
17. N° de rótulos de soros <b>COM</b> identificação adequada e <b>SEM</b> escala graduada:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
18. N° de rótulos de soros <b>COM</b> identificação inadequada e <b>COM</b> escala graduada correta:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
19. N° de rótulos de soros <b>COM</b> identificação inadequada e <b>COM</b> escala graduada incorreta:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

### INDICADOR 6 (CONTINUAÇÃO): IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO COM CONTROLE DE VELOCIDADE DE INFUSÃO

20. N° de rótulos de soros <b>COM identificação inadequada</b> e <b>SEM escala graduada</b> :	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
21. N° de rótulos de soros <b>SEM identificação</b> e <b>COM escala graduada correta</b> :	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
22. N° de rótulos de soros <b>SEM identificação</b> e <b>COM escala graduada incorreta</b> :	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
23. N° de rótulos de soros <b>SEM identificação</b> e <b>SEM escala graduada</b> :	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

Outros Comentários e Sugestões:


### INDICADOR 7: IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁSTRICAS

ITENS DE AVALIAÇÃO	Comportamen tal		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
24. N° de sondas <b>COM identificação adequada</b> (sonda nasogástrica e orogástrica):	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
25. N° de sondas <b>COM identificação inadequada</b> (sonda nasogástrica e orogástrica):	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
26. N° de sondas <b>SEM identificação</b> (sonda nasogástrica e orogástrica):	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
27. N° de sondas com identificação adequada, <b>porém vencidas</b> (sonda nasogástrica e):	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

Outros Comentários e Sugestões:




36. N° de horários de cuidados de enfermagem <b>não checados</b> :	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
--	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

### INDICADOR 9 (CONTINUAÇÃO): CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

5 de 7

37. N° de horários de cuidados de enfermagem <b>circulados e justificados</b> nas anotações de enfermagem:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
38. N° de horários de cuidados de enfermagem <b>circulados e não justificados</b> nas anotações de enfermagem:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

#### Outros Comentários e Sugestões:


### INDICADOR 10: VERIFICAÇÃO DO CONTROLE DE SINAIS VITAIS (SSVV)

ITENS DE AVALIAÇÃO	Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
39. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e <b>verificados de forma completa</b> na prescrição de enfermagem:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
40. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e <b>verificados de forma incompleta</b> na prescrição de enfermagem:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
41. N° de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e <b>não verificados</b> na prescrição de enfermagem:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

#### Outros Comentários e Sugestões:


### INDICADOR 11: CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITENS DE AVALIAÇÃO	Comportamen tal		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
42. N° de horários de medicamentos <b>checados adequadamente</b> :	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
43. N° de horários de medicamentos <b>checados inadequadamente</b> :	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
44. N° de horários de medicamentos <b>não checados</b> :	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
45. N° de horários de medicamentos <b>circulados e justificados</b> na prescrição de médica, no espaço anotações:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
46. N° de horários de medicamentos <b>circulados e não justificados</b> na prescrição médica, no espaço anotações:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

Outros Comentários e Sugestões:


### INDICADOR 12: ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO

ITENS DE AVALIAÇÃO	Comportamen tal		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
47. N° de pacientes <b>COM</b> prescrição de enfermagem diária e completa, elaborada pelo enfermeiro:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
48. N° de pacientes <b>COM</b> prescrição de enfermagem diária, porém incompleta, elaborada pelo enfermeiro:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														
49. N° de pacientes <b>SEM</b> prescrição de enfermagem diária elaborada pelo enfermeiro:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>														

Outros Comentários e Sugestões:


**APÊNDICE O - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ATRIBUTOS DO CONJUNTO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DE CADA UM DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

O objetivo deste instrumento é o de captar o parecer dos juízes pesquisadores acerca dos atributos do conjunto dos itens de avaliação de cada um dos indicadores de qualidade do cuidado explicitado no “**REGISTRO DE BUSCA ATIVA**”.

Este instrumento foi adaptado dos estudos de Fernandes (2005), e é composto por uma coluna onde está enunciado o requisito a ser analisado, sete colunas com os atributos a serem pontuados com o **número 1, 2, 3 ou 4**, de acordo com uma das quatro opções de respostas.

Marcar somente uma opção.

**ATRIBUTOS:**

<b>ATRIBUTOS A SEREM AVALIADOS PARA CADA UM DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>1. Atribuível</b>	Reflete aspecto de qualidade para o cuidado de enfermagem.
<b>2. Acessível</b>	Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.
<b>3. Comunicável</b>	A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.
<b>4. Contextualizável</b>	A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.
<b>5. Efetivo/Preciso</b>	Mede o que se propõe a medir.
<b>6. Exeqüível</b>	A medida é aplicável.
<b>7. Objetivo</b>	A medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo.

**RESPOSTAS:**

<b>ROL DE RESPOSTAS POSSÍVEIS PARA OS ATRIBUTOS DO CONJUNTO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DE CADA UM DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>1</b>	Não contempla o atributo.
<b>2</b>	Incapaz de contemplar o atributo sem revisão.
<b>3</b>	Contempla o atributo, mas precisa de alteração mínima.
<b>4</b>	Contempla o atributo.

**APÊNDICE P - INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ATRIBUTOS DO CONJUNTO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DE CADA UM DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**INDICADOR 1: IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE**

**ITENS DE AVALIAÇÃO:**

1. N° de leitos **identificados adequadamente:**
2. N° de leitos **identificados inadequadamente:**

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/ Preciso	Exeqüível	Objetivo

**Outros Comentários e Sugestões:**


**INDICADOR 2: IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA DO LEITO**

**ITENS DE AVALIAÇÃO:**

3. N° de pacientes com risco de queda do leito **COM** grade lateral:
4. N° de pacientes com risco de queda do leito **SEM** grade lateral:

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/ Preciso	Exeqüível	Objetivo

**Outros Comentários e Sugestões:**


**INDICADOR 3: IDENTIFICAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS**

**ITENS DE AVALIAÇÃO:**

5. N° de acessos venosos periféricos **COM** identificação adequada e que não estejam vencidos:
6. N° de acessos venosos periféricos **COM** identificação inadequada:
7. N° de acessos venosos periféricos **SEM** identificação:
8. N° de acessos venosos periféricos **COM** identificação adequada, porém vencidos:

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/ Preciso	Exeqüível	Objetivo

**Outros Comentários e Sugestões:**


## INDICADOR 4: VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS INFILTRATIVAS

### ITENS DE AVALIAÇÃO:

9. N° de pacientes **SEM** lesões cutâneas pós infiltrativas:  
 10. N° de pacientes **COM** lesões cutâneas pós infiltrativas:

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/ Preciso	Exeçível	Objetivo

### Outros Comentários e Sugestões:


## INDICADOR 5: IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPOS PARA INFUSÃO VENOSA

### ITENS DE AVALIAÇÃO:

11. N° de equipos de soro **COM** identificação adequada:  
 12. N° de equipos de soro **COM** identificação inadequada:  
 13. N° de equipos de soro **SEM** identificação:  
 14. N° de equipos com identificação adequada , **porém vencidos**:

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/ Preciso	Exeçível	Objetivo

### Outros Comentários e Sugestões:


## INDICADOR 6: IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS DE SORO E CONTROLE DE VELOCIDADE DE INFUSÃO

### ITENS DE AVALIAÇÃO:

15. N° de rótulos de soros **COM** identificação adequada e **COM** escala graduada correta:  
 16. N° de rótulos de soros **COM** identificação adequada e **COM** escala graduada incorreta:  
 17. N° de rótulos de soros **COM** identificação adequada e **SEM** escala graduada:  
 18. N° de rótulos de soros **COM** identificação inadequada e **COM** escala graduada correta:  
 19. N° de rótulos de soros **COM** identificação inadequada e **COM** escala graduada incorreta:  
 20. N° de rótulos de soros **COM** identificação inadequada e **SEM** escala graduada:  
 21. N° de rótulos de soros **SEM** identificação e **COM** escala graduada correta:  
 22. N° de rótulos de soros **SEM** identificação e **COM** escala graduada incorreta:  
 23. N° de rótulos de soros **SEM** identificação e **SEM** escala graduada:

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/ Preciso	Exeçível	Objetivo

Outros Comentários e Sugestões:


## INDICADOR 7: IDENTIFICAÇÃO DE SONDAS GÁSTRICAS

### ITENS DE AVALIAÇÃO:

24. N° de sondas **COM identificação adequada** (sonda nasogástrica e/ou orogástrica):  
 25. N° de sondas **COM identificação inadequada** (sonda nasogástrica e/ou orogástrica):  
 26. N° de sondas **SEM identificação** (sonda nasogástrica e/ou orogástrica):  
 27. N° de sondas com identificação adequada, **porém vencidas** (sonda nasogástrica e/ou orogástrica):

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exeqüível	Objetivo

Outros Comentários e Sugestões:


## INDICADOR 8: FIXAÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA E POSICIONAMENTO DA BOLSA COLETORA DE DIURESE

### ITENS DE AVALIAÇÃO:

28. N° de sondas vesicais de **demora COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente**:  
 29. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação adequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente**:  
 30. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada adequadamente**:  
 31. N° de sondas vesicais de demora **COM fixação inadequada e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente**:  
 32. N° de sondas **SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada adequadamente**:  
 33. N° de sondas **SEM fixação e com a bolsa coletora posicionada inadequadamente**:

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exeqüível	Objetivo

Outros Comentários e Sugestões:


## INDICADOR 9: CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

### ITENS DE AVALIAÇÃO:

34. N° de horários de cuidados de enfermagem **checados adequadamente**:  
 35. N° de horários de cuidados de enfermagem **checados inadequadamente**:  
 36. N° de horários de cuidados de enfermagem **não checados**:  
 37. N° de horários de cuidados de enfermagem **circulados e justificados** nas anotações de enfermagem:

38. Nº de horários de cuidados de enfermagem **circulados e não justificados** nas anotações de enfermagem:

## INDICADOR 9 (CONTINUAÇÃO): CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

3 de 5

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/ Preciso	Exeqüível	Objetivo

<b>Outros Comentários e Sugestões:</b>

## 10: VERIFICAÇÃO DO CONTROLE DE SINAIS VITAIS (SSVV)

### ITENS DE AVALIAÇÃO:

39. Nº de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e **verificados de forma completa**, na prescrição de enfermagem:

40. Nº de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e **verificados de forma incompleta**, na prescrição de enfermagem:

41. Nº de horários de sinais vitais (SSVV) prescritos e **não verificados**, na prescrição de enfermagem:

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/ Preciso	Exeqüível	Objetivo

<b>Outros Comentários e Sugestões:</b>

## INDICADOR 11: CHECAGEM DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

### ITENS DE AVALIAÇÃO:

42. Nº de horários de medicamentos **checados adequadamente**:

43. Nº de horários de medicamentos **checados inadequadamente**:

44. Nº de horários de medicamentos **não checados**:

45. Nº de horários de medicamentos **circulados e justificados**, nas anotações de enfermagem:

46. Nº de horários de medicamentos **circulados e não justificados**, nas anotações de enfermagem:

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/ Preciso	Exeqüível	Objetivo

<b>Outros Comentários e Sugestões:</b>

4 de 5

## INDICADOR 12: ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DIÁRIA E COMPLETA PELO ENFERMEIRO

### ITENS DE AVALIAÇÃO:

47. N° de pacientes **COM** a prescrição de enfermagem diária e **completa**, elaborada pelo enfermeiro:

48. N° de pacientes **COM** a prescrição de enfermagem diária, **porém incompleta** elaborada pelo enfermeiro:

49. N° de pacientes **SEM** a prescrição de enfermagem diária elaborada pelo enfermeiro:

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/ Preciso	Exeqüível	Objetivo

### Outros Comentários e Sugestões:


**ANEXO**

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

<b>Parecer Nº 246/06</b> <b>CAAE Nº 0199.0.268.000-06</b> <b>FOLHA DE ROSTO Nº 107227</b>	<b>Londrina, 18 de outubro de 2006.</b>
<b>PESQUISADOR(A): DAGMAR WILLAMOWIUS VITURI</b>	
<p>Ilmo(a) Sr(a),</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – CEP – UEL – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS , <b>APROVA</b> a realização do projeto: <b>“REFORMULAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO ”</b>.</p> <p>Informamos que o(a) Sr.(a) deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa e deverá ser apresentado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<b>Situação do Projeto: APROVADO</b>	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;">Prof<sup>ª</sup>. Dra. Nilza Maria Diniz        Comitê de Ética em Pesquisa        Coordenadora</p>	



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)