

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LEILA SOARES SEIFFERT

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE ASSISTENCIAL DE
HOSPITAIS

CURITIBA
2019

LEILA SOARES SEIFFERT

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE ASSISTENCIAL DE
HOSPITAIS

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Maria Manuela Frederico
Ferreira

CURITIBA
2019

Seiffert, Lelia Soares

Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais [recurso eletrônico] / Lelia Soares Seiffert – Curitiba, 2019.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Coorientadora: Professora Dra. Maria Manuela Frederico Ferreira

1. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 2. Estudos de validação. 3. Avaliação em saúde. 4. Efetividade. 5. Gestão da qualidade em saúde. I. Wolff, Lillian Daisy Gonçalves. II. Ferreira, Maria Manuela Frederico. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.1068

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

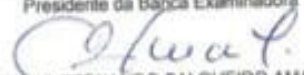
TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **LEILA SOARES SEIFFERT**, intitulada: **INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE ASSISTENCIAL DE HOSPITAIS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

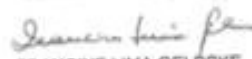
Curitiba, 22 de Fevereiro de 2019.


LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF
Presidente da Banca Examinadora


ANTÔNIO FERNANDO SALGUEIRO AMARAL
Avaliador Externo (ESEC)


AIDA MARIS PERES
Avaliador Interno (UFPR)


ELIZABETH BERNARDINO
Avaliador Interno (UFPR)


FRANCINE LIMA GELBCKE
Avaliador Externo (UFSC)

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Paraná, entidade que preza pela excelência no ensino, na pesquisa e na assistência. Minha casa por mais de 30 anos, oportunizou-me transitar inicialmente pela assistência e gestão no Hospital de Clínicas, e posteriormente, no ensino como aluna dos programas de pós-graduação de Enfermagem e Administração. A UFPR é parte de mim e de quem sou.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, representado por seus professores e servidores. Todos contribuíram direta ou indiretamente para minha formação; o apoio, incentivos e oportunidades que recebi foram essenciais para que eu escolhesse os melhores caminhos na construção desta tese.

À Prof^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, minha orientadora querida, compartilhou comigo muito mais do que seus extensos conhecimentos teóricos e expertise, foi amiga, conselheira, motivadora, ofereceu tanto de si, e com tanto afeto, que somente palavras não expressam meus profundos agradecimentos. Você é o modelo de docente em que me espelho, pois reconhece e faz vir à tona o melhor dos seus alunos e orientandos.

À Prof^a. Maria Manuela Frederico Ferreira, minha co-orientadora durante o doutorado sanduíche, pela singeleza ao também compartilhar comigo tanto conhecimento e experiência. Senti no seu amparo durante os meses de estudo na EsenfC, o conforto e proteção para desenvolver as atividades acadêmicas necessárias. Agradeço muito também sua disponibilidade e alegria ao propor e me acompanhar nas atividades culturais.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento do doutorado sanduíche em Coimbra, Portugal.

Aos profissionais e docentes brasileiros, participantes desta pesquisa, meu reconhecimento e eterna gratidão pelo altruísmo e persistência. É reconfortante saber que pessoas assim produzem cuidado e conhecimento!

Aos colegas deste percurso acadêmico, pelo apoio, contribuições e encorajamentos.

À minha família, pela compreensão, apoio, incentivos e colaboração em todos os sentidos.

RESUMO

Introdução: Indicadores de efetividade prestam-se a nortear os hospitais a avaliarem apropriadamente os resultados da assistência que oferecem. Há descrição na literatura sobre os atributos recomendáveis a indicadores de desempenho, contudo não foram validados por especialistas os indicadores de efetividade hospitalar com mais atributos para captar esta dimensão que expressa a qualidade dos resultados da assistência. Considera-se que um indicador de efetividade ideal é aquele que tem mais atributos para capturar o efeito de processos assistenciais na saúde e no bem-estar dos pacientes. Objetivo: Validar um rol de indicadores selecionados na literatura nacional e internacional que possibilitem a medida da efetividade da assistência em hospitais e suas respectivas fichas técnicas. Método: Estudo descritivo-exploratório, de abordagem mista do tipo *survey*, com 52 participantes recrutados pela técnica de bola de neve (pesquisadores, docentes ou técnicos brasileiros experientes em indicadores), mediante a Técnica Delphi eletrônica, em duas rodadas, entre maio a setembro de 2017. Para cada indicador foi elaborada uma ficha técnica, fundamentada na literatura, aperfeiçoada nas duas rodadas pelos especialistas. Cada indicador foi avaliado quanto à sua correspondência a onze atributos de qualidade: disponibilidade; confiabilidade; simplicidade; representatividade; sensibilidade; abrangência; objetividade; baixo custo; utilidade; estabilidade e tempestividade. Estipulou-se o consenso mínimo entre as respostas dos especialistas de 70% para validação de conteúdo. Os dados foram submetidos à análise descritiva uni e bivariada, e as sugestões às fichas técnicas foram incorporadas com respaldo na literatura, nas duas rodadas. Resultados: Foram validados 17 indicadores na dimensão segurança do paciente, quatro na dimensão cuidado centrado no paciente e 11 na dimensão efetividade clínica. Os trinta e dois indicadores validados são: cirurgia no local errado do corpo do paciente; cirurgia realizada no paciente errado; material estranho deixado no corpo durante um procedimento; deiscência de ferida pós-operatória; embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória; fratura de quadril por queda em pacientes internados; fratura de quadril pós-operatória por queda em pacientes internados; incidentes graves relacionados a equipamentos; incidentes devido a falhas de identificação do paciente; hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte; infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas; quedas com dano em pacientes internados; lesão por pressão; densidade de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em unidade de terapia intensiva de adulto; densidade de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI; reação transfusional graus II, III e IV; reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea; satisfação do paciente; cirurgias canceladas no dia agendado; recomendação do hospital pelo paciente; envolvimento do paciente com o próprio cuidado; mortalidade cirúrgica padronizada; óbitos em grupos de diagnósticos relacionados de baixa mortalidade; densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto; pneumotórax iatrogênico; sepse pós-operatória; mortalidade institucional padronizada; reinternação não programada pós-alta hospitalar; reinternações na UTI durante a permanência do paciente no hospital; readmissão no serviço de emergência adulto do hospital; infecções resistentes em UTI (MRSA e VRE); mortalidade em UTI adulto. Os sete indicadores não validados são: complicações anestésicas; erro de medicação; adesão institucional à estratégia multimodal de higiene de mãos; compreensão dos pacientes sobre sua medicação (transição do cuidado); pacientes informados pela equipe sobre a ocorrência de

incidentes com danos; orientação ao paciente (comunicação eficaz e informação transparente); percepção do paciente sobre a efetividade da preparação para sua alta. O atributo disponibilidade dos dados não alcançou o consenso mínimo em sete indicadores. Conclusão: Os indicadores validados permitem o monitoramento da efetividade assistencial e, os não validados podem também ser utilizados, mediante o atendimento de recomendações específicas e estratégias para a disponibilização de dados institucionais.

Palavras chave: Indicadores de Qualidade em Assistência à saúde. Estudos de Validação. Avaliação em Saúde. Efetividade. Gestão da qualidade em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Indicators of effectiveness are intended to guide hospitals to appropriately evaluate the results of the care they provide. Even though there exists a description in the literature about the recommended attributes for performance indicators, those of hospital effectiveness, with extra attributes to capture the dimension of quality of care outcomes, have not yet been validated by specialists. It is assumed that an ideal effectiveness indicator is one that has more attributes to capture the effect of care processes on patients' health and well-being. Objective: To validate a selection of indicators, from both national and international literature, that would make it possible to measure the effectiveness of care in hospitals. Method: A descriptive-exploratory study, with a mixed approach of the survey type, with 52 participants recruited by the technique of snowball (researchers, teachers or Brazilian technicians experienced in indicators) using the Delphi Electronic technique in two rounds between May and September of 2017. Data were submitted to univariate and bivariate descriptive analysis. Eleven quality attributes for each indicator were evaluated: availability; reliability; simplicity; representativeness; sensitivity; comprehensiveness; objectivity; low cost; utility; stability; and timing. Results: In the patient safety dimension, seventeen of twenty indicators were validated; in the patient-centered care dimension, four of eight indicators were validated, and in the clinical effectiveness dimension, all eleven indicators were validated. The thirty-two validated indicators are: surgery at the wrong site of the patient's body; surgery performed on the wrong patient; foreign material left in the body during a procedure; postoperative wound dehiscence; pulmonary embolism or deep postoperative venous thrombosis; hip fracture due to fall in hospitalized patients; postoperative hip fracture due to fall in hospitalized patients; serious incidents related to equipment; incidents due to patient identification failures; hemorrhage or postoperative hematoma in large surgeries; surgical site infection in clean surgeries; falls with damage to hospitalized patients; pressure injury; density of primary bloodstream infection in patients using a central venous catheter admitted to an adult intensive care unit; density of urinary tract infection associated with delayed bladder catheter in ICU patients; degree II, III and IV transfusion reaction; hemolytic reactions due to blood incompatibility; patient satisfaction; surgeries canceled at the scheduled date; hospital recommendation by the patient; involvement of the patients with their own care; standardized surgical mortality; deaths in related groups of low mortality; incidence density of ventilator-associated pneumonia in adult ICU; iatrogenic pneumothorax; postoperative sepsis; standardized institutional mortality; non-scheduled rehospitalization after hospital discharge; readmissions in the ICU during the patient's stay in the hospital; readmission to the hospital emergency room; resistant infections in ICUs (MRSA and VRE); mortality in adult ICU. The seven indicators that have not been validated are: anesthetic complications; medication error; institutional adherence to the multimodal hand hygiene strategy; patients' understanding of their medication (care transition); patients reported by the team on the occurrence of incidents with damage; patient guidance (effective communication and transparent information); perception of the effectiveness of the preparation for discharge. The data availability attribute did not reach the stipulated minimum consensus of 70% for validation in seven indicators.

Key words: Indicators of Quality in Health Care. Validation Studies. Health Evaluation. Effectiveness. Quality management in healthcare.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- HOSPITAIS BRASILEIROS SEGUNDO NATUREZA E ORIGEM DE FINANCIAMENTO.....	50
TABELA 2	- CERTIFICAÇÕES CONCEDIDAS A HOSPITAIS POR ORGANIZAÇÕES CERTIFICADORAS, BRASIL, 2018.....	51
TABELA 3	- ITENS DE AVALIAÇÃO DA APARÊNCIA E CLAREZA DO MODELO DE FICHA TÉCNICA A SER UTILIZADO NO SURVEY E ESCALA DE LIKERT UTILIZADA.....	84
TABELA 4	- ESCALA DE LIKERT PARA AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DO INDICADOR.....	86
TABELA 5	- PROFISSÃO, TITULAÇÃO E GÊNERO DOS PAINELISTAS.....	94
TABELA 6	- ORIGEM DOS PAINELISTAS POR ESTADO E MUNICÍPIO BRASILEIROS.....	95
TABELA 7	- PERFIL DOS PARTICIPANTES QUANTO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL E A EXPERIÊNCIA COM INDICADORES.....	96
TABELA 8	- ATRIBUTOS DOS INDICADORES DA DIMENSÃO SEGURANÇA QUE NÃO OBTIVERAM O CONSENSO MÍNIMO NA PRIMEIRA RODADA, EM PERCENTUAIS.....	98
TABELA 9	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS PARA TODOS OS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE NA PRIMEIRA RODADA.....	102
TABELA 10	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO.....	108
TABELA 11	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS.....	114
TABELA 12	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO	

	DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO.....	121
TABELA 13	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ABDOMINAIS E PÉLVICAS.....	127
TABELA 14	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA.....	133
TABELA 15	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO.....	140
TABELA 16	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS.....	145
TABELA 17	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL PÓS-OPERATÓRIA POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS.....	150
TABELA 18	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS.....	153
TABELA 19	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES DEVIDO A FALHAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	160
TABELA 20	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIAS DE GRANDE PORTE.....	165

TABELA 21	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DE MÃOS.....	172
TABELA 22	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS.....	178
TABELA 23	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS.....	183
TABELA 24	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO.....	187
TABELA 25	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO.....	192
TABELA 26	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO.....	197
TABELA 27	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III e IV.....	202
TABELA 28	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA.....	206

TABELA 29	- ATRIBUTOS DOS INDICADORES DA DIMENSÃO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE QUE NÃO OBTIVERAM O CONSENSO MÍNIMO NA PRIMEIRA RODADA E RESULTADO DA SEGUNDA RODADA.....	209
TABELA 30	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO.....	214
TABELA 31	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE PACIENTES INFORMADOS PELA EQUIPE SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES COM DANOS.....	220
TABELA 32	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE.....	226
TABELA 33	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO.....	231
TABELA 34	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE.....	236
TABELA 35	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA.....	241
TABELA 36	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE RECOMENDAÇÃO DO HOSPITAL PELO PACIENTE	246
TABELA 37	- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO.....	252

TABELA 38	-	ATRIBUTOS DOS INDICADORES DA DIMENSÃO EFETIVIDADE CLÍNICA QUE NÃO OBTIVERAM O CONSENSO MÍNIMO NA PRIMEIRA RODADA E RESULTADOS DA SEGUNDA RODADA.....	256
TABELA 39	-	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA.....	260
TABELA 40	-	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR RAZÃO DE ÓBITOS EM GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG) DE BAIXA MORTALIDADE.....	267
TABELA 41	-	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE DENSIDADE DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO.....	272
TABELA 42	-	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CASOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÊNICO.....	276
TABELA 43	-	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA.....	282
TABELA 44	-	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA.....	288
TABELA 45	-	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÃO NÃO PROGRAMADA PÓS-ALTA HOSPITALAR	292
TABELA 46	-	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÕES NA UTI ADULTO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL.....	299

TABELA 47 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE READMISSÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL.....	303
TABELA 48 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE).....	308
TABELA 49 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE EM UTI ADULTO.....	313

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- ATRIBUTOS PARA CONSTRUÇÃO OU ELEIÇÃO DE INDICADORES.....	58
QUADRO 2	- ELEMENTOS PARA ELABORAÇÃO DE FICHA TÉCNICA DE INDICADORES.....	59
QUADRO 3	- APRESENTAÇÃO DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE FREQUENTEMENTE UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM SAÚDE.....	66
QUADRO 4	- INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL NAS DIFERENTES DIMENSÕES DA QUALIDADE.....	71
QUADRO 5	- TIPOS DE TÉCNICA DELPHI.....	78
QUADRO 6	- INFORMAÇÃO ADICIONAL PARA A INTERPRETAÇÃO DE ATRIBUTO.....	85
QUADRO 7	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE.....	99
QUADRO 8	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	101
QUADRO 9	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS NO PACIENTE ERRADO.....	105
QUADRO 10	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	106
QUADRO 11	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS.....	111
QUADRO 12	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA	

	DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	113
QUADRO 13	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO	118
QUADRO 14	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	120
QUADRO 15	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ABDOMINAIS E PÉLVICAS.....	124
QUADRO 16	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ABDOMINAIS E PÉLVICAS, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	125
QUADRO 17	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS - OPERATÓRIA)	130
QUADRO 18	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA), AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	132
QUADRO 19	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO.....	137
QUADRO 20	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA	

	DE ERRO DE MEDICAÇÃO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	139
QUADRO 21	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL POR QUEDAS, EM PACIENTES INTERNADOS.....	143
QUADRO 22	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL POR QUEDAS, EM PACIENTES INTERNADOS, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	144
QUADRO 23	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL PÓS-OPERATÓRIA POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS.....	148
QUADRO 24	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL PÓS-OPERATÓRIA POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	149
QUADRO 25	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS.....	152
QUADRO 26	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	153
QUADRO 27	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES DEVIDO A FALHAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	158
QUADRO 28	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES DEVIDO A FALHAS DE	

	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	159
QUADRO 29	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS OPERATÓRIO.....	162
QUADRO 30	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS- OPERATÓRIO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	164
QUADRO 31	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DAS MÃOS.....	168
QUADRO 32	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DAS MÃOS, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	170
QUADRO 33	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS.....	176
QUADRO 34	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	177
QUADRO 35	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS.....	181
QUADRO 36	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	182

QUADRO 37	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO.....	185
QUADRO 38	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	186
QUADRO 39	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO.....	190
QUADRO 40	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	191
QUADRO 41	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE DENSIDADE DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO.....	195
QUADRO 42	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE DENSIDADE DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	196

QUADRO 43	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III E IV.....	199
QUADRO 44	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III E IV, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	201
QUADRO 45	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA	204
QUADRO 46	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	204
QUADRO 47	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO.....	211
QUADRO 48	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	212
QUADRO 49	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE PACIENTES INFORMADOS PELA EQUIPE SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES COM DANOS.....	217
QUADRO 50	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE PACIENTES INFORMADOS PELA EQUIPE SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES COM DANOS, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	218
QUADRO 51	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE.....	223

QUADRO 52	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	225
QUADRO 53	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO.....	229
QUADRO 54	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	230
QUADRO 55	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE.....	234
QUADRO 56	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	235
QUADRO 57	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA.....	239
QUADRO 58	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	240
QUADRO 59	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE RECOMENDAÇÃO DO HOSPITAL PELO PACIENTE.....	244
QUADRO 60	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE RECOMENDAÇÃO DO HOSPITAL PELO PACIENTE,	

	POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	245
QUADRO 61	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO.....	249
QUADRO 62	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	250
QUADRO 63	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA.....	257
QUADRO 64	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	259
QUADRO 65	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR RAZÃO DE ÓBITOS EM GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG) DE BAIXA MORTALIDADE.....	263
QUADRO 66	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR RAZÃO DE ÓBITOS EM GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG) DE BAIXA MORTALIDADE, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	264
QUADRO 67	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO.....	268
QUADRO 68	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI	

	ADULTO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	270
QUADRO 69	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CASOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÊNICO.....	274
QUADRO 70	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO CASOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÊNICO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	275
QUADRO 71	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA.....	279
QUADRO 72	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	280
QUADRO 73	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA.....	285
QUADRO 74	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	286
QUADRO 75	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÃO NÃO PROGRAMADA PÓS-ALTA HOSPITALAR.....	291
QUADRO 76	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÃO PÓS-ALTA HOSPITALAR NÃO PROGRAMADA, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	292
QUADRO 77	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÕES NA UTI ADULTO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL.....	297

QUADRO 78	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÕES NA UTI ADULTO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	298
QUADRO 79	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE READMISSÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL.....	301
QUADRO 80	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE READMISSÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	302
QUADRO 81	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE)	305
QUADRO 82	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE), POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	306
QUADRO 83	- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA EM UTI ADULTO.....	311
QUADRO 84	- SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA EM UTI ADULTO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA.....	312
QUADRO 85	- SÍNTESE ACERCA DA ANÁLISE QUALITATIVA DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE ASSISTENCIAL DE HOSPITAIS.....	316

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- PERCURSO METODOLÓGICO.....	75
----------	------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE.....	104
GRÁFICO 2	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO.....	110
GRÁFICO 3	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS.....	116
GRÁFICO 4	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO.....	123
GRÁFICO 5	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA.....	129
GRÁFICO 6	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA.....	135
GRÁFICO 7	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO.....	141

GRÁFICO 8	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL EM PACIENTES INTERNADOS.....	147
GRÁFICO 9	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL PÓS-OPERATÓRIA POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS.....	151
GRÁFICO 10	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS.....	157
GRÁFICO 11	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES DEVIDO A FALHAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE..	162
GRÁFICO 12	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS-OPERATÓRIO.....	167
GRÁFICO 13	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DE MÃOS....	174
GRÁFICO 14	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS.....	180
GRÁFICO 15	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS.....	184

GRÁFICO 16	-	PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO.....	189
GRÁFICO 17	-	PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE DENSIDADE DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC), INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DE ADULTO....	194
GRÁFICO 18	-	PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE DENSIDADE DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DE ADULTO....	198
GRÁFICO 19	-	PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III E IV.....	203
GRÁFICO 20	-	PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA	207
GRÁFICO 21	-	PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO.....	215
GRÁFICO 22	-	PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE PACIENTES	

	INFORMADOS PELA EQUIPE SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES COM DANOS.....	221
GRÁFICO 23	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE.....	228
GRÁFICO 24	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO.....	233
GRÁFICO 25	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE.....	238
GRÁFICO 26	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA.....	243
GRÁFICO 27	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE RECOMENDAÇÃO DO HOSPITAL PELO PACIENTE.....	242
GRÁFICO 28	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO.....	247
GRÁFICO 29	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA.....	253
GRÁFICO 30	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS	

	ATRIBUTOS DO INDICADOR RAZÃO DE ÓBITOS EM GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG) DE BAIXA MORTALIDADE.....	261
GRÁFICO 31	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO.....	272
GRÁFICO 32	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CASOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÊNICO.....	277
GRÁFICO 33	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA.....	283
GRÁFICO 34	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA.....	289
GRÁFICO 35	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÃO PÓS-ALTA HOSPITALAR NÃO PROGRAMADA.....	295
GRÁFICO 36	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÕES NA UTI ADULTO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL.....	300
GRÁFICO 37	- PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE READMISSÃO	

	NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL.....	304
GRÁFICO 38 -	PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE)	309
GRÁFICO 39 -	PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE EM UTI ADULTO.....	314

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	- Agency for Healthcare Research and Quality
ANA	- American Nurses Association
ANAHP	- Associação Nacional de Hospitais Privados
ANCC	- American Nurses Credentialing Center
ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APACHE	- Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
ASA	- American Society of Anesthesiologists
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CA	- Accreditation Canada
CALNOC	- California Nursing Outcome Coalition
CBA	- Consórcio Brasileiro de Acreditação
CEP/SD	- Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde
CHUC	- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COTAQ	- Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial
CPAP	- Continuous Positive Airway Pressure
CVC	- Cateter Venoso Central
CQH	- Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DRG	- Diagnosis Related Groups
DUQuE	- Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe
ENAP	- Escola Nacional de Administração Pública
EsenfC	- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
EP	- Embolia Pulmonar
EUA	- Estados Unidos da América
FIEP	- Federação das Indústrias do Estado do Paraná
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
IAC	- Instituição Acreditadora Credenciada

ICICT	- Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde
IHI	- Institute for Healthcare Improvement
IOM	- Institute of Medicine
IPCA	- Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IQG	- Instituto Qualisa de Gestão
ITU	- Infecção do Trato Urinário
JCI	Joint Commission International
MPM	- Mortality Probability Model
MRSA	- Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus
NDNQI	- National Database of Nursing Quality Indicators
NOTIVISA	- Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
OECD	- Organization for Economic Co-operation and Development
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
PAM	- Pressão Arterial Média
PATH	- Projeto Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals
PAV	- Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PROADESS	- Projeto de Avaliação do Desempenho de Sistemas de Saúde
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
QUALISS	- Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde
RAM	- Reação Adversa a Medicamento
SESI	- Serviço Social da Indústria
SAPS	- Simplified Acute Physiology Score
SARA	- Síndrome da Angústia Respiratória Aguda
SRIS	- Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEP	- Tromboembolismo Pulmonar
TEV	- Tromboembolismo Venoso
TVP	- Trombose Venosa Profunda

- UFPR - Universidade Federal do Paraná
- UICISA - E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva
- VM - Ventilação Mecânica
- VRE - Vancomycin-Resistance Enterococcus
- WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	38
1.1	CONTEXTO E PROBLEMA.....	38
1.2	OBJETIVOS.....	42
1.2.1	Objetivo Geral.....	42
1.2.2	Objetivos específicos.....	42
1.3	JUSTIFICATIVA.....	43
1.4	MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO.....	43
1.5	ESTRUTURA DO DOCUMENTO.....	44
2	REFERENCIAL TEÓRICO	45
2.1	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE.....	45
2.1.1	Qualidade em Saúde.....	45
2.1.2	Acreditação de Hospitais Brasileiros.....	49
2.1.3	Certificação de Serviços de Enfermagem de Excelência.....	55
2.2	INDICADORES DE EFETIVIDADE.....	57
2.2.1	Indicadores.....	57
2.2.2	Efetividade.....	62
3	MÉTODO	73
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	73
3.2	ETAPAS METODOLÓGICAS.....	74
3.3	TÉCNICA DELPHI.....	76
3.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA E RECRUTAMENTO.....	79
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	82
3.6	COLETA DE DADOS.....	83
3.6.1	Pré-teste.....	83
3.6.2	Primeira rodada.....	87
3.6.3	Segunda rodada.....	88
3.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	89
3.8	CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO DE DOUTORAMENTO NO EXTERIOR (DOUTORADO SANDUÍCHE).....	90
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	94
4.2	INDICADORES.....	96
4.2.1	Indicadores da dimensão segurança do paciente.....	97
4.2.1.1	Número de cirurgias no local errado do corpo do paciente.....	99
4.2.1.2	Número de cirurgias realizadas no paciente errado.....	105
4.2.1.3	Taxa de complicações anestésicas.....	111
4.2.1.4	Número de incidentes relativos a material estranho deixado no corpo durante um procedimento.....	117
4.2.1.5	Taxa de deiscência de ferida pós-operatória em cirurgias abdominais e pélvicas.....	123
4.2.1.6	Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória.....	130
4.2.1.7	Taxa de erro de medicação.....	136
4.2.1.8	Taxa de fratura de quadril por quedas em pacientes internados.....	143
4.2.1.9	Taxa de Fratura de quadril pós-operatória por queda em pacientes internados.....	147
4.2.1.10	Número de incidentes graves relacionados a equipamentos... ..	152

4.2.1.11	Número de incidentes devido a falhas de identificação do paciente.....	157
4.2.1.12	Taxa de hemorragia ou hematoma pós-operatório.....	162
4.2.1.13	Taxa de adesão institucional à estratégia multimodal de higiene das mãos.....	167
4.2.1.14	Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas.....	175
4.2.1.15	Taxa de quedas com dano em pacientes internados.....	180
4.2.1.16	Incidência de lesão por pressão.....	185
4.2.1.17	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Adulto.....	190
4.2.1.18	Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva de Adulto.....	194
4.2.1.19	Taxa de reação transfusional graus II, III e IV.....	199
4.2.1.20	Taxa de reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea.....	204
4.2.2	Indicadores na dimensão cuidado centrado no paciente.....	208
4.2.2.1	Taxa de compreensão dos pacientes sobre sua medicação....	210
4.2.2.2	Taxa de pacientes informados pela equipe sobre a ocorrência de incidentes com danos.....	216
4.2.2.3	Taxa de satisfação do paciente.....	223
4.2.2.4	Taxa de cirurgias canceladas no dia agendado.....	229
4.2.2.5	Taxa de orientação eficaz ao paciente.....	233
4.2.2.6	Taxa de percepção do paciente sobre a efetividade da preparação para sua alta.....	239
4.2.2.7	Taxa de recomendação do hospital pelo paciente.....	243
4.2.2.8	Taxa de envolvimento do paciente com o próprio cuidado.....	249
4.2.3	Indicadores na dimensão efetividade clínica.....	254
4.2.3.1	Taxa de mortalidade cirúrgica padronizada.....	256
4.2.3.2	Razão de óbitos em grupos diagnósticos relacionados (DRG) de baixa mortalidade.....	262
4.2.3.3	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.....	268
4.2.3.4	Número de casos de pneumotórax iatrogênico.....	273
4.2.3.5	Taxa de sepse pós-operatória.....	278
4.2.3.6	Taxa de mortalidade institucional padronizada	284
4.2.3.7	Taxa de reinternação não programada pós-alta hospitalar.....	291
4.2.3.8	Taxa de reinternações na UTI adulto durante a permanência do paciente no hospital.....	296
4.2.3.9	Taxa de readmissão no Serviço de Emergência adulto do hospital.....	301
4.2.3.10	Taxa de infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (MRSA ou VRE).....	305
4.2.3.11	Taxa de Mortalidade em UTI adulto.....	310
4.3	SÍNTESE QUALITATIVA GLOBAL DOS INDICADORES.....	316
5	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	322
5.1	CONCLUSÕES.....	322

5.2	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	323
	REFERÊNCIAS	325
	APÊNDICE 1	362
	APÊNDICE 2	364
	APÊNDICE 3	365
	APÊNDICE 4	366
	APÊNDICE 5	368
	APÊNDICE 6	372
	APÊNDICE 7	373
	APÊNDICE 8	374
	APÊNDICE 9	380
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	387

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

Esta pesquisa trata do tema indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais. Insere-se na linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

O Relatório do *Institute of Medicine* (IOM), denominado *Errar é Humano* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), contém uma série de estudos realizados ao longo das últimas décadas em todo o mundo, mostrando a subutilização, uso excessivo, e uso indevido de muitos serviços de saúde, trazendo à tona um crescente corpo de evidências e questionamentos sobre a qualidade dos cuidados de saúde.

Os países, independentemente do nível de renda, não estão conseguindo prover serviços de saúde de qualidade, atrasando o progresso na melhoria da saúde. Os problemas fundamentais incluem: diagnóstico impreciso, erros de medicação, tratamento inadequado ou desnecessário e instalações ou práticas clínicas inseguras (O'DOWD, 2018).

A situação é pior em países de baixa e média renda, em que estima-se que 10% dos pacientes hospitalizados adquiram infecção durante sua permanência no hospital, em comparação com 7% em países de alta renda. Erros durante o atendimento e infecções hospitalares respondem por 15% dos gastos em países de alta renda (O'DOWD, 2018).

Há uma percepção errônea de que a qualidade é um luxo que somente países ricos podem pagar; porém construir serviços de saúde de qualidade requer cultura de transparência, engajamento e abertura sobre os resultados, e isto é possível em todos os lugares (WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; THE WORLD BANK, 2018).

As responsabilidades para a melhoria abrangem diferentes atores, desde governos a pacientes. Aos governos cabe liderarem a transformação, elaborando estratégias e políticas voltadas à gestão da qualidade em saúde; concerne aos operadores de sistemas e serviços de saúde a centralidade do cuidado no paciente;

aos profissionais de saúde compete enxergarem os pacientes como parceiros, divulgando dados demonstrativos da importância das estratégias de qualidade; e, aos pacientes, cabe envolverem-se nas decisões sobre saúde, colaborando no desenvolvimento de modelos de tomada de decisão compartilhada (WHO; OECD; THE WORLD BANK, 2018).

Destaca-se que o desempenho hospitalar satisfatório implica funcionamento de acordo com as normas profissionais e sanitárias, correspondendo às necessidades dos pacientes e da sociedade (VEILLARD; CHAMPAGNE; KLAZINGA, 2005).

Segundo análises comparativas, há variações consideráveis na qualidade dos cuidados nos serviços de saúde. Constatase que a má qualidade dos cuidados afeta a todos, trazendo sofrimento aos pacientes e elevação nos custos de saúde (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2010).

Um alto nível de desempenho na prestação de cuidados de saúde baseia-se nas competências profissionais aplicadas ao conhecimento científico atual, ao uso da tecnologia e recursos disponíveis, à eficiência no uso destes recursos, ao oferecimento de risco mínimo para os pacientes, à capacidade de resposta às necessidades dos pacientes, e a contribuição ótima para os resultados de saúde (VEILLARD; CHAMPAGNE; KLAZINGA, 2005).

Desta forma, mensurar a qualidade dos cuidados torna-se um componente-chave de muitas políticas que visam melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, por meio de melhor coordenação do cuidado, prevenção, cuidado centrado no paciente, uso e avaliação de tecnologias na saúde (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2010).

Indicadores de resultados da assistência hospitalar tornam-se imprescindíveis para avaliar a influência do processo de prestação de cuidados sobre a saúde do indivíduo, por ser um elemento de medida que possibilita prover informações sobre fenômenos complexos difíceis de serem capturados, como a qualidade do cuidado hospitalar (VEILLARD; CHAMPAGNE; KLAZINGA, 2005).

Dados nórdicos mostraram que mais de 12% dos pacientes hospitalizados experimentaram incidentes, dos quais 70% eram evitáveis, e mais de metade destes levaram à incapacidade e aumento do tempo de internação. Um estudo inglês mostra que mais de 40%, ou cerca de 1,9 milhões de admissões de emergência nos hospitais

poderiam ter sido evitadas se houvesse cuidados primários de melhor qualidade (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2010).

No Brasil, estudo baseado nas notificações voluntárias das organizações de saúde no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), no período entre 2014 a 2016, contabilizou o registro de 63.933 incidentes relacionados à assistência à saúde, sendo que 417 (0,6%) tiveram como desfecho o óbito (MAIA et al., 2018).

Desde 1997, hospitais brasileiros submetem-se a processos de avaliação realizados por instituições externas, as quais avaliam os padrões de qualidade de prestadores de serviços de saúde, culminando com a certificação denominada acreditação, cujo grau mais elevado é o de excelência. A acreditação nacional é realizada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), mas alguns hospitais optam por serem acreditados por organizações internacionais, como a *Joint Commission International* e a *Accreditation Canada*.

Ainda que hospitais recebam o selo de excelência pelas organizações acreditadoras, pode ser difícil estabelecer o grau de efetividade do seu desempenho. Entende-se o conceito de efetividade como o grau em que melhorias atingíveis em saúde são de fato alcançadas (DONABEDIAN, 2003).

A dificuldade em se estabelecer o grau de efetividade se explica pelo fato de o desempenho hospitalar estar sujeito à influência de fatores inerentes à própria organização de saúde mas, também, a fatores do ambiente operacional, como os sociais, demográficos, epidemiológicos, econômicos, que afetam as condições da clientela e do sistema de saúde; em relação aos quais não há governabilidade da gestão do hospital (WOLFF, 2005).

Deste modo, indicadores para mensuração de efetividade devem se correlacionar às principais dimensões da qualidade dos processos de cuidado ou assistenciais, de modo a facilitar a compreensão dos conceitos envolvidos e da sua utilização na rotina hospitalar. Pode-se considerar, por exemplo, a sua correlação com a dimensão técnica, segurança, cuidado centrado no paciente, grau de satisfação, custo racional da atenção, o cuidado prestado em tempo oportuno, a coordenação do cuidado, a eficiência, e a infraestrutura adequada do sistema de saúde.

Além de proverem medidas e monitoramentos, os indicadores possibilitam a documentação da qualidade do cuidado, viabilizam comparações e o *benchmarking*

interno ou entre organizações de saúde, promovem julgamentos e a identificação de prioridades, servem de apoio a processos de transparência, fiscalizações e certificações de acreditação, são o suporte imprescindível para programas de qualidade assistencial e são fonte para a escolha informada aos pacientes quanto a locais para prestação de serviços de saúde (KRISTENSEN; MAINZ; BARTELS, 2007).

Estudo demonstra que as evidências relativas às intervenções de segurança implementadas mundialmente nos hospitais, são fracas e recomenda a necessidade de investimento em pesquisas de alta qualidade a fim de identificar intervenções que tenham um impacto real sobre a segurança do paciente, notadamente quanto à prevenção de incidentes com danos relacionados a medicamentos, quedas e infecções, bem como a redução da mortalidade (ZEGERS et al., 2016).

É desejável que mensurações de efetividade sejam parte dos processos organizacionais, de modo que os resultados obtidos, apontem a necessidade de promoção de melhorias gradativas e contínuas na assistência, que impactem positivamente no desempenho dos hospitais brasileiros.

Autores descrevem atributos qualitativos que deveriam ser levados em conta na identificação dos indicadores a serem utilizados para a captura de informações sobre determinado fenômeno, tais como: disponibilidade, confiabilidade, simplicidade, representatividade, sensibilidade, abrangência, objetividade, baixo custo, utilidade, estabilidade e tempestividade (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; VITURI; MATSUDA, 2009; GOUVEA; TRAVASSOS, 2010; ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - ENAP, 2013).

Ressalta-se que indicadores de efetividade devem proporcionar medições e descrições dos resultados da assistência que possam ser analisadas estatisticamente, generalizadas e validadas, na medida que capturem e confirmem, adequadamente, as principais dimensões da qualidade dos processos assistenciais; e que as diferenças encontradas reflitam as diferenças reais da efetividade hospitalar, sendo **sensíveis** o suficiente para captar as nuances de seu significado e suas transformações ao longo do tempo, entre outras possibilidades.

Na escolha dos indicadores de efetividade a serem utilizados no hospital, há que se considerar, entre seus atributos qualitativos, a sua validade interna, relativa à validade de conteúdo ou de face, a validade de critérios e validade de construto (COOPER; SCHINDLER, 2014).

Autores (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - ENAP, 2013) recomendam que para se proceder à validade de conteúdo seja utilizado um painel de especialistas, para avaliarem o quanto o indicador satisfaz a determinados requisitos. Desta forma, com uma abordagem alicerçada na objetividade e neutralidade científicas pode-se avaliar se o indicador, ou um grupo de indicadores, são essenciais, úteis mas não essenciais, ou não necessários. Conseqüentemente, pode-se obter um rol de indicadores com valor de significância estatística para representar uma situação ou fenômeno estudado.

Considerando a relevância de um rol de indicadores de efetividade úteis para nortear os hospitais a avaliarem apropriadamente os resultados da assistência que oferecem à clientela, formulou-se a seguinte questão norteadora de pesquisa: **que indicadores e suas respectivas fichas técnicas, são adequados à medir a efetividade assistencial em hospitais, considerando os atributos reconhecidos na literatura?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Validar um rol de indicadores selecionados na literatura nacional e internacional que possibilitem a medida da efetividade da assistência em hospitais.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Selecionar indicadores que mensurem a efetividade da assistência hospitalar na literatura nacional e internacional;
2. Elaborar ficha técnica dos indicadores selecionados;
3. Submeter as fichas técnicas à apreciação por especialistas com vistas a aprimorá-las.
4. Submeter as fichas técnicas à apreciação por especialistas quanto a corresponderem aos atributos: sensibilidade; representatividade ou fidedignidade;

objetividade; baixo custo; simplicidade, utilidade; disponibilidade; confiabilidade; abrangência; estabilidade e tempestividade.

1.3 JUSTIFICATIVA

Embora a literatura descreva, de modo geral, os atributos recomendáveis a indicadores de desempenho, ainda não foram validados por especialistas os indicadores de efetividade hospitalar com mais atributos para captar esta dimensão que expressa a qualidade dos resultados da assistência. Nesta perspectiva, um indicador de efetividade ideal é aquele que tem mais atributos que favoreçam a captura do efeito de processos assistenciais na saúde e no bem-estar dos pacientes.

A partir da aplicação da Técnica Delphi, nesta pesquisa pretendeu-se validar um rol de indicadores para mensuração da efetividade da assistência, validados por painelistas especialistas, na perspectiva de que este rol poderia ser utilizado como base para estudos e avaliações de desempenho de hospitais brasileiros.

1.4 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Na experiência de 30 anos da autora, atuando como enfermeira assistencial e gestora em hospitais, dos quais 10 anos na área de gestão da qualidade, constatou a necessidade premente de mensurar os esforços institucionais em prol da segurança do paciente, e que diversos programas e iniciativas eram implantados, mas a efetividade destes não era mensurada.

Da mesma forma, atuando por mais de dez anos como avaliadora de acreditação de serviços de saúde pelo Sistema Brasileiro de Acreditação, identificou que esta dificuldade é comum a grande parte dos hospitais brasileiros, e, a despeito da vontade dos profissionais, há dúvidas sobre como utilizar indicadores como instrumentos de medida.

As dúvidas dizem respeito à seleção dos indicadores que se adequem ao perfil epidemiológico da organização de saúde, às fontes de coleta de dados e, especialmente, ao método de apuração, isto é, a fórmula para calcular o indicador.

Desta forma, considera-se que esta pesquisa traz em seu bojo proposta inovadora e indispensável para orientar gestores públicos e privados na construção e monitoramento de indicadores de efetividade hospitalar, que sejam compatíveis à realidade brasileira, bem como sejam capazes de captar o quanto os processos assistenciais do hospital atendem a sua finalidade precípua, no sentido de contribuir para a melhoria das condições de saúde individual e coletiva de sua clientela-alvo.

1.5 ESTRUTURA DO DOCUMENTO

Esta tese está estruturada em cinco capítulos. A partir deste capítulo relativo à Introdução, o segundo capítulo trata do Referencial Teórico; o terceiro versa sobre o Método; no quarto capítulo são apresentados e discutidos os Resultados; o quinto refere-se à Conclusão e, por fim, são apresentadas as Referências, os Apêndices e os Anexos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para sustentação desta pesquisa, abordaram-se duas temáticas nesta revisão de literatura: Avaliação da qualidade em saúde e Indicadores de Efetividade.

2.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

2.1.1 Qualidade em Saúde

Qualidade é o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; 2009), tal grau está relacionado a três grandes problemas de qualidade: uso excessivo, subutilização e mau uso (BERWICK, 2009). Qualidade é um conceito dinâmico e de domínio público (PALADINI, 2010), frequentemente sendo reconhecido como o atendimento confiável, acessível, seguro e no tempo exato às necessidades do cliente¹ (CAMPOS, 2009).

Para Donabedian (1980, 1988), considerado o principal estudioso da qualidade na assistência à saúde, o significado da qualidade é um mistério a ser solucionado, pois embora real e passível de ser percebida e apreciada, parece não ser sujeita a medições. Assim, as definições de qualidade existentes são legítimas, dependendo do local e das características do sistema de saúde e dos cuidados.

Logo, conceituar a qualidade é uma tarefa complexa, pois ela é permeada por valores subjetivos, o que exige considerar a percepção de cada indivíduo envolvido na avaliação do cuidado e a cultura que direciona os objetivos organizacionais (DONABEDIAN, 1980).

Dois fatores estão relacionados à definição da qualidade: os riscos e os benefícios. Nesse sentido, a qualidade na atenção à saúde é alcançada quando se obtêm os maiores benefícios possíveis associados aos menores riscos para o paciente por meio da utilização de recursos desejáveis (DONABEDIAN, 1980, 1988).

¹ Cliente é o doente, em relação ao médico habitual; freguês. (FERREIRA, 2009). Paciente é aquele que sofre ou é objeto de uma ação; pessoa que está sob cuidados médicos. (FERREIRA, 2009). Usuário é aquele que usa ou desfruta alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular. (FERREIRA, 2009). Nesta pesquisa adotou-se o termo paciente.

Dentre as várias dimensões da qualidade em serviços de saúde, destaca-se a dimensão técnica, na qual são aplicados os melhores conhecimentos e a tecnologia disponível em favor do paciente, incluindo o nível de capacitação dos profissionais e suas habilidades técnicas. Outra dimensão é a segurança, medida pelo risco acarretado pelos serviços ao paciente; o risco pode ser aumentado ou diminuído de acordo com a sua condição clínica, a eficácia da estratégia definida e a destreza da equipe de saúde (DONABEDIAN, 1988; 2001a; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2004).

O grau de satisfação pelo serviço é uma dimensão que demonstra o atendimento às necessidades na perspectiva/percepção do paciente. Compreende não somente aspectos como a hotelaria, o atendimento, a privacidade, o tempo de espera, mas também a qualidade técnica, que é percebida pelo paciente na sua própria perspectiva, de acordo com seus valores. Por último, o custo racional da atenção é uma dimensão que considera que melhorar a qualidade pode aumentar os custos, porém o uso desnecessário ou inadequado dos recursos aumenta os custos sem acrescentar qualidade (DONABEDIAN, 1988; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Portanto, algumas dimensões devem ser associadas a mensurações de níveis de qualidade de serviços de saúde, a exemplo da **efetividade, segurança, tempo oportuno, cuidado centrado no paciente, coordenação do cuidado, eficiência, e infraestrutura adequada do sistema de saúde** (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014).

A avaliação da qualidade consiste em um julgamento de valor aplicado a diferentes aspectos de um processo denominado atenção médica, mas não restrita ao profissional médico; de forma ampliada, objetiva determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedirem a exploração ou a incompetência. A monitorização da qualidade, por sua vez, exerce vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (DONABEDIAN, 2003).

Por meio da avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados obtidos é possível incluir-se a maioria das características que envolvem a prestação de cuidados de saúde, de modo a se obter medidas concretas para se estimar a qualidade nos serviços. Esta tríade foi concebida por Donabedian (1980), após

analisar a produção científica sobre esta temática e publicar um artigo intitulado *Evaluating the quality of medical care*. Por dez anos esta lógica foi ignorada, ressurgiu nos meios acadêmicos em 1976, tornando-se a base orientativa para a avaliação da qualidade, como certificações de acreditação de profissionais, organizações de saúde e de ensino, tanto no Brasil, como no mundo (DONABEDIAN, 2005; AYANIAN; MARKEL, 2016).

Por **estrutura** entende-se as características estáveis da produção em saúde, as ferramentas e recursos físicos e organizacionais disponíveis no ambiente de trabalho, tais como as pessoas, os recursos financeiros e os sistemas administrativos. Envolve o quantitativo, a distribuição e a qualificação dos profissionais e provedores, equipamentos e a distribuição geográfica dos hospitais. Este conceito vai além dos fatores que envolvem a produção e incluem o financiamento e organização dos serviços de saúde do ponto de vista formal e informal, a organização das equipes de enfermagem, presença ou ausência de esforços para revisão da qualidade, enfim, todo o ambiente relacionado ao cuidado, que influencia o tipo de assistência que é prestada (DONABEDIAN, 1980; AYANIAN; MARKEL, 2016).

A utilização da estrutura como uma medida indireta da qualidade assistencial depende da natureza da sua influência. Na realidade brasileira, foi desenvolvida uma avaliação de serviços de saúde em nível nacional, mediante visitas a 5.626 hospitais. Os resultados evidenciaram que dentre os dez padrões menos cumpridos destaca-se a carência de profissionais qualificados atuando nos hospitais, como ausências de enfermeiros no centro cirúrgico e de médico exclusivo nos serviços de emergência; além da falta de capacitação de chefes de serviços de hemoterapia (BRASIL, 2007). Pode-se considerar que a ausência de estrutura adequada é uma evidência de baixa qualidade. Assim, a estrutura é relevante para a qualidade, na medida em que melhora ou piora a probabilidade de um bom desempenho (DONABEDIAN, 1980).

Os **processos** são os componentes do cuidado prestado e englobam as atividades que constituem os cuidados em saúde realizados pelas equipes assistenciais, tais como diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do paciente, bem como as contribuições para o cuidado realizadas pelos pacientes e seus familiares (DONABEDIAN, 2003; AYANIAN; MARKEL, 2016). A medição dos processos de produção do cuidado indica se boas ou más práticas estão sendo seguidas.

Por sua vez, **os resultados** são as mudanças desejáveis ou indesejáveis, tanto em indivíduos como em populações, as quais podem ser atribuídas aos cuidados de saúde prestados. Incluem as mudanças no *status* de saúde como recuperação, restauração da função e sobrevivência; no conhecimento adquirido pelos pacientes e seus familiares e que pode influenciar o cuidado; o comportamento destes; e a sua satisfação com o cuidado recebido e seus resultados (DONABEDIAN, 2003; AYANIAN; MARKEL, 2016).

A estrutura, os processos e os resultados estão interrelacionados. Em termos de estrutura, a maneira como o sistema de saúde está configurado tem influência significativa no modo como as pessoas se comportam e na qualidade do atendimento oferecido e desfrutado. Em alguns aspectos, a estrutura poderia ser o principal determinante da qualidade que o serviço de saúde poderia oferecer. Entretanto, nem sempre as variações nas características do sistema correspondem às variações na qualidade. A avaliação da estrutura é facilitada por ser mais facilmente observável e registrada em documentos de controle, além de serem mais estáveis.

Por outro lado, as características detalhadas do processo de cuidados de saúde podem fornecer julgamentos discriminatórios sobre a qualidade do cuidado, portanto, há que se avaliar a relação dos cuidados prestados com os resultados obtidos, uma vez que processos baseados em evidência, por exemplo, podem contribuir para resultados desejáveis (DONABEDIAN, 2003).

A avaliação dos resultados como critério para estimar o grau da qualidade assistencial oferece inúmeras vantagens e raros questionamentos, pois resultados tendem a ser concretos, possibilitando precisão na medição. Por outro lado, como muitos fatores podem influenciar o resultado, é preciso estabelecer a relação direta entre o cuidado e o resultado, de modo a afirmar com certeza que ele foi o responsável por dado resultado (DONABEDIAN, 2003).

Melhorias quantificáveis na área da assistência à saúde nos Estados Unidos, demonstram que esforços concentrados de múltiplas organizações, tanto públicas como privadas, podem produzir resultados positivos no tocante à redução de condições adquiridas pela hospitalização. Da mesma forma, o investimento em pesquisa proporciona uma melhor compreensão do problema e por consequência, a identificação de soluções mais assertivas de modo a produzir melhores resultados. Contudo, estes podem levar tempo para se consolidar, exemplifica-se que em 2005

os americanos recebiam em média 66% dos cuidados que deveriam receber, e em 2010 houve um aumento para 70% (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014).

2.1.2 Acreditação de Hospitais Brasileiros

Acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde e, nas experiências brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma organização não governamental, encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia (SEIFFERT, 2011).

Consequentemente, a acreditação é um processo formal pelo qual uma instituição acreditadora credenciada avalia e reconhece que uma determinada organização de saúde atende a padrões considerados aplicáveis. Abrange a capacidade e desempenho globais da instituição, e não do profissional individualmente, enfoca estratégias contínuas de melhoria e o alcance de padrões ótimos de qualidade, avaliando além da conformidade a padrões mínimos (SEIFFERT, 2011).

O processo de preparo do hospital para submeter-se à acreditação promove mudanças significativas na segurança do paciente, na medida em que os requisitos necessários para atendimento dos padrões exigidos alavancam revisão e mudanças irreversíveis nos processos de trabalho, promovem boas práticas, possibilitam a reestruturação das unidades assistenciais e envolvem as equipes de todas as áreas e níveis hospitalares (WACHTER, 2013; ALKHENIZAN; SHAW, 2012).

A acreditação de hospitais é considerada um método para melhorar a qualidade, sendo parte do sistema de saúde em mais de 70 países no mundo. O crescente endossamento dos governos a esta sistemática pode ser atribuído, em parte, à sensibilização pública quanto aos erros relacionados à assistência e também às lacunas quanto à segurança do paciente nos hospitais (DEVKARAN; O'FARRELL, 2014).

A acreditação hospitalar foi iniciada pelo Colégio Americano de Cirurgiões cerca de 100 anos atrás. Por ser realizada por órgão externo, e por pares, é um método que revisa o atendimento a regulamentações e *guidelines*, e avalia a

maturidade e a confiabilidade institucional para prestar os serviços de saúde a que se propõe (BRUBAKK et al., 2015).

Nos Estados Unidos, a acreditação é considerada como condição obrigatória para participação no *Medicare*², uma vez que os regulamentos federais exigem que os hospitais desenvolvam e mantenham programas de avaliação da qualidade. Sendo assim, devem medir, analisar e rastrear indicadores de qualidade, inclusive os incidentes que acometem aos pacientes, além de monitorar outros aspectos do desempenho, como a avaliação dos processos de atendimento, da prestação de serviço hospitalar e das operações de apoio à gestão (EUA, 2012).

Naquele país, o selo de acreditação é concedido por organizações acreditadoras credenciadas ou, no caso de algum hospital não optar por este tipo de acreditação, também pode ser certificado por vistoria e certificação de agências estaduais. Os processos de acreditação e certificação consistem em visitas *in loco* periódicas aos hospitais, denominadas “*surveys*”, sendo que a condução da avaliação pelas acreditadoras e pelos órgãos do Estado é balizada por meio de um manual operacional orientativo instituído pelo *Medicare* (EUA, 2012).

Considerando que no Brasil estão instalados 7.514 hospitais (BRASIL, 2018), a acreditação de organizações de saúde é voluntária, e que 5,36 % desses hospitais possuem selos de acreditação, pode-se considerar que há baixa adesão por métodos de avaliação da qualidade pelos hospitais, conforme demonstram as TABELAS 1 e 2.

TABELA 1 - HOSPITAIS BRASILEIROS SEGUNDO NATUREZA E ORIGEM DE FINANCIAMENTO

NATUREZA E ORIGEM DO FINANCIAMENTO	n	%
Público	3091	41,14
Privado com fins lucrativos	2538	33,78
Privado sem fins lucrativos	1885	25,08
Total	7514	100

FONTE: BRASIL (2018)

² *Medicare* é um programa federal americano que assiste a população com idade igual ou superior a 65 anos, portadores de deficiência e de insuficiência renal terminal (WACHTER, 2013).

TABELA 2 - CERTIFICAÇÕES CONCEDIDAS A HOSPITAIS, POR ORGANIZAÇÕES CERTIFICADORAS, BRASIL, 2018

ORGANIZAÇÃO CERTIFICADORA	TOTAL DE HOSPITAIS ACREDITADOS	HOSPITAIS ACREDITADOS POR REGIÃO DO BRASIL
Organização Nacional de Acreditação – ONA	322 (79,90%)	Norte: 17; Nordeste: 36; Centro Oeste: 32; Sudeste: 189; Sul: 48
<i>Joint Commission International – JCI</i>	38 (9,43 %)	Norte: 01; Nordeste: 09; Centro Oeste: 02; Sudeste: 29; Sul: 05
<i>Accreditation Canada - CA</i>	43 (10,67%)	Norte: 03; Nordeste: 02; Centro Oeste: 01; Sudeste: 37; Sul: 00
Total	403 (100%)	Norte: 12; Nordeste: 26; Centro Oeste: 19; Sudeste: 255; Sul: 44

FONTE: ONA (2018 b); CBA (2018), IQG (2018).

Destaca-se que a concentração de hospitais acreditados é majoritária na Região Sudeste (63,28%), e que na Região Norte encontra-se a menor concentração (8,19%) de hospitais com selo de qualidade.

Este cenário encontra-se em processo de mudança, uma vez que os hospitais podem ser incentivados pelas recentes estratégias e normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Inicialmente a agência instituiu o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS em 2011, e posteriormente em 2014, foi criado o Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial - COTAQ, o qual é uma instância de caráter técnico, que tem por finalidade estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011; 2014).

Em dezembro de 2015, foi instituído o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste dos contratos firmados entre operadoras e seus prestadores, na proporção de 105% do índice de preços ao consumidor amplo (IPCA) para os Hospitais Acreditados. E seria de 85% o índice para hospitais não acreditados e que descumpriram os critérios estabelecidos em projetos de indução da qualidade, definidos pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, tais como cadastro do Núcleo de Segurança do Paciente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o indicador de proporção de readmissão até 30 dias após a alta hospitalar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

Uma das maiores barreiras para a adesão de hospitais de países pobres a programas de acreditação é o fator financeiro (ALKHENIZAN; SHAW, 2011). O investimento inicial está fortemente relacionado à adequação estrutural à legislação, ao tempo extra dedicado pelas equipes para adequações dos processos de trabalho,

aos valores pagos à empresa certificadora para avaliação, aos custos dos programas para treinamento e capacitação dos profissionais, à necessidade de adequação ao dimensionamento de pessoal com novas contratações, e à aquisição de produtos com maior qualidade agregada (INSTITUTO COPPEAD DE ADMINISTRAÇÃO, 2011).

O Brasil destaca-se na América Latina pelo desenvolvimento de um sistema próprio de acreditação, a despeito da atuação de várias outras acreditadoras internacionais. Na sua totalidade, são entidades não governamentais, destacando-se três delas, por terem o maior volume de certificações concedidas no país: Organização Nacional de Acreditação (ONA), *Joint Commission International (JCI)*, e *Accreditation Canada (CA)*, conforme pode ser verificado na TABELA 2.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi criada em 1999 para operacionalizar as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), e é fruto da colaboração de várias organizações representativas de profissionais e de organizações de saúde, tanto públicas quanto privadas. Objetiva promover a implantação de processos avaliativos e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, de forma a melhorar a qualidade da assistência em organizações prestadoras destes serviços no país. Caso atendam a padrões específicos, são então certificadas (ONA, 2018a).

No processo de verificação da qualidade da assistência à saúde no âmbito hospitalar, a ONA utiliza o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, o qual tem como base padrões de complexidade crescente. Lançado inicialmente em 1999, passou por vários ciclos de melhoria e atualização, sendo a versão 2014, a sétima edição, a que se encontra em vigor (ONA, 2018a).

Os padrões da ONA são elaborados por pares, participam da construção médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores, representantes das Instituições Acreditadoras Credenciadas (IAC) e o público em geral, uma vez que é possibilitada a ampla participação da comunidade interessada, por meio de consulta pública.

O Manual da ONA é composto de seções e subseções, e para cada subseção existem padrões interdependentes. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos. O princípio orientador do Nível 1 é a Segurança; do Nível 2 é a Gestão Integrada; e do Nível 3, a

Excelência em Gestão. Para cada padrão são definidos requisitos, os quais norteiam tanto o processo de visita quanto a preparação da instituição para a avaliação (ONA, 2018a).

Destaca-se que entre os sistemas de acreditação atuantes no território nacional, a ONA é o único com níveis de acreditação. Esta característica torna-se um facilitador, por oportunizar aos hospitais a consolidação paulatina da cultura da qualidade e dos programas de segurança do paciente, visto que estes são processos que demandam mudanças significativas nas políticas e rotinas, além de investimento financeiro.

A base conceitual dos três níveis encontra-se no paradigma dominante da avaliação de qualidade da atenção à saúde: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980). Da estrutura, fazem parte características estáveis do funcionamento das organizações prestadoras de serviços de saúde, tais como os recursos materiais, pessoas, organização do corpo clínico e métodos operacionais. O processo está relacionado aos aspectos técnicos da equipe de saúde e os resultados são a consequência das intervenções, realizadas ou não, pelos profissionais ou pela organização de saúde (ONA, 2018a).

Para ser certificado em nível de excelência, o hospital deve atender aos padrões dos três níveis. A consistência na gestão das atividades assistenciais, o aprimoramento dos resultados do cuidado, o comprometimento com a excelência, tendo por base os fundamentos de gestão em saúde, representam o padrão almejado do Nível 3. Deste modo, a organização demonstra sua maturidade institucional (ONA, 2018a).

Os requisitos que evidenciam o atendimento ao padrão do nível de excelência são as práticas hospitalares exercidas de modo contínuo, refinadas, inovadoras, proativas, disseminadas e plenamente integradas. Da mesma forma, em uma organização em nível de excelência, o conhecimento e o aprendizado devem embasar a tomada de decisão por parte das lideranças em todos os níveis da gestão.

Especialmente na prática assistencial, a promoção de melhorias nos processos deve prover o alcance de melhores resultados aos pacientes. Ademais, hospitais certificados no Nível 3 utilizam as informações de todas as partes interessadas nos ciclos de melhoria, e demonstram responsabilidade com o ambiente e o contexto onde estão insertos (ONA, 2018).

A *Joint Commission International* (JCI) foi criada em 1988 como uma divisão da *The Joint Commission Resources Inc.*, dos Estados Unidos. Opera no Brasil desde então, por meio do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Trata-se de entidade sem fins lucrativos (CBA, 2010). Utiliza os mesmos manuais no mundo inteiro, sendo que o conteúdo original em inglês é traduzido para o português, de modo a proporcionar o acesso às instituições brasileiras (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Os padrões da *Joint Commission International* são estabelecidos por um subcomitê internacional de padrões, cujos membros são médicos, enfermeiros, administradores e especialistas em políticas públicas, originários das seis principais regiões do mundo, dentre as quais, a América Latina, especificamente o Rio de Janeiro no Brasil (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

O Manual contém quatro seções, sendo a primeira, referente aos requisitos para participação no processo de acreditação. A segunda seção define os oito padrões centrados no paciente, e a terceira os seis padrões referentes à administração das organizações de saúde. A quarta seção diz respeito aos padrões para centros médicos acadêmicos, com foco no ensino médico e na realização de pesquisa em seres humanos. Destaca-se que os padrões são revisados a cada três anos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013).

O atendimento aos padrões e a consequente outorga da acreditação pretende proporcionar à população o atendimento em organizações que garantam um ambiente seguro; com redução dos riscos aos usuários e trabalhadores; que sejam objeto de *benchmarking* quantificável quanto à qualidade e segurança do paciente; e que demonstrem que a sua melhoria contínua é sustentada por processos confiáveis. Essas organizações têm por alvo a obtenção de indicadores crescentes de satisfação de seus pacientes (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2016).

Por sua vez, a *Accreditation Canada* é uma entidade sem fins lucrativos, criada em 1958 para apoiar a garantia de fornecimento de serviços de qualidade aceitáveis no Canadá. Segue normas internacionais, proporciona autoavaliação por parte das organizações de saúde, realiza avaliação *in loco*, emite um relatório com recomendações para melhoria e o parecer positivo ou negativo sobre a outorga da certificação. Os padrões utilizados para a avaliação são determinados por consenso entre profissionais (POMEI et al., 2010).

O manual contém nove seções que abordam padrões relativos à liderança, segurança do paciente, melhorias integradas da qualidade, ambiente de trabalho seguro e saudável, gestão da informação, estrutura física e equipamentos, gestão de medicamentos, prevenção e controle de infecções e a adequação e segurança nos resultados (ACCREDITATION CANADA, 2018).

Processos de certificação de acreditação têm o potencial para impactar positivamente na qualidade, quando há coerência entre a acreditação e as crenças, o contexto e o modelo de prestação de serviços da organização; aceitação organizacional com lideranças que oferecem suporte conceitual e operacional; e ações de melhoria de qualidade programadas em resposta às observações e *feedbacks* resultantes do processo de avaliação (DESVEAUX; MITCHELL; SHAW; IVERS, 2017).

2.1.3 Certificação de Serviços de Enfermagem de Excelência

Para instituições que demonstram práticas de enfermagem de qualidade superior e resultados de excelência, há uma certificação americana denominada *Magnet Recognition Program*. As certificadas são organizações que atraem e retêm os melhores talentos, melhoram a assistência, a segurança e a satisfação dos pacientes, promovem uma cultura colaborativa, e possuem práticas avançadas de enfermagem (AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER, 2018). Este ambiente organizacional funciona como um ímã, atraindo os melhores profissionais de enfermagem, motivo da denominação do programa.

O *Magnet Recognition Program* é desenvolvido pelo *American Nurses Credentialing Center*³ (ANCC) para reconhecer as organizações de saúde que possuem Serviços de Enfermagem de Excelência, bem como para divulgar as práticas e estratégias de enfermagem bem-sucedidas. No Brasil ainda não há nenhum hospital certificado por este programa.

³ A ANCC é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, parte da Associação Americana de Enfermagem, criada especificamente para certificar serviços e programas (ANCC, 2016).

A visão do programa está baseada em cinco componentes e as forças do magnetismo que cada componente contém. O primeiro componente é a liderança transformacional; esta considera que os líderes são agentes transformadores da organização, portanto devem ter visão, influência, conhecimento clínico e experiência relacionada à prática de enfermagem (PARISI, 2015).

A estrutura de empoderamento é o segundo componente, na medida em que a estrutura e os processos desenvolvidos fornecem um ambiente inovador, balizados pela missão, visão e valores organizacionais. As parcerias com outras organizações são fundamentais, de modo a melhorar resultados para os pacientes e a saúde da comunidade. As equipes de enfermagem precisam ser desenvolvidas e empoderadas com vistas a encontrarem a melhor maneira para o cumprimento das metas organizacionais e a obtenção de resultados apropriados (AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER, 2018).

O terceiro componente é a prática profissional exemplar, considerada a essência do *Programa Magnet*. Implica uma compreensão abrangente do papel da enfermagem junto aos pacientes, famílias, comunidades e a equipe interdisciplinar, na aplicação de novos conhecimentos e na prática baseada em evidências.

O penúltimo componente diz respeito a novos conhecimentos, inovação e melhorias relacionadas ao cuidado do paciente, organização e desenvolvimento da profissão. Inclui novos modelos de atenção, aplicação de evidências existentes, novas evidências, e contribuições visíveis para a ciência da enfermagem (PARISI, 2015; AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER, 2018).

O quinto componente está relacionado aos resultados qualitativos empíricos obtidos, sendo que atualmente os resultados não são especificados, pelo contrário, são minimamente ponderados. Esta é uma fragilidade deste programa e de todas as certificações de qualidade na área da saúde. O *Programa Magnet* considera que a diferença nos resultados deve ser a grande questão para o futuro.

Tais resultados devem ser classificados em termos de resultados clínicos relacionados à enfermagem, resultados da força de trabalho, dos pacientes e da organização. Devem ser estabelecidos padrões de referência quantitativos de modo a demonstrar a excelência (AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER, 2018).

Há consenso sobre os aspectos positivos dos programas que certificam a qualidade de hospitais, com reconhecimento de que realmente melhoram os

processos de cuidado. Todavia, do ponto de vista dos profissionais que atuam em unidades hospitalares que vivenciaram o processo de preparação e manutenção da acreditação, há atitudes contraditórias, pois ao mesmo tempo em que sentem a evolução da sua organização, não conseguem perceber se os benefícios obtidos compensaram os custos investidos, nem acreditam que tal processo proporcionou um impacto significativo na qualidade do cuidado. Os médicos são os profissionais mais céticos em relação à acreditação (ALKHENIZAN; SHAW, 2012).

Nesse sentido, a despeito das vantagens institucionais dos programas de acreditação hospitalar para o paciente e a sociedade, ainda não está bem clara a medida do impacto tanto do ponto de vista da efetividade assistencial como de custos. Desta forma, estudos (POMEI et al., 2010; ALKHENIZAN; SHAW, 2011; BRUBAKK et al., 2015) referem que há necessidade de análises mais aprofundadas para explorar a associação da acreditação com desfechos clínicos, bem como a mensuração dos benefícios obtidos.

2.2 INDICADORES DE EFETIVIDADE

2.2.1 Indicadores

Indicadores são representações quantificáveis das características de produtos, processos e também do desempenho hospitalar ao longo do tempo. Podem fornecer informações quantitativas ou qualitativas, expressas por eventos, taxas⁴ ou índices⁵. Fornecem medidas indiretas da qualidade, visto que medem tanto o processo de cuidado quanto o seu resultado, favorável ou desfavorável, e permitem a comparação dentro da própria organização ou com outras semelhantes (TRAVASSOS; NORONHA; MARTINS, 1999; FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2014).

⁴ Taxa: caracteriza-se por uma divisão entre duas informações de mesma grandeza. Tem como resultado uma percentagem. (FNQ, 2014).

⁵ Índice: caracteriza-se por uma divisão entre duas informações de grandezas diferentes. O resultado não pode ser expresso em percentagem mesmo que multiplicado por 100. (FNQ, 2014).

Ademais, indicadores também possibilitam o monitoramento e refinamento dos resultados ao longo do tempo (ANGELO; DEMARCHI; LIMA, 2011).

Os indicadores podem ser simples ou compostos. Os indicadores simples geralmente são autoexplicativos e descrevem imediatamente um determinado aspecto da realidade ou uma relação entre situações ou ações. Os compostos apresentam, de forma sintética, um conjunto de aspectos da realidade, geralmente agrupando vários indicadores simples, sendo o resultado da somatória destes (D'INNOCENZO, 2006).

Indicadores são caracterizados por fórmulas que preconizam uma razão entre duas informações (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2014), mas também podem ser apresentados por meio de números absolutos, especialmente quando a ocorrência do evento mensurado é baixa.

O monitoramento contínuo dos indicadores pode impulsionar a organização de saúde a alçar patamares superiores de desempenho. Conseqüentemente, em um sistema de medição do desempenho hospitalar, os indicadores selecionados devem apresentar alguns atributos que determinam seu grau de excelência. Tais atributos estão sintetizados no QUADRO 1.

QUADRO 1 - ATRIBUTOS PARA CONSTRUÇÃO OU ELEIÇÃO DE INDICADORES

ATRIBUTOS	CARACTERÍSTICAS DO INDICADOR
Disponibilidade	Os dados para estruturação do indicador são de fácil obtenção.
Confiabilidade	As fontes originais, os métodos de coleta e o processamento do indicador são confiáveis.
Simplicidade	Há facilidade de cálculo a partir das informações básicas; há fácil entendimento pelo público que irá ler, interpretar e utilizar o indicador.
Representatividade	Representa fielmente o que se deseja medir.
Sensibilidade	Distingue as variações ocasionais (decorrentes ou não de intervenções intencionais) de tendência do problema numa determinada área, com reflexos no seu resultado.
Abrangência	Sintetiza o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever.
Objetividade	Há clareza no objetivo que se quer atingir, aumentando a fidedignidade da busca.
Baixo custo	A relação entre os custos de obtenção e os benefícios decorrentes do uso do indicador é favorável.
Utilidade	Comunica a intenção do objetivo, proporciona a tomada de decisão por meio das informações obtidas.
Estabilidade	A série de medições do indicador permite monitoramentos e comparações coerentes, com mínima interferência de variáveis externas.
Tempestividade	O indicador obtido é decorrente de informações atuais e é obtido a tempo para seu uso.

FONTE: Adaptado de D'INNOCENZO (2006); HINRICHSEN et al (2011); ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (2013).

Tão importante quanto à reflexão sobre os atributos, a construção de indicadores requer a elaboração de fichas técnicas ou fichas de qualificação, de modo a padronizar e orientar os usuários sobre como utilizá-los adequadamente, analisar sua viabilidade, além de permitir a recuperação das informações (SISTEMA FIEP; SESI, 2010). Podem compor a ficha técnica os elementos descritos no QUADRO 2.

QUADRO 2 - ELEMENTOS PARA ELABORAÇÃO DE FICHA TÉCNICA DE INDICADORES (continua)

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES		
Elementos	No que consiste	Exemplo
Nome do indicador	Definir o nome com o qual o indicador será conhecido por todos na instituição.	Taxa de mortalidade operatória.
Definições ou conceitos	Contemplar informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa. Agregar elementos para a compreensão de seu conteúdo.	Relação percentual entre o número de óbitos operatórios e o número de cirurgias realizadas, em determinado período. Número de óbitos operatórios: total de óbitos ocorridos no mês, durante o ato cirúrgico ou pós-operatório até 7 dias, inclusive em cirurgias ambulatoriais realizadas em ambiente cirúrgico. Contabilizar o óbito após a alta até 7 dias, incluindo as cesáreas. Número de cirurgias realizadas: em ambiente cirúrgico, inclusive cesáreas.
Objetivo ou Uso	Citar as principais finalidades de utilização dos dados a serem consideradas na análise do indicador.	Calcular o total de óbitos ocorridos durante e até 7 dias após a cirurgia.
Método de cálculo	Definir a fórmula utilizada para calcular o indicador, contendo os elementos do numerador e do denominador.	Número de óbitos operatórios/número de cirurgias realizadas X 100.
Tipo ou unidade de medida	Definir se será taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto ou um fato.	Percentual.
Método de apuração do indicador	Definir a fonte de informação, isto é, o local de onde será extraída a informação. Os dados primários são aqueles coletados diretamente do informante. Os dados secundários são coletados e disponibilizados por outras instituições.	Coleta e origem dos dados: Número de óbitos operatórios: Refere-se aos ocorridos no ato cirúrgico ou até 7 dias após a cirurgia, coletados no sistema informatizado. Número de cirurgias realizadas: Contabilizados os pacientes e não os procedimentos. Coletados por meio de planilha preenchida no ambiente cirúrgico.
Amostra	A amostra é um subconjunto de uma população selecionada para a realização de um estudo ou uma análise. Objetiva reduzir custos e o tempo despendido.	Não se aplica.
Responsável pela elaboração	Especificar o setor responsável pelos registros, coleta de dados e cálculo do indicador.	Centro Cirúrgico geral, ginecológico ou ambulatorial.

QUADRO 2 - ELEMENTOS PARA ELABORAÇÃO DE FICHA TÉCNICA DE INDICADORES (conclusão)

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES		
Frequência	Especificar a periodicidade com que o indicador deve ser calculado e apresentado.	Mensal.
Interpretação	Fornecer explicação sucinta sobre o tipo de informação obtida e seu significado.	Óbitos - resultados indesejados. Quanto maior o número de óbitos, pior, especialmente quando são inesperados. A análise por comitês específicos pode identificar as falhas da assistência e a evitabilidade do óbito.
Limitações	São os fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.	Vários fatores contribuem para a sobrevivência do paciente. Para comparações justas dos resultados, torna-se necessário considerar os fatores externos ao hospital e o sistema de saúde.

FONTE: Adaptado de BITTAR (2001) e CQH (2009).

Indicadores servem para apoiar a tomada de decisões, assim, previamente à seleção dos mesmos, algumas reflexões podem auxiliar neste processo, como por exemplo, se existem parâmetros de comparação com outros hospitais ou recomendações de organismos internacionais; se foi estabelecida meta para o indicador e se foi possível preencher todos os campos da ficha técnica (SISTEMA FIEP; SESI, 2010).

É importante identificar previamente se as lideranças institucionais sabem como proceder se os valores apresentarem uma mudança significativa no indicador; se há um plano de ação para investigar e corrigir o impacto das mudanças negativas demonstradas pelo indicador; e, finalmente, se foi traçada alguma estratégia simples e prática para divulgar o indicador proposto às partes interessadas (SISTEMA FIEP; SESI, 2010).

A característica dos indicadores é proporcionar medições e descrição de fenômenos, de maneira a serem analisados estatisticamente. Desta forma, a validação das informações geradas torna-se vital. Validade é um fator a ser considerado na seleção de indicadores, e é calculada pela extensão ou o grau em que cada item de medição consegue capturar e confirmar adequadamente o domínio e a dimensão de cada produto, no escopo definido (VITURI; MATSUDA, 2009).

Validade também se refere ao grau com que as diferenças encontradas no indicador reflitam as diferenças reais do fenômeno pesquisado, isto é, ele deve ser

sensível o suficiente para captar as nuances de significado na variável e suas transformações ao longo do tempo (OLIVEIRA; WALTER; BACH, 2012).

A validade pode ser externa e interna; a externa está relacionada à capacidade do indicador ou dado gerado tornar-se **generalizado**. Já a validade interna pode ser classificada em três formas principais: validade de conteúdo ou de face, validade de critérios e validade de construto (COOPER; SCHINDLER, 2014).

A **validade de conteúdo** ou de face é o grau em que os conteúdos dos itens representam adequadamente tanto o universo quanto os elementos relevantes; se o indicador contém uma amostra representativa do universo de assunto de interesse, então a validade de conteúdo pode ser considerada boa.

Para esta pesquisa, pretendeu-se determinar a **validade de conteúdo** dos indicadores de efetividade assistencial, por considerar-se que envolve julgamento, e requer inicialmente uma definição cuidadosa dos indicadores e atributos, num processo lógico e às vezes intuitivo. Adicionalmente, é recomendada a utilização de painel de especialistas para avaliar o quanto o indicador satisfaz os requisitos, assim avalia-se de modo neutro se o indicador é essencial, útil porém não essencial, ou não necessário, mantendo-se aqueles com valor de significância estatística. Em ambos os julgamentos, tanto informais como em um processo sistemático, o objetivo da confirmação da validade de conteúdo está relacionado às inferências sobre a construção dos indicadores e não sobre os resultados que advirão (COOPER; SCHINDLER, 2014).

A **validade de critério** reflete o sucesso das medidas utilizadas para a previsão ou estimativa de uma situação, assim a validade pode ser preditiva ou concorrente.

Para avaliar a **validade de construto**, considera-se tanto a teoria quanto o instrumento de medição que está sendo usado, para identificar a mensuração dos construtos implícitos e determinar se os testes representam estes construtos (OLIVEIRA; WALTER; BACH, 2012).

Para melhor compreensão, há que se diferenciar conceito de construto. Um conceito é uma coleção de significados aceitos ou características associadas a determinados eventos, objetos, condições, situações e comportamentos, com níveis progressivos de abstração. Estes conceitos abstratos são frequentemente chamados de construtos, desta forma o construto é uma imagem ou idéia abstrata

especificamente criada para uma determinada pesquisa ou construção de uma teoria (COOPER; SCHINDLER, 2014).

2.2.2 Efetividade

A efetividade é um dos sete pilares⁶ que sustentam a qualidade, sendo considerada como o grau com o qual melhorias atingíveis em saúde são de fato alcançadas (DONABEDIAN, 2001b). Da mesma forma, o *Institute of Medicine* considera a efetividade como um dos atributos da qualidade, ao lado da centralidade no paciente, eficiência, equidade, e oportunidade, dentre outros (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Os resultados são estados de saúde ou eventos que se seguem ao cuidado, e que podem ser afetados por estes mesmos cuidados de saúde. Um indicador de resultado ideal é aquele que captura o efeito de processos de cuidados na saúde e no bem-estar dos pacientes e populações e proporciona a informação do grau em que os pacientes recebem serviços eficazes e apropriados para prevenir ou tratar uma determinada condição de saúde (MAINZ, 2003; DAVIS et al., 2014). Resultados negativos podem ser expressos pela morte dos pacientes, considerada como um mau resultado se for prematura ou inesperada; em doenças ocasionadas pelo tratamento, entendidos como sintomas, sinais físicos e anormalidades laboratoriais; em desconfortos quando originados pelos cuidados de saúde tais como dor, náuseas, ou dispnéia; em deficiência, quando ocorre prejuízo à capacidade de desempenhar às atividades habituais em casa, no trabalho ou no lazer; e por último, na insatisfação manifestada por reações emocionais à doença e seus cuidados, tais como tristeza e raiva (MAINZ, 2003).

Embora fatores internos organizacionais influenciem os resultados da assistência, como por exemplo, a disponibilização e condições dos equipamentos, a utilização de prática clínica baseada em evidências e o uso de diretrizes clínicas e cooperação e demora no atendimento, os fatores externos também devem ser considerados, tais como as características demográficas (idade, sexo, altura); a

⁶Os sete pilares que sustentam a qualidade são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. (DONABEDIAN, 2001 b)

condição psicossocial do paciente, como o status social, a educação; o estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool, peso, dieta, exercício físico), a gravidade da doença que é o foco para medição (gravidade, prognóstico co-morbidade), assim como o tratamento (prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, terapia e controle).

Desta forma, torna-se essencial que se realize o ajuste de risco antes da comparação dos resultados dos pacientes em hospitais. Há também outros métodos para assegurar que diferenças entre os grupos de pacientes não influenciem comparações de indicadores de processo ou resultado. Por exemplo, a população de doentes para os quais o indicador é medido pode ser cuidadosamente restrita. Alternativamente, pode ser realizada análise estratificada para examinar, especificamente, tipos de pacientes dentro de uma amostra global (MAINZ, 2003).

Os indicadores de resultados intermediários diferem dos de resultados finais, no sentido de que os primeiros avaliam o resultado no curto prazo, enquanto os últimos avaliam o resultado a longo prazo, ou seja, se o paciente foi curado ou aliviado dos sintomas (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2006).

Indicadores de resultado sofrem limitações reconhecidas, como por exemplo, nas estatísticas nacionais sobre a qualidade do resultado do atendimento, pois nem sempre podem ser comparadas com precisão devido à ausência de dados sobre o acompanhamento dos pacientes dentro e fora de hospitais, entre hospitais ou até dentro de um mesmo hospital, uma vez que não são utilizados identificadores únicos para os pacientes.

Da mesma forma, há grandes diferenças nas taxas de letalidade entre os países, mas algumas variações podem ser explicadas por práticas locais nos processos de alta e de transferência de pacientes para outros hospitais. A seleção de indicadores de qualidade comparáveis em termos internacionais tem sido objeto constante de pesquisas (MC DONALD; ROMANO; GEPPERT et al, 2002; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2004; VEILLARD; CHAMPAGNE; KLAZINGA et al., 2005; KRISTENSEN; MAINZ; BARTELS, 2007; SECANELL; GROENE; ARAH et al., 2014; OMS, 2014).

Modelos conceituais para avaliação do desempenho dos serviços de saúde estão sendo desenvolvidos por meio de pesquisas multicêntricas, com contribuições voltadas à criação de ferramentas que possam medir a qualidade assistencial e

definição de indicadores de efetividade clínica. Enfatiza-se que nestes estudos o paciente vem sendo colocado no centro do cuidado, com valorização de medições afeitas à sua experiência e de seus familiares na vivência hospitalar.

Destacam-se três projetos e um relatório internacionais e um nacional que, embora focando diferentes dimensões da qualidade, possuem os mesmos objetivos relacionados ao alcance de bons serviços de saúde para a população: custos viáveis, sustentabilidade, utilização de estratégias para melhoria da qualidade, e obtenção da satisfação dos pacientes.

O Projeto *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH) foi lançado em 2003 pelo escritório regional para Europa da Organização Mundial da Saúde, em três etapas: desenvolvimento de um quadro global para avaliação de desempenho de hospitais, implementação de piloto em oito países e expansão do PATH (VEILLARD et al., 2005).

O Projeto *The Health Care Quality Indicators* foi desenvolvido por um grupo de *experts* que representaram 23 países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), com abordagem de duas questões: quais conceitos ou dimensões da qualidade do cuidado devem ser mensuradas; e como devem ser mensurados (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2006).

O Projeto *Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe* (DUQuE) é o primeiro estudo desenvolvido em vários países da União Européia para avaliar a relação entre gestão da qualidade e os resultados para os pacientes (SECANELL et al., 2014).

Em 2003, a Agência para Pesquisas e Qualidade em Saúde (AHRQ), órgão governamental americano, desenvolveu um corpo de Indicadores de Segurança do Paciente com o objetivo de identificar complicações potencialmente evitáveis no sistema de saúde, e de fornecer aos hospitais e outras partes interessadas, um meio para identificar complicações, monitorar seus próprios resultados e informar os esforços de melhoria de qualidade (ANDERSON et al., 2018).

No Relatório *2013 National Healthcare Quality Report*, a AHRQ divulgou um conjunto completo de medidas de qualidade, tais como o recebimento de serviços específicos necessários para tratar ou prevenir uma condição de saúde, bem como os resultados do tratamento, como a morte e limitações funcionais.

Os domínios de cuidados de saúde abrangidos foram eficácia, segurança, centralidade no paciente, coordenação de cuidados, eficiência e adequação da infraestrutura do sistema de saúde.

Dentro da efetividade clínica, foram mensurados os resultados de oito condições: câncer, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes, HIV, saúde mental e abuso de substâncias, doenças músculo-esqueléticas e doenças respiratórias, assim como quatro serviços transversais: saúde materna e infantil, modificação do estilo de vida, preservação do estado funcional e reabilitação e cuidados de suporte paliativos (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014).

No Brasil, o Projeto de Avaliação do Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS) concluiu a primeira etapa em 2003, com a elaboração de uma matriz de análise, contendo as definições conceituais das dimensões selecionadas e uma lista de indicadores para avaliação de desempenho. Em 2008, sob estímulo do Ministério da Saúde, houve revisão da matriz e conceitos, especialmente os componentes da dimensão desempenho de serviços de saúde, com seleção de indicadores para as subdimensões definidas (VIACAVA et al., 2012).

Dimensões ou domínios do desempenho dos cuidados de saúde são atributos passíveis de definição e de mensuração, que visam manter, restaurar ou melhorar a saúde (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2006).

Nos cinco documentos citados algumas dimensões são comuns para avaliação do desempenho hospitalar, conforme demonstrado no QUADRO 3.

QUADRO 3 - DIMENSÕES DA QUALIDADE FREQUENTEMENTE UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM SAÚDE (continua)

DIMENSÃO/ DOMÍNIO	PROJETO/RELATÓRIO				PROADESS
	AHRQ	PATH	OECD	DUQUE	
Segurança (Safe) (Safety)	Assistência livre de erros e danos acidentais. Os incidentes relativos à segurança do paciente são medidos e rastreados.	Dimensão do desempenho relativo à estrutura apropriada, e utilização de processos de cuidados mensuráveis, que previnem ou reduzem os riscos aos pacientes, equipes de saúde e locais de trabalho, e promovem de saúde.	O hospital tem a estrutura adequada, e utiliza processos de prestação de cuidados mensuráveis que previnem ou reduzem os danos ou riscos para os pacientes,	Percepção da cultura de segurança do paciente em termos de equipe de trabalho e clima de segurança.	Capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções de saúde ou ambientais.
Adequação					Grau com que os cuidados de saúde baseiam-se em conhecimentos técnico-científicos bem fundamentados.
Centrado no paciente/ respeito ao direito (Patient-centered/ patient centredness/ Patient involved/ responsive-ness)	As decisões respeitam a vontade, necessidades e preferências do paciente, há oferta de informações e suporte para tomada de decisões sobre seu próprio cuidado. Abrange atributos da qualidade como compaixão, empatia, pronta resposta às necessidades e seus valores. Foco na individualidade do paciente e não na doença.	Dimensão do desempenho em que o hospital coloca o paciente no centro do cuidado e os serviços prestam particular atenção às necessidades dos pacientes e seus familiares, às expectativas, autonomia, acesso à rede de suporte hospitalar, comunicação, confidencialidade, dignidade, escolha do fornecedor, e desejo de assistência imediata e oportuna.	Grau com que um sistema funciona ao colocar o paciente no centro. Refere-se à comunicação e entendimento do que deveria caracterizar o relacionamento entre equipe de saúde e paciente. Enfatiza o relato do paciente sobre sua experiência com aspectos específicos do cuidado e sua satisfação em relação à adequação do cuidado recebido.	Paciente envolvido na gestão da qualidade. Percepção do paciente quanto a possíveis danos e seu gerenciamento.	Capacidade do sistema de saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo, a comunidade e estejam orientados para as pessoas.

FONTE: A autora, adaptado de AHRQ (2014); OECD (2006); SECANELL (2014); VEILLARD et al (2005); VIACAVA (2012).

QUADRO 3 - DIMENSÕES DA QUALIDADE FREQUENTEMENTE UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM SAÚDE (conclusão)

DIMENSÃO/ DOMÍNIO	PROJETO/RELATÓRIO				
	AHRQ	PATH	OECD	DUQUE	PROADESS
Eficiente <i>(Efficient/efficiency)</i>	Uma abordagem para gerenciar os altos custos da assistência à saúde e melhorar a eficiência, de modo a usar da melhor maneira os recursos finitos.	Eficiência é a utilização ótima pelo hospital das entradas para produzir saídas máximas, dados seus recursos disponíveis.	Utilização otimizada dos recursos disponíveis para produzir o máximo de benefícios ou resultados. É a habilidade do sistema em funcionar com baixos custos sem diminuir os resultados.	Atendimento aos padrões de qualidade, medidos pela conformidade da estratégia da gestão da qualidade para planejar, monitorar e melhorar os cuidados de saúde.	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.
Orientação do staff <i>(Staff orientation)</i>		Grau com o qual a equipe é apropriadamente qualificada aos cuidados requeridos pelos pacientes. São oportunizados o aprendizado continuado e treinamentos, há condições favoráveis e satisfação laboral.			
Efetivo <i>(Effectiveness/clinical effectiveness)</i>	Fatores ambientais influenciam os resultados. Medidas preventivas, cuidados apropriados e oportunos a doenças agudas e manejo adequado das crônicas podem afetar positivamente a mortalidade, morbidade e qualidade de vida.	Efetividade clínica é a dimensão de desempenho em que um hospital, alinhado ao conhecimento atual, apropriadamente e competentemente, entrega cuidados clínicos ou serviços, e atinge resultados desejáveis para todos os pacientes que mais se beneficiem.	Efetividade é o grau com que resultados desejáveis em saúde são alcançados. Tem por pilar a prestação de serviços de saúde baseados em evidências, a todos que possam deles se beneficiar.	Efetividade clínica, medida por indicadores para infarto, acidente vascular cerebral, fratura de costela e partos.	Grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados.

FONTE: A autora (2016). Adaptado de AHRQ (2014); OECD (2006); SECANELL (2014); VEILLARD et al (2005); VIACAVA (2012).

Na enfermagem, o interesse em mensurar a qualidade do cuidado vem aumentando, com estruturação de programas que compilam os resultados de várias instituições para formar uma base de dados para permitir comparações e pesquisas. Como exemplos, a *American Nurses Association* (ANA) desenvolveu um conjunto de indicadores de qualidade que avaliam de modo consistente a estrutura, o processo e o resultado, compondo um programa voltado à pesquisa e formação de banco de dados denominado *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI) (VITURI; ÉVORA, 2015).

A definição de grupos de indicadores potenciais objetiva demonstrar a associação entre o indicador e o cuidado de enfermagem. Todavia, esta vinculação ainda é um grande desafio, especialmente no tocante à complexidade relacionada à coleta e análise de dados clínicos, geralmente extensos, e com vieses interpretativos. A expectativa é que os indicadores contribuam para a tomada de decisão sobre o melhor cuidado a ser prestado, evidenciando a influência dos enfermeiros nos resultados dos pacientes (BURSTON; CHABOYER; GILLESPIE, 2014).

Nesse sentido, estudo que objetivou identificar os doze indicadores mais sensíveis para o cuidado de enfermagem apontou que seis destes seriam viáveis para mensurar o quanto os cuidados de enfermagem produzem mudanças nas condições dos pacientes: lesão por pressão, erros de medicação, quedas, infecção relacionada a cateter urinário, readmissões e permanência do paciente (DUBOIS et al., 2017).

A análise dos resultados de enfermagem está conectada à segurança dos pacientes, assim, características que envolvem quantidade e qualidade do pessoal de enfermagem e ocorrência de incidentes tem sido objeto de estudos (AMARAL, 2010; MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013; NOVARETTI et al., 2014).

O modelo conceitual denominado *Nursing Role Effectiveness Model* considera que a situação de cuidados é de natureza multidimensional, e que existe relação entre vários fatores subjacentes e os resultados de enfermagem, como por exemplo, as particularidades do ambiente ou o estado ou complexidade do paciente. Assim, os cuidados de enfermagem seriam mediadores, podendo determinar o sucesso ou o insucesso nos resultados para os pacientes (AMARAL, 2010).

Constata-se a existência de consenso quanto à efetividade ser uma dimensão chave a ser considerada na avaliação do desempenho, assim como a segurança, dimensão intrinsecamente relacionada à efetividade. A compreensão é que a

assistência é efetiva quando proporciona bons resultados, promove uma boa qualidade de vida e baseia-se nas melhores evidências.

A eficiência, considerada como o uso otimizado dos recursos para o alcance do máximo de benefícios ou de resultados (DONABEDIAN, 2001b; AHRQ, 2014; SECANELL, 2014), sendo uma dimensão/domínio relevante a projetos na área da saúde em face dos custos cada vez mais elevados, contrastando com a criticidade financeira da maioria dos países no mundo.

Embora a dimensão eficiência seja utilizada para avaliação do desempenho (QUADRO 3), a mesma está associada ao processo, ao meio, ao consumo dos recursos utilizados para a obtenção de certos resultados. Significa “fazer certo” dentro dos procedimentos, dos recursos e do fluxo operacional definido (CQH, 2017a). Como o interesse desta pesquisa é por indicadores que possibilitem mensurar a efetividade, isto é, o resultado, esta dimensão não foi selecionada.

Destaca-se uma nova dimensão da qualidade que se diferencia das clássicas, denominada “cuidado centrado no paciente”. Embora nos modelos de qualidade, frequentemente, o paciente seja citado como o centro do cuidado, esta perspectiva ainda é subjetiva, isto é, não se conhecem propostas para mensurações, além da tradicional pesquisa de satisfação do paciente.

Assim, nesta pesquisa, para identificação dos indicadores com melhores atributos para avaliar a efetividade assistencial, serão submetidos aos painelistas indicadores classificados em três dimensões da qualidade: segurança, cuidado centrado no paciente e efetividade clínica.

Os indicadores foram levantados na literatura nacional (TRAVASSOS; GOUVÊA 2010; ANS 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017a; ANAHP, 2018) e internacional (OMS, 2014; KRISTENSEN; MAINZ; BARTELS, 2007; MC DONALD; ROMANO; GEPPERT et al, 2002; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2004; SECANELL; GROENE; ARAH et al., 2014; VEILLARD; CHAMPAGNE; KLAZINGA et al., 2005), e categorizados nas dimensões/domínios, pela pesquisadora. No QUADRO 4 estão listados os indicadores por dimensão, bem como duas classificações, segundo órgão público (Ministério da Saúde/Anvisa) e entidade privada (Associação Nacional de Hospitais Privados), demonstrando que são classificados 15 indicadores na dimensão segurança pela

Anvisa e cinco pela ANAHP; um na dimensão cuidado centrado no paciente em ambas as entidades, e na dimensão efetividade clínica, cinco pela Anvisa e três pela ANAHP.

Na sequência, é apresentado o Capítulo 3, que versa sobre o método que orienta o desenvolvimento desta pesquisa.

QUADRO 4 - INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL NAS DIFERENTES DIMENSÕES DA QUALIDADE (continua)

DIMENSÕES/ DOMÍNIOS	INDICADORES	REFERÊNCIA	ANVISA	ANAHP
Segurança	Cirurgia no local errado do corpo do paciente	Número de incidentes	X	-
	Cirurgia realizada no paciente errado	Número de incidentes	X	-
	Complicações anestésicas	Taxa	X	-
	Material estranho deixado no corpo durante um procedimento	Número de incidentes	X	-
	Deiscência de ferida pós-operatória	Taxa	-	-
	Embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória	Taxa	X	-
	Erro de medicação	Taxa	X	-
	Fratura de quadril em pacientes internados	Taxa	-	-
	Fratura de quadril pós-operatória, por queda em pacientes internados	Taxa	-	-
	Incidentes graves relacionados a equipamentos	Número de incidentes	X	-
	Incidentes devido a falhas de identificação do paciente	Número de incidentes	X	-
	Hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte	Taxa	-	-
	Adesão à estratégia multimodal de higiene das mãos	Taxa	X	-
	Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas	Taxa	X	X
	Quedas com dano em pacientes internados	Taxa	X	X
	Lesão por pressão	Incidência	X	X
	Densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Adulto	Incidência	X	X
	Densidade de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI	Incidência	X	X
	Reação transfusional graus II, III e IV	Taxa	-	-
	Reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea	Taxa	X	-

QUADRO 4- INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL NAS DIFERENTES DIMENSÕES DA QUALIDADE (conclusão)

DIMENSÕES/DO MÍNIOS	INDICADORES	REFERÊNCIA	ANVISA	ANAHP	
Cuidado centrado no paciente	Compreensão dos pacientes sobre sua medicação (transição do cuidado)	Taxa	-	-	
	Pacientes informados pela equipe sobre a ocorrência de incidentes com danos	Taxa	-	-	
	Satisfação do paciente	Taxa	X	X	
	Cirurgias canceladas no dia agendado	Taxa	-	-	
	Orientação ao paciente (comunicação eficaz e informação transparente)	Taxa	-	-	
	Percepção do paciente sobre a efetividade da preparação para sua alta	Taxa	-	-	
	Recomendação do hospital pelo paciente	Taxa	-	-	
	Envolvimento do paciente com o próprio cuidado	Taxa	-	-	
	Mortalidade cirúrgica padronizada	Taxa	X	X	
	Óbitos em grupos de diagnósticos relacionados (DRG) de baixa mortalidade	Taxa	-	-	
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	Densidade de incidência	X	X	
	Efetividade clínica	Pneumotórax iatrogênico	Taxa	-	-
		Sepse pós-operatória	Taxa	-	-
Mortalidade institucional padronizada		Taxa	X	X	
Reinternação pós-alta hospitalar não programada		Taxa	-	-	
Reinternações na UTI durante a permanência do paciente no hospital		Taxa	-	-	
Readmissão no Serviço de Emergência adulto do hospital		Taxa	-	-	
Infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (MRSA ou VRE)		Taxa	X	-	
Mortalidade em UTI adulto		Taxa	X	-	

FONTE: A autora (2016). Adaptado de VEILLARD et al. (2005); OECD (2006); KRISTENSEN et al. (2007); TRAVASSOS; GOUVÊA (2010); BRASIL (2013); ANS (2012); ANAHP (2018); BRASIL (2017a)

3 MÉTODO

Neste capítulo será apresentado o procedimento metodológico utilizado na pesquisa, contemplando o tipo de pesquisa, suas etapas metodológicas, a abordagem da Técnica Delphi e aspectos éticos, entre outras seções.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Para atender aos objetivos traçados, realizou-se estudo descritivo-exploratório, de abordagem quali-quantitativa, do tipo *survey*.

Optou-se pela pesquisa descritiva, pois esta visa ao registro, à análise e à correlação de fatos ou fenômenos atuais, sem a interferência do pesquisador, objetivando o seu funcionamento no presente. Objetiva investigar a frequência com que um fenômeno ocorre, a relação e associação entre variáveis, sua natureza e características (TOMASI; YAMAMOTO, 1999; DYNIEWICZ, 2014).

A pesquisa exploratória investiga dimensões de um fenômeno de interesse, isto é, sua natureza, a forma de manifestação e fatores relacionados, propondo-se a esclarecer e proporcionar uma visão geral e mais ampliada dos fatos estudados. Permite ao pesquisador ampliar também sua experiência em torno de determinado problema, familiarizar-se com o fenômeno, obter nova percepção do mesmo, e descobrir ideias originais (POLIT; BECK, 2015; TOMASI; YAMAMOTO, 1999).

A pesquisa quantitativa implica coleta sistemática de dados, mediante condições controladas, e análise dos dados por procedimentos estatísticos. Por outro lado, a pesquisa qualitativa envolve a coleta e análise sistemática de materiais narrativos mais subjetivos, mediante procedimentos com o mínimo de controle pelo pesquisador (TOMASI; YAMAMOTO, 1999).

O *survey* presta-se a responder questões associadas a opiniões. A solicitação de informações acerca do problema estudado é feita a um grupo significativo de pessoas e, mediante análise quantitativa, obtêm-se conclusões

sobre os dados coletados. Utiliza uma amostra da população, busca a máxima compreensão com o menor número de variáveis, e emprega o pensamento lógico sobre os dados. A análise dos dados aplica a estatística descritiva, possibilitando a descrição das variáveis isoladamente ou por associação (DYNIEWICZ, 2009).

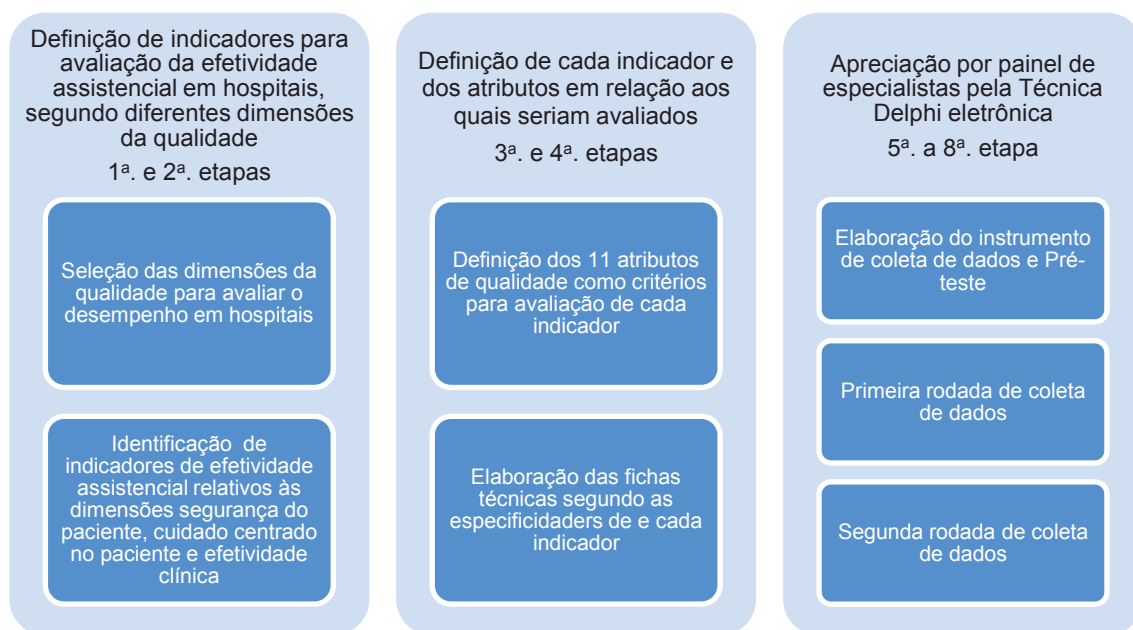
Assim, a abordagem quantitativa foi concretizada pela obtenção de respostas dos denominados painelistas ou especialistas, acerca de suas perspectivas em relação aos indicadores que possibilitam a medida do desempenho assistencial de hospitais, isto é, a efetividade dos processos realizados para assistir aos pacientes e dos resultados da assistência.

Foi possibilitado aos especialistas incluir comentários sobre a avaliação de cada atributo de todos os indicadores, com exemplos da realidade hospitalar, ou sugestões para melhorar o grau de atendimento do atributo pelo indicador. Os comentários foram organizados em tabelas, analisados quanto à relação com os atributos relativos a cada indicador, e contrastados com a literatura correlata, proporcionando a análise qualitativa dos dados.

3.2 ETAPAS METODOLÓGICAS

O percurso metodológico percorrido nesta pesquisa consistiu de oito etapas, esquematizadas na FIGURA 1.

FIGURA 1 - PERCURSO METODOLÓGICO



FONTE: A autora (2019).

O método iniciou pela priorização das dimensões da qualidade para avaliação do desempenho em saúde mais frequentemente citadas na literatura. Das seis apresentadas no QUADRO 3, foram selecionadas três: segurança, efetividade clínica, e cuidado centrado do paciente. A opção pelas duas primeiras se deu por serem relevantes e as com maior frequência mais citadas na literatura, (VEILLARD et al., 2005; OECD, 2006; VIACAVA, 2012; AHRQ, 2014; SECANELL, 2014). Já a opção pela dimensão cuidado centrado no paciente decorreu por ser altamente valorizada na literatura e, frequentemente, citada nos planejamentos estratégicos de hospitais como um dos valores institucionais, contudo, existem raros estudos sobre a forma de mensuração.

Na segunda etapa, indicadores para mensurar a efetividade assistencial foram pesquisados na literatura, os quais foram classificados nas três dimensões conforme o QUADRO 4. Desta forma, foram obtidos 20 indicadores na dimensão segurança, oito na dimensão cuidado centrado no paciente, e 11 na dimensão efetividade clínica, totalizando 39 indicadores.

A terceira etapa consistiu na definição dos atributos segundo os quais os indicadores seriam avaliados pelos painelistas, com vista à validação de

conteúdo ou de face dos indicadores em relação aos atributos. Com base na literatura, foram selecionados 11 atributos. Esclarece-se que o atributo simplicidade foi avaliado segundo dois aspectos, separadamente: a facilidade no cálculo e a facilidade de entendimento pela equipe que irá utilizar o indicador.

A quarta etapa compreendeu a elaboração de fichas técnicas para cada indicador, visando fornecer informações aos painelistas, que subsidiassem a avaliação dos indicadores na perspectiva dos 11 atributos. Este material foi elaborado com base na literatura e na experiência profissional da pesquisadora nas áreas de gestão e de avaliação da qualidade em hospitais brasileiros.

A quinta etapa foi a elaboração do pré-teste, a sexta a elaboração e formatação do pré-teste e do *survey* propriamente dito, na plataforma Survey Monkey®. A sétima etapa correspondeu à aplicação do pré-teste e aos ajustes no questionário eletrônico, tendo por base as sugestões dos painelistas.

A oitava etapa consistiu na aplicação do *survey*, em duas rodadas, cujos pormenores estão descritos na coleta de dados.

3.3 TÉCNICA DELPHI

O *survey* para obtenção dos dados foi concretizado mediante a aplicação da Técnica Delphi eletrônica.

Escolheu-se a Técnica Delphi por ser um método para coleta sistemática e agregação de julgamentos informados de um grupo de expertos (*experts*⁷) ou especialistas em determinados assuntos, em aplicações seriadas e intensivas de questionários, intercaladas com *feedbacks* controlados⁸. Também proporciona o alcance de consenso num processo iterativo, tendo como

⁷ Para fins de utilização da Técnica Delphi, *experts* são grupos de indivíduos informados, sendo considerados especialistas no seu campo de atuação, ou alguém que possui conhecimento sobre um assunto específico (KEENEY et al., 2011).

⁸ Feedback controlado: em cada rodada os painelistas conhecem um pouco como os outros responderam. Desta forma, o processo permite que cada um reflita antes de responder uma próxima rodada de perguntas, mudando suas respostas caso concorde com as de outros participantes (GIOVINAZZO, 2001).

premissa que a opinião de um grupo tem mais validade⁹ que a opinião individual (KEENEY et al., 2011). Assim, intencionou-se obter a opinião de expertos na temática “indicadores”, a fim de alcançar consenso acerca dos indicadores que detenham o maior número de atributos para mensurar a efetividade assistencial em hospitais.

A Técnica Delphi é uma ferramenta de pesquisa que busca consenso nas opiniões de um grupo de especialistas a respeito de eventos futuros. Surgiu em 1948, na empresa de pesquisa e desenvolvimento norte-americana *Rand Corporation*, inicialmente com o objetivo de aprimorar o uso da opinião de especialistas na previsão tecnológica relacionada à segurança nacional, e a sua aplicação foi disseminada no começo dos anos 60 (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; GIOVINAZZO, 2001).

Na aplicação da Técnica Delphi, devem ser respeitadas as características essenciais do método, que são: o conhecimento das informações relativas às respostas de todos os painelistas participantes; o anonimato das respostas e a possibilidade de revisão de perspectivas individuais sobre o tema, diante dos resultados e argumentos dos demais participantes, com base na representação estatística das respostas do grupo (GIOVINAZZO, 2001).

A Técnica Delphi original consiste em duas ou mais rodadas de questionários, enviados a um painel de especialistas. As rodadas são administradas pelo pesquisador, por meio de postagens. A comprovação da flexibilidade da técnica é que, desde sua concepção, vem sendo modificada e utilizada com sucesso em diferentes estudos científicos. No QUADRO 5 apresentam-se alguns tipos de Técnica Delphi e suas respectivas características.

⁹ Opinião válida: uma opinião é uma crença que pode ou não ser comprovada por evidências. A Técnica Delphi não produz respostas certas ou erradas, mas opiniões válidas de especialistas (KEENEY et al., 2011).

QUADRO 5 - TIPOS DE TÉCNICA DELPHI

TIPO	CARACTERÍSTICAS
Delphi clássico	Utiliza a primeira rodada com questões abertas para facilitar a geração de ideias, extrair opiniões e obter consenso. Utiliza três ou mais rodadas. Pode ser administrada por e-mail.
Delphi modificado	A primeira rodada pode ser por entrevista pessoal ou grupo focal. Pode usar menos do que três rodadas por correio ou e-mail.
Delphi decisório	Mesmos processos do Delphi clássico. O foco é mais na tomada de decisões do que na obtenção do consenso.
Delphi políticas	Utiliza a opinião de <i>experts</i> para obter concordância sobre futuras políticas ou um assunto específico.
Delphi tempo real	Mesmo processo do Delphi clássico, exceto que os painelistas podem estar na mesma sala. O consenso é obtido em tempo real ao invés de postagens. Algumas vezes é referida como uma conferência de consenso.
E-Delphi	Mesmo processo do Delphi clássico, sendo administrado por e-mail ou questionários online via rede mundial de computadores (<i>web</i>).
Delphi tecnológico	Similar ao Delphi em tempo real, mas usando tecnologia, como teclados portáteis que permitem aos especialistas responderem perguntas imediatamente enquanto a tecnologia funciona fornecendo as médias. Os especialistas podem revisar suas opiniões em direção ao consenso, à luz da opinião do grupo.
Delphi online	Mesmo processo do Delphi clássico, com os questionários sendo submetidos e respondidos <i>online</i> .
Delphi discussão	Focado na produção de discussões relevantes baseadas em fatos. Derivado do Delphi políticas. Não obtém consenso.

FONTE: KEENEY et al. (2011)

No Delphi clássico, do qual se originam os demais, após o primeiro inquérito com questões abertas sobre o tema, as respostas são analisadas pelos pesquisadores e devolvidas aos especialistas na forma de afirmações para homologação ou questões. As medidas de classificação das respostas são também incluídas no segundo inquérito. As rodadas continuam até que se obtenha o consenso, isto é, o andamento das respostas é que definirá qual será o quantitativo suficiente para o alcance dos objetivos da pesquisa (KEENEY et al., 2011).

O anonimato garante as mesmas oportunidades para cada painalista. Isto se justifica pela possibilidade de haver painelistas reconhecidos na área de conhecimento relativa à temática do estudo e, em função da sua reputação, suas respostas influenciarem as dos demais, originando vieses e alteração na representatividade estatística das respostas. Para evitar a perda do anonimato entre os participantes do grupo, é recomendada a obtenção de 70% das

respostas em cada rodada (KEENEY et al., 2011). Todavia, nesta pesquisa definiu-se o mínimo de 90% das respostas em cada rodada.

A quantidade e a heterogeneidade dos painelistas dependem do propósito da pesquisa e do tempo disponível para a coleta dos dados. Podem-se definir critérios para inclusão dos participantes no painel, tais como qualificações específicas, número de publicações na área, ou o número de anos de atuação em uma área em particular (KEENEY et al., 2011). Os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa estão descritos no recrutamento dos participantes.

Neste estudo, optou-se pelo Delphi *online* ou eletrônico, por facilitar o acesso a participantes de qualquer localidade do país, oportunizar que eles registrem a resposta ao questionário no momento do dia mais apropriado, com possibilidade de salvar as questões já respondidas, uma vez que os painelistas poderiam responder ao *survey online* em etapas. As vantagens para a pesquisadora referiram-se à gestão do tempo, com acompanhamento em tempo real do andamento das respostas, e na importação dos dados coletados para outra plataforma, a fim de analisá-los estatisticamente.

Em relação ao quantitativo de participantes, na literatura há grande variabilidade, desde menos de 8 até 500. Quando as características do grupo o tornam homogêneo, 10 a 15 participantes cumprem com os objetivos. De modo geral, considera-se que a participação de 15 a 30 painelistas é suficiente para gerar informações relevantes, embora grupos maiores sejam também utilizados com sucesso. A expertise do grupo é mais relevante do que o número de participantes (GIOVINAZZO, 2001; KEENEY et al., 2011; WILKES, 2015). Nesta pesquisa, estipulou-se um mínimo de 30 participantes, todavia obteve-se 52 na primeira rodada e 43 na segunda.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA E RECRUTAMENTO

A seleção da amostra foi intencional, isto é, foram convidados a participar da pesquisa todos aqueles que preenchessem os critérios de inclusão: experiência profissional ou produção científica relacionada ao tema indicador de

efetividade assistencial em hospitais. O critério de exclusão foi a não completude de 90% das respostas.

O recrutamento ocorreu pela técnica Bola de Neve, na qual um participante indica outros (DUSEK; YUROVA; RUPPEL, 2015). Iniciou a partir de uma listagem de possíveis participantes, elaborada no mês de março de 2017, contendo 20 autores de artigos relacionados a indicadores em saúde, e 20 profissionais com atuação em hospitais, especificamente na gestão da qualidade e segurança do paciente.

Objetivando-se ampliar essa lista, nos meses de março e abril de 2017, procedeu-se à busca no Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Pesquisa (CNPq), de grupos cadastrados com desenvolvimento de trabalhos científicos relacionados a indicadores de saúde.

Justifica-se a busca por possíveis participantes nesta plataforma eletrônica devido ao Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil constituir-se no inventário dos grupos de pesquisa científica e tecnológica em atividade no país, com disponibilização de informações a respeito de pesquisadores e técnicos constituintes dos grupos, das linhas de pesquisa em andamento, das especialidades do conhecimento, dos setores de aplicação envolvidos, e da produção científica (PLATAFORMA LATTES, 2017).

A primeira consulta parametrizada utilizou o termo “indicadores saúde” e resultou em 91 grupos cadastrados e ativos. As informações obtidas continham o nome do grupo de pesquisa, a instituição, o nome do líder do grupo e a área de atuação do grupo.

Foram excluídos os grupos cujas temáticas de estudos não estavam diretamente relacionadas à saúde, resultando em 66 grupos, das seguintes áreas: 32 da saúde coletiva, 15 da enfermagem, 12 da medicina, três da administração, um da fisioterapia e terapia ocupacional, um da nutrição, um da farmácia, e um da economia.

A seguir, foi realizada uma triagem baseada no nome do grupo de pesquisa, buscando-se identificar pela linha de pesquisa, aqueles que estudavam indicadores relacionados ao planejamento, gestão, assistência e à avaliação da assistência. Neste processo resultaram 30 grupos (APÊNDICE 1).

Um e-mail foi enviado ao endereço eletrônico do contato do grupo, registrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, convidando o líder do grupo e seus membros para participação na pesquisa. Houve somente um retorno. Esta dificuldade na comunicação sinaliza que o contato divulgado nesse diretório não é adequado ao recrutamento de participantes para pesquisas.

Como resultado positivo dessa busca, confirmou-se que oito líderes ou membros dos grupos já constavam na lista inicialmente elaborada.

Procedeu-se então, à procura de um meio de contato fidedigno para convidar potenciais participantes da pesquisa. Para tanto, foi realizada análise de currículos na Plataforma Lattes dos profissionais/docentes/pesquisadores elencados na referida lista, visando verificar se apresentavam produção científica ou técnica na área de avaliação em saúde, indicadores ou avaliação de efetividade de hospitais.

Essa busca foi baseada nas informações relativas à produção científica conjunta e agregou novos nomes à lista. Porém, o contato pelo e-mail registrado na Plataforma Lattes também se revelou infrutífero.

Passou-se então, à outra estratégia denominada Técnica de Bola de Neve. Esta é um procedimento de amostragem não probabilística, utilizada para identificar indivíduos potenciais em estudos em que os participantes são difíceis de localizar, de modo a formar redes de referência (ROWE; WRIGHT, 2011; DUSEK; YUROVA; RUPPEL, 2015).

Os primeiros contatos frutíferos foram obtidos por meio de telefonema às instituições de origem dos grupos de pesquisa, as quais possibilitaram a obtenção de alguns endereços eletrônicos pessoais e institucionais atualizados, e número de telefone celular para envio de mensagem eletrônica. Formulou-se um convite informal, contendo algumas informações sobre a pesquisa e os critérios de inclusão, e requisitou-se a indicação de outros possíveis participantes.

Obteve-se, assim, 176 possíveis participantes. Para todos, foram enviadas mensagens eletrônicas pelo aplicativo *Whats app*®, e quando os indivíduos contatados manifestavam interesse, foi enviado a eles um e-mail com a formalização do convite (APÊNDICE 2). Após o recebimento das informações

sobre a pesquisa e os critérios de inclusão detalhados, 83 expertos aceitaram participar da pesquisa.

A estes foi enviado novo e-mail, com agradecimento quanto ao aceite, e foi disponibilizado um *link* para acesso à plataforma eletrônica Survey Monkey®. O acesso ao questionário foi precedido pelo aceite ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eletrônico.

Participaram na primeira rodada, 52 profissionais, e na segunda, 43, quantitativo acima do mínimo estipulado para concretização da pesquisa (30). Esses foram identificados pela letra P seguida de um número cardinal, na ordem em que iniciaram o preenchimento do *survey*, de modo que seus anonimatos ficassem garantidos.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta tese incorpora no seu desenho os referenciais básicos da Resolução CNS 466/2012, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde (CEP/SD) em 28.09.2016 sob número CAAE: 59558216.7.0000.0102 (ANEXO 1).

Os painelistas somente participaram da pesquisa após a leitura e aceite do termo de TCLE online, contemplando todas as recomendações da Resolução.

No que concerne aos princípios éticos, foram respeitados os direitos dos participantes. As suas identidades permanecem no anonimato, e a identificação se deu por código alfanumérico, não lhes acarretando malefícios e prejuízos monetários e morais.

Os painelistas foram esclarecidos quanto aos objetivos e características de sua participação na pesquisa. Foi respeitado o fato de que alguns deles pudessem se sentir constrangidos, sendo informada a possibilidade de sua desistência do estudo, em qualquer momento da pesquisa, se assim o desejassem.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 10 de maio a 19 de setembro de 2017, por meio da plataforma eletrônica Survey Monkey®. Foram realizadas duas rodadas visando à obtenção do consenso igual ou maior que 70% de concordância total (somatória de “concordo totalmente” e “concordo parcialmente”), ou discordância total (obtido pela somatória de “discordo totalmente” e “discordo parcialmente”) nas respostas dos painelistas.

Este consenso mínimo de 70% para validação do atributo é referido como valor aceitável na literatura (SCARPARO et al., 2012).

Com a finalidade de analisar se o instrumento atendia às características necessárias para a aplicação da Técnica Delphi (KEENEY et al., 2011), inicialmente foi realizado um pré-teste do instrumento.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/SD, foi iniciada a coleta de dados mediante inquérito *online*, com o envio do *link* que daria acesso ao TCLE e ao instrumento de pesquisa em formulário eletrônico.

3.6.1 Pré-Teste

O questionário online foi aplicado a quatro profissionais com experiência na utilização da Técnica Delphi eletrônica, contendo seis perguntas para caracterização dos mesmos e 13 referentes ao *survey* que seria aplicado aos painelistas.

Foram avaliados pelos profissionais os seguintes itens: nome do indicador, definições ou conceitos, objetivo ou uso, método de cálculo, tipo ou unidade de medida, método de apuração do indicador, frequência e referências.

O pré-teste foi aplicado no período de 06/04/2017 a 19/04/17, e os itens foram avaliados mediante uma escala categórica de cinco pontos.

Esses profissionais não participaram como painelistas da pesquisa, assinaram o TCLE específico para a participação no pré-teste, e avaliaram a aparência visual e estrutura do instrumento, se os conceitos necessários para o seu preenchimento foram incluídos, a linguagem, o tempo despendido para resposta, e a adequação geral do conteúdo.

Os quatro avaliadores possuíam idade entre 26 e 43 anos, 75% (n=03) eram do sexo feminino, 100% (n=04) eram enfermeiros e participavam de grupos de pesquisas. No tocante à titulação, 75% (n=03) possuíam doutorado e 25% (n=01), o mestrado. Quanto à atuação profissional, 50% (n=02) afirmaram atuar na pesquisa e docência; 25% (n=01) na docência e assistência e 25% (n=01) somente na assistência, sendo que 75% tinham experiência com o uso de indicadores.

Foi apresentada, como modelo de ficha técnica, a do indicador de cirurgia em parte errada do corpo. Houve esclarecimento que o papel do participante do pré-teste seria avaliar os itens do modelo exibido quanto à clareza, isto é, se o texto estava claro e inteligível, e quanto à aparência, definida como a impressão à primeira vista quanto ao aspecto da ficha técnica.

Um avaliador não respondeu à primeira pergunta, assim, houve concordância total de 75% quanto à aparência e clareza, conforme os resultados apresentados na TABELA 3. Os painelistas opinaram que: *“está bem clara a leitura dos itens e a aparência”* (avaliador 4) e que *“todos os itens estão claros e aparência amigável”* (avaliador 1).

TABELA 3 – ITENS DE AVALIAÇÃO DA APARÊNCIA E CLAREZA DO MODELO DE FICHA TÉCNICA A SER UTILIZADO NO SURVEY E RESPECTIVA ESCALA DE LIKERT

Clareza e aparência	Discordo totalmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Não concordo nem discordo n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)
Nome do indicador	0	0	0	1 (25%)	2 (50%)
Definições ou conceitos	0	0	0	0	3 (75%)
Objetivo ou uso	0	0	0	0	3 (75%)
Método de cálculo	0	0	0	0	3 (75%)
Tipo ou unidade de medida	0	0	0	0	3 (75%)
Método de apuração do indicador	0	0	0	0	3 (75%)
Frequência	0	0	0	0	3 (75%)
Referências	0	0	0	0	3 (75%)

FONTE: A autora (2019).

Nota: um participante não respondeu a esta questão.

Solicitou-se aos avaliadores do pré-teste que avaliassem também a clareza e aparência dos atributos, os quais seriam utilizados para todos os 39 indicadores de efetividade. Forneceu-se informação adicional para auxiliá-los na interpretação de cada atributo, conforme o QUADRO 6.

QUADRO 6 - INFORMAÇÃO ADICIONAL PARA A INTERPRETAÇÃO DE ATRIBUTO

ATRIBUTO	INFORMAÇÃO ADICIONAL
Disponibilidade	Os dados relativos aos indicadores são de fácil obtenção em um hospital?
Confiabilidade	As fontes originais dos dados, os métodos de coleta e o processamento do indicador são confiáveis?
Simplicidade facilidade e interpretação	Há facilidade no cálculo a partir das informações básicas do indicador? Há fácil entendimento dos itens da ficha técnica pelo público que irá interpretar e utilizar o indicador, considerando profissionais da gestão e da assistência do hospital?
Representatividade ou fidedignidade	O indicador fornece informação coerente com o que se deseja medir?
Sensibilidade	O indicador permite o reconhecimento das variações ocasionais (decorrentes ou não de intervenções intencionais) que repercutem no seu resultado (do indicador)?
Abrangência	O indicador sintetiza o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever?
Objetividade	Há clareza no objetivo que se quer atingir, aumentando a fidedignidade do indicador?
Baixo custo	A relação entre os custos de obtenção do indicador no hospital e os benefícios decorrentes do seu uso é favorável, do ponto de vista financeiro?
Utilidade	O indicador traduz a intenção do objetivo, proporciona a tomada de decisão por meio das informações obtidas?
Estabilidade	A série de medições do indicador permite monitoramentos e comparações coerentes, com mínima interferência de variáveis externas ao indicador?
Tempestividade	O indicador obtido é decorrente de informações atuais, a tempo para seu uso?

FONTE: A autora (2019). Adaptado de D'INNOZENZO (2006); HINRICHSEN et al. (2011); ENAP (2013).

A concordância total (obtida pela somatória de concordo parcialmente e concordo totalmente) foi de 75% (n=03) para todos os atributos, conforme a TABELA 4. Houve sugestões para acrescentar o nome do indicador nas informações adicionais, e prever espaço para o participante explicar sua resposta. A primeira sugestão não foi acatada devido ao nome do indicador já constar na ficha técnica, e pela limitação no número de caracteres na plataforma eletrônica utilizada. Quanto à segunda, houve ampliação no espaço inicialmente previsto para comentários, em cada pergunta.

TABELA 4 – ESCALA DE LIKERT PARA AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DO INDICADOR

Atributo	Discordo totalmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Não concordo nem discordo n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	Concordância total
Disponibilidade	0	0	1 (25%)	0	3 (75%)	3 (75%)
Confiabilidade	0	0	1 (25%)	0	3 (75%)	3 (75%)
Simplicidade facilidade e interpretação	0	0	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	3 (75%)
Representatividade ou fidedignidade	0	0	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	3 (75%)
Sensibilidade	0	0	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	3 (75%)
Abrangência	0	0	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	3 (75%)
Objetividade	0	0	1 (25%)	0	3 (75%)	3 (75%)
Baixo custo	0	0	1 (25%)	0	3 (75%)	3 (75%)
Utilidade	0	0	1 (25%)	0	3 (75%)	3 (75%)
Estabilidade	0	0	1 (25%)	0	3 (75%)	3 (75%)
Tempestividade	0	0	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	3 (75%)

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

O pré-teste oportunizou a adequação e melhoria do instrumento antes da submissão aos painelistas, com ampliação dos campos para as respostas subjetivas. Portanto, os avaliadores recomendaram a inclusão de um espaço no instrumento para que os painelistas emitissem opiniões e justificativas detalhadas sobre cada resposta. Esta recomendação foi acatada e incorporada ao instrumento, e favoreceu a interpretação dos resultados sobre os percentuais de concordância dos atributos e, por consequência, a validação de conteúdo dos indicadores, bem como o aprimoramento da ficha técnica, possibilitando a utilização dos indicadores deste estudo, pelos hospitais.

3.6.2 Primeira rodada da Técnica Delphi

Na primeira rodada, os painelistas receberam o inquérito *online*, preparado pela pesquisadora com base na literatura, por meio de um aplicativo específico para pesquisas *online*, denominado Survey Monkey®, e foram instados a responder, individualmente, a questões objetivas apoiadas por opiniões e justificativas.

O questionário iniciou com explicação sobre as etapas da pesquisa (APÊNDICE 3) e questões relacionadas à caracterização dos participantes, contendo variáveis sócio-demográficas, profissionais e acadêmicas (APÊNDICE 4).

A segunda parte do inquérito versou sobre a validação dos atributos referentes a 39 indicadores de efetividade do QUADRO 4 (p.69). O modelo de avaliação dos 11 atributos para cada indicador de efetividade assistencial, submetida aos painelistas, encontra-se no APÊNDICE 5.

Para subsidiar a avaliação dos indicadores em relação aos atributos, uma ficha técnica de cada indicador antecedia as perguntas. fichas técnicas foram elaboradas para esta pesquisa a partir de revisão da literatura nacional e internacional,

A ficha técnica sintetizando as principais informações sobre o indicador, é composta pelos seguintes elementos: código do indicador constituído pelas letras FT, significando ficha técnica, letra S para a dimensão segurança, CP para a dimensão cuidado centrado no paciente e EC para a dimensão efetividade clínica. Tal codificação é complementada pelo número do indicador em cada dimensão. Na sequência, consta o nome do indicador; definições ou conceitos; objetivo ou uso; método de cálculo, tipo ou unidade de medida; método de apuração do indicador, compreendendo a coleta e origem dos dados; frequência e referências. Foi solicitado aos painelistas que avaliassem as fichas técnicas a fim de contribuírem para as suas respectivas validações.

Para cada questão do inquérito *online* houve opções de resposta mediante o preenchimento de uma Escala Likert, com cinco níveis, a saber: discordo totalmente; discordo; não discordo nem concordo; concordo; concordo totalmente (SOUSA, 2012). Esta escala de valoração psicométrica caracteriza-

se por apresentar um enunciado declarativo e possibilitar aos especialistas a indicação do seu grau de concordância ou discordância (POLIT; BECK, 2015).

Nesta etapa, o inquérito continha 440 perguntas, uma relativa ao aceite ao TCLE; dez para caracterização dos participantes, e 429 correspondentes aos 39 indicadores e 11 atributos para cada indicador.

A disponibilização do *link* para acesso ao TCLE ocorreu a partir de 10/05/2017, por e-mail disparado aos painelistas diretamente pela plataforma Survey Monkey®. Dois painelistas iniciaram suas respostas no questionário *online* nesta mesma data, desencadeando a primeira rodada do *survey*. Inicialmente, estipulou-se o tempo de três semanas ou 21 dias para a finalização do preenchimento do questionário.

Dois painelistas concluíram o questionário em 29/05/2017, e doze no prazo estabelecido. Tornou-se necessário enviar várias mensagens de estímulo (APÊNDICE 6) e realizar prorrogações sucessivas do prazo, de modo a permitir que todos os painelistas concluíssem o inquérito. O último deles concluiu suas respostas no dia 14/07/2018.

Desta forma, foram excluídos 31 participantes por que não acessaram o questionário no espaço de tempo requerido, ou por que não completaram 90% das respostas. Assim, na primeira rodada 52 painelistas concluíram o preenchimento do questionário após 65 dias da sua abertura.

3.6.3 Segunda Rodada da Técnica Delphi

Os 52 painelistas que concluíram a primeira rodada foram novamente convidados por e-mail à participação na segunda rodada, e novo *link* para acesso ao questionário *online* foi disponibilizado.

A segunda rodada foi desencadeada no dia 18 de julho de 2017.

Para esta rodada, 242 questões relacionadas a 22 indicadores e que apresentaram consenso igual ou acima de 70% nas respostas dos participantes na primeira rodada foram extraídas do inquérito.

As fichas técnicas dos 17 indicadores, que não obtiveram o consenso de 70% em algum dos atributos, foram revisadas segundo as sugestões dos

painelistas, e informações e esclarecimentos foram adicionados a elas pela pesquisadora.

O questionário contendo 66 perguntas foi precedido por orientações correspondentes à segunda rodada, e os resultados da primeira rodada também foram apresentados aos painelistas em forma de gráficos, cujo modelo se encontra no APÊNDICE 7. O objetivo da apresentação desses foi viabilizar, a cada painalista, a reavaliação de suas respostas frente à previsão estatística das respostas do grupo, às alterações sugeridas pelos demais painelistas e às justificativas esclarecedoras por parte da pesquisadora.

O prazo estipulado para a finalização do questionário era de 20 dias e, da mesma forma que na primeira rodada, lembretes e e-mails de incentivo foram enviados aos painelistas e prorrogações foram concedidas. Após 63 dias, o acesso ao questionário foi fechado, contabilizando-se 43 participantes nesta rodada.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

A mensuração por escala ordinal proporciona um tipo de ordem de magnitude para as cinco categorias, iniciando da avaliação mais baixa (discordo totalmente), para a mais alta (concordo totalmente). Todavia, como os intervalos não são iguais entre os escores adjacentes da escala, é recomendada a análise dos dados por testes estatísticos não paramétricos (DANCEY; REIDY; ROWE, 2017).

Assim, a análise dos dados deste estudo foi realizada por meio de estatística descritiva uni e bivariada. O Survey Monkey® forneceu os percentuais de concordância entre as respostas da primeira rodada, e todas as respostas foram importadas para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS®, versão 22.

Utilizou-se o teste do coeficiente Alfa de Cronbach para análise da consistência interna e das diferenças de opinião dos painelistas, nas duas rodadas.

Para analisar a força da correlação entre os atributos do mesmo indicador, tendo por base o valor atribuído pelos participantes, utilizou-se o Teste

de Correlação de Spearman e o Teste R de Pearson para obtenção da avaliação da intensidade da relação entre os atributos de cada indicador.

Contudo, como os resultados foram semelhantes, optou-se pelo Teste de Spearman.

Convencionou-se que aos resultados menores que 0,2 a correlação entre os atributos seria considerada muito baixa; entre 0,2 e 0,3 a correlação entre os atributos seria baixa; entre 0,4 e 0,69 seria moderada; entre 0,7 e 0,89 seria alta e entre 0,9 e 1 a correlação entre os atributos seria considerada muito alta (PESTANA; GAGEIRO, 2014).

3.8 CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO DE DOUTORAMENTO NO EXTERIOR (DOUTORADO SANDUÍCHE)

No período de 11 de setembro de 2017 a 21 de dezembro de 2017 foi realizado estágio de doutoramento na Unidade de Investigação (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EsenfC), sob orientação da Professora Dra. Maria Manuela Frederico Ferreira, como parte do projeto estruturante Caminhos da Enfermagem.

O estágio teve como objetivo principal a realização do tratamento estatístico dos dados coletados previamente no Brasil. O aprendizado voltado à operacionalização do Program Statistical *Package for the Social Sciences* – SPSS®, à tomada de decisão sobre as opções de testes estatísticos que melhor convergiam à análise dos dados, e à interpretação dos resultados, agregou contribuições importantes para esta pesquisa. Para conhecer os indicadores utilizados na avaliação da qualidade assistencial em hospital de alta complexidade, houve visita e reuniões no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), evidenciando-se que a realidade é semelhante ao Brasil: a organização de saúde gerencia muitos indicadores de produção, de processo e poucos de resultado assistencial (efetividade), confirmando a relevância do tema em estudo.

A participação em atividades complementares deu-se nos âmbitos acadêmico, por meio da integração nas atividades acadêmicas regulares da

EsenfC e da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, do domínio científico, da produção e divulgação do conhecimento e no âmbito cultural.

Quanto à integração nas atividades acadêmicas, foi oportunizada a participação no acompanhamento da integração dos novos alunos no contexto da EsenfC; na conferência de abertura do Mestrado Gestão e Economia em Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, constatando-se diferenças na integração da área da saúde com as ciências sociais, diferentemente do Brasil, em que a área de saúde trabalha em parceria com a ciência da Administração, em Portugal tal associação ocorre com a disciplina de Economia. Também houve o acompanhamento do processo de integração de alunos da licenciatura, que optam pela realização de atividade extra-curricular na UICISA, com apresentação do tema “Investigação na licenciatura em enfermagem”, incluindo um panorama sobre a Universidade Federal do Paraná, propiciando a comparação entre os sistemas brasileiro e português no ensino de enfermagem.

Ainda no âmbito acadêmico, foi oportunizado o compartilhamento de conhecimento por meio de aulas na temática “Indicadores em Saúde e Enfermagem” aos alunos de licenciatura e pós-licenciatura (especialização), na Disciplina Gestão para a Prática Especializada. A presença em sala de aula proporcionou o acompanhamento dos controles eletrônicos relativos aos alunos e aos docentes (presença de ambos, registros sobre a atividade docente em si, disponibilização de materiais científicos aos alunos na plataforma, métodos para avaliação do conhecimento). Também houve o acompanhamento de defesa de dissertação in loco e de tese por videoconferência.

Em relação às atividades científicas, neste período de quatro meses foi possível participar de sete eventos científicos: III Conferência Internacional Cuidar com Humanidade; Encontro Auto Avaliação das Instituições de Ensino Superior- Partilha de Boas Práticas; II Congresso Internacional Desafios da Qualidade em Instituições de Ensino, organizado e sediado pela EsenfC, com apresentação de trabalho científico na forma de comunicação oral e participação no Workshop sobre Indicadores de Qualidade. Houve apresentação do tema da tese no 4º Seminário Internacional de Investigadores da UICISA, e participação

nos Workshops Edição Científica e Escrita Científica, e Interrogação de Bases de Dados, todos promovidos pela UICISA.

Também finalizou-se o texto intitulado “Sistemas de Gestão da Qualidade” a ser incluído em livro denominado “*Handbook of Nursing Management*”, coordenado por professor da EsenfC. Destaca-se a convergência ao tema desta tese. Dois manuscritos relativos aos resultados da tese foram iniciados.

As atividades culturais englobaram tanto visitas a sítios arqueológicos, geográficos e museus, como participação em realizações da própria escola.

Este estágio de doutoramento foi extremamente rico, com contributos importantes para esta investigação. Nesse sentido, o aprendizado das técnicas de análises de dados em investigações quantitativas subsidiou a elaboração tanto de tabelas detalhadas para o relatório de tese, como outras sintéticas que podem ser inseridas em artigos científicos.

A convivência com pesquisadores, mestrandos e doutorandos de enfermagem, oriundos de outros países, também foi um resultado enriquecedor, no sentido do compartilhamento de idéias, cultura e conhecimento.

No próximo capítulo são apresentados e discutidos os resultados desta pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos mediante a aplicação da Técnica Delphi a especialistas, com experiência ou produção do conhecimento relativos a indicadores hospitalares.

São apresentados e analisados os dados referentes ao *survey*, principiando pela caracterização dos participantes nas TABELAS 5, 6 e 7.

Na continuidade, de modo a propiciar aos leitores melhor entendimento acerca de os resultados obtidos, para cada indicador é apresentada a sua ficha técnica, contendo modificação de itens a partir de sugestões de painelistas.

Os resultados da análise estatística descritiva são apresentados em quadros, tabelas e gráficos, e os valores relevantes são discutidos mediante comentários pertinentes dos especialistas, seguidos da discussão com a literatura correlata a esses resultados.

O Teste de Correlação de Spearman apontou correlação positiva entre todos os atributos entre si, sendo que na discussão dos resultados são apresentadas as correlações altas e muito altas entre os atributos validados e não validados. Contudo, todos os resultados do teste podem ser consultados no APÊNDICE 9.

Na primeira rodada, foram apresentadas aos painelistas as fichas técnicas de todos os indicadores, elaboradas com base na literatura e na experiência da pesquisadora. Na segunda rodada considerando as sugestões dos painelistas, foram realizadas adequações nas fichas daqueles indicadores que, na avaliação dos atributos, não alcançaram o consenso mínimo estipulado. Da mesma forma, após a segunda rodada novo ajustamento foi realizado.

Para os indicadores que haviam obtido consenso na primeira rodada, também foram acatadas sugestões, procedendo-se aos ajustes, de modo a aperfeiçoar as respectivas fichas técnicas.

Ressalta-se que todas as sugestões foram analisadas, todavia somente algumas foram acatadas. As sugestões que guardavam pertinência e respaldo na literatura, foram incorporadas nas fichas técnicas. Tais sugestões e respectivas análises estão descritas em quadros apresentados sequencialmente à ficha técnica de cada indicador.

Todos os comentários foram tabulados, agrupados por atributo e um exemplo é disponibilizado no APÊNDICE 8.

Embora estivessem previstas mais rodadas, a não validação de alguns atributos de indicadores nas duas rodadas encontram respaldo na literatura quanto aos obstáculos (vide a discussão dos dados); além disso a experiência da pesquisadora em avaliação de hospitais, também ratifica que as opiniões dos painelistas correspondem exatamente aos dilemas e adversidades da prática gerencial no uso de indicadores de efetividade no Brasil.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO SURVEY

Os painelistas eram em sua maioria enfermeiros na primeira e na segunda rodadas (65,38% e 65,11% respectivamente), a titulação distribuiu-se igualmente em graduação e mestrado (36,54% cada) na primeira rodada, e na segunda também prevaleceram (37,20% e 32,55% respectivamente). A maioria era do sexo feminino em ambas as rodadas (81,64% e 83,72%). Os resultados da caracterização estão apresentados na TABELA 5.

TABELA 5 - PROFISSÃO, TITULAÇÃO E GÊNERO DOS PAINELISTAS

Variáveis		Primeira rodada	Segunda rodada
		n=52 (%)	n=43 (%)
Profissão	Enfermeiro	34 (65,38)	28 (65,11)
	Médico	08 (15,38)	07 (16,27)
	Farmacêutico	05 (09,62)	04 (09,30)
	Administrador	03 (05,77)	02 (4,65)
	Outro profissional da saúde	02 (03,85)	02 (4,65)
Titulação	Graduação	19 (36,54)	16 (37,20)
	Mestrado	19 (36,54)	14 (32,55)
	Doutorado	14 (26,92)	13 (30,23)
	Pós-doutorado	03 (5,77)	03 (5,77)
Gênero	Feminino	44 (84,61)	36 (83,72)
	Masculino	08 (15,39)	07 (16,27)

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

NOTA: Três doutores também possuíam a titulação de pós-doutorado.

Pretendia-se obter a participação representativa das cinco regiões brasileiras, e as tentativas de recrutamento dos participantes foram neste sentido; contudo a adesão representou a região sul, majoritariamente, em ambas

as rodadas (86,54% na primeira e 86,01% na segunda rodada), com participações também das regiões sudeste, centro oeste e nordeste, conforme é demonstrado na TABELA 6. Na busca realizada no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, também não se identificou nenhum grupo de pesquisa situado na região norte do país.

TABELA 6 - ORIGEM DOS PAINELISTAS POR ESTADO E MUNICÍPIO BRASILEIROS

Estado e Município		Primeira rodada	Segunda rodada
Paraná	Curitiba	23 (44,23)	18 (41,86)
	Ponta Grossa	03 (5,77)	03 (6,97)
	Maringá	04 (7,69)	03 (6,97)
	Londrina	02 (3,85)	02 (4,65)
	Cascavel	01 (1,92)	01 (2,32)
Santa Catarina	Blumenau	07 (13,46)	06 (13,95)
	Balneário Camboriú	02 (3,85)	02 (4,65)
	Florianópolis	01 (1,92)	01 (2,32)
	Itajaí	01 (1,92)	00
Pernambuco	Recife	02 (3,85)	02 (4,65)
São Paulo	Ribeirão Preto	01 (1,92)	01 (2,32)
	São Paulo	01 (1,92)	01 (2,32)
Espírito Santo	Vitória	01 (1,92)	00
Distrito Federal	Brasília	01 (1,92)	01 (2,32)
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	01 (1,92)	01 (2,32)
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	01 (1,92)	01 (2,32)
Total		52 (99,98)	43 (99,94)

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Nos critérios de inclusão foi estipulada a experiência com indicadores nas várias áreas de atuação dos participantes: gestão, pesquisa, assistência e docência. A TABELA 7 demonstra que os critérios foram atendidos, e que a experiência tanto na primeira como na segunda rodada estava relacionada, majoritariamente, à gestão (65,38% e 65,12% respectivamente). Confirma-se também o pouco desenvolvimento de pesquisas nesta temática (13,46% e 16,28% respectivamente).

Por outro lado, é preocupante que, proporcionalmente, poucos profissionais da assistência tenham referido que utilizam indicadores no cuidado diário (5,76% na primeira rodada e 6,98% na segunda).

Estes dados valorizam os produtos desta pesquisa, tanto pela disponibilização do conhecimento gerado, como pelos modelos de fichas

técnicas, pois possibilitarão a operacionalização para utilização dos indicadores na avaliação e melhoria contínua da assistência prestada em hospitais.

TABELA 7 - PERFIL DOS PARTICIPANTES QUANTO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL E A EXPERIÊNCIA COM INDICADORES

Área	Participantes			
	Atuação profissional		Experiência com indicadores	
	n	%	n	%
Gestão	20	38,46	34	65,38
Pesquisa	00	00	07	13,46
Assistência	09	17,31	03	5,76
Docência	03	5,77	02	3,85
Assistência e gestão	06	11,54	02	3,85
Docência e pesquisa	07	13,46	02	3,85
Gestão e docência	03	5,77	02	3,85
Pesquisa, docência e gestão	02	3,85	00	00
Pesquisa, assistência e gestão	01	1,92	00	00
Pesquisa, docência, assistência e gestão	01	1,92	00	00
Total	52	100	52	100

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Passa-se a seguir, à apresentação dos resultados e análise dos indicadores, destacando-se que os mesmos estão distribuídos sequencialmente conforme as dimensões segurança, cuidado centrado no paciente e efetividade clínica.

4.2 INDICADORES

Na primeira rodada, a análise da confiabilidade das respostas e a consistência e precisão das perguntas, resultou em Coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0,992, e na segunda rodada, o valor do alfa de Cronbach foi de 0,942, significando que houve excelente consistência interna e confiabilidade tanto nas perguntas elaboradas como nas respostas dos painelistas, em relação aos atributos dos indicadores.

A literatura considera que um valor acima de 0,7 é considerado confiável, todavia, quando maior ou igual a 0,9 é tido como excelente, maior ou igual a 0,8 é bom, assim, quanto mais o valor se aproxima de 1, maior é a fiabilidade (GEORGE; MALLERY, 2003; DANCEY; REIDY; ROWE, 2017).

Para cada indicador é apresentada a respectiva ficha técnica contendo as modificações sugeridas pelos painelistas e, acatadas pela pesquisadora. Estas sugestões direcionadas ao conteúdo da ficha técnica, são descritas em quadros, onde também são apresentadas as justificativas para o aceite ou não, e, a ação realizada.

Sequencialmente à tabela demonstrando a frequência das respostas dos painelistas aos atributos de cada indicador, apresenta-se um gráfico tipo radar ou aranha estatística, com marcadores. Optou-se por este tipo de gráfico, por propiciar uma visão ampliada dos resultados, e possibilitar a comparação visual dos percentuais de respostas dos painelistas, relativos aos onze atributos.

4.2.1 Indicadores da dimensão segurança do paciente

Incidentes com danos afetam seriamente a segurança do paciente e a qualidade do atendimento, e continuam sendo uma questão global premente; no entanto, apresenta considerável variabilidade nas unidades hospitalares.

Em revisão bibliográfica envolvendo estudos realizados em 27 países de seis continentes, encontrou-se uma mediana de 10% dos pacientes afetados no mínimo por um incidente, e mediana de 7,3% para incidentes cujo desfecho foi o óbito. A evitabilidade esteve entre 34,3 a 83%, reforçando outros achados de que metade dos incidentes são evitáveis; os três incidentes mais comuns destes estudos estavam relacionados à cirurgia, medicamentos ou fluidos e infecções associadas aos cuidados de saúde (SCHWENDIMANN et al., 2018).

A segurança do paciente é o resultado de muitos fatores, todavia, o que de fato determina segurança é o ambiente de cuidado durante todo o processo assistencial (KRISTENSEN; MAINZ; BARTELS, 2007). Assim, é fundamental que os hospitais disponham de indicadores que possibilitem mensurar o resultado do esforço e investimento da instituição e dos profissionais, em prol da segurança dos pacientes.

Apresentam-se a seguir, na TABELA 8, os oito indicadores da dimensão segurança do paciente que não alcançaram o consenso de 70% na primeira rodada em um ou mais atributos, sendo assim, foram submetidos à nova

avaliação pelos painelistas em uma segunda rodada, bem como o resultado desta.

Destes, cinco indicadores foram validados em todos os atributos avaliados na segunda rodada. Contudo cinco atributos referentes a três indicadores ainda não foram validados, a saber: no indicador relativo a complicações anestésicas, os atributos disponibilidade e confiabilidade não alcançaram o consenso mínimo (63,13% e 66,32% respectivamente); no indicador erro de medicação, o atributo disponibilidade obteve 67,37%, e no indicador adesão institucional à estratégia multimodal de higiene de mãos, o mesmo ocorreu com o atributo disponibilidade (53,68%).

TABELA 8 – ATRIBUTOS DOS INDICADORES DA DIMENSÃO SEGURANÇA QUE NÃO OBTIVERAM O CONSENSO MÍNIMO NA PRIMEIRA RODADA, EM PERCENTUAIS

Indicador	Atributo	1ª rodada %	2ª rodada %
Cirurgia no local errado do corpo do paciente	Sensibilidade	69,24	80,00
Complicações anestésicas	Disponibilidade	51,93	63,16
	Confiabilidade	63,46	66,32
	Simplicidade quanto ao entendimento	65,30	65,31
Material estranho deixado no corpo durante um procedimento	Disponibilidade	63,46	75,79
Erro de medicação	Disponibilidade	53,58	67,37
	Confiabilidade	61,53	74,74
Fratura de quadril pós-operatória em pacientes internados	Sensibilidade	67,31	74,74
	Abrangência	69,23	73,12
	Estabilidade	69,23	74,47
	Tempestividade	65,39	72,63
Incidentes graves relacionados a equipamentos	Disponibilidade	55,77	70,53
	Confiabilidade	67,30	77,89
	Simplicidade- interpretação	68,63	78,72
	Sensibilidade	67,31	77,89
	Abrangência	67,31	77,89
Hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte	Disponibilidade	61,54	70,53
	Confiabilidade	65,38	78,95
	Abrangência	67,31	75,79
Adesão institucional à estratégia multimodal de higiene de mãos	Disponibilidade	51,92	53,68
	Confiabilidade	63,46	71,58
	Sensibilidade	69,24	76,84
	Baixo custo	67,31	74,74

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Apresentam-se, a seguir, os resultados e a discussão dos dados relativos aos vinte indicadores de efetividade da dimensão segurança do paciente, os quais tem em vista mensurar o quanto os pacientes internados em hospitais estão protegidos de danos evitáveis e inevitáveis.

4.2.1.1 Número de cirurgias no local errado do corpo do paciente

O Programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Universidade de Harvard em 2007. Trata-se de um Desafio Global para a Segurança do Paciente, uma vez que a cirurgia no sítio cirúrgico certo é um dos dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica (BRASIL, 2013 c).

No QUADRO 7 apresentam-se a ficha técnica do indicador número de cirurgias no local errado do corpo do paciente, e no QUADRO 8 as sugestões dos painelistas.

QUADRO 7 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 01 NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE
Definição de termos/conceitos	Número de procedimentos cirúrgicos realizados no local errado do corpo do paciente. ⁽¹⁾ Procedimento cirúrgico é a realização de incisão ou introdução de equipamentos endoscópicos no corpo humano, com finalidade diagnóstica ou terapêutica, dentro ou fora do centro cirúrgico. ^(1,2)
Objetivo ou Uso	Mensurar a segurança da assistência cirúrgica, especificamente quanto à realização de cirurgias no sítio cirúrgico correto. ⁽³⁾
Método de cálculo	Numerador: número de procedimentos cirúrgicos realizados no local errado do corpo do paciente. Denominador: não se aplica
Tipo ou unidade de medida	Número de incidentes. ⁽²⁾
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuário (ficha médica de descrição de cirurgia, ficha de enfermagem de sala cirúrgica evolução médica, evolução de enfermagem, <i>checklist</i> da cirurgia segura, resumo de alta ou de óbito), ficha de notificação de incidentes de pacientes com 18 anos ou mais, ouvidoria.
Frequência	Mensal

QUADRO 7 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 01 NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE
Referências	<p>1. PROQUALIS. ICICT/FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente. Anestesia e Cirurgia. Rio de Janeiro, 2014(a). Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2. Acesso em: 01 nov 2018.</p> <p>2. PROQUALIS. ICICT/FIOCRUZ. Número de cirurgias realizadas em local errado do corpo do paciente. Rio de Janeiro, 2014(b). Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2%20N%C3%BAmero%20de%20cirurgias%20realizadas%20em%20local%20errado%20do%20corpo%20do%20paciente.pdf . Acesso em: 01 nov 2018.</p> <p>3. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 8 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade/ estabilidade	<i>Talvez seja pertinente incluir um denominador. Analiso este dado como uma variável. Se você tem o numerador total de cirurgias em local errado, o denominador pode ser o total de pacientes submetidos a procedimentos. O indicador não considera proporção, é um número absoluto. A estabilidade seria melhor se houvesse estratificação do mesmo (P32)**</i>	Não acatada, a literatura recomenda o indicador somente com numerador (PROQUALIS, 2014b).
	<i>Ficha de cirurgia, checklist da cirurgia segura, resumo de alta ou de óbito fazem parte do prontuário, talvez "ficha médica de descrição de cirurgia" sugiro incluir como fonte a ficha de enfermagem de sala cirúrgica (P16)*</i>	Acatada, detalhadas as fontes para coleta dos dados para o indicador.
Simplicidade	<i>Redação do indicador: Número de cirurgia em local errado no corpo do paciente (P12)*</i>	Acatada, modificado o nome do indicador.
	<i>Na descrição do indicador não consta o que seria cirurgia no local errado, mas o que seria um procedimento cirúrgico (P19)*</i>	Acatada, acrescentada uma definição mais específica para o indicador.
Representatividade	<i>A maior dificuldade está no entendimento sobre os procedimentos cirúrgicos realizados fora do centro cirúrgico (P40)**</i>	Não acatada, procedimentos cirúrgicos podem ser realizados ambulatorialmente.
Objetividade	<i>A descrição do objetivo do indicador é mais ampla do que o dado pode fornecer (P47)* objetivo relata sobre eficiência cirúrgica, não está claro que é para avaliar o erro de lateralidade (P09)*; talvez o objetivo poderia ser mais pontual P06)*</i>	Acatada, redigido objetivo mais específico.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

O indicador número de cirurgias no local errado do corpo é conhecido, mas pouco monitorado. O *checklist* da cirurgia segura encontra-se em implantação em grande parte dos hospitais brasileiros, contudo os monitoramentos se dão por meio de indicadores de processo, como o de adesão ao programa (SILVA; PINTO, 2017).

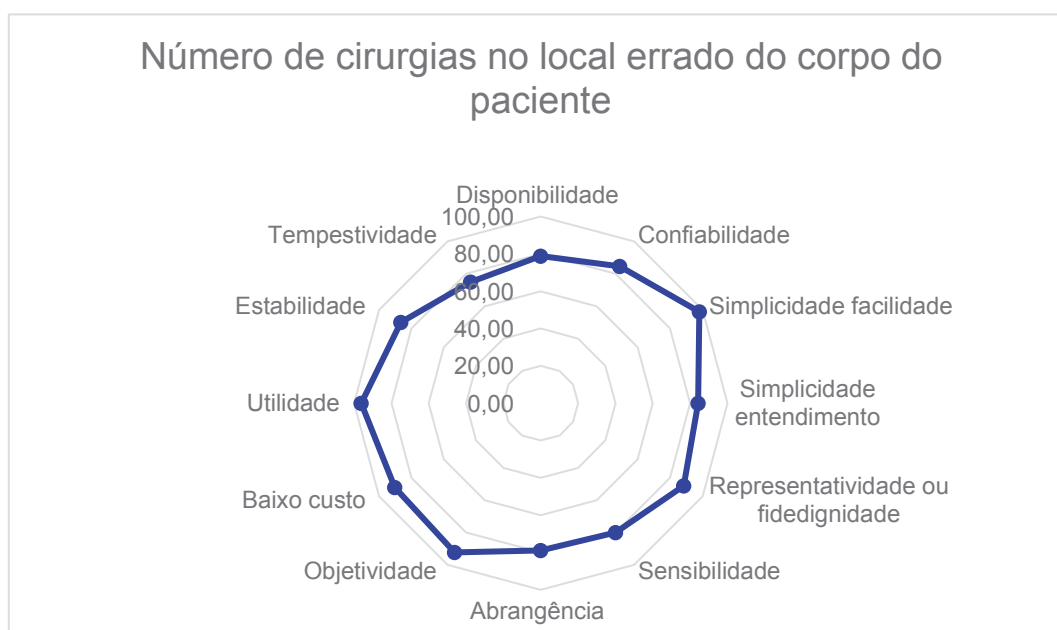
Todos os atributos foram validados na primeira rodada, a simplicidade quanto à facilidade no cálculo obteve a maior concordância (98,08%), seguida pela utilidade (96,15%). A objetividade obteve 92,31% e o baixo custo, 90,38%. O resultado final das respostas dos painelistas para todos os atributos são apresentados na TABELA 9 e no GRÁFICO 1.

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE NA PRIMEIRA RODADA (n=52)

Cirurgia no local errado do corpo do paciente	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	4	7,69	6	11,54	1	1,92	22	42,31	19	36,54	78,85	3,88	1,25
Confiabilidade	2	3,85	5	9,62	1	1,92	28	53,85	16	30,77	84,62	3,98	1,04
Simplicidade facilidade	0	0,00	1	1,92	0	0,00	9	17,31	42	80,77	98,08	4,77	0,55
Simplicidade entendimento	1	1,96	7	13,73	0	0,00	10	19,61	33	64,71	84,31	4,31	1,14
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	4	7,69	1	1,92	10	19,23	36	69,23	88,46	4,46	1,00
Sensibilidade	4	4,21	6	6,32	9	9,47	37	38,95	39	41,05	80,00	4,06	1,07
Abrangência	3	5,77	4	7,69	4	7,69	17	32,69	24	46,15	78,85	4,06	1,18
Objetividade	1	1,92	2	3,85	1	1,92	12	23,08	36	69,23	92,31	4,54	0,87
Baixo custo	1	1,92	1	1,92	3	5,77	9	17,31	38	73,08	90,38	4,58	0,85
Utilidade	1	1,92	0	0,00	1	1,92	13	25,00	37	71,15	96,15	4,63	0,71
Estabilidade	1	1,92	3	5,77	3	5,77	19	36,54	26	50,00	86,54	4,27	0,95
Tempestividade	3	5,77	5	9,62	5	9,62	12	23,08	27	51,92	75,00	4,06	1,24

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 1 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A cirurgia em local errado é um *never event* (ANVISA, 2015) pois nunca deveria ocorrer. Todavia, falhas na comunicação entre os membros da equipe podem contribuir para este incidente. O indicador apenas contabiliza o incidente, justificativa para a simplicidade ser o atributo com concordância mais elevada, já que dispensa cálculos.

Tempestividade foi o atributo com concordância menos elevada, o que pode ser atribuído a uma cultura organizacional que não incentiva a notificação de eventos graves.

Denomina-se cultura da segurança o compromisso institucional com a segurança em todos os níveis da organização, o reconhecimento do alto risco e da natureza propensa ao erro das atividades no ambiente hospitalar, ambiente de trabalho livre de culpa no qual os indivíduos podem notificar erros ou incidentes que não atingiram o paciente sem medo de repreensão ou punição e o desejo expresso de direcionar recursos para solucionar inquietações relacionadas à segurança (WACHTER, 2013).

A cultura justa por sua vez, refere-se à atmosfera de confiança na qual as pessoas são encorajadas e recompensadas por informarem desvios na

segurança, contudo há a compreensão de onde se situa a linha entre comportamento aceitável e não aceitável. Nesse sentido, a adoção consciente de comportamento de risco sem justificativa, ignorando os passos de segurança, é tido como inaceitável (WACHTER, 2013).

A notificação tempestiva permite a mitigação dos efeitos desta catástrofe. A alta correlação entre os atributos confiabilidade e disponibilidade (0,71) também aponta para a necessidade de ampliação das notificações voluntárias e rastreios deste incidente, de modo a incrementar a confiabilidade.

Informações obtidas por meio de registro de incidentes, dados hospitalares, análise de queixas, auditorias ou investigações, desempenham um papel importante na compreensão dos padrões dos danos decorrentes da assistência, nos países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

No entanto, em países carentes de recursos, grande parte desses dados podem não estar disponíveis rotineiramente. Adicionalmente, o nível de detalhamento e a qualidade das informações registradas nas anotações médicas variam muito, e podem não ser suficientes para uma revisão retrospectiva dos prontuários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Recomendam-se medidas preventivas para reduzir este erro, tais como identificação do paciente, demarcação da lateralidade, envolvimento do paciente no pré-operatório, consentimento informado, e aplicação do protocolo da cirurgia segura (BRASIL, 2013c).

Listas de verificação cirúrgicas e anestésicas representam estratégias simples e promissoras para melhorar a cultura de segurança do paciente e os cuidados peri-operatórios; são associadas à detecção de potenciais riscos de segurança, diminuição de complicações cirúrgicas e melhor comunicação entre a equipe operacional (TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2013; SHEKELLE et al., 2013).

O envolvimento do paciente e seu familiar nas etapas de conferência do checklist da cirurgia segura foi recomendado pelos painelistas (P11, P14, P37, P51), por ser mais uma barreira de segurança.

Ademais, programas que melhorem a comunicação entre equipes, transparência na divulgação dos dados para construção da cultura de

segurança, e educação em saúde multiprofissional, de modo a fortalecer as competências em relação à segurança do paciente, podem influenciar os resultados deste indicador.

4.2.1.2 Número de cirurgias realizadas no paciente errado

Como parte do “Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, a cirurgia realizada no paciente certo é o primeiro objetivo a ser alcançado por todas as equipes que prestam a assistência cirúrgica (BRASIL, 2013c). Apresenta-se a ficha técnica deste indicador no QUADRO 9, e as principais sugestões dos painelistas no QUADRO 10.

QUADRO 9 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 02 NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO
Definição de termos/conceitos	Contabiliza o número de procedimentos cirúrgicos realizados no paciente errado. ^(1,2) Procedimento cirúrgico: realização de incisão ou introdução de equipamentos endoscópicos no corpo humano, com finalidade diagnóstica ou terapêutica, dentro ou fora do centro cirúrgico. ^(1,2)
Objetivo ou Uso	Monitorar a segurança da assistência cirúrgica com vista ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência dos procedimentos cirúrgicos. ⁽³⁾
Método de cálculo	Numerador: número de procedimentos cirúrgicos realizados no paciente errado. ^(1,2,4) Denominador: não se aplica
Tipo ou unidade de medida	Número de incidentes. ^(1,2,4)
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuário (ficha médica de descrição de cirurgia, ficha de enfermagem de sala cirúrgica evolução médica, evolução de enfermagem, <i>checklist</i> da cirurgia segura, resumo de alta ou de óbito), ficha de notificação de incidentes de pacientes com 18 anos ou mais, ouvidoria.

QUADRO 9 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 02 NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO
Frequência	Mensal.
Referências	<p>1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente – Anestesia e Cirurgia. Rio de Janeiro, 2014 (a). Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2 . Acesso em: 24 ago 2016.</p> <p>2. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente – Anestesia e Cirurgia. Rio de Janeiro, 2014 (b). Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/3%20N%C3%BAmero%20de%20cirurgias%20realizadas%20no%20paciente%20errado.pdf . Acesso em: 24 set 2016</p> <p>3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Panamericana de Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.</p> <p>4. KRISTENSEN, S.; MAINZ, J.; BARTELS, P. Establishing a set of patient safety indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SimPatIE – Work Package 4. European Society for Quality in Healthcare: Denmark, 2007. Disponível em: http://www.zdravstvo-kvaliteta.org/attachments/article/18/Patient safety indicator development.pdf . Acesso em: 24 ago 2016.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 10 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade/ tempestividade	<i>Incluir o denominador total de pacientes submetidos a procedimentos (P32)**; o indicador deveria ter um denominador, que seria o número de procedimentos cirúrgicos no mesmo período (P17)**; a diferenciação de numerador e denominador para um indicador de número absoluto pode causar dúvidas (P40)**</i>	Não acatada, a literatura recomenda o indicador somente com numerador (PROQUALIS, 2014b).
	<i>Na descrição do indicador não consta o que seria cirurgia no local errado, mas o que seria um procedimento cirúrgico (P19)*</i>	Acatada, foi acrescentada a definição do indicador no campo definições/conceitos.

QUADRO 10 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade/ tempestividade	<i>Na parte de conceitos: quando menciona fora do bloco cirúrgico, penso estar confuso (P31)**</i>	Não acatada, procedimentos cirúrgicos podem ocorrer ambulatorialmente.
	<i>Como indicador seria: número de cirurgia em local errado no corpo do paciente (P12)*</i>	Acatada, realizada a adequação do nome do indicador.
	<i>Que fique mais claro o porquê de se excluírem os menores de 18 anos ou como deve se proceder para que estes sejam incluídos (P17)**</i>	Não acatada, nas orientações para a segunda rodada foi esclarecido que todos os indicadores são direcionados a pacientes adultos. Pacientes pediátricos possuem peculiaridades que demandam estudos e indicadores específicos.
Objetividade	<i>O objetivo deve ser específico ao indicador e não à sua consequência (P49)*</i>	Acatada, foi alterada a redação do objetivo tendo por base a literatura correlata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).
Tempestividade	<i>Monitorar o indicador trimestralmente, ao invés de mensalmente, o que favorece a relação custo-benefício do processo avaliativo (P02)**</i>	Não acatada, a magnitude deste tipo de erro requer vigilância e monitoramento frequentes.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada, sendo que sete obtiveram concordância acima de 90% (simplicidade quanto à facilidade no cálculo e no entendimento, representatividade, sensibilidade, objetividade, baixo custo, utilidade e estabilidade), conforme demonstrado na TABELA 10 (n=52).

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO

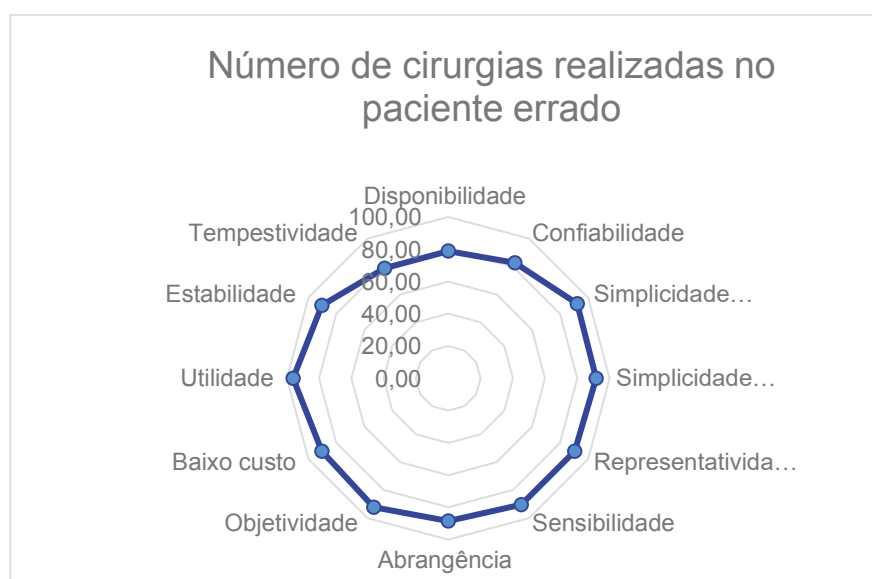
Cirurgia realizada no paciente errado	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	2	3,85	6	11,54	3	5,77	20	38,46	21	40,38	78,85	4	1,14
Confiabilidade	1	1,92	5	9,62	3	5,77	16	30,77	27	51,92	82,69	4,21	1,05
Simplicidade facilidade	1	1,92	2	3,85	1	1,92	9	17,31	39	75,00	92,31	4,6	0,87
Simplicidade entendimento	0	0,00	4	8,33	0	0,00	13	27,08	31	64,58	91,67	4,48	0,87
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	2	3,85	2	3,85	9	17,31	38	73,08	90,38	4,56	0,89
Sensibilidade	1	1,92	1	1,92	3	5,77	21	40,38	26	50,00	90,38	4,35	0,84
Abrangência	0	0,00	4	7,69	2	3,85	19	36,54	27	51,92	88,46	4,33	0,88
Objetividade	2	3,85	1	1,92	1	1,92	10	19,23	38	73,08	92,31	4,56	0,94
Baixo custo	0	0,00	2	3,85	3	5,77	11	21,15	36	69,23	90,38	4,56	0,77
Utilidade	0	0,00	1	1,92	1	1,92	14	26,92	36	69,23	96,15	4,63	0,63
Estabilidade	1	1,92	3	5,77	1	1,92	23	44,23	24	46,15	90,38	4,27	0,91
Tempestividade	1	1,92	7	13,46	3	5,77	16	30,77	25	48,08	78,85	4,1	1,12

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Nota: quatro participantes não emitiram opinião sobre o atributo simplicidade quanto à facilidade no cálculo.

Ressalta-se que o atributo utilidade do indicador apresentou a concordância mais elevada (96,15%), seguido pelo atributo simplicidade quanto à facilidade no cálculo e pelo atributo objetividade, ambos com concordância de 92,31%. A uniformidade na concordância relativa à nove dos onze atributos pode ser visualizada no GRÁFICO 2.

GRÁFICO 2 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO PACIENTE ERRADO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A concordância quanto aos atributos disponibilidade e tempestividade, pouco acima do mínimo estipulado de 70%, também pode estar relacionada à cultura de segurança, pouco fortalecida em grande parte dos hospitais brasileiros. A obtenção dos dados para este indicador depende de *sistemas robustos e consolidados de notificação voluntária de incidentes* (P09, P23, P36, P49), de *busca ativa* deste incidente (P52) e de *conscientização permanente das equipes* (P37).

Por sua vez, a obtenção de dados a tempo para a tomada de decisão está intimamente atrelada à *existência de sistema de informações* e à confiabilidade nos dados sobre *erro cirúrgico registrados em prontuário* (P21, P23, P37, P51); além disso, foi manifestada a preocupação com a correção tempestiva do incidente, assim, *a notificação também deveria ser imediata* (P17).

O Teste de Correlação de Spearman aponta correlação alta (0,73) entre os atributos estabilidade e sensibilidade.

O fato de não haver cálculos devido ao indicador ser baseado em números absolutos, torna-o simples para a rotina hospitalar, porém dificulta a comparação com outros hospitais.

Embora dois painelistas (P17, P47) tenham sugerido que fosse incluído *denominador baseado no número de cirurgias realizadas no mês*, compreende-se que a ocorrência é baixa; estimativas apontam de 1500 a 2500 incidentes por ano nos EUA (BRASIL, 2013c). Além disso, o resultado do cálculo teria muitas casas decimais, com desvalorização da magnitude do impacto de uma única cirurgia no paciente errado, tanto para o paciente como para a instituição hospitalar, que pode ter a confiança nos seus serviços abalada pelo público, devido a repercussões negativas pela mídia.

A concordância menos elevada ao atributo disponibilidade traduz a dificuldade na obtenção de grande parte dos dados administrativos necessários ao cálculo deste e demais indicadores assistenciais, de modo geral.

Atualmente no Brasil, a notificação voluntária de incidentes dentro dos hospitais é a grande fonte para conhecimento dos erros, falhas e omissões no cuidado. Todavia, as informações não raras vezes são incompletas, e as investigações não esclarecem quais incidentes eram evitáveis e as estratégias para intervenção mais eficazes.

Nesse sentido, a falta de apoio organizacional, alta carga de trabalho e estilo de liderança gerencial autocrática, são fatores desfavoráveis à análise que proporciona aprendizagem organizacional; diversamente, as interações participativas e liderança forte em segurança são fatores facilitadores (ANDERSON; KODATE, 2015).

Realizar o procedimento cirúrgico no paciente errado é um *never event*, isto é, nunca deveria ocorrer (ANVISA, 2015a), e no Brasil, desde 2013, há recomendação nacional para implementação do *checklist* da cirurgia segura pelos hospitais, uma ferramenta testada em vários países, baseada na comunicação e interação das equipes cirúrgicas, com resultados importantes na prevenção e redução da mortalidade e morbidade (DEL CORONA; PENICHE, 2015; AMAYA et al., 2015).

A lista de verificação foi recomendada inicialmente por Atul Gawande em 2009, sendo que pesquisas mais recentes comprovam sua eficácia, e demonstram que a instituição de um programa eficaz de *checklist* de cirurgia segura em larga escala requer monitoramentos e aprendizagem com as equipes.

Isto reforça a utilidade deste indicador (HAYNES; BERRY; GAWANDE, 2015; HAYNES et al., 2017).

4.2.1.3 Taxa de complicações anestésicas

As complicações anestésicas são causas consideráveis de mortes cirúrgicas no mundo, sendo que nos países em desenvolvimento podem ser até mil vezes mais altas que no mundo desenvolvido. A anestesia segura integra o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

No QUADRO 11 apresenta-se a ficha técnica do indicador taxa de complicações anestésicas e, no QUADRO 12, as sugestões e considerações sobre a mesma.

QUADRO 11 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS
(continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 03 TAXA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS
Definições ou conceitos	São consideradas complicações anestésicas os efeitos adversos anestésicos ou intoxicação anestésica (registrados nos diagnósticos secundários). ⁽¹⁾
Objetivo ou Uso	Identificar complicações por efeitos adversos de drogas administradas no próprio hospital, com finalidade terapêutica e superdosagem de drogas anestésicas. ⁽¹⁾
Método de cálculo	Numerador: Altas com diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID) de efeitos adversos anestésicos, ou intoxicação anestésica, registrados nos diagnósticos secundários. Denominador: Altas cirúrgicas de pacientes com 18 anos ou mais, ou internações obstétricas. ⁽¹⁾ Multiplicar o resultado por 1.000.
Tipo ou unidade de medida	Taxa

QUADRO 11 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS
(conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 03 TAXA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS
Método de apuração do indicador	<p>Coleta e origem dos dados: Fichas anestésicas e registros de notificações de incidentes e de dispensações de drogas anestésicas.</p> <p>Numerador: Número de registros referentes a diagnósticos secundários relacionados a efeitos adversos anestésicos e intoxicações anestésicas^(1,2), como os encontrados na CID 10.⁽³⁾</p> <p>Exemplos:</p> <p>Y48.0 Efeitos adversos de anestésicos por inalação</p> <p>Y48.1 Efeitos adversos de anestésicos por via parenteral</p> <p>Y48.2 Efeitos adversos de outros anestésicos gerais e os não especificados</p> <p>Y48.3 Efeitos adversos de anestésicos locais</p> <p>Y48.4 Efeitos adversos de anestésico, não especificado</p> <p>Y48.5 Efeitos adversos de gases terapêuticos</p> <p>T41.0 Intoxicação por anestésicos inalatórios</p> <p>T41.1 Intoxicação por anestésicos intravenosos</p> <p>T41.2 Intoxicação por outros anestésicos gerais e os não especificados</p> <p>T41.3 Intoxicação por anestésicos locais</p> <p>T41.4 Intoxicação por anestésico não especificado</p> <p>Denominador: Número de procedimentos anestésicos, realizados dentro ou fora do centro cirúrgico.</p> <p>Especificidade: Excluir do denominador as altas de pacientes cuja causa da admissão esteja relacionada a drogas e o código da CID⁽³⁾ devidamente registrado no prontuário:⁽¹⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. efeitos adversos anestésicos como diagnóstico principal, ou como diagnóstico secundário, se presente na admissão; 2. intoxicação anestésica como diagnóstico principal, ou como diagnóstico secundário se presente na admissão; 3. intoxicação anestésica como diagnóstico secundário, e qualquer código da CID de lesão auto infligida; 4. intoxicação anestésica como diagnóstico secundário, e qualquer código da CID de dependência de droga ativa; 5. intoxicação anestésica como diagnóstico secundário, e qualquer código da CID de abuso de drogas não dependente; 6. Casos de altas com sexo, idade, data ou diagnóstico principal ignorados.
Frequência	Mensal.
Referências	<ol style="list-style-type: none"> 1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente – Anestesia e Cirurgia. Rio de Janeiro, 2014 (c). Disponível em: http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-complicacao-c3a7c3b5es-relacionadas-c3a0-anestesia. Acesso em: 01 nov 2018. 2. MC DONALD, K.; ROMANO, P.; GEPPERT, J. et al. Measures of patient safety based on hospital administrative data-The Patient Safety Indicators. Technical Review 5 (prepared by the University of California San Francisco- Stanford. AHRQ Publication N° 02-0038. Rockville: AHRQ, 2002. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43854/. Acesso em: 31 out 2018. 3. CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2016. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm. Acesso em: 08 dez 2018.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 12 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>Manter coerência entre a definição do numerador e do denominador na ficha do indicador; utilizar a definição constante no item "Método de Apuração do Indicador" e não a constante no item "Método de Cálculo" (P17)*</i>	Acatada, alterada a redação do numerador.
Confiabilidade	<i>Eliminar o item 3 das exclusões no método de apuração (P17)** O uso do CID preocupa pois há grande fragilidade no seu preenchimento (P10)** Pode haver não inclusão do CID pelo anestesista (P32)** A exclusão do CID secundário nas altas para o denominador (P33)*</i>	Não acatada, acrescentado que a listagem de CID são "exemplos" para nortear a coleta de dados. Como a literatura recomenda o uso de CID secundário, este foi mantido no numerador. Acatada, excluído o CID do denominador.
Simplicidade	<i>Redação do indicador: Taxa de complicações anestésicas (P12)*</i>	Acatada, adequado o nome do indicador.
Representatividade	<i>O objetivo não abrange o evento relativo à CID Y65.3 Cânula endotraqueal mal posicionada durante procedimento anestésico (P16)*</i>	Acatada, excluído esse CID do campo "método de apuração do indicador".
Objetividade	<i>Sugiro trocar no objetivo a palavra "captar" por "identificar" (P42)*</i>	Acatada, alterado o verbo do objetivo.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

O atributo utilidade do indicador apresentou concordância mais elevada entre as respostas dos painelistas (88,46%), seguida pelos atributos objetividade (84,62%) e representatividade ou fidedignidade (82,69%) e o baixo custo (80,77%). Todavia os atributos disponibilidade, confiabilidade dos dados e a simplicidade quanto à facilidade nos cálculos não foram validados, visto que não alcançaram a concordância mínima estipulada de 70% (63,16%; 66,32% e 65,31%, respectivamente), em ambas as rodadas. Os percentuais de concordância são apresentados na TABELA 11.

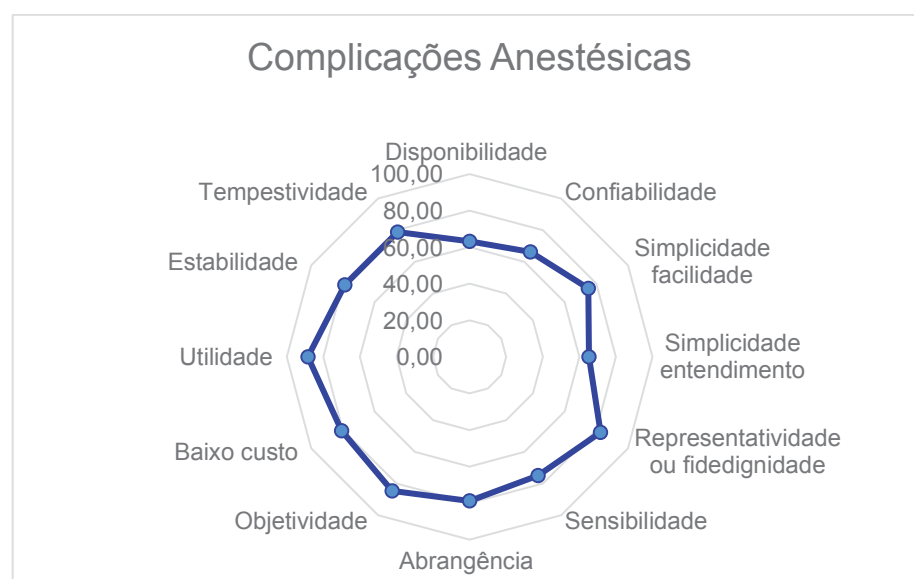
TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS

Complicações anestésicas	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	10	10,53	22	23,16	3	3,16	49	51,58	11	11,58	63,16	3,31	1,25
Confiabilidade	5	5,26	24	25,26	3	3,16	49	51,58	14	14,74	66,32	3,45	1,17
Simplicidade facilidade	2	3,85	5	9,62	6	11,54	18	34,62	21	40,38	75,00	3,98	1,13
Simplicidade entendimento	5	10,20	9	18,37	3	6,12	18	36,73	14	28,57	65,31	3,55	1,35
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	7	13,46	1	1,92	18	34,62	25	48,08	82,69	4,13	1,10
Sensibilidade	3	5,77	5	9,62	5	9,62	20	38,46	19	36,54	75,00	3,9	1,18
Abrangência	2	3,85	6	11,54	3	5,77	25	48,08	16	30,77	78,85	3,9	1,09
Objetividade	2	3,85	4	7,69	2	3,85	15	28,85	29	55,77	84,62	4,25	1,1
Baixo custo	2	3,85	4	7,69	4	7,69	17	32,69	25	48,08	80,77	4,13	1,10
Utilidade	2	3,85	2	3,85	2	3,85	13	25,00	33	63,46	88,46	4,4	1,01
Estabilidade	2	3,85	7	13,46	2	3,85	16	30,77	25	48,08	78,85	4,06	1,19
Tempestividade	1	1,92	5	9,62	5	9,62	19	36,54	22	42,31	78,85	4,08	1,04

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

O agrupamento de quatro atributos acima de 80% de concordância, quatro acima de 70% e três atributos não validados, podem ser visualizados no GRÁFICO 3.

GRÁFICO 3 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Estudo demonstra que na Holanda, onde são realizadas cerca de 1,2 milhão de cirurgias, 6% a 8% de todos os pacientes hospitalizados sofrem incidentes. Dois terços (65%) destes incidentes estão associados a cuidados peri-operatórios, com envolvimento direto do anestesiológico, 11% resultam em incapacidade permanente ou morte, enquanto 41% são considerados evitáveis. A incidência de morte relacionada à anestesia é estimada em 1,4 por 10.000 anestésias (EMOND et al., 2015).

Este estudo corrobora os achados desta pesquisa, quanto ao atributo utilidade ter obtido a concordância mais elevada, bem como o Teste de Spearman que também demonstra que há correlação alta entre os atributos utilidade e objetividade (0,74).

Da mesma forma, há alta correlação entre dois atributos não validados: a confiabilidade e a disponibilidade (0,75).

Nesse sentido, a alegação dos participantes é que ainda *há muita dificuldade no correto preenchimento do CID nos prontuários hospitalares, especialmente CID secundário* (P10, P11, P20, P25, P27, P32, P47, P51, P52); *os anestesiológicos pouco notificam incidentes anestésicos* (P16, P31, P35,

P44, P45), e os *registros das medicações utilizadas durante a anestesia são falhos* (P14, P16, P20, P28, P36, P47, P52).

A baixa adesão de médicos a sistemas de notificação de incidentes foi objeto de estudo em hospital italiano, cujo objetivo foi categorizar as atitudes dos profissionais e analisar as tendências em relação às notificações de incidentes, durante um período de seis anos. Houve evidências de que as taxas de notificação dos médicos aumentaram durante o período do estudo, com ceticismo inicial, e pouca adesão a relatos de *near misses*. A análise das atitudes demonstrou que os médicos tiveram dificuldade em aceitar o sistema de notificação como oportunidade para sua própria melhoria profissional. Por outro lado, os enfermeiros demonstraram forte compromisso desde a primeira fase da implantação do sistema, com envolvimento imediato e comportamento consistente durante os seis anos (TRICARICO et al., 2017).

Os registros de todas as medicações administradas durante o procedimento anestésico é responsabilidade do anesthesiologista, sendo também recomendados os registros da técnica anestésica, manuseio da via aérea, circuito anestésico, monitorização, acessos vasculares, fluidoterapia, perdas sanguíneas, posicionamento do paciente, tempo anestésico e cirúrgico, acidentes ou complicações, além de outras informações relevantes (MOURÃO et al., 2018).

A utilização de indicadores de segurança do paciente, especialmente aqueles relacionados à assistência médica, é um desafio global, que requer equipes preparadas para coleta adequada dos dados, bem como investimento na melhoria das fontes originais dos dados administrativos.

Em estudo realizado retrospectivamente com dados dos prontuários de pacientes hospitalizados no Irã, num período de seis meses, totalizando 25.164 altas, foi necessário o envolvimento de equipe experiente nas áreas de registro médico, gestão de saúde e tecnologia da informação em saúde, para revisão dos dados, e cálculo de alguns indicadores, sendo um deles a complicação da anestesia. Este indicador compreendia casos de superdosagem anestésica e mau posicionamento do tubo traqueal, a cada 1000 altas cirúrgicas, excluindo-se códigos relacionados a uso de drogas e danos auto-infligidos. Os autores concluíram que todos os indicadores tinham condição inadequada e estavam

distantes das taxas empíricas estimadas, portanto programas de melhoria e maior sensibilidade dos administradores hospitalares eram necessários (ASGARI et al., 2015).

Desta forma, para viabilidade deste indicador, os painelistas sugeriram algumas medidas para enfrentamento dos obstáculos citados, tais como: inclusão do setor de dispensação da farmácia como fonte para obtenção de dados, por meio dos *registros relativos à dispensação de droga anestésica* (P47); *rastreamento de incidente no prontuário por meio da ferramenta “trigger tools”* (P23); *mecanismo informatizado com campo obrigatório para registro dos diagnósticos* (P25) e *identificação de gatilhos* (P37); gerenciamento de risco bem estruturado com *profissionais capacitados para diferenciar reações adversas a medicamentos (RAM) de intoxicação* (P23); investimento em programas para *desenvolvimento da cultura da segurança*, envolvendo os anestesiólogos (P35); *utilização do checklist ou protocolo anestésico* (P14).

O *Global Trigger Tool* é um método desenvolvido pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, que consiste na revisão retrospectiva de registros de pacientes com base em “gatilhos”, isto é, sinais de possíveis incidentes que causaram danos ao paciente. Tem a finalidade de mensurar e monitorar a segurança de pacientes adultos internados; possui como vantagem a identificação mais precisa dos incidentes, em comparação com outros métodos disponíveis, tais como a notificação voluntária de incidentes críticos e os Indicadores de Segurança do Paciente, disponibilizados pela AHRQ (SCHWENDIMANN et al., 2018; UNBECK et al., 2013; DOUPI et al., 2015).

4.2.1.4 Número de incidentes relativos a material estranho deixado no corpo durante um procedimento

Este indicador é proposto por organismos internacionais como AHRQ, OECD e pelo Projeto SimPatIE, para monitoramento da segurança do paciente (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010). A contagem de instrumentais, compressas e agulhas pela enfermagem ou instrumentador, com a devida confirmação verbal, é recomendação do protocolo para cirurgia segura a ser aplicado a todas as organizações de saúde que realizam procedimentos diagnósticos ou

terapêuticos que impliquem incisão no corpo humano ou introdução de endoscópios (BRASIL, 2013c).

A retenção de materiais no corpo do paciente ao término de cirurgias ou procedimentos invasivos, pode ter como consequência infecção, reoperação, perfuração intestinal, fístula ou obstrução e até mesmo o óbito. Compressas e instrumentais são os materiais mais comumente retidos, localizados em qualquer cavidade do corpo, durante procedimentos que variam do mais simples ao mais complexo (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Apresentam-se a ficha técnica no QUADRO 13 e as sugestões dos painelistas visando melhorar os atributos do indicador, no QUADRO 14.

QUADRO 13 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 04 NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO.
Definição de termos/ Conceitos	Número de incidentes relacionados à retenção de um item cirúrgico ou fragmento de dispositivo no corpo (codificado como diagnóstico secundário) de pacientes cirúrgicos e clínicos, com 18 anos ou mais de idade, ou pacientes obstétricas. ⁽¹⁾
Objetivo ou Uso	Identificar incidentes relacionados a corpo estranho deixado no corpo do paciente durante um procedimento invasivo.

QUADRO 13 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO (continuação)

NOME DO INDICADOR	FT S 04 NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO.
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de incidentes cirúrgicos ou clínicos ocorridos durante a internação de pacientes com 18 anos ou mais, ou pacientes obstétricas, relacionados aos códigos da CID (Classificação Internacional de Doenças) vigente, de item cirúrgico ou fragmento de dispositivo retido, no diagnóstico secundário.⁽¹⁾</p> <p>Exemplos da CID 10:⁽²⁾ T81.5 - Corpo estranho deixado acidentalmente em cavidade corporal ou em ferida operatória subsequente a procedimento. T81.6 - Reação aguda à substância estranha deixada acidentalmente durante um procedimento. Y61.0 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante intervenção cirúrgica. Y61.1 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante infusão ou transfusão. Y61.2 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante hemodiálise ou outras perfusões. Y61.3 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante injeção ou vacinação (imunização). Y61.4 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante exame endoscópico. Y61.5 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante cateterismo cardíaco. Y61.6 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante aspiração, punção ou outro tipo de cateterização. Y61.7 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante a extração de um cateter ou de compressas. Y61.8 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante a prestação de outro cuidado cirúrgico e médico. Y61.9 - Objeto estranho deixado acidentalmente no corpo durante a prestação de cuidado cirúrgico e médico não especificados.</p> <p>Exclusões: 1. código da CID vigente de item cirúrgico ou fragmento de dispositivo retido no corpo do paciente no diagnóstico principal, ou no diagnóstico secundário já presente na admissão do paciente, não relacionado à internação anterior no mesmo hospital.⁽¹⁾</p>
Tipo ou unidade de medida	Número de Incidentes.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários (registros de cirurgias e <i>checklist</i> da cirurgia segura) registros de notificações de incidentes, relatórios de ouvidoria.

QUADRO 13 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 04 NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO.
Frequência	Mensal.
Referências	1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente – Anestesia e Cirurgia. Rio de Janeiro, 2014(e). Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1%20N%C3%BAmero%20de%20itens%20cir%C3%BArgicos%20ou%20fragmentos%20de%20dispositivos%20retidos%20no%20corpo%20do%20paciente_0.pdf . Acesso em: 01 nov 2018. 2. CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde . 2016. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm . Acesso em: 08 dez 2018.

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 14 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO, POR ATRIBUTO, AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade/ Confiabilidade	<i>Talvez tenha que incluir outra forma de coleta adicional à alta /CID (P11)**; em prontuário manual esta busca por CID se torna inviável (P32)**; dificuldades inerentes à codificação do diagnóstico pelo CID (P35)**</i>	Não acatadas, embora a utilização do CID seja precária no Brasil, há recomendações pela literatura nacional e internacional, quanto ao uso do CID no cálculo para este indicador.
	<i>Incluir registros de cirurgias e checklist da cirurgia segura (P06)*; sugiro busca ativa com pacientes/familiares (P52)*</i>	Acatadas, adicionadas às fontes para coleta dos dados.
Objetividade	<i>O objetivo não está claro e nem exato (P52)*; sugiro retirar a palavra "captar" do objetivo (P42)*; sugestão para o título: material estranho deixado no corpo do paciente (P52)*</i>	Acatadas, modificada a redação do nome do indicador, da definição de termos e do objetivo.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada, a concordância variou entre 75,00% e 94,23%, conforme pode ser visualizado na TABELA 12 e no GRÁFICO 4, e a correlação entre a maioria dos atributos situou-se na faixa moderada (entre 0,40 e 0,67).

Os atributos que obtiveram concordância mais elevada foram: objetividade, utilidade e representatividade (94,23% cada), seguidos pelo baixo custo na obtenção dos dados (92,31%) e pela simplicidade quanto à facilidade no cálculo, com percentuais semelhantes (92,16%).

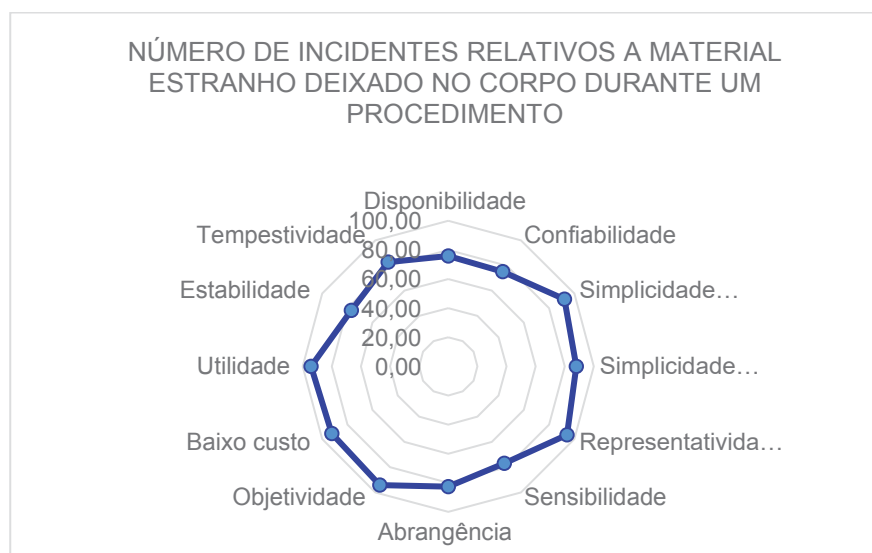
TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO

Material estranho deixado no corpo durante um procedimento	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	7	7,37	14	14,74	2	2,11	50	52,63	22	23,16	75,79	3,69	1,19
Confiabilidade	2	3,85	10	19,23	1	1,92	21	40,38	18	34,62	75,00	3,83	1,22
Simplicidade facilidade	0	0,00	3	5,88	1	1,96	8	15,69	39	76,47	92,16	4,63	0,80
Simplicidade entendimento	0	0,00	4	8,00	2	4,00	14	28,00	30	60,00	88,00	4,4	0,90
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	2	3,85	0	0,00	10	19,23	39	75,00	94,23	4,62	0,84
Sensibilidade	2	3,85	4	7,69	6	11,54	16	30,77	24	46,15	76,92	4,08	1,12
Abrangência	0	0,00	4	7,69	5	9,62	16	30,77	27	51,92	82,69	4,27	0,93
Objetividade	1	1,92	2	3,85	0	0,00	12	23,08	37	71,15	94,23	4,58	0,85
Baixo custo	0	0,00	1	1,92	3	5,77	16	30,77	32	61,54	92,31	4,52	0,7
Utilidade	0	0,00	3	5,77	0	0,00	11	21,15	38	73,08	94,23	4,62	0,77
Estabilidade	1	1,92	8	15,38	3	5,77	17	32,69	23	44,23	76,92	4,02	1,15
Tempestividade	1	1,92	6	11,54	2	3,85	22	42,31	21	40,38	82,69	4,08	1,04

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Os atributos que se situaram na faixa pouco acima do mínimo estipulado foram sensibilidade e estabilidade (76,92% cada), disponibilidade (75,79%) e confiabilidade nos dados (75,00%).

GRÁFICO 4 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES RELATIVOS A MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A disponibilidade do dado é um atributo diretamente relacionado à cultura da segurança, e a expectativa é que prevaleça na instituição um clima de confiança suficiente para que as notificações ocorram sem receio de punição. Assim como a obtenção do dado depende de sistemas de notificação de incidentes eficazes, os painelistas justificaram suas respostas baseados na realidade hospitalar, onde *vigora a subnotificação* (P01, P09, P21, P23, P36, P44, P51), as falhas e *omissões de registro de incidentes nos prontuários* (P10, P29, P48) e as *dificuldades no registro adequado do CID* (P11, P27, P32, P35).

Sistemas de notificação amadurecidos favorecem a aprendizagem com os erros, assim os indicadores gerados a respeito dos incidentes, e sua comparação ao longo do tempo, podem viabilizar a avaliação da curva de aprendizado do hospital e sua melhoria, ao invés de manter o foco em questões específicas de segurança (LEISTIKOW et al., 2017).

O atributo simplicidade do indicador obteve elevada concordância por não exigir cálculo. A decisão de não incluir denominador foi baseada na baixa incidência, corroborada pela literatura. A estimativa para material estranho retido no corpo é de 01 incidente para 10.000 procedimentos cirúrgicos, nos EUA. Esta proporção foi estimada tendo por base revisão sistemática envolvendo 132

estudos empíricos, com variação do tipo de material retido e por procedimento cirúrgico. As análises de causa raiz sugeriram a necessidade de melhora na comunicação, com recomendação do uso do Protocolo da Cirurgia Segura e educação das equipes (HEMPEL et al., 2015).

A contagem de instrumentais e compressas no início e no final das cirurgias, geralmente por duas pessoas, a circulante de sala e a instrumentadora, é uma prática em implantação em hospitais, como parte do Protocolo da Cirurgia Segura. Por ser método manual, esta conferência pode incorrer em erros por conta do fator humano, contudo a associação com a tecnologia como aquisição de compressas contendo código de barras ou etiqueta que possibilita a detecção por radiofrequência, pode aumentar a margem de segurança. Todavia, a análise do custo versus benefício deve ser avaliada (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Sugere-se a inclusão do denominador “número de cirurgias realizadas no período”, no momento em que a instituição considerar que a cultura da segurança está fortalecida institucionalmente, para fins de comparação com outros hospitais.

4.2.1.5 Taxa de deiscência de ferida pós-operatória em cirurgias abdominais e pélvicas

A deiscência é uma complicação grave na cicatrização da ferida operatória, e este indicador de segurança do paciente foi desenvolvido pela AHRQ para fornecer informações sobre complicações hospitalares e incidentes com danos após cirurgias e procedimentos (SHANMUGAM et al., 2015).

No QUADRO 15 apresenta-se a ficha técnica e no QUADRO 16 as principais sugestões efetuadas pelos painelistas.

QUADRO 15 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ABDOMINAIS E PÉLVICAS (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 05 TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ABDOMINAIS E PÉLVICAS.
Definição de termos/conceitos	<p>Percentual de deiscência de ferida pós-operatória em cirurgias abdominais e pélvicas.</p> <p>Deiscência de ferida pós-operatória: é a abertura total ou parcial dos planos do abdome durante o período pós-operatório. Na deiscência parcial há a ruptura de um plano de sutura superficial, o peritônio evita a saída das alças intestinais da cavidade abdominal, e é denominada eventração. Na forma mais grave, com exteriorização de vísceras, é denominada evisceração ou deiscência total.⁽¹⁾</p>
Objetivo ou Uso	<p>Medir a deiscência pós-operatória da ferida identificando com que frequência uma ferida cirúrgica na região abdominal ou pélvica não cicatriza após a cirurgia.⁽²⁾</p>
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de deiscências da ferida operatória em cirurgias abdominais e pélvicas (durante a internação, após alta cirúrgica e em reinternações) no mesmo hospital.⁽³⁾</p> <p>Obs: Considerar também os códigos da CID 10 correspondentes ao fechamento de ruptura de parede abdominal e demais feridas operatórias.</p> <p>Denominador: Número de cirurgias abdominais e pélvicas realizadas no mês/período.⁽³⁾</p> <p>Multiplicar o resultado por 100.</p>
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	<p>Coleta e origem dos dados: Busca em prontuários, fichas e registros de notificações de incidentes.</p> <p>Excluir do numerador e denominador os casos em que⁽³⁾:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o procedimento para o fechamento da ruptura pós-operatória da parede abdominal ocorre no mesmo dia do primeiro procedimento de cirurgia abdominopélvica; - a duração do internamento é inferior a 2 dias; - há imunocomprometimento do paciente; - os pacientes são gestantes ou puérperas.
Frequência	Mensal ou acúmulo de no mínimo 30 cirurgias no período considerado para o cálculo. ⁽⁴⁾

QUADRO 15 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ABDOMINAIS E PÉLVICAS (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 05 TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ABDOMINAIS E PÉLVICAS.
Referências	<p>1. MARQUES, G.S.; ALMEIDA, P.F.; FARIAS, L.R.C.; NASCIMENTO, D.C. Estudo preliminar sobre registros de deiscência de ferida operatória em um hospital universitário. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v.15, n. 4, p. 312-319, 2016. Disponível em: doi:10.12957/rhupe.2016.31605 . Acesso em: 31 out 2018.</p> <p>2. SHANMUGAM, V. K.; FERNANDEZ, S. J.; EVANS, K. K. et al. Postoperative wound dehiscence: predictors and associations. Wound Rep Reg, v. 23, p. 184–190, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25683272 Acesso em: 31 out 2018</p> <p>3. AHRQ QUALITY INDICATORS. Patient Safety Indicators 14, Technical Specifications, Postoperative Wound Dehiscence Rate. Version 5.0, March, 2015. Disponível em: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V50/TechSpecs/PSI_14_Postoperative_Wound_Deohiscence_Rate.pdf . Acesso em: 05 dez 2018.</p> <p>4. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Sítio cirúrgico. Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. 2009. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf . Acesso em: 05 dez 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 16 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ABDOMINAIS E PÉLVICAS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>Nos casos de exclusão esclarecer: procedimento para o fechamento da ruptura pós-operatória realizado ANTES do primeiro procedimento cirúrgico; até quanto tempo de vida uma criança deve ser considerada recém-nascida? (P17)*</i>	Acatada, excluídas as palavras “antes” e “recém-nascida”, por se tratar de indicador voltado para adultos.
	<i>No método de cálculo do indicador há menção a CID-9, acredito ser CID-10. (P36)*</i>	Acatada, na literatura americana consultada (AHRQ QUALITY INDICATORS, 2015) é mencionado o CID 9, porém como no Brasil se utiliza o CID 10, houve substituição.

QUADRO 16 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ABDOMINAIS E PÉLVICAS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade	<i>No método de cálculo utilize as mesmas informações finais para o numerador e denominador (P49)*</i>	Acatada, destacado que as exclusões se aplicam ao numerador e denominador.
Simplicidade	<i>A definição é do indicador e não da deiscência. Sugere-se retirar as informações sobre taxa de mortalidade e incidência (P12)*</i>	Acatada, alterada a redação do campo "definição de termos e conceitos". Excluída a informação sobre mortalidade.
Objetividade	<i>O objetivo não está redigido de forma clara, pois "falhas técnicas" é um termo muito abstrato, amplo de múltiplas interpretações (P52)* Não há clareza de como correlacionar a qualidade dos insumos com o evento adverso (P48)*</i>	Acatada, substituído o objetivo.
Sensibilidade	<i>Existem critérios de exclusão que precisam ser analisados.(P17)*</i>	Acatada, modificada a redação dos critérios de exclusão.
Tempestividade	<i>Considero mais coerente utilizar o acúmulo de 30 cirurgias (P08)* A frequência mensal ou a cada 30 cirurgias acho um fator de confusão (P31)**</i>	Acatada, esta periodicidade é recomendada pela ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009). Consta "ou" de modo que a organização pode escolher conforme sua conveniência.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados, sendo que a concordância mais elevada foi no atributo utilidade (88,46%), seguida por 84,62% nos atributos representatividade e objetividade. A simplicidade quanto à facilidade no cálculo e o baixo custo demonstrando uma relação favorável entre os custos de obtenção e os benefícios gerados, alcançaram concordância de 80,77% cada. Os percentuais de concordância por atributo são apresentados na TABELA 13 (n= 95).

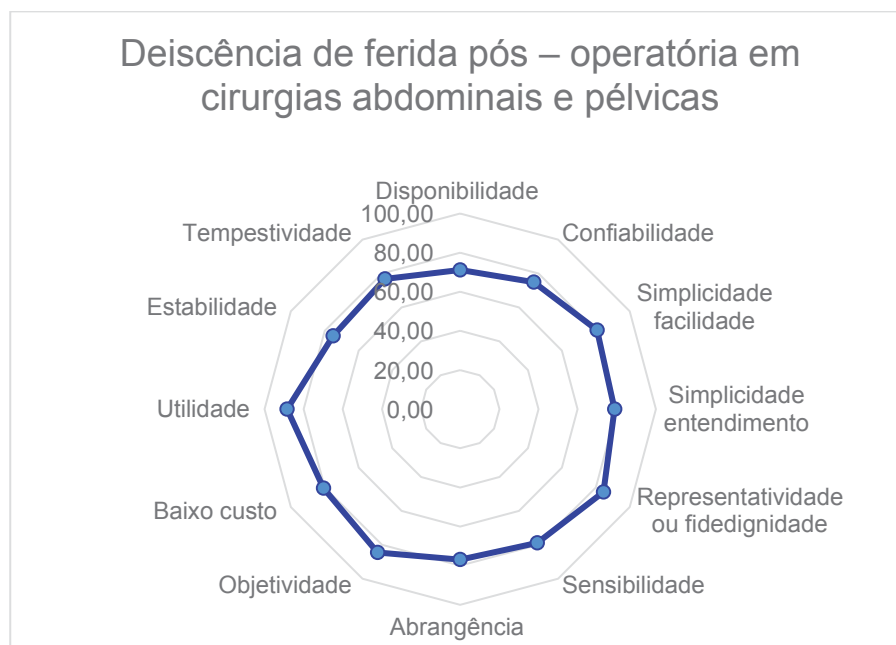
TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS OPERATÓRIA

Deiscência de ferida pós-operatória em cirurgias abdominais e pélvicas	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%		
Disponibilidade	3	5,77	9	17,31	3	5,77	22	42,31	15	28,85	71,15	3,71	1,23
Confiabilidade	2	3,85	8	15,38	3	5,77	25	48,08	14	26,92	75,00	3,79	1,13
Simplicidade facilidade	2	3,85	4	7,69	4	7,69	12	23,08	30	57,69	80,77	4,23	1,13
Simplicidade entendimento	2	3,85	5	9,62	4	7,69	16	30,77	25	48,08	78,85	4,1	1,14
Representatividade ou fidedignidade	2	3,85	3	5,77	3	5,77	9	17,31	35	67,31	84,62	4,38	1,09
Sensibilidade	2	3,85	2	3,85	7	13,46	19	36,54	22	42,31	78,85	4,1	1,03
Abrangência	3	5,77	3	5,77	6	11,54	17	32,69	23	44,23	76,92	4,04	1,15
Objetividade	4	7,69	2	3,85	2	3,85	16	30,77	28	53,85	84,62	4,19	1,19
Baixo custo	1	1,92	2	3,85	7	13,46	12	23,08	30	57,69	80,77	4,31	0,99
Utilidade	1	1,92	2	3,85	3	5,77	16	30,77	30	57,69	88,46	4,38	0,92
Estabilidade	2	3,85	5	9,62	6	11,54	20	38,46	19	36,54	75,00	3,94	1,11
Tempestividade	1	1,92	5	9,62	6	11,54	20	38,46	20	38,46	76,92	4,02	1,04

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

O atributo que obteve a concordância mais baixa foi a disponibilidade dos dados (71,15%). A uniformidade dos níveis de concordância entre os atributos pode ser visualizada no GRÁFICO 5.

GRÁFICO 5 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Um painalista questionou a razão da *inclusão nesse indicador somente de cirurgias abdominais e pélvicas* (P48). Justifica-se que estudo estima que nas cirurgias abdominopélvicas a incidência de deiscência da ferida varia entre 0,5% a 5%, levando a mortalidade de até 40% (SHANMUGAM et al., 2015).

Outra estimativa de estudo realizado nos Estados Unidos aponta que a incidência da deiscência das cirurgias abdominais e pélvicas em pacientes adultos é de 0,3 a 3,5%; entre idosos é de 10%, com prolongamento do tempo de internação (9,5 dias de pós-operatório) e motivo de reinternações (KENIG et al., 2014).

A utilidade foi o atributo mais reconhecido, dado que a deiscência da ferida operatória mobiliza a equipe de saúde, demanda cuidados específicos, aumenta os gastos com a hospitalização, pode provocar comorbidades e problemas psicossociais e incapacitantes (MARQUES et al., 2016).

Por essa razão, a taxa de deiscência da ferida pós-operatória tem sido adotada como uma medida de desfecho de segurança substituta (SHANMUGAM et al., 2015). Em cerca de 20 a 45% dos casos, a evisceração torna-se um fator

de risco significativo, associado à morte durante o período peri-operatório (KENIG et al., 2014).

O baixo custo na obtenção dos dados para o indicador contrasta com o alto impacto no paciente relacionado à dor, odor, exsudato da lesão, interferência no sono, trabalho e lazer.

A disponibilidade alcançou nível de concordância pouco acima do limite, em função da *utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID)* para obtenção do dado (P06, P31), os painelistas relataram *dificuldades em relação ao registro deste código em prontuário*.

Outro fator que afeta a disponibilidade do dado refere-se ao comportamento dos profissionais, *registrando as deiscências no prontuário e aderindo à notificação* deste incidente (P06, P08, P09, P10, P14, P16, P21, P23, P25, P35, P36, P44).

Embora existam barreiras para o registro adequado nos hospitais brasileiros, bem como em algumas instituições européias, as quais também não trabalham rotineiramente com essa classificação internacional (KRISTENSEN; MAINZ; BARTELS, 2007), o emprego de indicadores permite comparações entre hospitais, assim, a utilização do CID favorece o benchmarking nos mesmos parâmetros.

Em relação ao método de apuração, painelistas revelaram preocupação quanto à confiabilidade na coleta do dado para o cálculo do indicador no tocante ao *preparo técnico dos coletadores* (P08, P10, P21, P23), e à necessidade de *homogeneização do próprio método* (P36). De fato, a disponibilidade do dado e a confiabilidade do indicador tiveram alta correlação (0,79).

A abrangência do indicador é afetada pela complexidade do processo de deiscência, influência de fatores de natureza geral, local e do pré, intra e/ou pós-operatório, acentuada por fatores como idade avançada, nutrição inadequada e doença pulmonar ou cardiovascular (MARQUES et al., 2016).

Quanto à estabilidade, comparações podem ser prejudicadas por procedimentos cirúrgicos de curta permanência em que há menor tempo de observação e subnotificação de infecção.

Considera-se que o indicador é útil, todavia está sujeito à interferência de múltiplos fatores, inclusive condições do próprio paciente; assim sua utilização deve considerar a relação custo/benefício.

4.2.1.6 Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória

O tromboembolismo venoso (TEV), que inclui trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP), é uma complicação comum no pós-operatório que continua sendo uma causa potencialmente evitável de morbidade e mortalidade pós-operatória (BILIMORIA et al., 2013).

A AHRQ desenvolveu uma medida de taxa de TEV no pós-operatório ajustada ao risco, endossada pelo National Quality Forum em 2008 (BILIMORIA et al., 2013). Apresentam-se a seguir a ficha técnica no QUADRO 17, e as principais sugestões dos painelistas no QUADRO 18.

QUADRO 17 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA) (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 06 TAXA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA).
Definição de termos/conceitos	A taxa de tromboembolismo venoso (TEV) é composta pelos indicadores taxa de trombose venosa profunda (TVP) e taxa de embolia pulmonar (TEP) pós-operatórias, em pacientes com 18 anos ou mais. (1,2)
Objetivo ou Uso	a. Identificar embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória. b. Identificar falhas ou ausência de adesão aos protocolos de prevenção de TEV.

QUADRO 17 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA) (continuação)

NOME DO INDICADOR	FT S 06 TAXA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA).
Método de cálculo	<p>Taxa de TVP: Numerador: Altas de pacientes com 18 anos ou mais, com código da Classificação Internacional de Doenças (CID) no diagnóstico secundário, de trombose venosa profunda, considerando os critérios de exclusão. Denominador: Altas cirúrgicas pacientes com 18 anos ou mais, submetido a cirurgia, considerando os critérios de exclusão.</p> <p>Taxa de TEP: Numerador: Altas de pacientes com 18 anos ou mais, com código da Classificação Internacional de Doenças (CID) no diagnóstico secundário, de embolismo pulmonar, considerando os critérios de exclusão. Denominador: Altas cirúrgicas de pacientes com 18 anos ou mais, submetidos à cirurgia, considerando os critérios de exclusão.</p> <p>Taxa de TEV: Taxa de TVP + Taxa de TEP/2. Multiplicar o resultado por 100.</p> <p>Códigos da CID-10:^(3,4) I26.0 – Embolia pulmonar com menção de cor pulmonale agudo I26.9 – Embolia pulmonar sem menção de cor pulmonale agudo I80.1 – Flebite e tromboflebite da veia femural I80.2 – Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores I80.3 – Flebite e tromboflebite dos membros inferiores, não especificada I80.8 – Flebite e tromboflebite de outras localizações I80.9 – Flebite e tromboflebite de localização não especificada I82.8 – Embolia e trombose de outras veias especificadas I82.9 – Embolia e trombose venosas de veia não especificada</p> <p>Critérios de exclusão ^(1,3) 1. Internações com diagnóstico principal de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, ou como diagnóstico secundário se presente no momento da admissão. 2. Internações nas quais um procedimento para interrupção da veia cava é o único procedimento na sala de cirurgia. 3. Internações nas quais um procedimento para interrupção da veia cava ocorre antes ou no mesmo dia do primeiro/principal procedimento em sala de cirurgia (observação: se o dia do procedimento não estiver disponível, a taxa pode ser ligeiramente mais baixa do que nos casos em que a informação esteja disponível). 4. Internações relacionadas à gestação, parto e puerpério. 5. Internações com data ou diagnóstico principal desconhecido.</p>
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas e registros de notificações de incidentes.
Frequência	Mensal.

QUADRO 17 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA) (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 06 TAXA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA).
Ajuste de risco	O risco de TVP/TEP varia amplamente segundo o tipo de procedimento realizado. ⁽³⁾ Há possibilidade de falsos positivos atribuídos a trombozes crônicas presentes no momento da internação, trombozes de membros superiores ou trombozes superficiais de membros inferiores que não precisavam de anticoagulação. O ajuste de risco deve considerar comorbidades e a estratificação por tipo de procedimento, a idade e o sexo.
Referências	1. PROQUALIS. ICT FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente . Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda perioperatória. Rio de Janeiro, 2014(f). Disponível em: http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-embolia-pulmonar-ou-trombose-venosa-profunda-perioperat%C3%B3ria#overlay-context= . Acesso em: 01 nov 2018. 2. BILIMORIA, K. Y.; CHUNG, J.; JU, M. H. et al. Evaluation of surveillance bias and the validity of the venous thromboembolism quality measure. JAMA , v. 310, n.14, p.1482-1489, 2013. Disponível em: doi:10.1001/jama.2013.280048 . Acesso em: 08 dez 2018. 3. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ Quality Indicators . Patient Safety Indicators: Technical Specifications. March 2003 [Internet]. Version 3.2 (March 10, 2008). Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v32/psi_t_echnical_specs_v32.pdf . Acesso em: 13 dez 2018. 4. CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde . 2016. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm . Acesso em: 08 dez 2018.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 18 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA), POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	<i>Rever definição: perioperatório é diferente de pós-operatório. Para fins de notificação no NOTIVISA, considera-se pós-operatório (P48)* Sugiro apurar apenas TVP (foco principal) ou dividir este indicador em dois, pois são duas informações diferentes (P49)*</i>	Substituído por “pós-operatório”. Passou a ser indicador composto, contudo manteve-se o monitoramento de ambos (PROQUALIS, 2014f).

QUADRO 18 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA), POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Representatividade	<i>Sugere-se a inclusão dos pacientes com sexo ou idade ignorados. Não parece haver razão para os excluir (P17)* O ajuste de risco deve ser mais específico para maior representatividade (P48)*</i>	Retirados sexo e idade dos critérios de exclusão, e detalhado o ajuste de risco incluindo mais fatores a serem considerados.
Sensibilidade	<i>Falta clareza nesta descrição (P52)* Rever termo da definição (P48)*</i>	Modificadas a redação do nome e definição do indicador.
Objetividade	<i>O objetivo se refere a dois objetivos bem diferentes. Sugiro que o redija na forma "mais geral" (P52)*</i>	Como o campo refere-se ao objetivo e uso, os itens foram separados.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados, os níveis de concordância variaram entre 92,31% e 75,00%, conforme pode ser visualizado na TABELA 14.

A objetividade obteve a concordância mais elevada (92,31%), seguida pelo atributo representatividade (90,38%). A utilidade do indicador foi consenso entre 88,46% dos painelistas, sendo que a simplicidade quanto à facilidade no cálculo e na compreensão dos resultados obtiveram resultados semelhantes (86,54% e 86,27%, respectivamente).

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA (n=52) (continua)

Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	2	3,85	9	17,31	2	3,85	26	50,00	13	25,00	75,00	3,75	1,13
Confiabilidade	1	1,92	8	15,38	2	3,85	23	44,23	18	34,62	78,85	3,94	1,09
Simplicidade facilidade	2	3,85	3	5,77	2	3,85	15	28,85	30	57,69	86,54	4,31	1,06
Simplicidade entendimento	2	3,92	2	3,92	3	5,88	19	37,25	25	49,02	86,27	4,24	1,012

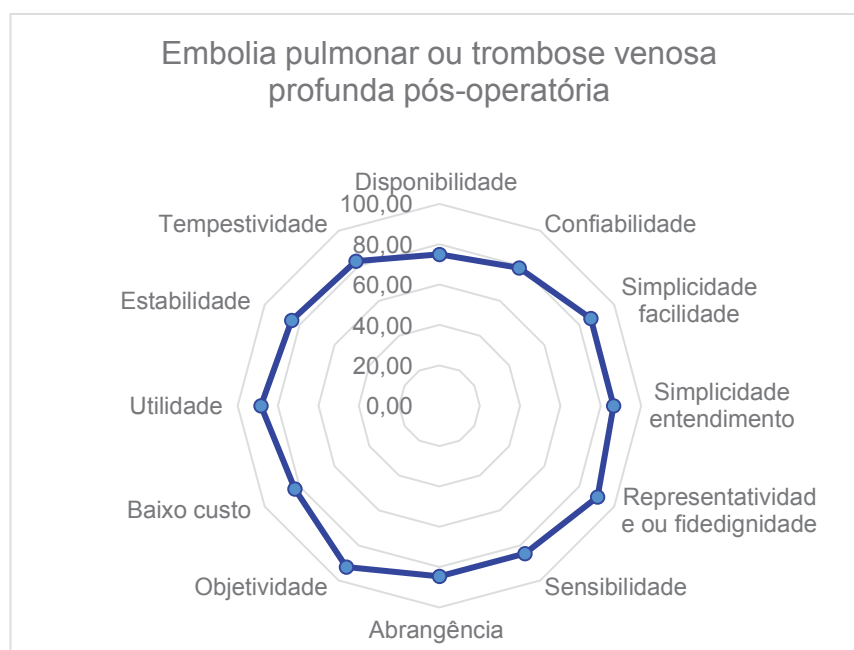
TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA (n=52) (conclusão)

Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	2	3,85	2	3,85	14	26,92	33	63,46	90,38	4,46	0,90
Sensibilidade	1	1,92	3	5,77	4	7,69	23	44,23	21	40,38	84,62	4,15	0,94
Abrangência	1	1,92	4	7,69	3	5,77	17	32,69	27	51,92	84,62	4,25	1,01
Objetividade	2	3,85	1	1,92	1	1,92	13	25,00	35	67,31	92,31	4,5	0,94
Baixo custo	0	0,00	3	5,77	6	11,54	13	25,00	30	57,69	82,69	4,35	0,90
Utilidade	1	1,92	3	5,77	2	3,85	13	25,00	33	63,46	88,46	4,42	0,96
Estabilidade	1	1,92	2	3,85	5	9,62	19	36,54	25	48,08	84,62	4,25	0,93
Tempestividade	0	0,00	3	5,77	6	11,54	17	32,69	26	50,00	82,69	4,27	0,89

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Os atributos com menor concordância entre as opiniões dos painelistas foram a confiabilidade nas fontes dos dados (78,85%) e a disponibilidade dos dados (75,00%), conforme demonstra-se no GRÁFICO 6.

GRÁFICO 6 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A concordância mais elevada ao atributo objetividade justifica-se pelo fato de a embolia pulmonar ser uma complicação pós-operatória alarmante, mas que possibilita uma busca clara e objetiva dos dados para a apuração do indicador. O Teste de Spearman também assinala que há alta correlação entre os atributos objetividade e representatividade (0,74).

A obtenção de elevada concordância no atributo utilidade pode estar correlacionada à alta mortalidade: a embolia pulmonar é a terceira causa de óbito nos Estados Unidos, cuja incidência é de um para cada mil pacientes internados, sendo responsável por 50.000 a cada 100.000 mortes. Nas cirurgias ortopédicas, 20% dos pacientes desenvolvem embolia pulmonar, com risco aumentado de 45% a 70% para o desenvolvimento de trombose venosa profunda no período de cinco a sete dias após a cirurgia (CARVALHO; CRUZ, 2016).

Estudo realizado em hospital português evidenciou que o risco de tromboembolismo venoso (TEV) sintomático pós-operatório foi de 1,33 para 1000 pacientes cirúrgicos. A neurocirurgia foi a especialidade que apresentou maior risco, e a taxa de mortalidade foi de 21,1% (AMARAL et al., 2017).

No Brasil, estudo revelou que a incidência é de 0,6 casos a cada 1.000 habitantes por ano, e tendo por base 998 autópsias realizadas na Escola de Medicina de Botucatu, foram encontrados 19,1% de casos de embolia pulmonar, sendo a embolia a causa direta de óbito de 3,7% dos casos (DA SILVA; GUSMÃO; AZEVEDO, 2014).

A elevada concordância quanto à abrangência, sensibilidade e estabilidade deste indicador é corroborada pelo fato de ser recomendado por diversos órgãos americanos voltados à qualidade e segurança, tais como a AHRQ e Forum Nacional de Qualidade, inclusive com a incorporação do indicador taxa de TEV pós-operatório em programas de melhoria da qualidade e relatórios públicos (BILIMORIA et al., 2013).

A baixa concordância entre as opiniões dos painelistas aos atributos disponibilidade e confiabilidade dos dados está relacionada à dependência do *registro em prontuário pelos médicos, do CID secundário*, o qual, na realidade brasileira, é *inexistente ou inadequado* (P11, P25, P27, P36, P44, P49). A correlação entre esses mesmos atributos (disponibilidade e confiabilidade), também foi alta (0,78).

Adicionalmente, a mensuração da taxa de TEV pode ser falha por conta do viés da vigilância desta complicação, assim, hospitais que utilizam estudos de imagem para TEV podem identificar mais incidentes, e paradoxalmente, revelar pior desempenho neste desfecho (BILIMORIA et al., 2013). Assim, explica-se a alta correlação entre os atributos baixo custo e confiabilidade (0,73).

No Brasil, para prevenção da embolia pulmonar e do TEV, estão disponíveis protocolos de profilaxia, consensados por várias sociedades de especialidades médicas (ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA et al., 2009), bem como cuidados de enfermagem como a manutenção dos membros elevados a 45 graus, aplicação de terapia compressiva, exercícios para ativação da bomba muscular da panturrilha, estímulo à movimentação ativa e passiva no leito, identificação de sangramentos ou trombocitopenia e verificação dos sinais vitais de hora em hora (CARVALHO; CRUZ, 2016).

A gestão sistemática destes protocolos requer estratégias institucionais de modo a acompanhar cada possível caso, adotando-se medidas preventivas ou de detecção precoce. Desta forma, o Teste de Spearman sinaliza a alta correlação (0,75) entre a abrangência (alcance da aplicação dos protocolos aos pacientes com risco de embolia ou TEV) e a estabilidade (mantendo continuidade no monitoramento).

4.2.1.7 Taxa de erro de medicação

Os incidentes com danos relacionados a medicamentos são os que ocorrem com maior frequência em pacientes hospitalizados, e cerca de 25% desses, são evitáveis. A despeito da cadeia terapêutica medicamentosa ser extensa, a gestão desse indicador está intimamente relacionada à enfermagem, posto que a maior parte dos erros de medicação ocorrem na fase de administração, cuja atribuição é quase exclusiva desta categoria profissional (ARMSTRONG; DIETRICH; BARNSTEINER; MION, 2017).

Assim, apresentam-se a ficha técnica do indicador no QUADRO 19 e as sugestões dos painelistas no QUADRO 20.

QUADRO 19 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 07 TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO.
Definição de termos/conceitos	<p>Erros de medicação são falhas terapêuticas resultantes de reações adversas a medicamentos, suspensões ou erros de administração, ocasionando ou não dano ao paciente.⁽¹⁾</p> <p>Indicador de erro de medicação composto por 3 indicadores (taxa de erro de prescrição, taxa de erro de dispensação e taxa de erro de administração).</p> <p>1. Erro de prescrição: Erro que ocorre durante a prescrição de um medicamento, ocasionado por falhas de redação ou da decisão terapêutica.⁽²⁾</p> <p>2. Erro de dispensação: Desvio na interpretação da prescrição por membros da equipe da farmácia quando da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial.⁽²⁾</p> <p>3. Erro de administração: Desvio no preparo e administração de medicamentos de acordo com a prescrição médica, não observância das recomendações ou guias do hospital ou instruções técnicas do fabricante.^(2, 3a)</p> <p>Erro de medicação: É qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando este se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar dano ao paciente. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.^(2, 3a)</p> <p>Número de medicamentos prescritos com erro: São os medicamentos prescritos com omissão de dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão, e abreviaturas contra-indicadas.^(2,3a)</p> <p>Número total de medicamentos prescritos: São todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo.^(2,3a)</p>
Objetivo ou Uso	Identificar erros de medicação nas várias etapas da cadeia terapêutica.
Método de cálculo	<p>1) Taxa de erro de prescrição (EP):^(3b) Numerador: Número de medicamentos prescritos com erro; Denominador: número total de medicamentos prescritos. Multiplica-se o resultado por 100.</p> <p>2) Taxa de erro de dispensação (ED):^(3b) Numerador: Número de medicamentos dispensados com erro; Denominador: Número total de medicamentos dispensados. Multiplica-se o resultado por 100.</p> <p>3) Taxa de erro de administração (EA):^(3b) Numerador: Número de medicamentos preparados ou administrados com erro; Denominador: número total de medicamentos administrados. Multiplica-se o resultado por 100.</p> <p>4. Taxa de erro de medicação: Somatória do resultado da taxa de EP, taxa de ED e taxa de EA, dividido por 3.</p>

QUADRO 19 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 07 TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, relatórios de notificações de incidentes, produção de enfermagem, e intervenções clínicas da farmácia.
Frequência	Mensal.
Referências	<p>1. ARMSTRONG, G. E; DIETRICH, M.; NORMAN, L.; BARNSTEINER, J.; MION, L. Nurses' perceived skills and attitudes about updated safety concepts: impact on medication administration errors and practices. J Nurs Care Qual [Internet]. V.32, n. 3, p. 226–233, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27607849. Acesso em: 09 out 2018.</p> <p>2. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente. Taxa de erros na prescrição de medicamentos, Rio de Janeiro, 2014(g). Disponível em: http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-erros-na-prescri%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos. Acesso em: 01 nov 2018.</p> <p>3. ISMP. Programa nacional de segurança do paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos –Parte I. v.5, n.1, 2016(a). Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/06/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-I.pdf . Acesso em: 08 dez 2018.</p> <p>3. ISMP. Programa nacional de segurança do paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos – Parte II. v. 5, n.2, 2016(b). Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/07/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-II.pdf . Acesso em: 08 out 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 20 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade/ Representatividade	<p><i>No método de cálculo não informa como, pois está descrito para 3 indicadores (P12)*</i></p> <p><i>O título de erro de medicação é muito abrangente, na minha opinião deveria ser estratificado (P44)*</i></p> <p><i>Numerador: Número de medicamentos preparados ou administrados com erro (exclui os erros por omissão, altamente frequentes) (P16)**</i></p> <p><i>Sugiro a separação dos tipos de erros de medicação, uma ficha para cada tipo de erro (P40)*</i></p> <p><i>Necessita ser trabalhado de forma estratificada para melhor compreensão dos fatores que influenciam cada processo (P44)*</i></p> <p><i>Incluir o cálculo para o indicador composto final (P33)*</i></p>	<p>Acatadas a maioria, formatado como indicador composto; incluído o método de cálculo para cada tipo de erro e para o indicador global de erro de medicação.</p> <p>Quanto ao erro de omissão, não foi acatada, pois considera-se que a omissão está inclusa no erro de administração.</p>
Abrangência	<p><i>Cada um dos três estratos do indicador abrange apenas uma parte do processo. Sugere-se a simplificação do indicador para "Erro de administração" com a fórmula [Número total de medicamentos administrados com erro/Número total de medicamentos prescritos]. Essa fórmula abrangeria os três processos. (P17)**</i></p>	<p>Não acatada, a cadeia terapêutica medicamentosa mescla vários processos, e os indicadores recomendados pela literatura mensuram os mais críticos, que poderiam causar danos aos pacientes (IMSP, 2016 a; b).</p>

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Para o indicador erro de medicação, entre os onze atributos, destaca-se que dez deles alcançaram percentuais de concordância entre os painelistas de 76,92% a 90,40%. Os atributos que obtiveram concordância mais elevada foram: objetividade (90,40%), utilidade (88,46%) e a representatividade (86,55%), apontando que este indicador corresponde ao seu objetivo e subsidia a tomada de decisão com coerência ao que se deve medir.

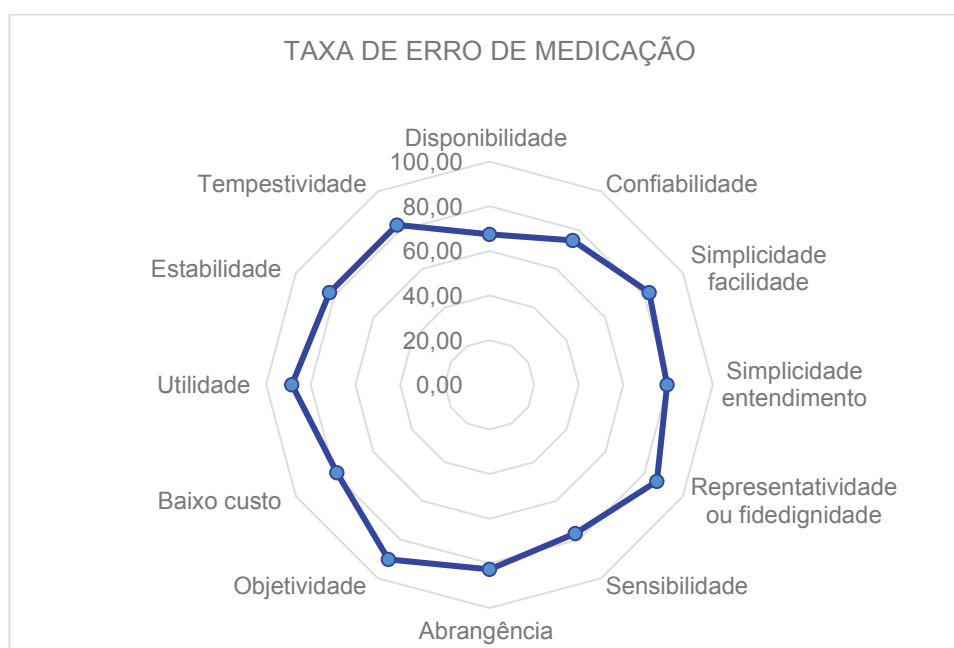
O atributo disponibilidade não foi validado nas duas rodadas, a concordância total alcançou 67,37% e a discordância total foi de 26,32% (n= 95), conforme demonstrado na TABELA 15 e no GRÁFICO 7.

TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO

Taxa de erro de medicação	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	10	10,53	15	15,79	6	6,32	50	52,63	14	14,74	67,37	3,45	1,23
Confiabilidade	3	3,16	15	15,79	6	6,32	58	61,05	13	13,68	74,74	3,66	1,01
Simplicidade facilidade	0	0,00	5	9,62	4	7,69	16	30,77	27	51,92	82,69	4,25	0,97
Simplicidade entendimento	0	0,00	7	14,29	3	6,12	18	36,73	21	42,86	79,59	4,08	1,04
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	4	7,69	2	3,85	20	38,46	25	48,08	86,54	4,23	0,98
Sensibilidade	3	5,77	5	9,62	4	7,69	24	46,15	16	30,77	76,92	3,857	1,14
Abrangência	1	1,92	5	9,62	3	5,77	19	36,54	24	46,15	82,69	4,15	1,04
Objetividade	1	1,92	2	3,85	2	3,85	22	42,31	25	48,08	90,38	4,31	0,87
Baixo custo	3	5,77	4	7,69	4	7,69	16	30,77	25	48,08	78,85	4,08	1,19
Utilidade	3	5,77	2	3,85	1	1,92	11	21,15	35	67,31	88,46	4,4	1,11
Estabilidade	3	5,77	2	3,85	4	7,69	23	44,23	20	38,46	82,69	4,06	1,07
Tempestividade	1	1,92	4	7,69	4	7,69	22	42,31	21	40,38	82,69	4,12	0,98

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 7 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A correlação entre os atributos confiabilidade e disponibilidade foi alta (0,76), embora tais atributos apresentaram as concordâncias menos elevadas (74,74% e 67,37%, respectivamente) entre os painelistas. Tais resultados estão relacionados à *falta de registros em prontuários* (P14, P24, P27, P36) e *subnotificações*, especialmente de *near misses* e incidentes sem danos (P10, P35, P45).

Nesta pesquisa, o indicador erro de medicação foi apresentado como composto por 3 indicadores: erro de prescrição, erro de dispensação e erro de administração. As sugestões dos painelistas para aumentar a confiabilidade deste indicador estão relacionadas à melhoria nos *registros em prontuários e relatórios de produção da farmácia* (P45); à definição de *critérios para a coleta de dados nos relatórios de produção da farmácia* (P40); *informatização do prontuário*, da logística de gestão dos medicamentos e da administração do mesmo (P08, P37, P48, P51), e no estímulo para *aumentar a notificação de incidentes* (P10, P16, P27, P35).

Foram citados alguns fatores que podem interferir na ocorrência de erros de medicação, mas também na ausência ou pouca notificação, tais como a *cultura da segurança e a carga de trabalho* (P10, P35, P37). A baixa concordância acerca da confiabilidade também está relacionada ao fato de que *este tipo de erro, quando não ocasiona dano, é de difícil detecção* (P16, P17, P32, P36) assim, a autonotificação adquire um papel relevante.

Quanto às sugestões para melhoria da apuração do indicador, destacam-se a possível *participação do paciente* (P08), uma vez que notificações podem ser originadas pela comunicação de erros detectados por ele ou seus familiares à equipe de saúde, e a *inclusão de dados relativos à análise técnica farmacêutica da prescrição* (P26, P33), em instituições que realizam a intervenção farmacêutica clínica como rotina.

Enfatiza-se que erros de medicação são os incidentes hospitalares mais frequentes, resultam em aumento do tempo de permanência, dos custos hospitalares, e do risco de morte dos pacientes (ARMSTRONG, DIETRICH, BARNSTEINER, MION, 2017), porém a baixa notificação e a ausência de registros em prontuário de incidentes relacionado às etapas de dispensação,

prescrição e administração ainda são comuns (BORGES et al., 2016; YAMAMOTO, PETERLINI, BOHOMOL, 2011).

Nesse sentido, uma das principais recomendações do relatório do IOM, *To Err is Human*, publicado há 18 anos, era a maior atenção ao relato de incidentes na área da saúde, de modo análogo à aviação e em outras indústrias de alto risco (MITCHELL et al., 2016).

Não obstante esta prática ser recente no Brasil, já é amadurecida em outros países contudo, os relatórios advindos das notificações não atingiram seu potencial. Estudo envolvendo 11 especialistas internacionais em segurança do paciente revelou que nos seus países de origem ainda ocorre o processamento inadequado de relatórios de incidentes (triagem, análise, recomendações), envolvimento inadequado de médicos, ações subseqüentes com visibilidade insuficientes, financiamento e suporte institucional inadequado aos sistemas de notificação de incidentes, bem como o uso inapropriado da evolução da tecnologia de informação em saúde. O futuro dos sistemas de notificação de incidentes hospitalares está no direcionamento, na triagem eficaz e na análise robusta dos relatórios de incidentes, assim como no engajamento significativo dos médicos (MITCHELL et al., 2016).

Em relação aos enfermeiros, os óbices ao relato sobre erros de medicação e quase incidentes em ambientes hospitalares, foram explorados em revisão sistemática abrangendo o período de 1981 a 2015. Identificou-se que as causas de baixa notificação estão associadas às barreiras organizacionais como a cultura, o próprio sistema de notificação não amigável, o comportamento gerencial e fatores emocionais como o medo das consequências e o peso da responsabilidade (VRBNJAK et al., 2016).

Como contribuintes à segurança dos pacientes, os enfermeiros necessitam educação e qualificação no gerenciamento de erros. Por outro lado, a organização possui a responsabilidade de desenvolver uma cultura de aprendizagem com os erros, sem culpabilizar e punir, bem como sistemas de notificação anônimos, eficazes, descomplicados e eficientes, além de apoio pelos gestores, com fornecimento de *feedback* aberto aos enfermeiros (VRBNJAK et al., 2016).

Na mesma perspectiva, métodos automatizados para identificar incidentes mediante registros eletrônicos potencializam a superação de vários problemas metodológicos e vieses relacionados aos estudos retrospectivos em prontuários, de tal sorte que a obtenção de dados mais precisos favoreça o emprego de indicadores para mensurar a incidência das falhas, erros e omissões relacionadas aos medicamentos (SCHWENDIMANN et al., 2018).

4.2.1.8 Taxa de fratura de quadril por quedas em pacientes internados

Este indicador é considerado sensível para a qualidade da enfermagem de cuidados agudos, pela *American Nurses Association (ANA)* e pela *California Nursing Outcomes Coalition (CALNOC)*. Foi estabelecida correlação entre a ocorrência de quedas e as horas de enfermagem e habilidades da equipe (BURNSNTON; CHABOYER; GILLESPIE, 2013; MONTALVO, 2007).

Fraturas de quadril entre pacientes hospitalizados correspondem a cerca de 7% do total de fraturas de quadril da população. Metade desses pacientes tiveram uma história prévia de quedas e 75% sofreram fraturas nas unidades de tratamento agudo (FOSS; KEHLET, 2005).

Apresentam-se a ficha técnica do indicador no QUADRO 21 e as sugestões dos painelistas no QUADRO 22.

QUADRO 21 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL POR QUEDAS, EM PACIENTES INTERNADOS

NOME DO INDICADOR	FT S 08 TAXA DE FRATURA DE QUADRIL POR QUEDAS, EM PACIENTES INTERNADOS. ⁽¹⁾
Definição de termos/conceitos	Contabiliza as fraturas de quadril possivelmente relacionadas a quedas durante o período de internamento do paciente no hospital.
Objetivo ou Uso	Identificar as fraturas de quadril relacionadas a quedas que ocorrem durante o período de internamento do paciente no hospital.
Método de cálculo	Numerador: Número de pacientes acima de 18 anos com fratura de quadril ocorrida durante o internamento. Denominador: Número de pacientes acima de 18 anos internados. Multiplicar o resultado por 100.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas e registros de notificações de incidentes, ouvidoria, registros do setor de radiologia. Caso os registros relativos à CID atribuídas na alta sejam confiáveis, pode-se coletar os dados para o indicador localizando-se o código da CID vigente para fratura de quadril, no diagnóstico secundário.

Frequência	Trimestral.* sugestão da pesquisadora
Referências	1. MCDONALD, K.; ROMANO, P.; GEPPERT, J. et al. Measures of patient safety based on hospital administrative data - The Patient Safety Indicators. Technical Review 5 (Prepared by the University of California San Francisco -Stanford Evidence-based Practice Center). AHRQ Publication No. 02-0038. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. August 2002. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43854/ Acesso em: 31 out 2018

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 22 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL POR QUEDAS, EM PACIENTES INTERNADOS

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>No item "definições e conceito deste indicador, sugiro que, ao invés de "Mede fraturas" seja "Contabiliza fraturas" (P52)*</i>	Acatada, substituído o termo por "contabiliza".
Confiabilidade	<i>Seria interessante utilizar os registros do setor de radiologia (P42)*</i>	Acatada, incluído no método de apuração.
Simplicidade	<i>Sugiro colocar Taxa de fratura de quadril em pacientes internados relacionado a quedas (P49)* O título poderia ter maior clareza, para identificar que a fratura foi decorrente de queda do paciente internado (P44)*</i>	Acatada, modificado o nome do indicador
Objetividade	<i>Sugiro que a redação do objetivo seja redigida na forma de objetivo, com um verbo de ação no início (P12)* Acredito que o objetivo está nas definições. Sugiro trocar o verbo medir por identificar (P42)*</i>	Acatada, modificada a redação do objetivo.
Representatividade	<i>Dá a entender que são todas as fraturas de quadril existentes no hospital. É preciso especificar melhor (P52)*</i>	Acatada, acrescentado que são as fraturas decorrentes de queda no título do indicador.
Abrangência	<i>Penso que medir as quedas (taxa de quedas) são mais abrangentes. Incluem: queda do leito e queda da própria altura (P49)**</i>	Não acatada, como se trata de indicadores de efetividade, as quedas com dano são mais sensíveis. Não exclui o monitoramento das demais quedas.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Para o indicador fratura de quadril em pacientes internados, os percentuais de concordância entre as respostas dos painelistas relativas aos atributos variaram entre 73,07% e 90,38%. O atributo simplicidade alcançou o maior valor (90,38%) quanto à facilidade no cálculo e 88,46% na interpretação

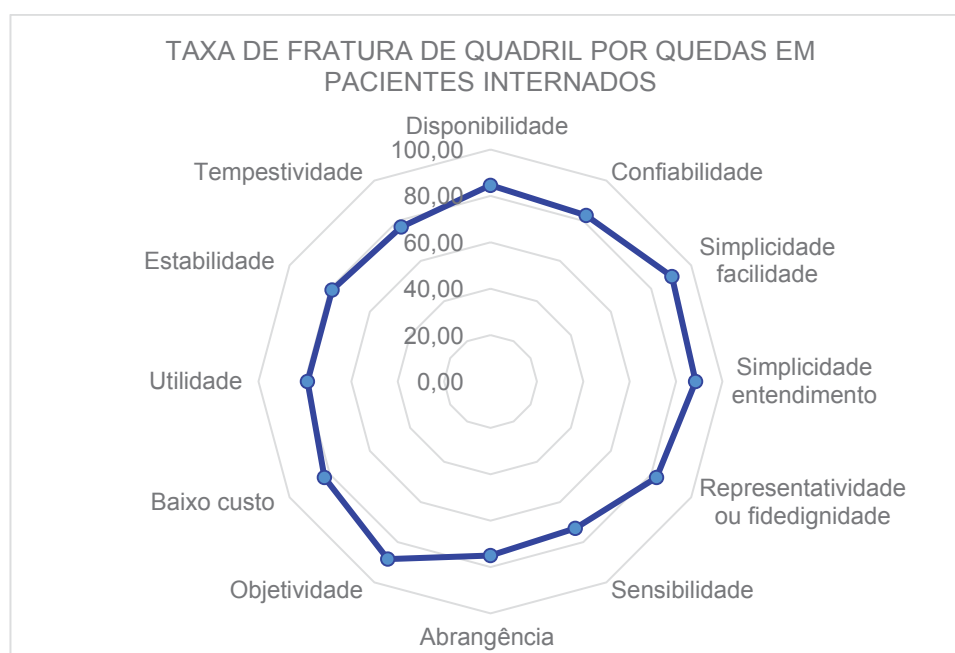
do indicador, mesmo valor da objetividade (88,46%), conforme é demonstrado na TABELA 16 e no GRÁFICO 8.

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS

Taxa de fratura de quadril em pacientes internados	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	2	3,85	5	9,62	1	1,92	23	44,23	21	40,38	84,62	4,08	1,08
Confiabilidade	2	3,85	6	11,54	1	1,92	24	46,15	19	36,54	82,69	4	1,10
Simplicidade facilidade	2	3,85	1	1,92	2	3,85	11	21,15	36	69,23	90,38	4,5	0,96
Simplicidade entendimento	1	1,92	1	1,92	4	7,69	14	26,92	32	61,54	88,46	4,44	0,87
Representatividade ou fidedignidade	4	7,69	1	1,92	4	7,69	9	17,31	34	65,38	82,69	4,31	1,20
Sensibilidade	4	7,69	2	3,85	8	15,38	17	32,69	21	40,38	73,08	3,94	1,19
Abrangência	5	9,62	3	5,77	5	9,62	18	34,62	21	40,38	75,00	3,9	1,27
Objetividade	4	7,69	1	1,92	1	1,92	19	36,54	27	51,92	88,46	4,23	1,13
Baixo custo	2	3,85	1	1,92	6	11,54	15	28,85	28	53,85	82,69	4,27	1,01
Utilidade	4	7,69	3	5,77	4	7,69	15	28,85	26	50,00	78,85	4,08	1,23
Estabilidade	4	7,69	2	3,85	5	9,62	15	28,85	26	50,00	78,85	4,1	1,21
Tempestividade	4	7,69	2	3,85	6	11,54	17	32,69	23	44,23	76,92	4,02	1,19

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 8 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL POR QUEDAS EM PACIENTES INTERNADOS



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

O atributo simplicidade no entendimento apresentou alta correlação com a simplicidade relativa à facilidade no cálculo (0,88). Entretanto, na análise de correlação, o atributo sensibilidade, que obteve a concordância de 73,07%, alcançou alta correlação com os atributos abrangência e estabilidade (0,72).

Na opinião dos painelistas, a sensibilidade do indicador fratura de quadril em pacientes internados apresenta-se prejudicada, pois *“não reflete o problema geral da queda de pacientes”* (P17), além disso, *fraturas de quadril anteriores ou fraturas espontâneas podem não ser identificadas* (P03). Também foi ponderado que há interferência do perfil da instituição no resultado do indicador, como por exemplo a *maior frequência de fratura de quadril em idosos ambulantes* (P48).

De fato, pacientes que sofrem fratura de quadril após quedas durante o período de internamento são frágeis, com função cognitiva prejudicada e têm sua mortalidade aumentada em quase 50% após um ano da ocorrência da queda (JOHAL; BOULTON; MORAN, 2009). Assim, reforça-se a importância da avaliação sistemática do risco de quedas do paciente pela enfermagem, por meio de escalas validadas e, ainda, a tomada de medidas como a implantação, monitoramento e avaliação de protocolo de prevenção de quedas.

Quedas no hospital podem resultar em fratura do quadril e outras consequências negativas em 30 a 50% dos casos, incluindo limitações e incapacidades físicas, piora da condição clínica, aumento do tempo de internação, dos custos hospitalares e de reinternações, além de alterações de cunho emocional (LUZIA et al., 2018).

A inquietação em relação aos custos das abordagens de enfermagem para prevenir quedas durante o internamento levou a estudo americano em que foi constatado que os custos dos programas de prevenção de quedas foram maiores que a economia em potencial. Assim, tais programas devem ser cuidadosamente direcionados para pacientes de maior risco, identificados por escalas validadas, a fim de obter redução nos custos (SPETZ; BROWN; AYDIN, 2015).

4.2.1.9 Taxa de Fratura de quadril pós-operatória por queda em pacientes internados

Este indicador capta a incidência de fraturas de quadril no pós-operatório (distintas das fraturas de quadril que ocorrem em ambientes não cirúrgicos) e visa refletir a qualidade dos cuidados pós-operatórios.

Como fratura de quadril pode ter consequências devastadoras ao paciente, incluindo dor, perda de função e, às vezes, morte, tem imenso significado clínico. Quando a fratura de quadril ocorre no período pós-operatório, pode refletir a prescrição inadequada pela equipe médica (por exemplo, uso de sedativos de longa duração) ou procedimentos de enfermagem inadequados (por exemplo, falta de monitoramento do paciente e do uso de grade) (OECD, 2004).

Apresentam-se no QUADRO 23 a ficha técnica do indicador relacionado às fraturas pós-operatórias, e no QUADRO 24, as sugestões dos painelistas para o aperfeiçoamento da mesma.

QUADRO 23 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL PÓS-OPERATÓRIA POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS

NOME DO INDICADOR	FT S 09 TAXA DE FRATURA DE QUADRIL PÓS-OPERATÓRIA POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS.
Definição de termos/conceitos	Contabiliza as fraturas de quadril pós-operatórias relacionadas a quedas durante o período de internamento do paciente no hospital O indicador demonstra a taxa de pacientes que fraturam o quadril enquanto estão no hospital recuperando-se de cirurgia. ⁽¹⁾
Objetivo ou Uso	Monitorar a frequência de potenciais problemas relacionados à queda no pós-operatório.
Método de cálculo	Numerador: Número de altas de pacientes internados acima de 18 anos com fratura de quadril ocorrida no pós-operatório. Denominador: Número total de altas cirúrgicas de pacientes acima de 18 anos. Multiplicar o resultado por 100.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas e registros de notificações de incidentes, ouvidoria. Se os registros relativos à CID de alta forem confiáveis, pode-se coletar os dados localizando o código da CID para fratura de quadril no diagnóstico secundário. ⁽¹⁾ Excluir os casos em que os pacientes são suscetíveis à queda (convulsão, síncope, acidente vascular cerebral, oclusão de artérias, coma, parada cardíaca, envenenamento, trauma, delírio ou outras psicoses, distúrbios do sistema músculo-esquelético); casos com autolesões infligidas; casos cujo diagnóstico principal seja de fratura de quadril, ou diagnóstico de fratura de quadril presente na admissão. ⁽¹⁾
Frequência	Trimestral (sugestão da pesquisadora).
Referências	1. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ quality indicators . Patient Safety Indicators 14, Technical Specifications, Postoperative Hip Fracture Rate. Version 5.0, March, 2015 (a). Disponível em: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V50/TechnicalSpecs/PSI_08_Postoperative_Hip_Fracture_Rate.pdf Acesso: 05 dez 2018.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 24 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL PÓS-OPERATÓRIA POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade	<i>Os resultados deste indicador podem se misturar com o do indicador anterior. Sugiro que este indicador seja suprimido, pois os pacientes que estiverem incluídos neste indicador, estarão também no outro. A pertinência de monitoração é a mesma, mas talvez seja um retrabalho segregar as medidas (P02)**</i>	Não acatada, como todos os atributos foram validados, manteve-se o indicador.
Simplicidade	<i>O objetivo (potenciais problemas relacionados à queda?) não está coerente com o indicador (P12)*</i>	Acatada, elaborado novo objetivo.
Representatividade	<i>O denominador deveria ser "Pacientes-dia" e não "número de pacientes internados", pois é diferente o risco do paciente que fica um dia internado do risco de um paciente que fica internado vários dias, após uma cirurgia (P17)*</i>	Acatada, alterado o método de cálculo, considerando-se o número de altas, de acordo com a AHRQ (2015a).
Abrangência	<i>Acredito que o indicador deveria ser fratura de quadril decorrente de queda e não especificamente no pós-operatório (P27)**</i>	Não acatada, são dois indicadores que podem ser selecionados de acordo com o perfil epidemiológico do hospital.
Estabilidade	<i>Descartar esse indicador: o valor zero desse indicador, ao longo de vários períodos não indica boas práticas para a prevenção de quedas, já que várias outras lesões e complicações mais frequentes, conseqüentes a quedas, poderão estar ocorrendo no mesmo período (P17)**</i>	Não acatada, como todos os atributos foram validados, manteve-se o indicador.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

A concordância variou entre 70,59% e 75,00%, estes níveis de concordância próximos ao limite mínimo estão demonstrados no GRÁFICO 9, sendo que os atributos sensibilidade, abrangência, estabilidade e tempestividade foram validados após a segunda rodada da Técnica Delphi, e estão apresentados na TABELA 17.

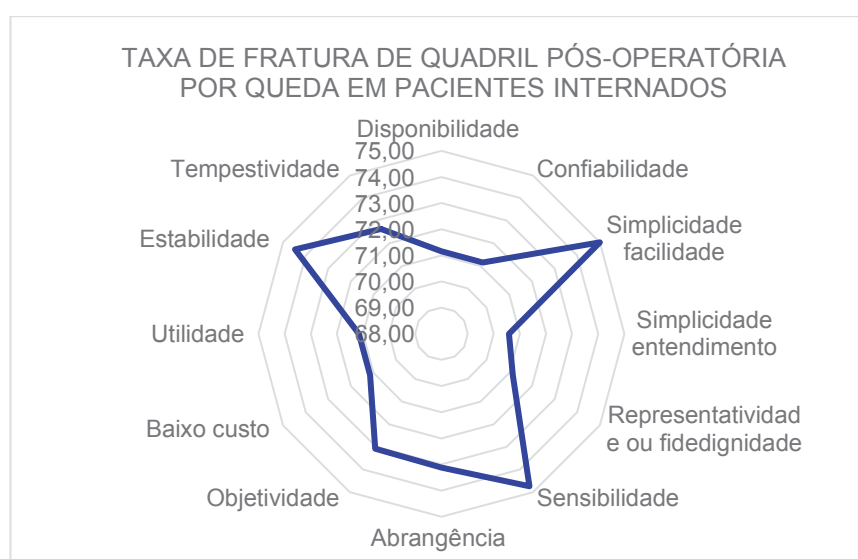
A concordância mais elevada diz respeito ao atributo simplicidade relacionada à facilidade no cálculo (75,00%), seguida pela estabilidade e a sensibilidade (74,74% cada). A simplicidade no entendimento obteve a concordância menos elevada (70,59%).

TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL PÓS-OPERATÓRIA POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS

Taxa de fratura de quadril pós-operatória em pacientes internados	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	5	9,62	5	9,62	5	9,62	18	34,62	19	36,54	71,15	3,79	1,30
Confiabilidade	4	7,69	5	9,62	6	11,54	18	34,62	19	36,54	71,15	3,83	1,25
Simplicidade facilidade	2	3,85	3	5,77	8	15,38	15	28,85	24	46,15	75,00	4,08	1,1
Simplicidade entendimento	3	5,88	2	3,92	10	19,61	11	21,57	25	49,02	70,59	4,04	1,18
Representatividade ou fidedignidade	4	7,69	3	5,77	8	15,38	11	21,15	26	50,00	71,15	4	1,27
Sensibilidade	5	5,26	5	5,26	14	14,74	30	31,58	41	43,16	74,74	4,02	1,13
Abrangência	7	7,53	7	7,53	11	11,83	26	27,96	42	45,16	73,12	3,96	1,25
Objetividade	3	5,77	4	7,69	7	13,46	15	28,85	23	44,23	73,08	3,98	1,20
Baixo custo	3	5,77	2	3,85	10	19,23	13	25,00	24	46,15	71,15	4,02	1,16
Utilidade	6	11,54	2	3,85	7	13,46	17	32,69	20	38,46	71,15	3,83	1,31
Estabilidade	5	5,32	8	8,51	11	11,70	27	28,72	43	45,74	74,47	4,01	1,19
Tempestividade	5	5,26	7	7,37	14	14,74	27	28,42	42	44,21	72,63	3,99	1,17

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 9 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE FRATURA DE QUADRIL PÓS-OPERATÓRIA POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

As quedas que ocorrem durante o internamento afetam todos os pacientes, porém aquelas que ocorrem no pós-operatório e resultam em fratura de quadril requerem intervenção cirúrgica para correção, isto é, um novo procedimento, complexo, com riscos adicionais, taxas de mortalidade consideráveis e maior custo para o hospital. O impacto é maior quando a queda ocorre em pacientes idosos, pois trauma de baixo impacto é suficiente para ocasionar fratura de quadril (FARIAS; TERRA; GUERRA, 2017).

Foram apresentados aos painelistas três indicadores relativos aos danos ocasionados pela queda dentro de hospitais (quedas com dano, fratura de quadril em pacientes internados e fratura de quadril pós-operatória em paciente internados).

No projeto da AHRQ para validação de indicadores de segurança, os painelistas recomendaram o uso de um único indicador para mensurar fraturas de quadril em pacientes internados devido aos resultados serem muito baixos para serem utilizados (MC DONALD et al., 2002).

A utilização de cada um dos três indicadores para avaliação da efetividade assistencial pode ser afetada tanto pelas variações das condições do paciente, como por exemplo o grupo de idosos (intrínsecas), ou do ambiente hospitalar (extrínsecas), afetando a sensibilidade (P09, P16, P17), a estabilidade pela dificuldade em *realizar monitoramentos e comparações externas* (P06, P16, P17); e a utilidade do indicador, reduzindo sua capacidade em fornecer aos gestores resultados fidedignos para a tomada de decisões (P16, P17).

A correlação entre os atributos disponibilidade e confiabilidade foi muito alta (0,91), e alta entre a maioria dos atributos entre si (variação entre 0,70 e 0,83).

Recomenda-se o agrupamento dos três indicadores, de modo a representar um indicador composto de queda com dano, ampliando assim a abrangência, ou ainda, que seja considerado o perfil de segurança do hospital em relação a quedas e fraturas.

4.2.1.10 Número de incidentes graves relacionados a equipamentos

Incidentes relacionados a equipamentos hospitalares podem ser divididos em duas categorias: erro do usuário e falha do equipamento. A inspeção sistemática dos dispositivos assistenciais e a manutenção preventiva periódica, realizada pela engenharia biomédica ou clínica, têm alta validade de face como uma importante prática de segurança do paciente na redução de falhas de equipamento (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2004). Apresentam-se a seguir, a ficha técnica deste indicador no QUADRO 25, e as sugestões dos painelistas no QUADRO 26.

QUADRO 25 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 10 NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS.
Definição de termos/conceitos	Contabiliza os Incidentes graves como óbito ou grandes perdas permanentes de função, associados a problemas com equipamento hospitalar. ⁽¹⁾ Exemplos de incidentes relacionados a equipamentos: erro de usuário, falhas ou defeito nos equipamentos, configuração ou manutenção inadequada. Grande perda permanente de função significa deficiência sensorial, motora, fisiológica ou intelectual, que não estava presente na admissão e requer tratamento, cuidados ou serviços continuados, ou mudanças no estilo de vida. ⁽²⁾ Incidente grave: é aquele que requer intervenção para salvar a vida, encurta a vida ou causa grandes danos permanentes a longo prazo. ⁽³⁾
Objetivo ou Uso	Identificar incidentes graves relacionados aos equipamentos hospitalares como erro de usuários e falhas nos equipamentos.
Método de cálculo	Contabilizar o número de óbitos ou de grandes perdas permanentes de função dos pacientes, associados a problemas com equipamentos hospitalares. ⁽¹⁾
Tipo ou unidade de medida	Número de incidentes.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas e registros de notificações de incidentes, relatórios de solicitações de manutenção de equipamentos e de tecnovigilância, ouvidoria.
Frequência	Semestral.* sugestão da pesquisadora

QUADRO 25 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 10 NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS.
Referências	<p>1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente. Rio de Janeiro, 2014(h). Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/7%20Taxa%20de%20eventos%20adversos%20relacionados%20ao%20uso%20de%20equipamento%20m%C3%A9dico.pdf .Acesso em: 01 nov 2018.</p> <p>2. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 5. ed. Illinois, 2013. Disponível em: http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI-Hospital-5E-Standards-Only-July2015.pdf . Acesso em: 06 dez 2018.</p> <p>3. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf Acesso em: 31 out 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 26 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<p><i>Penso que não é possível "misturar" dados de óbitos com "grande perda". Além disso este segundo termo, grandes perdas é muito relativo e de difícil mensuração (P51)**</i></p> <p><i>Sugere-se descartar esse indicador. Embora possa ser fácil detectar os óbitos e as perdas importantes de função, é difícil fazer a relação desses eventos com problemas de equipamentos ou, principalmente, erros do usuário (P17)**</i></p>	<p>Não acatada, após a análise de causa raiz realizada pelo hospital, é recomendado proceder à classificação do incidente.</p> <p>A OMS considera que o incidente é grave quando tem como consequência "graves danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções". (OMS, 2011).</p>
	<p><i>Incluir também Ouvidoria (P06)*</i></p>	<p>Acatada, incluída a ouvidoria como fonte de coleta de dados.</p>
Confiabilidade	<p><i>O cálculo do indicador parece não ser correto. Se tem numerador e denominador, não pode resultar em simples "número de incidentes" (P51)*</i></p> <p><i>Sugiro conceituar os incidentes relacionados a equipamentos (P40)*</i></p>	<p>Acatada, excluído o denominador.</p> <p>Modificada a redação da definição.</p>

QUADRO 26 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade/ Objetividade	<i>O nome do indicador, definição e método de cálculo estão incoerentes (P12)* A definição está muito abrangente, sugiro: incidentes graves relacionados a equipamentos são....(P42)* Sugiro que mantenha só a primeira parte e especifique o que são "... incidentes relacionados ao uso de equipamentos médicos..." (P51)*</i>	Acatadas, reescrita a definição de termos.
Representatividade	<i>O objetivo não condiz com a descrição do indicador (P52)*</i>	Acatada, reescrito o objetivo.
Sensibilidade	<i>Nem todo paciente internado faz uso de equipamentos hospitalares. O denominador é muito abrangente (P33)*</i>	Acatada, excluído o denominador.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Os percentuais de concordância entre as respostas variaram entre 82,64% (utilidade) e 70,53% (disponibilidade), conforme demonstra-se na TABELA 18.

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS (continua)

Número de incidentes graves relacionados a equipamentos	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	5	5,26	20	21,05	3	3,16	45	47,37	22	23,16	70,53	3,62	1,20
Confiabilidade	1	1,05	18	18,95	2	2,11	56	58,95	18	18,95	77,89	3,76	1,01
Simplicidade facilidade	2	3,85	6	11,54	6	11,54	13	25,00	25	48,08	73,08	4,02	1,20
Simplicidade entendimento	3	3,19	8	8,51	9	9,57	35	37,23	39	41,49	78,72	4,05	1,07
Representatividade ou fidedignidade	3	5,77	5	9,62	6	11,54	20	38,46	18	34,62	73,08	4,04	0,96
Sensibilidade	1	1,05	13	13,68	7	7,37	47	49,47	27	28,42	77,89	3,91	1,00

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS (conclusão)

Número de incidentes graves relacionados a equipamentos	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
Abrangência	2	2,11	10	10,53	9	9,47	38	40,00	36	37,89	77,89	4,01	1,05
Objetividade	1	1,92	6	11,54	4	7,69	19	36,54	22	42,31	78,85	4,06	1,07
Baixo custo	2	3,85	1	1,92	10	19,23	18	34,62	21	40,38	75,00	4,06	1,02
Utilidade	2	3,85	4	7,69	3	5,77	15	28,85	28	53,85	82,69	4,21	1,11
Estabilidade	3	5,77	2	3,85	6	11,54	24	46,15	17	32,69	78,85	3,96	1,07
Tempestividade	2	3,85	4	7,69	5	9,62	19	36,54	22	42,31	78,85	4,06	1,09

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

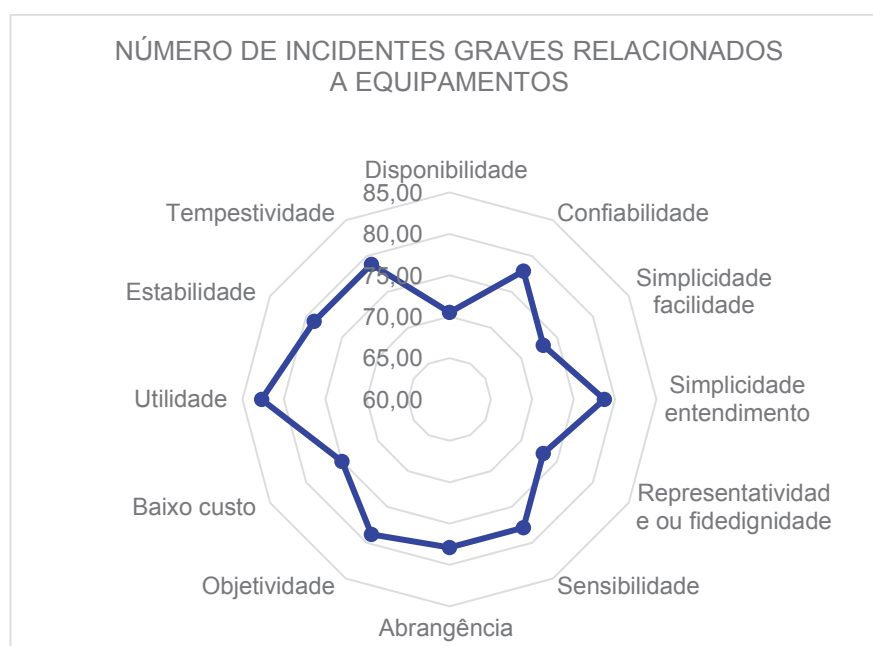
Todos os atributos foram validados, sendo seis na primeira rodada e cinco na segunda rodada da Técnica Delphi, a saber: disponibilidade, confiabilidade, sensibilidade, simplicidade quanto ao entendimento e abrangência. Esta última também apresentou alta correlação com a objetividade (0,70).

A maior fragilidade neste indicador, segundo os painelistas, está relacionada à indisponibilidade dos dados ocasionada pelo *baixo registro em prontuário* deste tipo de incidente (P06, P07, P10, P36, P52) associado à *baixa notificação* (P04, P09, P14, P29, P31, P35).

Desta forma, no atributo disponibilidade a concordância manteve-se próxima ao limite mínimo estabelecido para validação; os painelistas referiram a dificuldade em identificar nas principais fontes como prontuário e sistema de notificação de incidentes, presença de *registros ou gatilhos que possam sinalizar que houve incidente* envolvendo o equipamento assistencial (P04, P06, P07, P09, P10, P14, P23, P29, P31, P32, P35, P36, P44, P52).

Os atributos que obtiveram concordância mais elevada entre os painelistas foram: utilidade (82,64%), tempestividade e objetividade (ambos com 78,85%) e a estabilidade (78,84%), conforme demonstrado no GRÁFICO 10.

GRÁFICO 10 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

O fato de o atributo utilidade ter obtido a concordância mais elevada, encontra respaldo na frequência com que este tipo de incidente ocorre, e pelo uso cada vez mais intensivo da tecnologia em saúde. Com efeito, ao estudar todos os incidentes críticos relatados durante um período de 90 meses em uma unidade de terapia intensiva para adultos na Inglaterra, os autores constataram que 30% deles foram causados por equipamentos (WELTERS; GIBSON; MOGK; WENSTONE, 2011).

A importância da gestão deste indicador está associada à prevenção, como programas de capacitação apropriados para a equipe assistencial, que podem ser desenvolvidos para evitar a recorrência dos incidentes e melhorar a segurança do paciente (KING et al., 2015), assim como proporcionar aos fabricantes a oportunidade para tornar seus produtos mais seguros.

Outro estudo realizado no Reino Unido (KING et al., 2015), constatou que no período de 2002 a 2015 foram notificados 564 incidentes críticos relacionados a equipamentos em unidades de terapia intensiva, envolvendo 94 tipos de equipamentos; 12,41% deles eram relacionados ao uso de leitos, colchões e cadeiras, 12,05% aos equipamentos necessários à rotina do cuidado,

como infusão intravenosa, traqueostomias, ventiladores, linhas centrais, drenos, monitorização invasiva, terapia renal, broncoscopia, analisadores de gases para sangue, equipos para infusão e pressão positiva contínua na via aérea (CPAP).

A falha do equipamento pode provocar acidentes ou complicar o reconhecimento e tratamento de outros problemas. Tais falhas podem ocorrer por defeito do equipamento ou configuração, ou por manutenção inadequada, e raramente é a única causa de incidentes (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2004).

O uso de lista de verificação contribui para garantir a prontidão do equipamento, especialmente aquele utilizado em situações críticas em que as consequências podem ser desastrosas.

Tecnologia e dispositivos desempenham papéis importantes no diagnóstico e tratamento de pacientes em hospitais. Todavia, cada organização de saúde deve assegurar que a inovação tecnológica recém adotada não represente riscos de segurança aos pacientes e que, se possível, o final da vida útil do dispositivo seja antecipado, a fim de que a qualidade não diminua e os perigos aos pacientes não aumentem devido à obsolescência do equipamento (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2004).

A participação da equipe usuária de equipamentos hospitalares, notadamente da enfermagem, uma das maiores utilizadoras destes dispositivos, em conjunto com o setor de Engenharia Clínica, pode intensificar as ações de tecnovigilância e favorecer o reconhecimento de incidentes graves relacionados a equipamentos.

4.2.1.11 Número de incidentes devido a falhas de identificação do paciente

Processos falhos de identificação do paciente são as causas mais comuns de incidentes na administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, nos exames diagnósticos, nos procedimentos cirúrgicos, e na entrega de recém-nascidos (BRASIL, 2013 a). A ficha técnica do indicador que mensura o número de incidentes devido a falhas de identificação é apresentada no QUADRO 27, e as SUGESTÕES dos painelistas no QUADRO 28.

QUADRO 27 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES DEVIDO A FALHAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO INDICADOR	FT S 11 NÚMERO DE INCIDENTES DEVIDO A FALHAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.
Definição de termos/conceitos	Número de incidentes devido a falhas de identificação do paciente, em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde. ^(1,2) O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para o qual se destina, utilizando-se de, no mínimo, dois identificadores. ⁽²⁾
Objetivo ou Uso	Identificar incidentes relacionados a falhas de identificação do paciente em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico). ⁽¹⁾
Método de cálculo	Contabilizar o número de incidentes devido a falhas na identificação do paciente.
Tipo ou unidade de medida	Número de incidentes. ^(1,2)
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, auditorias internas.
Frequência	Mensal.
Referências	1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente . Rio de Janeiro, 2014(i) Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/14%20N%C3%BAmero%20de%20eventos%20adversos%20devido%20a%20falhas%20na%20identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20paciente.pdf . Acesso em: 27 out 2016. 2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. Protocolo de identificação do paciente . Anexo 02, 2013(b). Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf . Acesso em: 24 set 2016.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 28 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES DEVIDO A FALHAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade/ Representatividade	<p><i>O correto não seria o % de falha de identificação do paciente? (P32)**</i></p> <p><i>Por que não calcular com base em taxa? é possível e importante (P51)**</i></p> <p><i>Porque não se utiliza no denominador o número de entradas do hospital? P44**</i></p> <p><i>A ausência de denominador só se justifica se se estiver trabalhando com uma meta de "erro zero". Neste caso é irrelevante o porte do hospital. Sugere-se a adoção do denominador "pacientes-dia" no período considerado (P17)**</i></p>	O indicador baseado no número de incidentes é recomendado no Protocolo de identificação do paciente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b).
Objetividade	<p><i>O objetivo não corresponde com o título do Indicador (P51)*</i></p> <p><i>O objetivo não está redigido corretamente e isto dificulta a compreensão (P48)*</i></p> <p><i>Redação ruim no quesito finalidade do indicador (P02)*</i></p>	O objetivo foi reescrito.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Os percentuais de concordância entre as respostas dos painelistas para cada atributo variaram entre 75,00% (disponibilidade) e 90,20% (simplicidade quanto à facilidade no cálculo). As concordâncias para todos os atributos são apresentadas na TABELA 19.

TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES DEVIDO A FALHAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Número de incidentes devido a falhas de identificação do paciente	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	4	7,69	8	15,38	1	1,92	28	53,85	11	21,15	75,00	3,65	1,20
Confiabilidade	2	3,85	5	9,62	2	3,85	25	48,08	18	34,62	82,69	4	1,07
Simplicidade facilidade	2	3,92	3	5,88	0	0,00	15	29,41	31	60,78	90,20	4,37	1,04
Simplicidade entendimento	2	3,85	4	7,69	1	1,92	14	26,92	31	59,62	86,54	4,31	1,09
Representatividade ou fidedignidade	2	3,85	6	11,54	2	3,85	13	25,00	29	55,77	80,77	4,17	1,18
Sensibilidade	2	3,85	6	11,54	4	7,69	17	32,69	23	44,23	76,92	4,02	1,16
Abrangência	1	1,92	7	13,46	3	5,77	16	30,77	25	48,08	78,85	4,1	1,13
Objetividade	3	5,77	2	3,85	1	1,92	14	26,92	32	61,54	88,46	4,35	1,10
Baixo custo	1	1,92	2	3,85	4	7,69	11	21,15	34	65,38	86,54	4,44	0,94
Utilidade	3	5,77	2	3,85	1	1,92	12	23,08	34	65,38	88,46	4,38	1,10
Estabilidade	1	1,92	3	5,77	2	3,85	19	36,54	27	51,92	88,46	4,31	0,94
Tempestividade	2	3,85	3	5,77	1	1,92	18	34,62	28	53,85	88,46	4,29	1,03

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Observou-se alta correlação entre o atributo representatividade com a simplicidade no entendimento (0,84), a utilidade e a objetividade (0,81), a disponibilidade e a confiabilidade (0,77), e a abrangência e a sensibilidade (0,75). O atributo abrangência alcançou 78,85% de concordância entre os painelistas, mais próximo do consenso mínimo de 70% estipulado para validação dos atributos.

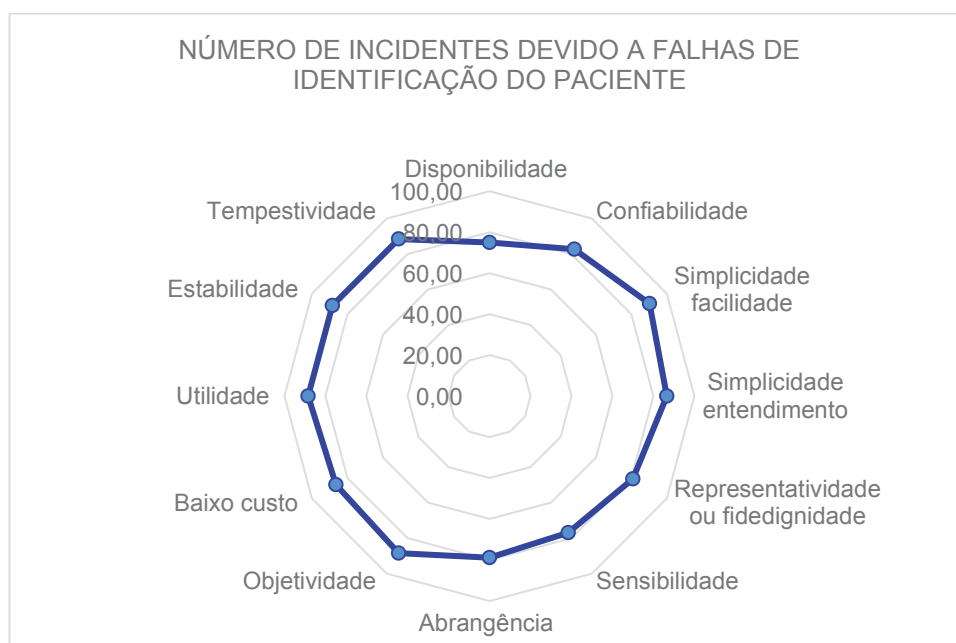
Estes resultados apontam que, embora a identificação do paciente tenha os propósitos de determinar com segurança a legitimidade do receptor do tratamento ou procedimento, e assegurar que o procedimento a ser executado seja efetivamente o que o paciente necessita, na prática, é uma etapa do cuidado de enfermagem que não recebe a devida atenção, podendo influenciar negativamente na segurança do paciente e também nas mensurações por meio de indicador específico (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

Painelistas manifestaram-se contrários ao método de cálculo do indicador, baseado somente em número de incidentes (P17, P32, P44, P51),

alegando que a ausência de denominador não permite comparações externas. De fato, o ideal seria que o denominador fosse o total de pacientes internados no mês. Todavia, a implantação do Protocolo de Identificação do Paciente lançado pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2013b) ainda requer adesão pelos hospitais, sendo que grande parte destes estão envidando esforços para mensurar justamente a adesão (indicador de processo), sendo poucos os que mensuram a efetividade. Assim, considera-se que contabilizar o número de incidentes é um primeiro passo para mensurar a efetividade do protocolo.

A concentração da maioria das concordâncias na faixa entre 80 e 90% pode ser visualizada no GRÁFICO 11.

GRÁFICO 11 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE INCIDENTES DEVIDO A FALHAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A pulseira de identificação está cada vez mais presente em hospitais, contudo há necessidade de maior valorização pela enfermagem e demais profissionais, como instrumento valioso para a segurança dos pacientes.

Segundo a opinião dos painelistas, os quais validaram todos os atributos na primeira rodada, há indisponibilidade de dados para o cálculo do indicador,

relacionada à *baixa notificação* (P04, P23, P35, P36) e à *falta de registro em prontuário* (P06, P07, P28, P51, P52). Para obtenção do dado, houve sugestão de realização de *auditorias internas* (P23, P49) e *busca de gatilhos em prontuários* (P31).

Corroborando, a literatura revela que as técnicas para identificar incidentes com danos evitáveis geralmente têm baixo rendimento e eficiência. Assim, métodos como a aplicação de algoritmos para o *Global Trigger Tool*, nos prontuários informatizados, podem melhorar a detecção de incidentes evitáveis, pois funcionam como gatilhos eletrônicos (BHISE et al., 2017).

4.2.1.12 Taxa de hemorragia ou hematoma pós-operatório

Trata-se de indicador recomendado pela agência americana AHRQ e pelo projeto dinamarquês denominado SimPatIE. Este último teve como objetivo estabelecer um conjunto de indicadores para a segurança do paciente a ser utilizado pelos países do continente europeu (MC DONALD et al., 2002; KRISTENSEN; MAINZ; BARTELS, 2007).

Apresentam-se no QUADRO 29 a ficha técnica do indicador, e no QUADRO 30 as sugestões dos painelistas.

QUADRO 29 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS OPERATÓRIO (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 12 TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIAS DE GRANDE PORTE.
Definição de termos/conceitos	<p>Contabiliza complicações como hemorragia ou hematoma no pós-operatório de cirurgias de grande porte.</p> <p>Cirurgia de grande porte sob o ponto de vista do risco cardiológico é aquela com grande probabilidade de perda de sangue ou fluidos, ou quando a classificação considera o tempo de uso da sala cirúrgica, é aquela com duração acima de 4 horas.⁽¹⁾</p>

QUADRO 29 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS OPERATÓRIO (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 12 TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIAS DE GRANDE PORTE.
Objetivo ou Uso	Identificar complicações como hemorragia ou hematoma no pós-operatório de cirurgias de grande porte.
Método de cálculo	Numerador: Número de pacientes acima de 18 anos que apresentaram hemorragia ou hematoma no pós-operatório de cirurgias de grande porte e/ou procedimentos associados para controlar a hemorragia ou drenar hematomas. Denominador: Número de pacientes acima de 18 anos submetidos a cirurgias de grande porte. Multiplicar o resultado por 100.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários (relatório de cirurgias e de enfermagem), fichas de notificação de incidentes, e auditorias. Caso os registros de CID atribuídos na alta sejam confiáveis, pode-se coletar os dados para o indicador localizando-se o código da CID no diagnóstico secundário, para: hemorragia no pós operatório, controle de hemorragia, hematoma no pós-operatório, drenagem de hematoma, hemorragia associada à deiscência de sutura. ⁽²⁾
Frequência	Mensal.
Referências	1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Normas. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde . Brasília, 1994. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_montar_centro_.pdf . Acesso em: 08 dez 2018. 2. MC DONALD, K.; ROMANO, P.; GEPPERT, J. et al. Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data - The Patient Safety Indicators. Technical Review 5 (Prepared by the University of California San Francisco -Stanford Evidence-based Practice Center). AHRQ Publication No. 02-0038. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. August 2002. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43854/ . Acesso em: 31 out 2018.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 30 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS-OPERATÓRIO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>O objetivo não corresponde com o Indicador (P52)* Precisa definir as complicações graves e evitáveis (P23)*</i>	Acatadas, modificado o objetivo. Excluído o termo “graves e evitáveis” após complicações.
	<i>Porque não em todas as cirurgias? Haverá relatórios de cirurgias de grande porte? quem faz esta classificação? (P16)**</i>	Não acatada, este tipo de complicação ocorre mais em cirurgias de grande porte (MC DONALD et al., 2002).
Confiabilidade/ Simplicidade	<i>O CID utilizado nem sempre resulta em dado para levantamento do indicador, em muitas situações, o registro do CID nem sempre está correto. Assim, a coleta pelo prontuário (relatório de cirurgia) será mais eficiente (P06)*</i>	Acatada, mantido o CID, todavia foi incluído o relatório de cirurgia como fonte para coleta do dado.
	<i>Não entendi a informação "(...) com procedimentos associados para controlar a hemorragia ou drenar hematomas" (P49)*</i>	Acatada, modificada a redação da definição de termos e objetivo.
Representatividade	<i>O indicador não corresponde com o objetivo e nem com a definição. O Indicador foca na hemorragia/hematoma e a definição e objetivo, por sua vez, focam na cirurgia de grande porte (P52)* Definição não coerente com o indicador. Definição: cirurgia de grande porte; Indicador: hemorragia ou hematoma pós-cirurgia (P12)* Substituiria as fontes por auditoria (P16)*</i>	Acatadas, modificadas as redações da definição e objetivo do indicador. Incluídas as auditorias como fonte para coleta do dado.
Sensibilidade	<i>Deixar claro que a medida é válida para adultos P02**</i>	Não acatadas, no método de cálculo consta que os dados do numerador e denominador são de pacientes maiores de 18 anos.
Utilidade	<i>Poderia ser o número de sangramentos ou hematomas em determinado período no pós-operatório (P27)**</i>	Não acatadas, para ser considerado taxa, o numerador e denominador devem ser da mesma grandeza (pacientes).

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados, contudo a disponibilidade, confiabilidade e abrangência foram validados na segunda rodada (N=95).

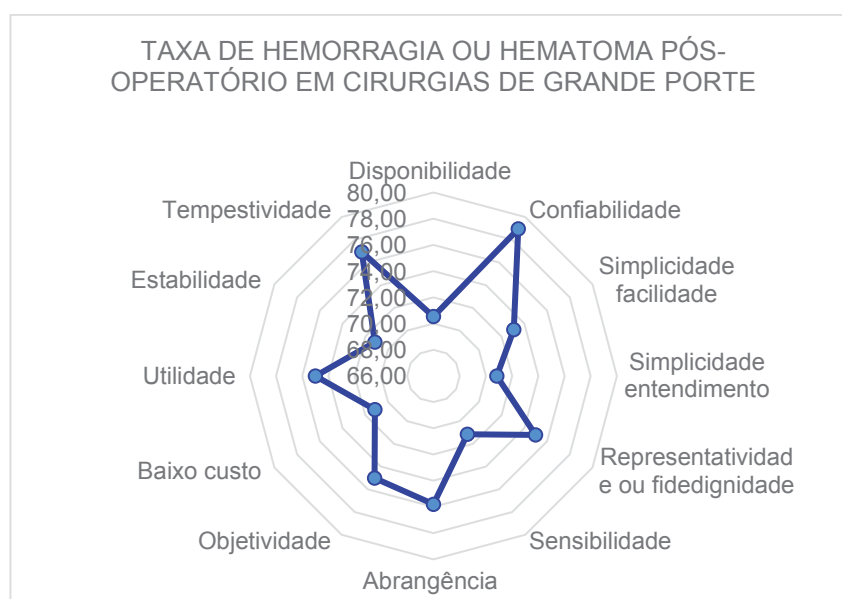
Os percentuais de concordância entre as respostas dos painelistas para cada atributo variaram entre 70,53% e 78,95%, demonstrando um nivelamento próximo ao limite mínimo estabelecido nesta pesquisa para validação, de 70%. A confiabilidade nos dados obteve a concordância mais elevada (78,95%), seguida pela tempestividade (76,92%) e abrangência (75,79%). A distribuição das frequências relativas aos onze atributos está apresentada na TABELA 20 e no GRÁFICO 12.

TABELA 20 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIAS DE GRANDE PORTE

Taxa de hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	6	6,32	13	13,68	9	9,47	42	44,21	25	26,32	70,53	3,71	1,18
Confiabilidade	5	5,26	6	6,32	9	9,47	47	49,47	28	29,47	78,95	3,92	1,06
Simplicidade facilidade	4	7,69	4	7,69	6	11,54	12	23,08	26	50,00	73,08	4	1,28
Simplicidade entendimento	4	8,33	5	10,42	5	10,42	14	29,17	20	41,67	70,83	3,85	1,30
Representatividade ou fidedignidade	4	7,69	3	5,77	6	11,54	17	32,69	22	42,31	75,00	3,96	1,22
Sensibilidade	3	5,77	3	5,77	9	17,31	20	38,46	17	32,69	71,15	3,87	1,12
Abrangência	3	3,16	6	6,32	14	14,74	39	41,05	33	34,74	75,79	3,98	1,02
Objetividade	5	9,62	3	5,77	5	9,62	12	23,08	27	51,92	75,00	4,02	1,32
Baixo custo	2	3,85	3	5,77	10	19,23	17	32,69	20	38,46	71,15	3,96	1,08
Utilidade	3	5,77	3	5,77	7	13,46	14	26,92	25	48,08	75,00	4,06	1,18
Estabilidade	2	3,85	5	9,62	8	15,38	19	36,54	18	34,62	71,15	3,88	1,11
Tempestividade	3	5,77	4	7,69	5	9,62	20	38,46	20	38,46	76,92	3,96	1,15

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 12 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS-OPERATÓRIO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A maioria dos atributos apresentou alta correlação entre si, variando entre 0,71 e 0,85; com efeito, a baixa disponibilidade do dado é uma condição que prejudica o uso do indicador e afeta a confiabilidade do mesmo.

Segundo os painelistas, a razão é a interferência de fatores da rotina hospitalar como a *precariedade dos registros em prontuários, relatórios de produção da farmácia e de enfermagem* e dos próprios *sistemas de notificações de incidentes* (P06, P07, P36).

As feridas cirúrgicas, durante o processo de cicatrização, podem apresentar como complicação, uma coleção de sangue sob a pele, evoluindo para formação de do hematoma (SILVA; BORGES; LIMA, 2008).

Todavia, pode ocorrer *baixo preparo da equipe para identificação* deste hematoma, ou reconhecimento, mas menosprezo do mesmo como complicação (P25, P44). Estes sangramentos têm como origem a hemostasia inadequada durante a cirurgia, doenças do próprio paciente, utilização de drogas prejudiciais ao processo de coagulação ou mesmo um distúrbio de coagulação. O hematoma causa flutuação e desconforto, o sangue extravasado infiltra nos planos de menor resistência e o coágulo causa obstrução dos canalículos linfáticos e

capilares, ocasionando o afastamento das bordas da ferida (SILVA; BORGES; LIMA, 2008).

Para obtenção do numerador, *é necessário o registro do CID do diagnóstico secundário* relacionado ao controle da hemorragia pós-operatória ou drenagem de hematoma pós-operatório (P27). Como já citado anteriormente, na realidade brasileira *há sub-registro*, e esta particularidade fragiliza a coleta de dados e a gestão do indicador (P10).

Para melhorar estes dois atributos, os painelistas sugeriram a *revisão do prontuário para obtenção da informação* de forma mais realista (P10, P14), especificamente as relativas às descrições cirúrgicas.

4.2.1.13 Taxa de adesão institucional à estratégia multimodal de higiene das mãos

A higiene das mãos é a estratégia mais importante na prevenção da infecção hospitalar. Contudo, a real adesão às práticas recomendadas de higiene das mãos por profissionais de saúde permanece abaixo do ideal, apesar dos altos níveis de adesão autorreferida. A observação direta é o método utilizado na maioria dos estudos, e tem por desvantagem a utilização de amostras muito pequenas, considerando todas as oportunidades para a higiene das mãos no processo de cuidado (MARRA et al., 2010).

Apresentam-se a ficha técnica do indicador referente à adesão institucional à estratégia multimodal de higiene de mãos no QUADRO 31, e no QUADRO 32, as sugestões que originaram a reconstrução detalhada da ficha, de modo a torná-la utilizável na prática hospitalar.

QUADRO 31 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DAS MÃOS (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 13 ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DAS MÃOS.
Definição de termos/conceitos	<p>Mede a adesão às práticas institucionais propostas pela estratégia multimodal para melhoria da higienização das mãos.⁽¹⁾</p> <p>Indicador decomposto em 4, cada um mensurando uma das práticas propostas pela OMS⁽¹⁾ descritas a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mudança de sistema, assegurando a infraestrutura necessária para permitir a prática correta de higiene de mãos (acesso a sabonete líquido, papel toalha, preparações alcoólicas, pias); 2. Educação e treinamento, capacitando regularmente os profissionais, abordando os 5 momentos para a higiene das mãos; 3. Avaliação e retroalimentação, monitorando as práticas, a infraestrutura, a percepção e o conhecimento, retroalimentando os resultados; 4. Lembretes no local de trabalho de modo a alertar os profissionais; 5. Clima de segurança institucional com priorização, envolvendo a instituição, as equipes e pacientes e acompanhantes.
Objetivo ou Uso	Identificar a melhora das práticas institucionais para higienização das mãos, por meio da mensuração do conjunto de ações que compõem a estratégia multimodal. ⁽¹⁾

QUADRO 31 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DAS MÃOS (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 13 ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DAS MÃOS.
Método de cálculo	<p>Prática 1: Taxa de adequação da infraestrutura e de lembretes no local de trabalho Numerador: número de itens do checklist adequados. Denominador: número total de itens do checklist. Multiplicar o resultado por 100.</p> <p>Prática 2: Taxa de profissionais que receberam capacitação sobre os 5 momentos da higiene de mãos. Numerador: Número de profissionais capacitados. Denominador: Número total de profissionais da instituição. Multiplicar o resultado por 100.</p> <p>Prática 3: Taxa de adesão aos 5 momentos da higiene de mãos Numerador: Número de ações de higiene das mãos realizadas pelos profissionais de saúde em conformidade com a estratégia multimodal. Denominador: Número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos. Multiplicar o resultado por 100.</p> <p>Prática 4: Taxa de clima ou cultura da segurança (questionário aplicado a profissionais, pacientes e acompanhantes) Numerador: número de itens da pesquisa de segurança com resultado favorável. Denominador: Número de itens do questionário. Multiplicar o resultado por 100. Obs: o cálculo deste indicador pode variar de acordo com o questionário de avaliação do clima ou cultura da segurança. Recomenda-se o seguimento das orientações do instrumento selecionado.</p> <p>Método de cálculo para o indicador global: Método 1: Taxa de adesão à estratégia multimodal: somatória dos numeradores dos 4 indicadores/4. Obs: Pode ser calculada a média ponderada, adicionando-se pesos a cada prática, de acordo com a importância de cada uma para a instituição.</p> <p>Método de cálculo 2: Atribuir aos resultados de cada variável, isto é, de cada prática, pontuações (até cinco pontos), de acordo com faixas pré-estabelecidas. Ex: Prática 1: Menor que 20%: 1 ponto Entre 20 e menor que 30 %: 2 pontos Entre 30 e menor que 40%: 3 pontos Entre 40 e menor que 50%: 4 pontos Maior que 50%: 5 pontos</p> <p>Adesão institucional global à estratégia multimodal: De 1 a 4 pontos: baixíssima adesão; De 5 a 8 pontos: baixa adesão De 9 a 12 pontos: média adesão De 13 a 16 pontos: alta adesão De 17 a 20 pontos: altíssima adesão</p>

QUADRO 31 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DAS MÃOS (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 13 ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DAS MÃOS.
Tipo ou unidade de medida	Nível de adesão ou Taxa de adesão.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prática 1: auditoria interna. Prática 2: relatórios de educação continuada. Prática 3: observação in loco por amostragem estratificada por setores e profissionais, com registro do comportamento destes a cada oportunidade observável de higiene das mãos. Prática 4: Aplicação de avaliação da cultura de segurança por questionário validado para o Brasil.
Frequência	Mensal.
Referências	1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. Protocolo para a prática de higiene de mãos em serviços de saúde. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 01, 2013(a).

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 32 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DAS MÃOS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade/ Confiabilidade	<p><i>Sugiro mudança do título do indicador. Mantido o objetivo, deveria ser mudado o restante das definições. Subdivisão pelas diferentes práticas? (P36)*</i></p> <p><i>Sugere-se a obtenção por amostragem, estratificada por setores e por profissionais de saúde, realizada por observadores, não identificáveis, que registrem o comportamento dos profissionais a cada oportunidade observável de lavagem de mãos (P17)*</i></p> <p><i>Exceto a avaliação in loco, as demais fontes de dados não são confiáveis (P02)*</i></p> <p><i>Dificuldade de obtenção dos dados para construção do indicador. Adesão institucional a uma estratégia é mais amplo do que o número de ações realizadas pelos profissionais, rever o nome do indicador (P12)*</i></p> <p><i>A avaliação multimodal da higiene de mãos compreende a apreciação por momentos. Isso não está claro (P02)*</i></p> <p><i>Incluir lista de verificação no método de apuração (P49)*</i></p>	<p>Acatadas, mantido o nome do indicador, porém foram re-elaborados a definição de termos, o objetivo, o método de cálculo, a unidade de medida, e o método de apuração.</p>
	<p><i>Somente adesão às oportunidades por meio de filmagem, retroalimentação com a filmagem evidenciando a baixa adesão (P16)**</i></p>	<p>Não acatada, não foi incluída a filmagem no método de apuração, por não se ter encontrado respaldo na literatura</p>

QUADRO 32 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DAS MÃOS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	<i>"Número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos": não ficou claro como este cálculo será feito (P42)* Melhorar o método de cálculo (P33)* Acredito que o método de cálculo apresentado na ficha refere-se a adesão aos 5 momentos de Higiene de Mãos e não a adesão Institucional a estratégia Multimodal de Higiene de Mãos. Esta requer vários indicadores para a avaliação de sua adesão, como descrito nas definições (P08)*</i>	Acatada, proposto o uso de indicador composto, e o cálculo global por percentagem (taxa de adesão), ou por nível de adesão.
Estabilidade	<i>Não utilizar como numerador as ações da estratégia executadas (P15)*</i>	Acatada, foi modificado o método de cálculo.
Tempestividade	<i>Definir melhor a periodicidade (P31)* Sugere-se estabelecer a periodicidade mensal como regra, pois periodicidades maiores podem levar à perda da oportunidade de realizar intervenções corretivas em tempo hábil (P17)*</i>	Acatada, mantida somente a periodicidade mensal.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Os percentuais de concordância entre as respostas dos painelistas relativas a cada atributo variaram entre 53,68% (disponibilidade) e 92,30% (utilidade), conforme demonstra-se na TABELA 21 e no GRÁFICO 13.

Assim, as respostas relativas aos atributos em que foram encontradas as mais elevadas concordâncias entre os painelistas foram: utilidade (92,30%), representatividade e tempestividade (ambos com 82,70%) e estabilidade (80,76%).

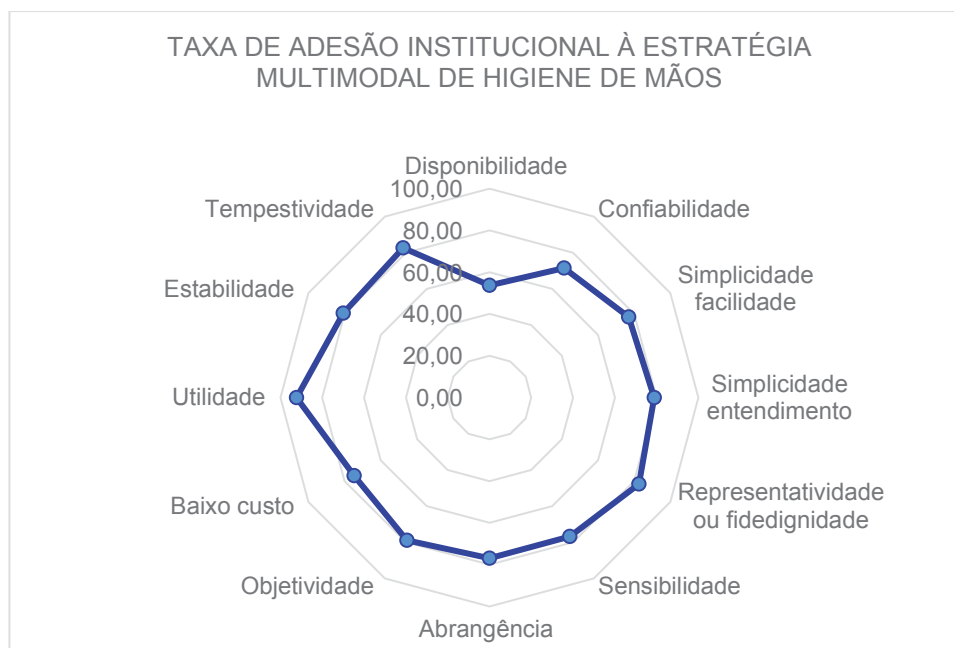
TABELA 21 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DE MÃOS

Taxa de adesão institucional à estratégia multimodal de higiene de mãos	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	8	8,42	35	36,84	1	1,05	36	37,89	15	15,79	53,68	3,16	1,31
Confiabilidade	4	4,21	17	17,89	6	6,32	50	52,63	18	18,95	71,58	3,64	1,11
Simplicidade facilidade	3	5,77	8	15,38	1	1,92	18	34,62	22	42,31	76,92	3,92	1,27
Simplicidade entendimento	5	9,62	4	7,69	2	3,85	20	38,46	21	40,38	78,85	3,92	1,28
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	7	13,46	1	1,92	22	42,31	21	40,38	82,69	4,06	1,07
Sensibilidade	3	3,16	11	11,58	8	8,42	39	41,05	34	35,79	76,84	3,95	1,09
Abrangência	1	1,92	6	11,54	5	9,62	20	38,46	20	38,46	76,92	4	1,07
Objetividade	2	3,85	5	9,62	4	7,69	12	23,08	29	55,77	78,85	4,17	1,17
Baixo custo	3	3,16	14	14,74	7	7,37	36	37,89	35	36,84	74,74	3,91	1,15
Utilidade	1	1,92	3	5,77	0	0,00	14	26,92	34	65,38	92,31	4,48	0,92
Estabilidade	1	1,92	6	11,54	3	5,77	19	36,54	23	44,23	80,77	4,1	1,07
Tempestividade	1	1,92	4	7,69	4	7,69	18	34,62	25	48,08	82,69	4,19	1,01

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A baixa concordância foi quanto à disponibilidade do dado para compor o indicador (53,68%), não atingindo o valor de 70% estipulado para validação do atributo. Neste sentido, os painelistas referiram que *observações in loco levam tempo* (P02, P51), que *mensurar as oportunidades perdidas é complicado*, pois *requer vigilância específica* (P06, P31) e a *auditoria para avaliar adesão é bastante trabalhosa* (P16). Os níveis de concordância para todos os atributos podem ser visualizados no GRÁFICO 13.

GRÁFICO 13 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ADESÃO INSTITUCIONAL À ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DE MÃOS



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Os atributos que obtiveram alta correlação com os demais foram abrangência com sensibilidade (0,84), confiabilidade (0,72) e representatividade (0,78); objetividade com representatividade (0,78) e sensibilidade (0,84); simplicidade quanto ao entendimento com confiabilidade (0,71) e com a simplicidade quanto à facilidade (0,76); estabilidade com sensibilidade (0,71), abrangência (0,77) e tempestividade (0,73). Estes resultados sinalizam que há óbices na rotina hospitalar para quantificar o indicador (P52).

Para obtenção dos dados necessários ao indicador proposto para mensurar a adesão institucional à estratégia multimodal de higiene de mãos, vários métodos podem ser utilizados, cada um com vantagens e desvantagens: realização de auditorias internas utilizando *checklists* para avaliar a infraestrutura e lembretes nos postos de trabalho; observação direta da prática de higiene de mãos nos cinco momentos, bem como os momentos perdidos; realização de pesquisas sobre clima ou cultura da segurança.

A observação envolve presenciar e registrar diretamente o comportamento da higiene das mãos dos profissionais de saúde e do ambiente

físico, no entanto requer investimento em pessoal preparado e possui o viés de não capturar o comportamento rotineiro. Para minimizar este viés, uma alternativa é a realização da *coleta durante a busca ativa de infecções ou outra atividade do Serviço de Prevenção e Controle de Infecções*, junto à equipe de assistência (P08).

A medição de sabão líquido e álcool permite avaliar indiretamente a adesão à diretriz de higiene das mãos, e é um indicador de processo (OLIVEIRA et al., 2016).

A elevada concordância ao atributo utilidade se confirma justamente pelas dificuldades na prática assistencial para realização da higiene de mãos nos cinco momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A estratégia multimodal tem uma abrangência mais ampliada, envolvendo a mudança no sistema com provimento da infraestrutura necessária, formação e educação dos profissionais de saúde, avaliação e retroalimentação sobre o desempenho e resultados, lembretes no local de trabalho, e criação de clima de segurança institucional (STEWARDSON et al., 2016).

Após análise das sugestões dos painelistas (QUADRO 32) elaborou-se um indicador composto abrangendo as várias práticas recomendadas pela OMS para a estratégia multimodal (QUADRO 31). A adoção de indicador composto justifica-se quando vários indicadores individuais, provados como sendo estatisticamente relevantes, são compilados num único índice, atendendo determinada metodologia. Desta forma, é possível mensurar conceitos multidimensionais, que não seriam captados por um único indicador (COSTA, 2014).

Para obter um único resultado, realizou-se combinação dos indicadores relativa às quatro práticas citadas no método de cálculo da ficha técnica (QUADRO 31). Foram sugeridos pela autora dois métodos: um baseado em pontos e outro na somatória dos resultados das quatro práticas, representando de forma sintética um conjunto de aspectos da realidade (CQH, 2017 a).

Nesse sentido, em revisão sistemática objetivando avaliar a eficácia relativa à campanha da OMS 2005 para promover a higienização das mãos entre profissionais de saúde em ambientes hospitalares, foi evidenciado que a campanha é eficaz para aumentar a adesão dos profissionais de saúde. Adição

de estabelecimento de metas, incentivos de recompensa e estratégias de responsabilidade podem levar a melhorias adicionais (LUANGASANATIP et al., 2015).

Ressalta-se que a higienização das mãos é uma das metas internacionais para a segurança do paciente, desta forma, um indicador para mensurar a efetividade de programas hospitalares, que incrementem a adesão a esta prática, teria alta aplicabilidade. Assim, recomenda-se o investimento em técnicas para obtenção de dados e estruturação de indicadores que viabilizem a mensuração da efetividade das ações institucionais, visando a adesão às variadas práticas que compõem a estratégia multimodal para a higiene de mãos.

4.2.1.14 Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas

Tendo em vista o potencial de contaminação, as cirurgias podem ser limpas, potencialmente contaminadas e infectadas. É esperado que a infecção em cirurgias limpas tenha uma menor incidência devido ao menor risco de contaminação, com taxa de infecção inferior a 2%. Pelas condições de realização, são consideradas marcadores de qualidade (PEREIRA et al., 2014).

Apresentam-se a seguir a ficha técnica do indicador de taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas no QUADRO 33 e as sugestões dos painelistas no QUADRO 34.

QUADRO 33 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 14 TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS
Definição de termos/conceitos	<p>Contabiliza as infecções de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas.⁽¹⁾</p> <p>Infecção incisional superficial: ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia e envolve pele e subcutâneo. Possui pelo menos um destes sinais: drenagem purulenta da incisão superficial; cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente.^(2,3)</p> <p>Infecção incisional profunda: ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até um ano, no caso de prótese, e envolve tecidos moles profundos à incisão. Deve estar presente pelo menos um destes sinais: drenagem purulenta da incisão profunda, mas não de órgão/cavidade; deiscência parcial ou total da parede abdominal ou abertura da ferida pelo cirurgião, abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida identificada em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou exame de imagem.^(2,3)</p> <p>Infecção de órgão ou cavidade: ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até um ano, se houver colocação de prótese. Envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante cirurgias, com evidência de pelo menos um dos seguintes sinais: cultura positiva de secreção ou tecido do órgão/cavidade obtido assepticamente; presença de abscesso ou outra evidência de que a infecção envolve os planos profundos da ferida, identificada em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou exame de imagem.^(2,3)</p> <p>Cirurgias limpas: são as realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local, em cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta, e em cirurgias sem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.^(2,3)</p>
Objetivo ou Uso	Identificar as infecções em cirurgias limpas.
Método de cálculo	Numerador: Número de infecções de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas. Denominador: Número total de cirurgias limpas. Multiplicar o resultado por 100.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes e de infecção hospitalar, relatórios de busca ativa do serviço de prevenção e controle de infecção. Contabilizar as altas cirúrgicas e reinternações (no mesmo hospital).
Ajuste do risco	Fatores de risco que aumentam a probabilidade de infecções em pacientes cirúrgicos: ^(1,4) duração do procedimento cirúrgico; condição clínica do paciente (gravidade), baseada na classificação da Sociedade Americana de Anestesia (ASA); o grau de contaminação do sítio cirúrgico; procedimentos de emergência/não planejados.
Frequência	Mensal, ou acúmulo mínimo (denominador) de 30 procedimentos no período considerado para o cálculo. ⁽⁴⁾

QUADRO 33 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 14 TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS
Referências	<p>1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas. Rio de Janeiro, 2014 (j). Disponível em: https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-infec%C3%A7%C3%A3o-de-s%C3%ADtio-cir%C3%BArgico-em-cirurgias-limpas . Acesso em: 03 out 2016.</p> <p>2. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Sítio cirúrgico. Critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Brasília: Anvisa, 2009.</p> <p>3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017(b)</p> <p>4. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de Segurança do Paciente – Prevenção e Controle de Infecção. Rio de Janeiro, 2014 (k). Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2 . Acesso em: 01 nov 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 34 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>Estabelecer outras fontes de informações, em especial o paciente e o cirurgião. Muitos pacientes não retornam ao hospital, e a cultura de autonotificação não está totalmente consolidada (P37)**</i>	Não acatada, está prevista a busca ativa pelo SCIH enquanto o paciente ainda está internado.
Confiabilidade	<i>"Falhas Técnicas Grosseiras" não devem desclassificar uma cirurgia originalmente "limpa" (P17)*</i>	Acatada, excluído esse termo na caracterização de cirurgia limpa.
Simplicidade/ Abrangência	<i>Método de cálculo: Número de infecções de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas, considerando cada especialidade (P42)** Calcular taxa de infecção por cirurgião/equipe (P52)** Permite análise geral, mas não por cirurgião, cirurgia e fatores de risco que não o de contaminação (P16)**</i>	Não acatada, trata-se de indicador institucional geral, sem impedimento da estratificação por especialidade, cirurgião, etc.
Objetividade	<i>Sugere-se melhorar a redação da definição do indicador no sentido de deixar mais objetiva (P12)* O objetivo precisa ser mais "objetivo", breve e claro (P52)*</i>	Acatada, alterada a redação das definições e do objetivo.
Tempestividade	<i>Colocar na ficha técnica a periodicidade com que será medido o indicador (em princípio, deveria ser mensal) (P17)*</i>	Acatada, incluída a periodicidade mensal "ou" acúmulo de 30 cirurgias.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Houve consenso acima de 70% entre os painelistas em todos os atributos, atingindo unanimidade no atributo objetividade com 100% de concordância; a simplicidade quanto à facilidade no cálculo, a representatividade e a utilidade obtiveram 96,15% de consenso cada, conforme demonstra-se na TABELA 22.

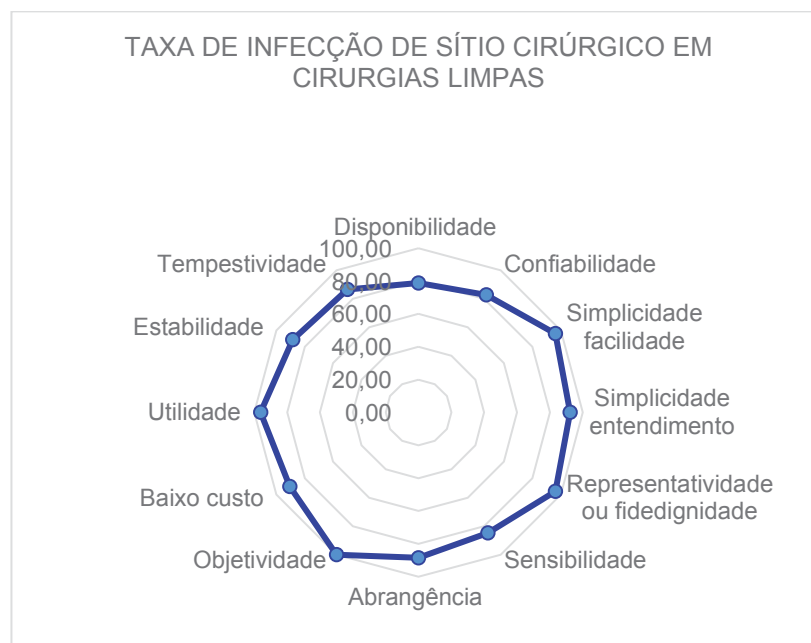
TABELA 22 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS

Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	0	0,00	10	19,23	1	1,92	20	38,46	21	40,38	78,85	4	1,10
Confiabilidade	0	0,00	9	17,31	0	0,00	21	40,38	22	42,31	82,69	4,08	1,06
Simplicidade facilidade	0	0,00	2	3,85	0	0,00	15	28,85	35	67,31	96,15	4,6	0,69
Simplicidade entendimento	0	0,00	3	5,77	1	1,92	14	26,92	34	65,38	92,31	4,52	0,80
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	2	3,85	0	0,00	15	28,85	35	67,31	96,15	4,6	0,69
Sensibilidade	0	0,00	5	9,62	3	5,77	16	30,77	28	53,85	84,62	4,29	0,96
Abrangência	0	0,00	4	7,69	2	3,85	17	32,69	29	55,77	88,46	4,37	0,89
Objetividade	0	0,00	0	0,00	0	0,00	12	23,08	40	76,92	100,00	4,77	0,425
Baixo custo	0	0,00	3	5,77	2	3,85	14	26,92	33	63,46	90,38	4,48	0,83
Utilidade	0	0,00	2	3,85	0	0,00	10	19,23	40	76,92	96,15	4,69	0,67
Estabilidade	0	0,00	3	5,77	3	5,77	16	30,77	30	57,69	88,46	4,4	0,85
Tempestividade	2	3,85	3	5,77	2	3,85	15	28,85	30	57,69	86,54	4,31	1,06

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Por sua vez, a disponibilidade do dado para compor o indicador foi o atributo com concordância menor entre os painelistas (78,85%), ocasionada principalmente pela *falta de registros adequados em prontuário* (P06, P08, P27, P36) e *de notificações* (P33, P35). A falta de uniformidade no *entendimento pelas equipes, sobre o conceito de cirurgia limpa*, também pode prejudicar a obtenção do dado (P17, P31). Os níveis de concordância são apresentados no GRÁFICO 14.

GRÁFICO 14 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A concordância entre os painelistas acima de 90% em cinco atributos corrobora a adequação do indicador: a consonância quanto à objetividade do indicador demonstra a assertividade na vigilância das infecções de sítio cirúrgico; a fórmula para o cálculo é simples, tornando-o compreensível e o indicador representa fielmente a medida das infecções incisionais superficiais e profundas, atendendo ao conceito estipulado pela ANVISA, e o baixo custo se justifica por este tipo de vigilância ser uma das atividades rotineiras de controle de infecções.

A capacidade para avaliar indiretamente a qualidade da assistência justifica a elevada concordância ao atributo utilidade, uma vez que a taxa elevada pode suscitar a avaliação de outros elementos associados à cirurgia, como a avaliação da técnica operatória, o ambiente cirúrgico e os processos de esterilização (GEBRIM et al., 2016).

Foi evidenciada alta correlação entre os atributos abrangência e sensibilidade (0,78), e entre tempestividade e baixo custo (0,72).

Para incremento da amplitude (abrangência) do indicador, recomendam-se comparações dos resultados entre as mesmas cirurgias, devido à existência de alguns fatores de risco para infecção específicos. Da mesma forma, o

investimento em tecnologia de informação que favoreçam os registros em prontuários e as notificações pode acrescer os custos, contudo, possibilita agilidade (tempestividade) na obtenção dos dados para o indicador.

4.2.1.15 Taxa de quedas com dano em pacientes internados

As quedas em pacientes internados em hospitais de cuidados agudos continuam a ser o incidente mais comumente relatado, com taxas de 3,56 quedas por 1.000 pacientes/ dia, muitas resultando em danos (GRAY-MICELI; MAZZIA; CRANE, 2017).

Representando a maior força de trabalho nos hospitais, a enfermagem presta cuidado a pacientes idosos, mais suscetíveis a quedas, contudo poucos profissionais são treinados para a assistência geriátrica. Considera-se que uma força de trabalho com baixa qualificação técnica para cuidar de idosos é, por si só, barreira à prestação de cuidados de qualidade (GRAY-MICELI; MAZZIA; CRANE, 2017).

Apresentam-se a ficha técnica do indicador quedas com dano no QUADRO 35, e as sugestões dos painelistas no QUADRO 36.

QUADRO 35 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS

NOME DO INDICADOR	FT S 15 TAXA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS.
Definição de termos/conceitos	<p>Identifica as quedas que resultaram em dano ao paciente (leve, moderado, grave e óbito).</p> <p>Considera-se queda um evento não intencional que resulta no deslocamento do paciente para o chão ou para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial.⁽¹⁾</p> <p>Dano: prejuízo à estrutura ou função do corpo como doença, ferimento, sofrimento, incapacidade ou morte, associado à assistência à saúde, e não como decorrência da doença.^(2,3)</p> <p>Grau do dano: ^(2,3)</p> <p>Dano leve: Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados de curta duração, sem intervenção ou intervenções mínimas (ex.: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve).</p> <p>Dano moderado: Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (ex.: procedimento terapêutico adicional), aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.</p> <p>Dano grave: Paciente sintomático, requerendo intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.</p> <p>Óbito: Dentro das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada no curto prazo pelo incidente.</p>
Objetivo ou Uso	Monitorar e comparar internamente e externamente o desempenho hospitalar relacionado aos resultados da aplicação do protocolo de prevenção de quedas, e no caso específico, com dano.
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de quedas que teve como consequência dano leve, moderado, grave ou óbito.</p> <p>Denominador: Número de pacientes-dia, representado pelo quantitativo de pacientes internados, independente do local da queda.</p> <p>Multiplicar o resultado por 1.000.</p>
Tipo ou unidade de medida	Incidência.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, resumo de alta ou de óbito, fichas de notificação de incidentes.
Frequência	Mensal.
Referências	<p>1.CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH/Compromisso com a qualidade hospitalar. 2.ed. São Paulo: APM/CREMESP, 2012.</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf .</p> <p>Acesso em: 31 out 2018.</p> <p>3.PORTUGAL. MINISTERIO DA SAÚDE. DIREÇÃO GERAL DA SAUDE. Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do paciente. Relatório Técnico. Lisboa, 2011.</p> <p>Disponível em: https://www.dgs.pt/.../classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx</p> <p>Acesso em: 31 out 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 36 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade/ Sensibilidade	<i>Poderia ser apenas o número de quedas notificadas, este dado já seria suficiente para a identificação das fragilidades e a gestão do cuidado (P27)** Monitorar não só queda com dano (P23)** Nem sempre é possível avaliar se houve realmente dano. Sugestão: simplesmente mudar o indicador para "Quedas em Pacientes Internados", independentemente de dano. Toda queda tem um dano em potencial. Mesmo que nenhum dano seja evidenciado, a queda deve ser computada no numerador (P17)**</i>	Não acatada, o indicador de quedas em geral é importante. Contudo para avaliação da efetividade, mensurar aquelas em que houve danos, é considerado pela literatura, como sensível para a enfermagem (MONTALVO, 2007; HESLOP; LU, 2014).
Confiabilidade	<i>Quanto ao cálculo, para maior efetividade, acredito que deverá ser feito de maneira separada para cada tipo de dano: nº incidentes com danos leves em relação ao número total de internações; nº incidentes com dano moderado em relação ao número total de internações e assim por diante (P06)**</i>	Não acatada, estima-se que as quedas com dano sejam poucas, sem justificativa para estratificação.
Simplicidade	<i>Com relação ao cálculo, tenho dúvida se resulta em incidência (P51)*</i>	Acatada, substituído por "identifica" na definição de termos.
	<i>A conceituação da gravidade do dano não interfere na classificação do incidente, pois o indicador não mede os danos leves, moderados, graves ou óbitos de forma distinta (P40)**</i>	Não acatada, mantida a classificação para orientar os profissionais na coleta de dados.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada; os percentuais de concordância entre os painelistas variaram entre 94,23% e 76,92%, conforme pode ser visualizado na TABELA 23 e no GRÁFICO 15.

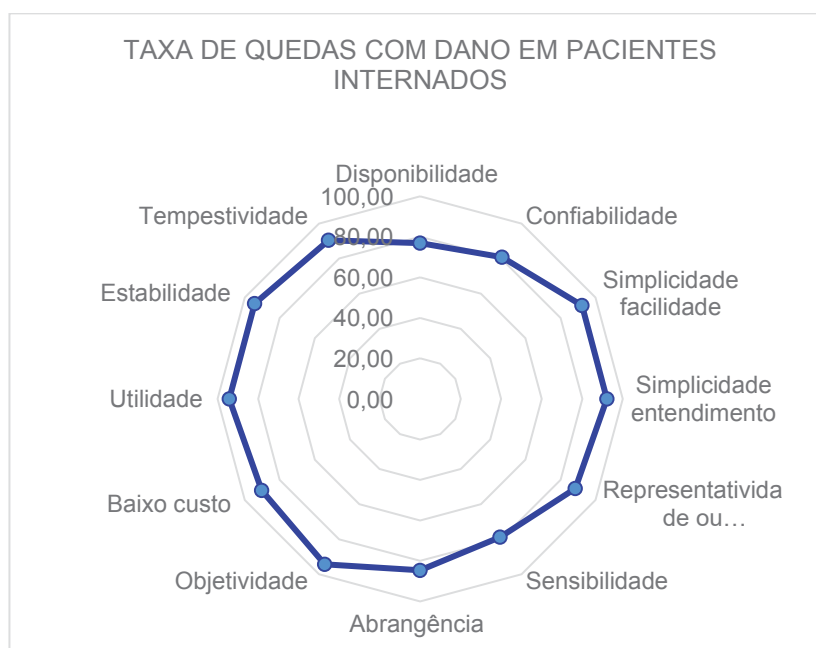
Os percentuais mais elevados de concordância foram em relação aos atributos objetividade, utilidade e estabilidade (94,23% cada), seguidos pela simplicidade (92,31% quanto à facilidade no cálculo e 92,16% quanto à simplicidade no entendimento pelas equipes).

TABELA 23 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS

Taxa de quedas com dano em pacientes internados	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	2	3,85	6	11,54	4	7,69	23	44,23	17	32,69	76,92	3,9	1,11
Confiabilidade	1	1,92	4	7,69	5	9,62	24	46,15	18	34,62	80,77	4,04	0,97
Simplicidade facilidade	0	0,00	0	0,00	4	7,69	16	30,77	32	61,54	92,31	4,54	0,64
Simplicidade entendimento	0	0,00	0	0,00	4	7,84	16	31,37	31	60,78	92,16	4,53	0,64
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	3	5,77	3	5,77	8	15,38	38	73,08	88,46	4,56	0,85
Sensibilidade	0	0,00	2	3,85	9	17,31	14	26,92	27	51,92	78,85	4,27	0,89
Abrangência	0	0,00	1	1,92	7	13,46	18	34,62	26	50,00	84,62	4,33	0,78
Objetividade	0	0,00	1	1,92	2	3,85	14	26,92	35	67,31	94,23	4,6	0,66
Baixo custo	1	1,92	0	0,00	4	7,69	12	23,08	35	67,31	90,38	4,54	0,80
Utilidade	0	0,00	2	3,85	1	1,92	12	23,08	37	71,15	94,23	4,62	0,72
Estabilidade	0	0,00	0	0,00	3	5,77	25	48,08	24	46,15	94,23	4,4	0,60
Tempestividade	0	0,00	2	3,85	3	5,77	20	38,46	27	51,92	90,38	4,38	0,77

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 15 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Constatou-se alta correlação entre os atributos abrangência e sensibilidade (0,86); entre confiabilidade e disponibilidade (0,76); entre representatividade ou fidedignidade e a simplicidade tanto no cálculo como no entendimento dos resultados pelos profissionais (0,73 ambos); entre objetividade e representatividade (0,71) e abrangência e a simplicidade no entendimento do resultado (0,70).

Este resultado relacionado à objetividade se explica pelo fato de o indicador de quedas ser conhecido pelos profissionais de saúde e preconizado por órgãos nacionais e internacionais (AHRQ, 2007; BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2018).

Os atributos com as menores concordâncias entre os participantes foram a sensibilidade (78,85%) e a disponibilidade (76,92%). Embora todas as quedas dentro do hospital devam ser notificadas e contabilizadas, este indicador abrange aquelas com identificação de dano, por ser considerado um indicador sensível para mensuração da qualidade do cuidado de enfermagem em unidades de cuidados a pacientes agudos, e justamente pela baixa incidência, a *California Nursing Outcomes Coalition* contabiliza o número de quedas com dano para cada 1000 pacientes-dia (HESLOP; LU, 2014; GARRARD et al., 2016).

Um indicador é classificado como sensível quando há correlação, ou associação multivariada, entre os aspectos relacionados à força de trabalho da enfermagem ou o próprio processo de enfermagem, com os resultados (MONTALVO, 2007).

Os painelistas expressaram ressalvas quanto ao atributo disponibilidade devido à *subnotificação das quedas* (P09, P23, P27, P29, P35, P36), especialmente aquelas com dano, pois os *registros não estão facilmente disponíveis* nos prontuários (P31), há necessidade de *capacitação para as equipes identificarem e registrarem os danos* (P10), além de *nem sempre ser possível avaliar se o dano ocorreu*, além da subjetividade envolvida nesta análise (P17).

Com efeito, considera-se dano o prejuízo à estrutura ou função do corpo como doença, ferimento, sofrimento, incapacidade ou morte, associado à assistência à saúde, e não como decorrência da doença (WHO, 2009).

O dano é caracterizado como leve, quando os sintomas são superficiais, a perda de função é mínima ou de curta duração, não são realizadas intervenções ou estas são mínimas. Moderado, quando há necessidade de intervenção, como por exemplo, um procedimento terapêutico adicional, há aumento do tempo de internação ou perda da função permanente ou no longo prazo. É considerado dano grave se requerer intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo. O óbito decorrente da queda é assim considerado quando comprovadamente houve antecipação do mesmo no curto prazo ou foi causado pela queda (PORTUGAL, 2011).

4.2.1.16 Incidência de lesão por pressão

O indicador de lesão por pressão é recomendado pela ANA, confirmado por teste de viabilidade e avaliação de evidências correlacionando características da atuação da equipe de enfermagem, nos resultados positivos ou negativos do indicador (MONTALVO, 2007).

A ficha técnica deste indicador é apresentada no QUADRO 37 e, as sugestões dos painelistas, no QUADRO 38.

QUADRO 37 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 16 INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO
Definição de termos/conceitos	Contabiliza o número de casos novos de pacientes com lesão por pressão, adquiridas após a internação no hospital. ⁽¹⁾ Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, ou relacionada ao uso de dispositivos. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta, resultante da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. ⁽²⁾
Objetivo ou Uso	Monitorar o desempenho relacionado aos resultados da utilização do protocolo de prevenção de lesões por pressão.
Método de cálculo	Numerador: Número de casos novos de pacientes com lesão por pressão, adquiridas após a internação no hospital. Denominador: número de pacientes com risco de adquirir lesões por pressão (avaliados por ferramenta validada). Multiplicar o resultado por 1.000.

QUADRO 37 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 16 INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO
Tipo ou unidade de medida	Incidência.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes.
Frequência	Mensal.
Referências	1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente clínico . Rio de Janeiro, 2014 (I). Disponível em: https://proqualis.net/indicadores/incid%C3%Aancia-de-%C3%BAlcera-por-press%C3%A3o-upp . Acesso em: 01 nov 2018 2. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury . 13 apr 2016. Washington DC. Disponível em: http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/ Acesso em: 08 dez 2018.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 38 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade	<i>Risco é quantitativo (alto ou baixo) e não qualitativo (com ou sem risco). Um paciente que interna com baixo risco pode se tornar de alto risco durante a internação e vice-versa. A sugestão é alterar o denominador para o total de pacientes-dia (P17)**</i>	Para mensuração da efetividade considera-se que a avaliação de risco para lesão de pele é realizada diariamente. O denominador corresponde ao número de pacientes identificados com risco.
Simplicidade	<i>Se se pretende apurar o "número de pacientes com risco de adquirir lesões por pressão (avaliados por ferramenta validada)." (denominador), o método de apuração deve incluir outras fontes (por ex. avaliação/observação diária e aplicação da ferramenta (sugiro mencionar a ferramenta e deixar mais claro) (P49)** Sugiro a especificação da ferramenta validada. Além disso, especificar em quais pacientes ela será aplicada (ex: adultos ou pediátricos; se em pacientes internados a partir de quantas horas de internação) (P40)**</i>	Não acatada, a variedade de escalas para avaliação do risco de lesão por pressão é extensa, cada uma segue um método para avaliação. O objetivo é que cada hospital selecione aquela mais condizente com o seu perfil.

QUADRO 38 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Sensibilidade	<i>Considerando que todos os pacientes possuem o risco de desenvolvimento de lesão por pressão, pode-se confundir a necessidade de ter a avaliação documentada como um indicador de ADESÃO à identificação de risco pela escala de Braden, por exemplo (P02)*</i>	Acatada, alguns pacientes possuem risco mais elevado. Substituído no objetivo “aplicação” por “utilização”.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Os percentuais de concordância entre as respostas dos painelistas para cada atributo variaram entre 82,07% e 98,09%. Esta concentração de elevados níveis de concordância pode ser observada na TABELA 24 e no GRÁFICO 16.

Os atributos que obtiveram a concordância mais elevada foram: tempestividade e utilidade (98,08% cada) e a objetividade e representatividade (96,15% cada).

TABELA 24 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO

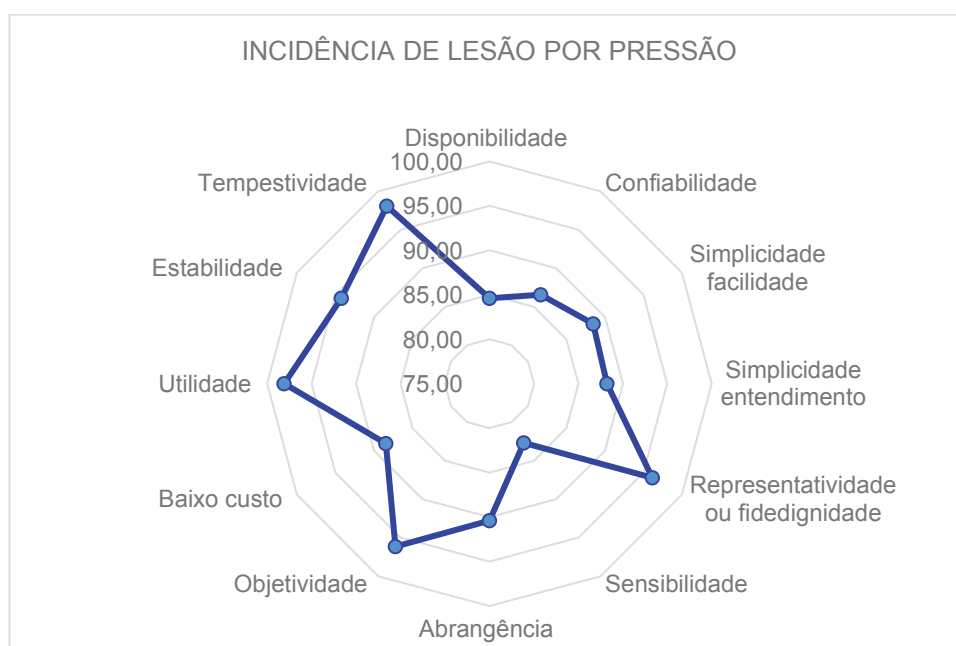
Incidência de lesão por pressão	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	0	0,00	4	7,69	4	7,69	27	51,92	17	32,69	84,62	4,1	0,85
Confiabilidade	0	0,00	5	9,62	2	3,85	23	44,23	22	42,31	86,54	4,19	0,91
Simplicidade facilidade	0	0,00	4	7,69	2	3,85	12	23,08	34	65,38	88,46	4,46	0,90
Simplicidade entendimento	0	0,00	3	5,88	3	5,88	15	29,41	30	58,82	88,24	4,41	0,85
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	1	1,92	1	1,92	12	23,08	38	73,08	96,15	4,67	0,62
Sensibilidade	0	0,00	3	5,77	6	11,54	18	34,62	25	48,08	82,69	4,25	0,88
Abrangência	0	0,00	2	3,85	3	5,77	16	30,77	31	59,62	90,38	4,46	0,78
Objetividade	0	0,00	2	3,85	0	0,00	9	17,31	41	78,85	96,15	4,71	0,67
Baixo custo	0	0,00	1	1,92	5	9,62	13	25,00	33	63,46	88,46	4,5	0,75
Utilidade	0	0,00	0	0,00	1	1,92	12	23,08	39	75,00	98,08	4,73	0,49
Estabilidade	0	0,00	0	0,00	3	5,77	21	40,38	28	53,85	94,23	4,48	0,61
Tempestividade	0	0,00	0	0,00	1	1,92	22	42,31	29	55,77	98,08	4,54	0,54

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A despeito de o atributo tempestividade ter obtido a concordância mais elevada, os painelistas apontaram que a eficácia da *sistemática de registro e processamento de notificações* de incidentes, assim como a *agilidade do sistema de informações*, são cruciais para a obtenção dos dados necessários a tempo para o cálculo do indicador (P51, P21, P36).

Esta problemática da carência de dados, isto é, ausência de disponibilidade de sistemas adequados para o registro de informações rotineiras nas instituições; ou quando existentes, são baseadas em fontes de dados pouco confiáveis, incompletas ou inacessíveis, está presente tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (WHO, 2010).

GRÁFICO 16 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

As lesões por pressão dificultam o processo de recuperação funcional, levam a infecções graves, e estão associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade, e são evitáveis por meio da identificação dos pacientes em risco e implantação de estratégias de prevenção (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Foi referenciado pelos painelistas que o fato de se aplicar escala para avaliação da integridade cutânea dos pacientes (P16), bem como a utilização de “*protocolos de prevenção de lesão de pele, e envolvimento da equipe multidisciplinar*” (P14) colaboram tanto para a utilidade como para a objetividade deste indicador. De fato, observou-se correlação positiva muito alta entre a utilidade e a objetividade (0,90).

A correlação entre os atributos simplicidade facilidade e simplicidade no entendimento foi alta (0,72). Houve sugestões para *citar a escala de avaliação do risco* de lesão de pele na ficha técnica (P40, P49), inclusão de outras fontes para apuração do indicador, como *avaliação/aplicação diária de escala* (P49) e simplificação do denominador, utilizando “*total de pacientes dia*” ao invés de “*número de pacientes com risco de adquirir lesões por pressão, avaliados por ferramenta validada*” (P17), de modo a melhorar a simplicidade deste indicador. Estas sugestões não foram acatadas, uma vez que a estratificação dos pacientes com risco é necessária para o cálculo da efetividade, na prevenção e no cuidado da lesão já desenvolvida.

Quanto à sugestão de citação na ficha técnica, de ferramenta para avaliação do risco de lesão, a compreensão desta pesquisa, é que a ficha técnica possa ser utilizada por qualquer hospital, e que estes tenham liberdade para utilizar a escala mais apropriada para seu perfil epidemiológico, embora sejam frequentes estudos realizados por enfermeiros sobre a Escala de Braden (CERVELLINI; GAMBA; ABRÃO, 2015), Norton e Waterlow (ROCHA; OSELAME; MELLO; NEVES, 2016) e Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (LOPES et al., 2016), por exemplo.

Considera-se que este indicador permitirá ao hospital comparar o seu desempenho quanto ao gerenciamento do protocolo de prevenção de lesões por pressão, tanto internamente como externamente.

4.2.1.17 Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Adulto

O CVC é um dispositivo vascular inserido no coração, próximo dele ou em grandes vasos, para infusão de medicamentos, nutrientes, coleta de sangue ou monitorização hemodinâmica. O monitoramento das infecções primárias de corrente sanguínea em pacientes em uso deste tipo de cateter é recomendado e considerado de interesse nacional para a profissão de enfermagem, pela ANA (MONTALVO, 2007).

Apresentam-se a ficha técnica do indicador no QUADRO 39 e, as sugestões dos painelistas, no QUADRO 40.

QUADRO 39 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 17 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC), INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DE ADULTO.
Definição de termos/conceitos	(CVC): cateter vascular inserido no coração ou próximo dele, ou em grandes vasos para infusão de medicamentos ou nutrição, coleta de sangue ou monitorização hemodinâmica. ⁽²⁾ Paciente com Cateter Venoso Central-Dia: número obtido por meio da soma de pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais que um cateter central, deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. ⁽²⁾
Objetivo ou Uso	Contabilizar casos de infecções hospitalares causadas pelo uso de cateteres intravenosos centrais.
Método de cálculo	Subdivisão em dois indicadores: ^(2,3) 1. IPCSL: Numerador: Número de casos novos de infecção de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica). Denominador: Número de cateter venoso central-dia no período. Multiplicar por 1.000. 2. IPCSC: Número de casos novos de infecção de corrente sanguínea clínica - (sem confirmação laboratorial). Denominador: Número de cateter venoso central-dia no período. Multiplicar por 1.000.

QUADRO 39 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 17 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC), INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DE ADULTO.
Tipo ou unidade de medida	Incidência.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários e relatórios do serviço de prevenção e controle de infecção, relativos à busca ativa dos casos por meio da avaliação de dados laboratoriais (ex.: hemoculturas).
Frequência	Mensal.
Ajuste de risco	Idade, sexo, comorbidades, procedimentos.
Referências	1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em unidade de terapia intensiva (UTI) de adulto. Rio de Janeiro, 2014 (m). Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2Densidade%20de%20incid%C3%Aancia%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20de%20corrente%20sangu%C3%ADnea.pdf . Acesso em: 01 nov 2018. 2. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2010. Disponível em: http://ccihadm.med.br/legislacao/Indicadores_nacionais_de_IRAS_AN_VISA.pdf . Acesso em: 08 dez 2018. 3. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente. Indicadores de Prevenção e Controle de Infecção. Rio de Janeiro, 2014(n). Disponível em: http://proqualis.net/indicadores-de-preven%C3%A7%C3%A3o-e-controle-de-infec%C3%A7%C3%A3o . Acesso em: 01 nov 2018.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 40 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	<i>Rever redação do indicador, pois está extensa e um pouco confusa (P12)*</i>	Acatada, reescrita a definição e resumidos os demais conceitos.
Representatividade	<i>O objetivo não é claro. "Sinalizar" não é verbo a ser utilizado em objetivo(s) (P52)*</i>	Acatada, substituído por "contabilizar".

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada, sendo que a variação dos percentuais de concordância entre as respostas dos painelistas, para cada atributo, esteve entre 96,15% e 88,46%. Os atributos que obtiveram os percentuais mais elevadas de concordância foram a representatividade, utilidade e estabilidade (96,15% cada um); e a simplicidade no entendimento, a objetividade e a tempestividade (94,23% cada).

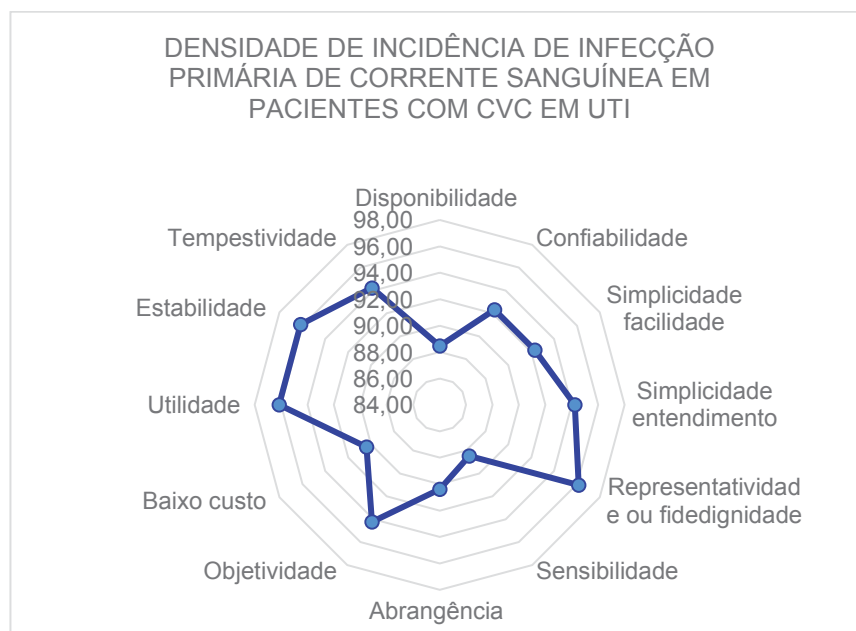
Esta concentração de elevados níveis de concordância pode ser observada na TABELA 25 e no GRÁFICO 17.

TABELA 25 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO

Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes com CVC em UTI	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	0	0,00	4	7,69	2	3,85	22	42,31	24	46,15	88,46	4,27	0,87
Confiabilidade	0	0,00	1	1,92	3	5,77	21	40,38	27	51,92	92,31	4,42	0,70
Simplicidade facilidade	0	0,00	4	7,69	0	0,00	18	34,62	30	57,69	92,31	4,42	0,85
Simplicidade entendimento	0	0,00	2	3,85	1	1,92	18	34,62	31	59,62	94,23	4,5	0,73
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	2	3,85	0	0,00	10	19,23	40	76,92	96,15	4,69	0,67
Sensibilidade	0	0,00	2	3,85	4	7,69	16	30,77	30	57,69	88,46	4,42	0,80
Abrangência	0	0,00	2	3,85	3	5,77	16	30,77	31	59,62	90,38	4,46	0,78
Objetividade	2	3,85	1	1,92	0	0,00	11	21,15	38	73,08	94,23	4,58	0,91
Baixo custo	0	0,00	2	3,85	3	5,77	14	26,92	33	63,46	90,38	4,5	0,78
Utilidade	0	0,00	1	1,92	1	1,92	9	17,31	41	78,85	96,15	4,73	0,60
Estabilidade	0	0,00	1	1,92	1	1,92	21	40,38	29	55,77	96,15	4,5	0,64
Tempestividade	0	0,00	1	1,92	2	3,85	18	34,62	31	59,62	94,23	4,52	0,67

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 17 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC), INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DE ADULTO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Constatou-se alta correlação entre os atributos abrangência e sensibilidade (0,87); entre utilidade e objetividade (0,77); entre objetividade e abrangência (0,76); entre objetividade e representatividade (0,73); entre confiabilidade e disponibilidade (0,73); entre estabilidade e sensibilidade (0,73) e entre estabilidade e abrangência (0,71).

O uso do CVC em unidade de terapia intensiva (UTI) tem por finalidade a manutenção da vida, porém o risco de infecção aumenta proporcionalmente ao tempo de internação, tornando esta infecção um problema global, responsável pelo aumento da mortalidade, do tempo de internação na UTI, e dos custos dos cuidados.

A prevenção desta condição é crucial para otimizar a segurança do paciente. A adesão às recomendações para redução das taxas de IPCS é baixa, embora estas infecções permaneçam elevadas em muitos países (PALOMAR et al., 2013).

Os altos níveis de concordância entre os painelistas em relação a todos os atributos avaliados podem ser justificados pela obrigatoriedade do

monitoramento do indicador em âmbito nacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015a), bem como de vigilância e notificação dos indicadores de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central. Assim os serviços de prevenção e controle de infecção já estão familiarizados com o seu monitoramento.

Como aperfeiçoamento, os painelistas recomendaram a *fidedignidade nos registros por profissionais em prontuário*, especialmente quanto à *data de implantação e retirada do CVC* (P08, P14, P16, P17, P21, P36, P52); *registros em planilhas do número de pacientes-dia em uso deste cateter* (P08, P16, P27, P48), e o cumprimento de *regras institucionais para coleta de hemocultura e confirmação laboratorial* (P08, P30, P31).

4.2.1.18 Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva de Adulto.

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de infecções relacionadas à assistência à saúde, com grande potencial preventivo, visto que a maioria das ITU está relacionada ao uso de cateter vesical (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

No QUADRO 41 apresentam-se a ficha técnica desse indicador e no QUADRO 42 as sugestões dos painelistas.

QUADRO 41 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO

NOME DO INDICADOR	FT S 18 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A CATETER VESICAL DE DEMORA EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI ADULTO.
Definição de termos/conceitos	<p>Considera-se infecção do trato urinário relacionada à assistência à saúde e a cateter vesical, qualquer infecção sintomática de trato urinário, em paciente utilizando cateter vesical de demora há pelo menos 48 horas, em UTI adulto.⁽¹⁾</p> <p>Cateter vesical de demora: é aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece.⁽¹⁾</p> <p>Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção supra púbica e cateterização intermitente.</p> <p>Obs: O diagnóstico clínico precoce, associado a exames qualitativo e quantitativo de urina e urocultura, fornece evidência para a terapêutica, todavia bacteriúria assintomática e candidúria podem induzir a tratamentos desnecessários.⁽¹⁾</p>
Objetivo ou Uso	Identificar as infecções de trato urinário em pacientes em uso de cateter vesical de demora em UTI adulto.
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de infecções do trato urinário sintomáticas, relacionadas a cateter vesical.</p> <p>Denominador: Número de cateter vesical-dia.</p> <p>Multiplicar o resultado por 1.000.</p> <p>Número de cateter vesical-dia: Somatório do número de pacientes em uso de cateter vesical de demora, na UTI, no período acompanhado.⁽²⁾</p>
Tipo ou unidade de medida	Incidência.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, relatórios do serviço de prevenção e controle de infecção.
Frequência	Mensal.
Referências	<p>1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Infecções do trato urinário e outras infecções do sistema urinário. Medidas de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2016.</p> <p>Disponível em: http://sbn.org.br/app/uploads/Manual-de-preven%C3%A7%C3%A3o-ITU.pdf .Acesso em: 09 dez 2018.</p> <p>2. BRASIL. ANVISA. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: ANVISA, 2010.</p> <p>Disponível em: http://ccihadm.med.br/legislacao/Indicadores_nacionais_de_IRAS_ANVISA.pdf . Acesso em: 08 dez 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 42 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	Correções: Número de cateter vesical-dia (sem S); Somatório do número de pacientes-DIA em uso de cateter vesical de demora, na UTI, no período acompanhado (P49)*	Acatada, corrigido.
	Considerando que o indicador propõe o cálculo baseado em cateter-dia, seria correto afirmar a soma de PACIENTES que usaram cateter ou o total de pacientes, em todos os dias, que usaram cateter? Na segunda opção, um paciente seria computado diversas vezes. O indicador poderia ser uma taxa (P02)**	Não acatada, a fórmula de cálculo é recomendada pela ANVISA (BRASIL; ANVISA, 2010).
Objetividade	Objetivo é confuso, há três verbos de ação (P52)*	Acatada, modificada a redação do objetivo.
Representatividade	Não é representativo pois não considera a permanência da sonda. (P16)**	Não acatada, na definição considera-se o uso de cateter a partir de 48 horas.
	O numerador requer que sejam as infecções urinárias "sintomáticas" em pacientes de UTI, que em geral não vão dar essas informações. Entendo que deveria colocar também as que são confirmadas por exames de urina, urocultura (P10)*	Acatada, acrescentada observação referendada pela ANVISA (BRASIL; ANVISA, 2010).

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

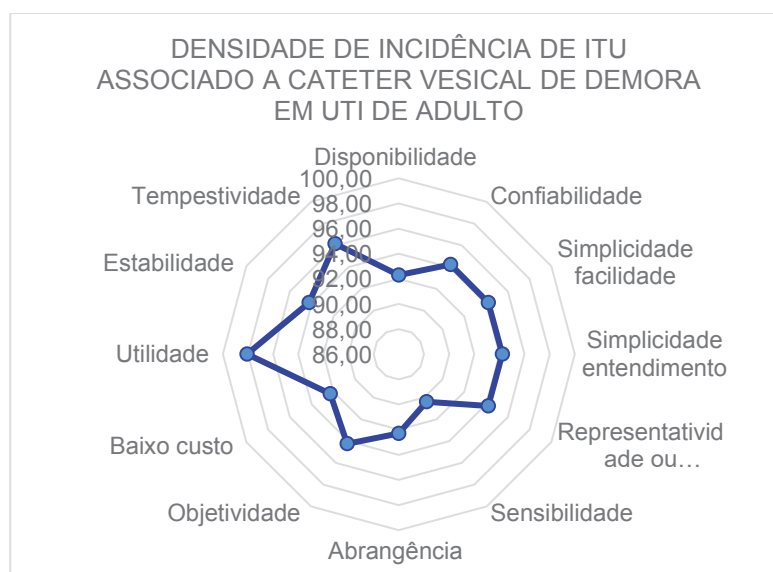
Todos os atributos foram validados na primeira rodada. O atributo utilidade obteve a concordância mais elevada (98,08%), e a tempestividade, que revela se o indicador é obtido a tempo para o uso, alcançou 96,15%, conforme apresentam-se na TABELA 26 e no GRÁFICO 18.

TABELA 26 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO

Densidade de incidência de ITU associado a cateter vesical de demora em UTI	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	0	0,00	3	5,77	1	1,92	24	46,15	24	46,15	92,31	4,33	0,78
Confiabilidade	0	0,00	3	5,77	0	0,00	20	38,46	29	55,77	94,23	4,44	0,78
Simplicidade facilidade	0	0,00	3	5,77	0	0,00	12	23,08	37	71,15	94,23	4,6	0,77
Simplicidade entendimento	0	0,00	2	3,85	1	1,92	18	34,62	31	59,62	94,23	4,5	0,73
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	2	3,85	1	1,92	10	19,23	39	75,00	94,23	4,65	0,71
Sensibilidade	0	0,00	1	1,92	4	7,69	18	34,62	29	55,77	90,38	4,44	0,72
Abrangência	0	0,00	1	1,92	3	5,77	14	26,92	34	65,38	92,31	4,56	0,70
Objetividade	1	1,92	1	1,92	1	1,92	10	19,23	39	75,00	94,23	4,63	0,80
Baixo custo	0	0,00	2	3,85	2	3,85	12	23,08	36	69,23	92,31	4,58	0,75
Utilidade	0	0,00	1	1,92	0	0,00	9	17,31	42	80,77	98,08	4,77	0,55
Estabilidade	0	0,00	2	3,85	1	1,92	17	32,69	32	61,54	94,23	4,52	0,73
Tempestividade	0	0,00	1	1,92	1	1,92	19	36,54	31	59,62	96,15	4,54	0,64

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 18 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA EM UTI DE ADULTO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Constatou-se correlação muito alta entre objetividade e representatividade (0,90), e de fato, o indicador objetiva monitorar e possibilitar ações para prevenção e redução das ITU, especificamente em UTI.

A correlação foi alta entre abrangência e sensibilidade (0,85); entre estabilidade e sensibilidade (0,84); entre estabilidade e abrangência (0,74) e entre utilidade e baixo custo (0,73).

Houve validação da totalidade dos atributos, contudo, os painelistas alertaram que a precisão na apuração do indicador está *condicionada ao sistema de informação utilizado* pela instituição (P21) e à sistemática de *registro e processamento das notificações* de incidentes (P21, P36).

Para aperfeiçoar o uso do indicador, recomendam-se fidedignidade nos registros em prontuários quanto às *datas de inserção e retirada de cateter vesical e do número de pacientes-dia* (P06, P08, P10, P16, P18), à definição de *padrão para coleta dos dados e aplicação dos critérios diagnósticos* (P08, P10), e *serviço de controle de infecções atuante*, realizando *busca ativa* (P14, P27, P36, P56).

Na opinião dos painelistas, a utilidade é o melhor atributo do indicador, e, de fato, aproximadamente 75% das infecções do trato urinário adquiridas durante o internamento, estão associadas à presença de cateter vesical (READ et al., 2018).

Corroborando, a ANA recomenda o uso nacional deste indicador pela enfermagem, por considerar que o mesmo sustenta as mensurações da qualidade da assistência de enfermagem (MONTALVO, 2007).

Assim, medidas preventivas devem ser incansavelmente implementadas e monitoradas, especialmente aquelas relativas à equipe de enfermagem, responsável na maioria das vezes por cuidados como: técnica asséptica de inserção do cateter vesical; manutenção do sistema de drenagem fechado e estéril; realização da higiene rotineira do meato urinário; manutenção do fluxo de urina desobstruído; e esvaziamento regular da bolsa coletora (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

Adicionalmente, recomendam-se medidas mais abrangentes como a implantação de programa institucional para identificar e remover cateteres desnecessários.

4.2.1.19 Taxa de reação transfusional graus II, III e IV

Atualmente as transfusões sanguíneas são intervenções estatisticamente seguras, contudo envolve alguns riscos, sendo que os erros de transfusão e reações adversas são os mais comuns. O indicador proposto no QUADRO 43 visa identificar estas reações e erros como parte da política de hemovigilância voltada à melhoria da qualidade das transfusões de sangue nos hospitais.

QUADRO 43 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III E IV (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 19 TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III E IV.
Definição de termos/conceitos	<p>A transfusão sanguínea envolve riscos como reações hemolíticas e transmissão de infecções ao receptor. As reações podem resultar de erros, como o uso de sangue incompatível ou a administração de um produto sanguíneo diferente do requisitado.⁽¹⁾</p> <p>A reação transfusional Grau II (moderada) caracteriza-se pela morbidade a longo prazo, e tem como consequência a necessidade de hospitalização ou prolongamento desta, deficiência ou incapacidade persistente; a necessidade de intervenção médica ou cirúrgica para evitar danos permanentes ou comprometimento de um órgão ou função.⁽¹⁾</p> <p>A reação transfusional Grau III (grave) é caracterizada pela ameaça imediata à vida, sem óbito atribuído à transfusão, porém com intervenção médica exigida para evitar a morte.⁽¹⁾</p> <p>Na reação transfusional Grau IV o óbito é atribuído à transfusão.^(1,2,3)</p>
Objetivo ou Uso	Contabilizar as reações transfusionais e erros de transfusão de sangue nos hospitais.
Método de cálculo	<p>1. Taxa de reação transfusional grau II: Numerador: Número de reações transfusionais de grau II em pacientes internados no hospital. Denominador: Número total de unidades transfundidas no período. Multiplicar o resultado por 100.</p> <p>2. Taxa de reação transfusional grau III: Numerador: Número de reações transfusionais de grau III em pacientes internados no hospital. Denominador: Número total de unidades transfundidas no período.</p> <p>3. Taxa de reação transfusional grau IV: Numerador: Número de reações transfusionais de grau IV em pacientes internados no hospital. Denominador: Número total de unidades transfundidas no período.</p> <p>Obs: incluir as transfusões de sangue realizadas fora do hospital, mas sob a responsabilidade do mesmo.^(2,3)</p>
Tipo ou unidade de medida	Taxa.

QUADRO 43 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III E IV (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 19 TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III E IV.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, relatórios de notificações à Anvisa, relatórios e fichas de investigação de reações transfusionais.
Frequência	Semestral ou anual.
Referências	<p>1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Marco conceitual e operacional de hemovigilância: Guia para a hemovigilância no Brasil. 2015. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/404938/guia_hemovigilancia15.pdf/495fd617-5156-447d-ad22-7211cdbab8a7 . Acesso em: 09 dez 2018.</p> <p>2. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Taxas de reação a transfusão (graus III e IV). Rio de Janeiro, 2014 (o). Disponível em: http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-rea%C3%A7%C3%A3o-transfus%C3%A3o-graus-iii-e-iv. Acesso em: 01 nov 2018.</p> <p>3. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de Segurança do Paciente - Medicamentos. Rio de Janeiro, 2014 (p). Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/medicamentos%2020.pdf . Acesso em: 01 nov 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

Apresentam-se no QUADRO 44 as principais sugestões dos painelistas voltadas ao aperfeiçoamento da ficha técnica do indicador Taxa de reação transfusional Graus II, III e IV.

QUADRO 44 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III E IV, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade	<i>Para o cálculo, considero que deveria ser realizado de forma separada para cada grau: nº incidentes grau II em relação ao número total de transfusões; nº incidentes grau III em relação ao número total de transfusões, e assim por diante (P06)*</i>	Acatada. Fracionado em três indicadores.
Simplicidade	<i>A falta de padronização do denominador merece ser revista (P06)*</i>	Acatada. Foi selecionado um único denominador.
	<i>Definir um só denominador para o indicador para comparações (P33)*</i>	
	<i>Acho que fica mais claro definir apenas um denominador (P31)*</i>	
	<i>É necessário padronizar o conceito, para cada grau (P16)*</i>	Acatada. As definições foram resumidas.
	<i>Não entendi o objetivo deste indicador (P52)*</i>	Acatada, reecrito o objetivo.
Sensibilidade	<i>Considerar o perfil do paciente de risco (ex: politransfundido) (P37)**</i>	Não acatada, por não se encontrar respaldo na literatura.
Representatividade	<i>Sugere-se fixar o denominador como "Número de unidades transfundidas, no semestre ou no ano", já que o numerador é "Número de reações transfusionais de graus II, III e IV em pacientes internados no hospital" (P17)*</i>	Acatada, havia duas recomendações para o denominador, pela literatura (PROQUALIS, 2014o;p). Foi selecionado o denominador correspondente à mesma grandeza do numerador.
	<i>Número total de pacientes transfundidos, se faz adequado (P32)**</i>	Não acatada, selecionado o denominador "número total de unidades transfundidas" por corresponder à mesma da grandeza expressa no numerador (número de reações).

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

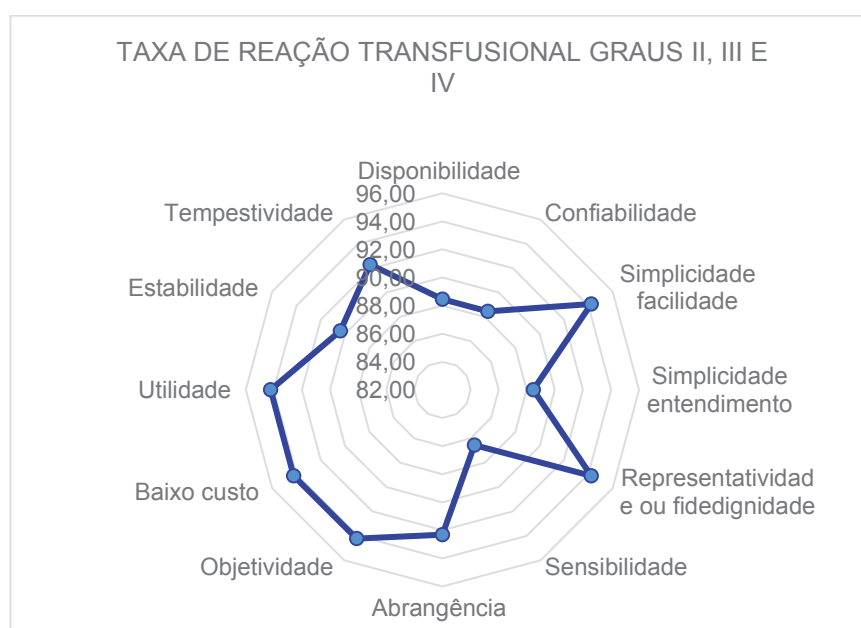
Os percentuais de concordância entre as respostas dos painelistas para cada atributo variaram entre 86,54% e 94,23%. Esta baixa variabilidade pode ser observada na TABELA 27 e no GRÁFICO 19.

TABELA 27 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III e IV

Taxa de reação transfusional graus II, III e IV	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	0	0,00	5	9,62	1	1,92	27	51,92	19	36,54	88,46	4,15	0,87
Confiabilidade	0	0,00	4	7,69	2	3,85	24	46,15	22	42,31	88,46	4,23	0,85
Simplicidade facilidade	1	1,92	0	0,00	2	3,85	18	34,62	31	59,62	94,23	4,5	0,75
Simplicidade entendimento	1	1,92	2	3,85	3	5,77	19	36,54	27	51,92	88,46	4,33	0,90
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	1	1,92	2	3,85	18	34,62	31	59,62	94,23	4,52	0,67
Sensibilidade	0	0,00	2	3,85	5	9,62	22	42,31	23	44,23	86,54	4,27	0,79
Abrangência	0	0,00	0	0,00	4	7,69	19	36,54	29	55,77	92,31	4,48	0,64
Objetividade	1	1,92	0	0,00	2	3,85	16	30,77	33	63,46	94,23	4,54	0,75
Baixo custo	0	0,00	0	0,00	3	5,77	22	42,31	27	51,92	94,23	4,46	0,61
Utilidade	0	0,00	0	0,00	3	5,77	16	30,77	33	63,46	94,23	4,58	0,60
Estabilidade	0	0,00	0	0,00	5	9,62	21	40,38	26	50,00	90,38	4,4	0,66
Tempestividade	0	0,00	1	1,92	3	5,77	20	38,46	28	53,85	92,31	4,44	0,70

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 19 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III E IV



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Evidenciou-se alta correlação entre os atributos utilidade e objetividade (0,86); entre estabilidade e abrangência (0,83); entre estabilidade e sensibilidade (0,71) e entre utilidade e abrangência (0,71).

Todos os atributos foram validados na primeira rodada, com elevados níveis de concordância, todavia, a disponibilidade do dado para a estruturação do indicador pode ser um complicador. Os painelistas referiram que embora os dados devam *constar em prontuário* por força de legislação (P06), ainda *há subnotificação das reações* em todo o território nacional, especialmente aquelas relacionadas aos graus II e III (P23, P35, P36), o que reforça a importância da *atuação do Comitê Transfusional* junto às equipes assistenciais (P14, P27).

Com efeito, a utilidade do indicador é corroborada pela legislação sanitária brasileira, a qual determina que os incidentes com dano ocorridos no ciclo do sangue devem ser registrados e investigados pelo serviço onde ocorreu a transfusão, e que os profissionais de saúde devem ser capacitados tanto para a detecção, identificando os sinais e sintomas, quanto para a investigação e aplicação das condutas para mitigação das reações transfusionais e suas consequências para o paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

A elevada concordância entre os painelistas em relação aos atributos simplicidade quanto à facilidade no cálculo, representatividade, objetividade, baixo custo e utilidade, pode estar relacionada ao fato de a transfusão sanguínea ser uma intervenção estatisticamente segura, porém envolve riscos como reações hemolíticas e transmissão de infecções ao receptor. Ademais, as reações podem resultar de erros, como o uso de sangue incompatível ou a administração de um produto sanguíneo diferente do requisitado (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015).

A utilidade é justificada por ser a reação transfusional Grau II (moderada) caracterizada pela morbidade a longo prazo, ter como consequências a necessidade de hospitalização ou prolongamento desta, e/ou a deficiência ou incapacidade persistente ou significativa; ou ainda, necessidade de intervenção médica ou cirúrgica para evitar danos permanentes ou comprometimento de órgãos ou função (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015).

Já a reação transfusional Grau III (grave) é caracterizada pela ameaça imediata à vida, sem óbito atribuído à transfusão, porém com intervenção médica exigida para evitar a morte. Na reação transfusional Grau IV o óbito é atribuído à transfusão (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015).

Estudo sobre a taxa de reações transfusionais no Brasil evidenciou uma variação entre 5,5 reações para cada 1000 bolsas transfundidas a 11,5 reações a cada 1000 transfusões; tais reações estiveram associadas ao concentrado de hemácias, hemocomponente mais utilizado no país (BESERRA et al., 2014).

Recomenda-se que os hospitais definam políticas para controle da qualidade da cadeia de transfusão de sangue.

4.2.1.20 Taxa de reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea

As incompatibilidades por transfusão sanguínea podem levar a consequências graves, como reações hemolíticas agudas, e em casos extremos, ao óbito de paciente.

Apresentam-se no QUADRO 45 a ficha técnica do indicador relativo à taxa de reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea, e no QUADRO 46 as sugestões dos painelistas para o aperfeiçoamento desta ficha.

QUADRO 45 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA (continua)

NOME DO INDICADOR	FT S 20 REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA.
Definição de termos/conceitos	A reação hemolítica aguda é caracterizada pela rápida destruição de eritrócitos durante a transfusão ou até 24 horas após, por incompatibilidade ABO ou de outro sistema eritrocitário. ⁽¹⁾ É identificada pela presença de qualquer um dos seguintes sinais e sintomas: ansiedade; agitação; sensação de morte iminente; tremores/calafrios; rubor facial; febre; dor no local da venopunção; dor abdominal, lombar e em flancos; hipotensão arterial; epistaxe; oligúria/anúria, insuficiência renal; hemoglobinúria; coagulação intravascular disseminada (CIVD); sangramento no local da venopunção, choque e teste de hemólise positivo na amostra do paciente. ⁽¹⁾
Objetivo ou Uso	Identificar reações hemolíticas à transfusão de sangue resultantes de incompatibilidade ABO/Rh.

QUADRO 45 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT S 20 REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA.
Método de cálculo	Numerador: Número de reações hemolíticas à transfusão de sangue resultantes de incompatibilidade ABO/Rh. ⁽¹⁾ Denominador: Total de unidades transfundidas. ⁽²⁾ Multiplicar o resultado por 100.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, relatórios de notificações à ANVISA, relatórios e fichas de investigação de reações transfusionais.
Frequência	Mensal.
Referências	1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Marco conceitual e operacional de hemovigilância : Guia para a hemovigilância no Brasil. Brasília: ANVISA, 2015. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/404938/guia_hemovigilancia15.pdf/495fd617-5156-447d-ad22-7211cdbab8a7 . Acesso em: 09 dez 2018. 2. PROQUALIS (r). ICICT FIOCRUZ. Porcentagem de reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea . Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://proqualis.net/indicadores/porcentagem-de-rea%C3%A7%C3%B5es-hemol%C3%ADticas-por-incompatibilidade-sangu%C3%ADnea . Acesso em: 01 nov 2018.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 46 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Representatividade	<i>Objetivo muito extenso (P52)*</i>	Acatada, reescrito o objetivo.
	<i>Sugere-se que o denominador seja "Número de Unidades Transfundidas" e não "Número de transfusões", já que as reações hemolíticas podem ocorrer com qualquer unidade transfusional (P17)*</i>	Acatada, substituído o denominador.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

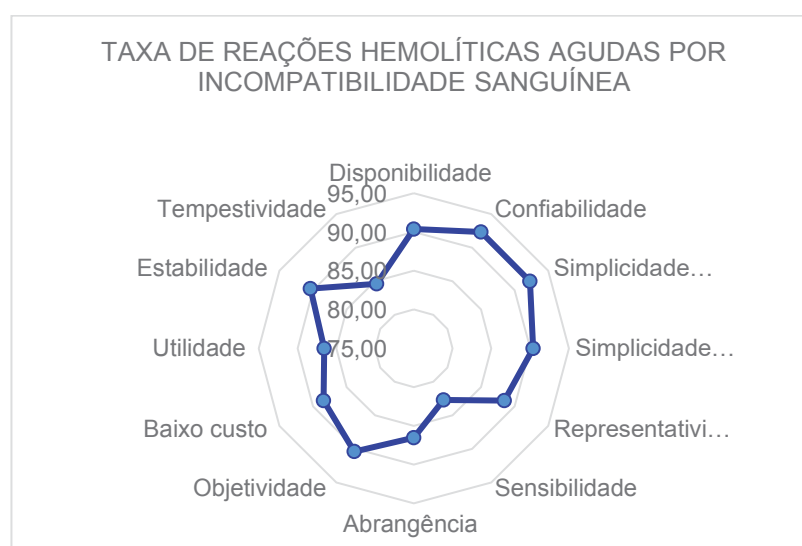
Todos os atributos foram validados na primeira rodada, sendo que a variação dos percentuais de concordância para cada atributo, esteve entre 92,31% e 82,69%. Esta concentração de níveis elevados de concordância pode ser observada na TABELA 28 e no GRÁFICO 20.

TABELA 28 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA

Taxa de reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	1	1,92	2	3,85	2	3,85	24	46,15	23	44,23	90,38	4,27	0,87
Confiabilidade	0	0,00	1	1,92	3	5,77	17	32,69	31	59,62	92,31	4,5	0,70
Simplicidade facilidade	0	0,00	2	3,85	2	3,85	12	23,08	36	69,23	92,31	4,58	0,75
Simplicidade entendimento	1	1,92	1	1,92	3	5,77	12	23,08	35	67,31	90,38	4,52	0,85
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	2	3,85	4	7,69	11	21,15	35	67,31	88,46	4,52	0,80
Sensibilidade	0	0,00	3	5,77	6	11,54	13	25,00	30	57,69	82,69	4,35	0,90
Abrangência	0	0,00	2	3,85	5	9,62	13	25,00	32	61,54	86,54	4,44	0,83
Objetividade	1	1,92	2	3,85	2	3,85	8	15,38	39	75,00	90,38	4,58	0,89
Baixo custo	0	0,00	1	1,92	5	9,62	13	25,00	33	63,46	88,46	4,5	0,75
Utilidade	0	0,00	1	1,92	6	11,54	11	21,15	34	65,38	86,54	4,5	0,78
Estabilidade	0	0,00	1	1,92	4	7,69	18	34,62	29	55,77	90,38	4,44	0,72
Tempestividade	1	1,92	3	5,77	4	7,69	15	28,85	29	55,77	84,62	4,31	0,98

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 20 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Os atributos confiabilidade e simplicidade quanto à facilidade no cálculo, apresentaram a concordância mais elevada entre as respostas dos painelistas (92,31%, cada); a disponibilidade do dado, a simplicidade relativa ao entendimento pelas equipes, a objetividade, e a estabilidade alcançaram 90,38% cada um.

Constatou-se correlação muito alta entre o atributo abrangência com a sensibilidade (0,90) e a estabilidade (0,90).

Foram altas as correlações entre estabilidade e sensibilidade (0,85); entre objetividade e abrangência (0,78); entre utilidade e abrangência (0,77); entre tempestividade e baixo custo (0,75); entre utilidade e objetividade (0,74); entre confiabilidade e disponibilidade (0,74); entre utilidade e sensibilidade (0,75); entre estabilidade e baixo custo (0,72); entre abrangência e simplicidade quanto ao entendimento do resultado (0,72) e entre objetividade e simplicidade no entendimento (0,71).

A reação hemolítica é caracterizada pela rápida destruição de eritrócitos durante a transfusão ou até 24 horas após, por incompatibilidade ABO ou de outro sistema eritrocitário (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015).

A facilidade no reconhecimento dos seguintes sinais e sintomas pode ampliar a confiabilidade do indicador: ansiedade; agitação; sensação de morte iminente; tremores/calafrios; rubor facial; febre; dor no local da venopunção; dor abdominal, lombar e em flancos; hipotensão arterial; epistaxe; oligúria/anúria, insuficiência renal; hemoglobinúria; coagulação intravascular disseminada (CIVD); sangramento no local da venopunção, choque e teste de hemólise positivo na amostra do paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015).

Entretanto, a baixa especificidade, isto é, a possibilidade de estes mesmos sinais e sintomas estarem correlacionados a outras condições do paciente, podem reduzir a sensibilidade, a tempestividade, e a abrangência, indeterminando a possível reação hemolítica. Todavia, esse tipo de reação, embora catastrófica, é incomum, porém não exatamente rara; desta forma, a medição como *taxa pode demonstrar pouca sensibilidade* quanto ao resultado e a série histórica do indicador (P10).

De fato, no Brasil, em 2011, em avaliação realizada pela ANVISA compreendendo 60% do universo de serviços de hemoterapia do Brasil, dentre as 5.340 reações transfusionais registradas no Sistema de Hemovigilância, provenientes de 364 serviços de saúde, ocorreram 24 reações hemolíticas agudas, sendo que 16,7% dos óbitos por transfusão estavam relacionados a este tipo de reação (SILVA JÚNIOR; RATTNER; MARTINS, 2016).

Neste mesmo estudo observou-se a frequência de uma morte por ano atribuída a esse tipo de reação transfusional, sendo que a realidade pode ser ainda mais grave, considerando-se que há subnotificações (SILVA JÚNIOR; RATTNER; MARTINS, 2016). Estes achados corroboram também, a utilidade do indicador.

A seguir, serão apresentados os resultados e análise dos indicadores da dimensão cuidado centrado no paciente.

4.2.2 Indicadores na dimensão cuidado centrado no paciente

Os oito indicadores desta dimensão objetivam mensurar o quanto os serviços hospitalares respondem às necessidades das pessoas, às suas escolhas, e permitem que os pacientes e seus familiares tornem-se parceiros nos cuidados dispendidos.

Esta mensuração se faz necessária para melhorar a compreensão da perspectiva do paciente e sua família num modelo de cuidado inovador, que preencha lacunas invisíveis atualmente. O monitoramento dos resultados, isto é, da efetividade das ações, pode subsidiar as equipes de enfermagem a transpor limites que, no momento, podem parecer impermeáveis (TEISBERG; WALLACE, 2015).

Esta mensuração por intermédio de indicadores apropriados acarreta uma mudança nos objetivos e prioridades institucionais, assim a experiência do cuidado é avaliada diretamente pelo paciente ou seu acompanhante. Destaca-se que a maioria dos indicadores para mensurar a qualidade do cuidado pelos hospitais não consideram as preferências ou envolvimento do paciente (ETINGEN; MISKEVICS; LAVELA, 2016).

Medidas dessa experiência relatada pelos pacientes são úteis para avaliar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, posto que medem importantes construtos sobre a centralização do cuidado no paciente, notadamente sobre o que realmente importa para eles, ao mesmo tempo em que fornece informações reais sobre a qualidade dos cuidados de saúde que recebem (ETINGEN; MISKEVICS; LAVELA, 2016).

A literatura sobre prática interprofissional aponta a atenção centrada no paciente como um elemento primordial do trabalho em equipe, contudo, observa-se que há escassez de produção nacional diretamente relacionada a este tema (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Apresentam-se a seguir, os seis indicadores da dimensão segurança do paciente que não alcançaram o consenso de 70% na primeira rodada em um ou mais atributos, sendo assim submetidos a nova avaliação pelos painelistas em segunda rodada, bem como o resultado desta (TABELA 29).

Destes, dois indicadores foram validados em todos os atributos avaliados na segunda rodada. Contudo quatro indicadores não foram validados, a saber: compreensão dos pacientes sobre sua medicação; pacientes informados pela equipe sobre a ocorrência de incidentes com danos; orientação eficaz ao paciente; e, percepção do paciente sobre a efetividade da preparação para sua alta.

TABELA 29 – ATRIBUTOS DOS INDICADORES DA DIMENSÃO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE QUE NÃO OBTIVERAM O CONSENSO MÍNIMO NA PRIMEIRA RODADA E RESULTADO DA SEGUNDA RODADA (continua)

INDICADOR	ATRIBUTO	1ª RODADA %	2ª RODADA %
Compreensão dos pacientes sobre sua medicação	Disponibilidade	44,23	50,53
	Confiabilidade	51,93	62,11
	Simplicidade:		
	a) facilidade	67,30	77,89
	b) interpretação	66,00	73,12
	Sensibilidade	65,38	69,47
	Abrangência	51,93	62,10
	Baixo custo	53,85	62,11
Estabilidade	63,46	66,32	
Tempestividade	69,23	75,79	

TABELA 29 – ATRIBUTOS DOS INDICADORES DA DIMENSÃO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE QUE NÃO OBTIVERAM O CONSENSO MÍNIMO NA PRIMEIRA RODADA E RESULTADO DA SEGUNDA RODADA (conclusão)

INDICADOR	ATRIBUTO	1ª RODADA %	2ª RODADA %
Pacientes informados pela equipe sobre a ocorrência de incidentes com danos	Disponibilidade	44,23	54,74
	Confiabilidade	50,00	60,00
	Simplicidade: b) interpretação	69,24	78,26
	Representatividade	65,39	77,89
	Sensibilidade	65,38	76,84
	Abrangência	63,46	74,74
	Baixo custo	69,23	76,84
Orientação eficaz ao paciente	Disponibilidade	61,53	67,37
	Confiabilidade	63,46	72,63
	Representatividade	67,31	77,89
	Sensibilidade	69,23	78,95
	Abrangência	69,23	81,05
	Baixo custo	65,38	75,00
Percepção do paciente sobre a efetividade da preparação para sua alta	Disponibilidade	53,85	64,21
	Confiabilidade	57,69	68,42
	Representatividade	63,46	73,68
	Sensibilidade	67,31	74,74
	Abrangência	63,46	74,74
	Baixo custo	57,70	64,21
	Estabilidade	69,23	71,58
Recomendação do hospital pelo paciente	Disponibilidade	65,38	75,79
	Confiabilidade	65,38	75,79
	Representatividade	69,24	80,00
	Sensibilidade	69,23	80,00
	Baixo custo	63,46	73,68
Envolvimento do paciente com o próprio cuidado	Disponibilidade	63,46	72,63
	Confiabilidade	67,30	77,89
	Sensibilidade	69,23	76,84
	Abrangência	67,31	78,95
	Baixo custo	65,39	74,74
	Estabilidade	65,39	75,79

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Apresentam-se, a seguir, os resultados e a discussão relativos aos oito indicadores de efetividade da dimensão cuidado centrado no paciente.

4.2.2.1 Taxa de compreensão dos pacientes sobre sua medicação

O atributo mais importante do cuidado centrado no paciente é o envolvimento deste em decisões críticas, em que há uma encruzilhada de opções, com caminhos divergentes e diferentes consequências. Considera-se

que a maioria das decisões terapêuticas medicamentosas origina mais de um caminho razoável (incluindo a opção de não fazer nada).

Logo, a participação e compreensão pelo paciente e familiares sobre as diferentes combinações medicamentosas e seus efeitos colaterais, devem ser monitorados (JOHNSON; GUIRGUIS; GRACE, 2015).

Apresentam-se no QUADRO 47 a ficha técnica do indicador que objetiva mensurar a compreensão dos pacientes acerca da sua medicação durante as transferências entre as unidades intra-hospitalares e no momento da alta, e no QUADRO 48 as sugestões dos painelistas para aperfeiçoamento da ficha técnica.

QUADRO 47 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO (continua)

NOME DO INDICADOR	FT CP 01 TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO (TRANSIÇÃO DO CUIDADO).
Definição de termos/conceitos	<p>Transição do cuidado: É a comunicação de informações oportunas e precisas entre provedores, pacientes e cuidadores familiares.⁽¹⁾</p> <p>Cada episódio de cuidado envolve vários indivíduos e múltiplas transferências entre diferentes configurações de cuidados de saúde e a má comunicação durante as transições leva a aumento nas taxas de reinternação hospitalar, de erros médicos e baixos resultados de saúde.⁽²⁾</p> <p>Transições do serviço de emergência para o atendimento ambulatorial, exigem atenção especial, porque o atendimento nas 24 horas por dia envolve múltiplos médicos, enfermeiros, assistentes sociais e familiares ou cuidadores, resultando em oportunidades para falhas de comunicação.⁽²⁾</p>
Objetivo ou Uso	Monitorar a taxa de compreensão dos pacientes acerca da sua medicação nas transições do cuidado.
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de respostas afirmativas que indiquem a compreensão do paciente sobre as orientações e esclarecimentos relativos a sua medicação em momentos de transição dos cuidados, somado ao número de respostas afirmativas que indiquem a compreensão de sua responsabilidade sobre o uso dos medicamentos por ocasião da alta hospitalar.</p> <p>Denominador: Número total de perguntas do questionário relativas à compreensão do paciente sobre as orientações e esclarecimento de dúvidas acerca de sua medicação em diferentes momentos de transição dos cuidados, somado ao número de perguntas que indiquem a compreensão sobre a sua responsabilidade no uso dos medicamentos por ocasião da alta hospitalar.</p> <p>Multiplicar o resultado por 100.</p> <p>Obs: respostas afirmativas envolvem a devolutiva do inquirido, em suas próprias palavras, sobre os cuidados em relação à sua medicação.</p>

QUADRO 47 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT CP 01 TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO (TRANSIÇÃO DO CUIDADO).
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: levantamento realizado por questionário ⁽³⁾ aplicado pelos profissionais de saúde ao paciente, após as orientações e esclarecimentos de dúvidas sobre a medicação. Recomenda-se que o hospital siga um protocolo de orientação sobre a medicação, com inclusão de incentivos ao envolvimento no controle da medicação pelo paciente, e que aplique questionário objetivo, com poucas e relevantes perguntas ao paciente.
Frequência	Mensal ou variável de acordo com o porte do hospital.
Referências	1. JOHNSON, A.; GUIRGUIS, E.; GRACE, Y. Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. J Am Pharm Assoc. v. 55, n.2, p. e264-274, 2015. DOI: 10.1331/JAPhA.2015.15509 Disponível em http://www.japha.org/article/S1544-3191(15)30049-2/pdf Acesso em: 09 dez 2018 2. NATIONAL TRANSITIONS OF CARE COALITION. Improving transitions of care. United Sates: NTOCC, Set 2010. Disponível em: http://www.ntocc.org/portals/0/pdf/resources/ntoccissuebriefs.pdf Acesso em: 09 dez 2018. 3. VEILLARD, J.; CHAMPAGNE, F.; KLAZINGA, N. et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. Int J Qual Health Care , v.17, n. 6, p. 487-496, 2005. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16155049 Acesso em: 31 out 2018

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 48 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>Sugiro definir na ficha o que é transição do cuidado (P35)*</i>	Acatada, melhorada a redação.
	<i>Usar amostras (indicar isto na ficha) P48**</i>	Não acatada, o objetivo é atingir todos os pacientes em um inquérito curto e objetivo, por unidade assistencial.
Confiabilidade	<i>Realização bimensal, trimestral ou semestral, na dependência do tamanho e recursos do hospital (P36)*</i>	Acatada, inserida a opção "variável de acordo com o porte do hospital".
	<i>Alterar o momento da coleta de dados para após a alta (e não no momento da alta) trará maior confiabilidade, após a experiência de utilizar a medicação (P06)**</i>	Não acatada, o objetivo é monitorar a compreensão do paciente enquanto ainda estiver no hospital.

QUADRO 48 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	<i>Não considero a maneira de coletar os dados confiável (P06)**</i>	Não acatada, manteve-se a mesma forma para coleta de dados, já que os mesmos não são coletados sistematicamente nos hospitais.
	<i>A ficha técnica deve deixar claro que "resposta afirmativa" corresponde à capacidade da pessoa que recebe as instruções em repeti-las corretamente (P17)*</i>	Acatada, adicionada uma observação com este conteúdo.
Tempestividade	<i>A metodologia de apuração dos resultados da pesquisa deve contemplar processamento eletrônico para melhor da agilidade e precisão (P21)**</i>	Não acatada, os hospitais dispõem de tecnologia em níveis de avanço diferenciados.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Os percentuais de concordância variaram entre 77,89% e 50,53%, e seis dos onze atributos não foram validados.

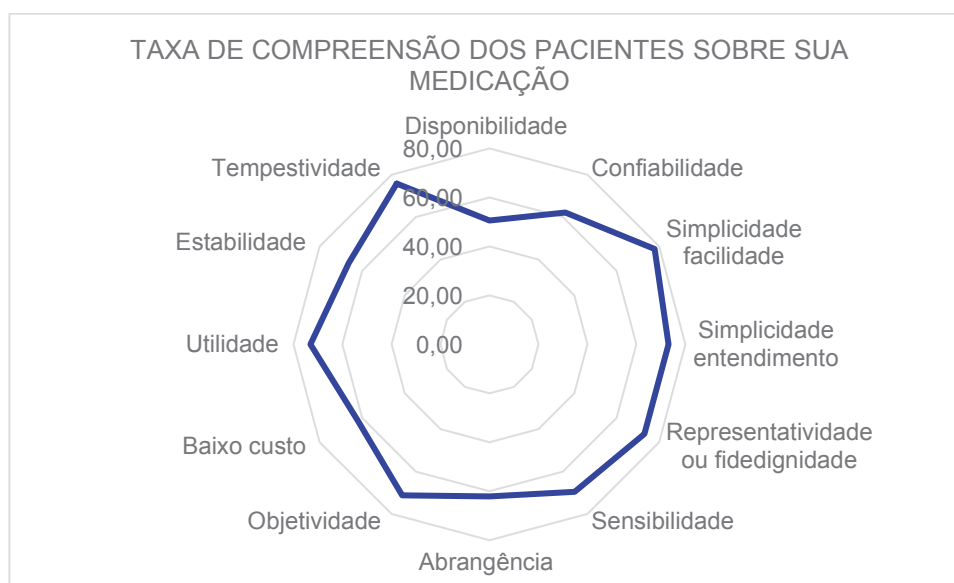
Os atributos simplicidade quanto à facilidade no cálculo e tempestividade obtiveram as concordâncias mais elevadas (77,89% e 75,79% respectivamente), e os atributos não validados foram: disponibilidade dos dados (50,53%), confiabilidade (62,11%), sensibilidade (69,47%), abrangência (62,10%), baixo custo (62,11%) e estabilidade (66,32%), conforme apresentam-se na TABELA 30 e no GRÁFICO 21.

TABELA 30 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO

Taxa de compreensão dos pacientes sobre sua medicação (transição do cuidado)	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	15	15,79	26	27,37	6	6,31	37	39	11	11,58	50,53	3,03	1,33
Confiabilidade	6	6,32	21	22,11	9	9,47	43	45,26	16	16,84	62,11	3,44	1,19
Simplicidade facilidade	6	6,32	6	6,32	9	9,47	35	36,84	39	41,05	77,89	4	1,16
Simplicidade entendimento	4	4,3	10	10,75	11	11,83	43	46,2	25	26,88	73,12	3,85	1,09
Representatividade ou fidedignidade	2	3,84	3	5,77	9	17,31	19	36,54	19	36,54	73,08	3,96	1,07
Sensibilidade	4	4,21	9	9,47	16	16,84	46	48,4	20	21,05	69,47	3,73	1,04
Abrangência	4	4,21	12	12,63	20	21,05	39	41,1	20	21,05	62,10	3,62	1,09
Objetividade	3	5,77	4	7,69	8	15,38	17	32,7	20	38,46	71,15	3,9	1,18
Baixo custo	2	2,1	16	16,84	18	18,95	38	40	21	22,11	62,11	3,63	1,07
Utilidade	2	3,84	5	9,62	7	13,46	18	34,6	20	38,46	73,08	3,94	1,13
Estabilidade	2	2,1	15	15,79	15	15,79	42	44,2	21	22,11	66,32	3,68	1,05
Tempestividade	1	1,05	8	8,42	14	14,74	37	39	35	36,84	75,79	4,02	0,98

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 21 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE COMPREENSÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA MEDICAÇÃO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A utilidade foi o atributo que obteve alta correlação com outros seis atributos: confiabilidade (0,76), representatividade (0,77), sensibilidade (0,76), abrangência (0,71), objetividade (0,81), e estabilidade (0,82). Como quatro destes não foram validados, compreende-se que a utilidade deste indicador para avaliação da prática assistencial é reconhecida, e que se houvesse disponibilidade e confiabilidade nos dados produzidos por meio de inquéritos sistemáticos e frequentes, poderia ser integrado à gestão.

A má comunicação durante as transições leva a um aumento nas taxas de reinternação e de erros assistenciais, com baixos resultados de saúde, corroborando a utilidade deste monitoramento, pela literatura (NATIONAL TRANSITIONS OF CARE COALITION, 2010).

A disponibilidade foi o atributo com menor concordância, e com maior dispersão em relação à média (desvio padrão = 1,33), em razão da inexistência deste tipo de levantamento sistematicamente nos hospitais. Na realidade brasileira, seria necessário implantar pesquisa de opinião, com questões alusivas à compreensão do paciente, acerca de orientações e esclarecimentos relativos a sua medicação em momentos de transição dos cuidados, e também à compreensão de sua responsabilidade sobre o uso dos medicamentos por ocasião da alta hospitalar.

Nesse caso, seria um indicador de fácil gestão pois, na opinião dos painelistas, a facilidade foi o atributo com concordância mais elevada. Destaca-se que há dez anos atrás este indicador já era utilizado em 15 países (TSANG; PALMER; AYLIN, 2008), com recomendação de utilização em parte do sistema de saúde europeu (KRISTENSEN; MAINZ; BARTELS, 2007).

Segundo os painelistas os maiores óbices a este indicador estão relacionados a aspectos institucionais tais como *elaboração de questionário de fácil compreensão* e disponibilização de *infraestrutura para aplicação e tabulação dos dados* (P08, P10, P14, P23, P27, P31, P32, P36, P48, P49). Aspectos relacionados à *disposição dos pacientes em responder a questionário* também foram citados (P08, P14, P17).

Os painelistas apreciaram a tempestividade como um dos melhores atributos deste indicador (75,79%), fato que concatena com a literatura: considera-se que a comunicação de informações oportunas e precisas é

fundamental para transições de cuidados eficazes, visto que cada internação hospitalar envolve vários indivíduos e múltiplas transferências entre diferentes configurações de cuidados de saúde (NATIONAL TRANSITIONS OF CARE COALITION, 2010).

A despeito de este ser o indicador com menos atributos validados, a comunicação é considerada fundamental para transições de cuidados eficazes, contudo barreiras culturais e étnicas, e a linguagem corporal reforçada por discursos moldados por relações de poder entre os pacientes e a equipe multidisciplinar, tendem a dificultar acentuadamente a comunicação (LIU, GERDTZ; MANIAS, 2016).

Assim, um indicador que possibilite monitorar se pacientes e cuidadores familiares são encorajados pelos profissionais de saúde a desempenharem um papel ativo na transição de seus cuidados, se lhes é oportunizado expressarem suas preocupações sobre o uso de medicamentos, se há compreensão acerca de orientações recebidas e dos esclarecimentos de dúvidas em relação a sua medicação, torna-se relevante principalmente para a enfermagem, responsável por prestar a maioria das orientações aos pacientes (LIU, GERDTZ; MANIAS, 2016).

4.2.2.2 Pacientes informados pela equipe sobre a ocorrência de incidentes com danos

O indicador que mensura o quanto os pacientes são informados sobre a ocorrência de incidentes com danos refere-se à transparência sobre os erros e incidentes, essencial ao aprendizado da equipe assistencial e ao planejamento de ações institucionais a fim de que esses não se repitam.

Apresentam-se no QUADRO 49 a ficha técnica contendo as melhorias apontadas pelos painelistas e no QUADRO 50 as sugestões que colaboraram para o aperfeiçoamento da referida ficha.

QUADRO 49 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE PACIENTES INFORMADOS PELA EQUIPE SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES COM DANOS

NOME DO INDICADOR	FT CP 02 PACIENTES INFORMADOS PELA EQUIPE SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES COM DANOS
Definição de termos/conceitos	<p>A transparência sobre os erros e os incidentes com dano é essencial para o aprendizado e a tomada de ações para que esses não se repitam (<i>disclosure</i>).⁽¹⁾</p> <p>Organizações de saúde de excelência incluem os pacientes e familiares no seu sistema de gerenciamento de incidentes, dispõem de mecanismos institucionais que os incentivem a fazerem perguntas quando acreditam que alguma coisa deu errado com seu cuidado⁽¹⁾ e envolvem os pacientes que desejarem participar, na análise da causa raiz.⁽²⁾</p> <p>São recomendáveis prontas informações, desculpas e apoio aos pacientes e familiares na ocorrência de incidentes, especialmente os que tenham ocasionado dano temporário ou definitivo.⁽³⁾</p> <p>A organização deve fornecer suporte organizado para os profissionais envolvidos nos incidentes.⁽²⁾</p>
Objetivo ou Uso	Contabilizar os casos de informação institucionalizada aos pacientes e/ou familiares sobre a ocorrência de incidentes com danos.
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de pacientes ou seus familiares que foram informados sobre a ocorrência de incidentes com danos.</p> <p>Denominador: Número de pacientes que sofreram incidentes com danos, no período.</p> <p>Multiplicar o resultado por 100.</p>
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: relatórios de incidentes e de ouvidoria, prontuários.
Frequência	Mensal.
Referências	<p>1. GANDHI, T.K.; MC TIERNAN, P. Transparency between patients and providers: a necessary step to safer care. Inside medical liability. Online nov 2015. Disponível em: https://cdn.ymaws.com/www.npsf.org/resource/resmgr/LLI/ILM_2015_Transparency_WEB.pdf. Acesso em: 27 mar 2017.</p> <p>2. NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. Shining a light: Safer Health Care Through Transparency. Report of the Roundtable on Transparency from the The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015. Disponível em: http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Shining-a-Light-Safer-Health-Care-Through-Transparency.aspx . Acesso em: 09 dez 2018.</p> <p>3. NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. Transforming Health Care: A Compendium of Reports from the National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2016. Disponível em: http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Transforming-Health-Care-Compendium-NPSF-Lucian-Leape-Institute-Reports.aspx . Acesso em: 09 dez 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 50 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE PACIENTES INFORMADOS PELA EQUIPE SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES COM DANOS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade/ abrangência	<i>Esclarecer o que significa "pacientes abordados", sob pena de haver diferentes critérios para catalogar as abordagens, tornando o dado não confiável. Deve ser esclarecido a quem "abordar" nos casos em que o paciente vem a falecer, fica inconsciente, é criança ou deficiente mental. "Abordar" nestes casos o familiar responsável deveria constar explicitamente do numerador, sob pena do indicador não abranger todas as situações (P17)*</i>	Acatadas, substituído por "informado" e acrescentado "ou seu familiar" no numerador.
	<i>Numerador: Número de pacientes ou familiares que foram informados sobre a ... (P49)*</i>	
Disponibilidade	<i>Creio que deva haver uma revisão no nome deste indicador na linha do "disclosure" para dar entendimento que é um processo sistemático (P32)*</i>	Acatada, incluiu-se o termo "disclosure" no campo destinado às definições.
	<i>As áreas de atendimento ao cliente podem ser fonte de informação (P10)*</i>	Acatadas, incluída a ouvidoria como fonte de coleta do dado.
	<i>Incluir Ouvidoria, reuniões com a família, análise de causa raiz (no caso de danos) (P06)*</i>	
	<i>Poderiam ser incluídas reclamações junto a ouvidoria como fonte de informações de incidentes (P11)*</i>	
	<i>Acredito que o denominador do cálculo deveria ser alterado para "número de procedimentos realizados com possibilidade de danos". Mesmo em pacientes que não houve a ocorrência de um dano (embora fosse possível) a orientação deve ser realizada. Limitar a investigação em apenas os casos que houve efetivamente o dano distorcerá o indicador (P06)**</i>	Não acatada, a intenção é mensurar a efetividade, isto é, o resultado em relação aos pacientes que sofreram danos.

QUADRO 50 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE PACIENTES INFORMADOS PELA EQUIPE SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES COM DANOS, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	<i>Rever denominador: não seria número total de pacientes? (P12)** No numerador são citados os pacientes que foram abordados e denominador número de incidentes. É raro, mas um paciente poderá ter mais de um incidente (P15)**</i>	Não acatadas, embora tenha sido modificada a redação do denominador, para “pacientes que sofreram incidentes” (mesma grandeza do numerador) se um paciente sofrer mais de um incidente o <i>disclosure</i> englobará todos.
Sensibilidade	<i>Usar amostras (indicar isto na ficha) (P36)**</i>	Não acatada, a frequência da ocorrência deve ser baixa, e no denominador devem ser contabilizados todos os pacientes que sofreram incidentes com dano.
	<i>Realização bimensal, trimestral ou semestral, na dependência do tamanho e recursos do hospital (P36)**</i>	Não acatada, a frequência da ocorrência deve ser baixa, e a periodicidade mensal incentiva o hospital a identificar os incidentes com danos.
Representatividade	<i>Não concordo na relação deste numerador com este denominador (P31)*</i>	Acatada, modificados os numerador e denominador.
Objetividade	<i>O título e objetivo não se alinham (P52)*</i>	Acatada, reescrito o objetivo.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Os percentuais de concordância variaram entre 54,74% e 81,05%. Dois atributos não foram validados: disponibilidade (54,74%) e confiabilidade (60%), e o atributo com maior percentual de concordância foi a simplicidade tanto na facilidade do cálculo como na interpretação do resultado pelas equipes (81,05% e 78,26%, respectivamente).

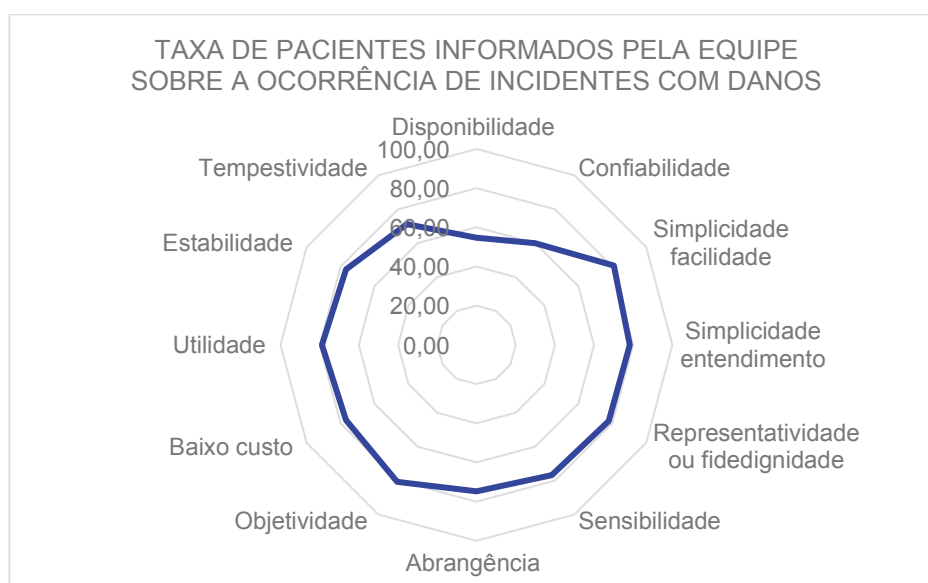
Apresentam-se na TABELA 31 as frequências relativas a todos os atributos e no GRÁFICO 22 a demonstração dos percentuais de concordância.

TABELA 31 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE PACIENTES INFORMADOS PELA EQUIPE SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES COM DANOS

Taxa de pacientes informados pela equipe sobre a ocorrência de incidentes com danos	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	10	10,53	27	28,42	6	6,32	39	41,05	13	13,68	54,74	3,03	1,28
Confiabilidade	8	8,42	24	25,26	6	6,32	39	41,05	18	18,95	60,00	3,44	1,28
Simplicidade facilidade	3	3,16	9	9,47	6	6,32	38	40,00	39	41,05	81,05	4	1,07
Simplicidade entendimento	5	5,43	7	7,61	8	8,70	38	41,30	34	36,96	78,26	3,85	1,12
Representatividade ou fidedignidade	2	2,11	12	12,63	7	7,37	31	32,63	43	45,26	77,89	3,96	1,11
Sensibilidade	2	2,11	9	9,47	11	11,58	53	55,79	20	21,05	76,84	3,73	0,94
Abrangência	2	2,11	12	12,63	10	10,53	49	51,58	22	23,16	74,74	3,62	1,00
Objetividade	2	3,85	4	7,69	4	7,69	20	38,46	22	42,31	80,77	3,9	1,08
Baixo custo	2	2,11	13	13,68	7	7,37	42	44,21	31	32,63	76,84	3,63	1,07
Utilidade	3	5,77	3	5,77	5	9,62	17	32,69	24	46,15	78,85	3,94	1,15
Estabilidade	2	3,85	4	7,69	6	11,54	25	48,08	15	28,85	76,92	3,68	1,03
Tempestividade	1	1,92	6	11,54	8	15,38	17	32,69	20	38,46	71,15	4,02	1,09

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 22 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE PACIENTES INFORMADOS PELA EQUIPE SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES COM DANOS



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Hospitais que buscam a excelência nos resultados incluem pacientes e familiares no seu sistema de gerenciamento de incidentes, inserem mecanismos institucionais para incentivá-los a fazerem perguntas quando acreditam que alguma coisa deu errado com seu cuidado (GANDHI; MC TIERNAN, 2015) e envolvem os pacientes que desejarem participar, na análise da causa raiz (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Não obstante a recomendação do fornecimento de informações claras, desculpas e apoio aos pacientes e familiares na ocorrência de incidentes, especialmente aqueles com algum dano temporário ou definitivo (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2016), não há disponibilidade deste dado para cálculo do indicador, na opinião dos painelistas que não concordaram com este atributo para o indicador.

Segundo os painelistas, a *difícil aplicabilidade* deste indicador (P27) está relacionada à *falta de cultura de segurança institucional*, traduzida pela ausência de políticas para *registro e partilha de eventos adversos com familiares* (P52), *falta de transparência* (P27) e de clima institucional com *estímulo às notificações pelas equipes* (P08).

Nesse sentido, caberia aos hospitais *capacitarem as equipes a entenderem* o significado e, por conseguinte, praticarem o *disclosure* (P14) e *definir processos para abordagem do paciente* e familiares, no caso de incidentes com danos (P40). Tal transformação se iniciaria com a *demonstração pela alta direção, que ela está interessada em medir estas ocorrências, e que conhece o risco de processos judiciais* (P10).

O Teste de Spearman apontou alta correlação entre a maioria dos atributos entre si: confiabilidade e disponibilidade (0,81); sensibilidade com estabilidade (0,80); abrangência com objetividade (0,73), utilidade (0,72) estabilidade (0,76) e sensibilidade (0,82); objetividade com utilidade (0,76) e estabilidade com tempestividade (0,73), demonstrando que no Brasil, ainda há um caminho a ser percorrido até que as organizações de saúde atinjam a maturidade necessária para tornar o monitoramento deste indicador parte da suas rotinas.

Quando ocorre um incidente com dano, é essencial entender o que aconteceu, tentar prevenir a recorrência e enfrentar o sofrimento real de muitos

pacientes. Investigações sobre o que aconteceu podem identificar as explicações detalhadas, fatores determinantes para o resultado, e as ações e avaliações da equipe. No entanto, estes esclarecimentos podem não evitar a recorrência, pois as verdadeiras causas podem estar relacionadas à governança de sistemas complexos, como são os hospitais (DEKKER; HUGH, 2014).

A informação tempestiva para a resposta adequada à situação requer o estabelecimento de protocolo institucional. Este abrange dar conhecimento inicial aos responsáveis pelo setor onde ocorreu o incidente e aos profissionais da assistência diretamente implicados. A definição do porta-voz e a delimitação do papel de cada profissional no esclarecimento das dúvidas no momento da comunicação ao paciente, bem como a elaboração de um relatório para auxiliar a abordagem são quesitos importantes para garantirem a transparência da informação. Contudo, fornecer informação nas primeiras vinte e quatro horas após o incidente demonstra que o hospital respeita o paciente e se preocupa com ele (GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS, 2015).

O momento em que a instituição dá conhecimento ao paciente e sua família acerca do incidente com dano requer planejamento cuidadoso, deve ser compreendido como um processo, e não somente um ato; visa transformar a recriminação em reconciliação, sem anular as obrigações por parte dos profissionais e da própria instituição (DEKKER; HUGH, 2014).

Justiça, ou cultura justa na área da saúde, demanda debates nacionais sensíveis às complexidades políticas, econômicas e demográficas, almejando a obtenção da assistência à saúde em uma democracia madura, e a compreensão de que o risco de erro e fracasso é o subproduto inevitável da busca pelo sucesso (DEKKER; HUGH, 2014).

Apesar de o despreparo das organizações de saúde para lidarem com erros, especialmente pelo receio quanto às altas indenizações ocasionadas por processos judiciais movidos pelos pacientes lesados, paulatinamente evidenciam-se mudanças neste cenário.

Em pesquisa realizada em 1.457 hospitais americanos sobre o engajamento de pacientes e familiares nos incidentes com danos constataram-se avanços relacionados à existência de políticas formais (66, 6%) para

disclosing (revelação ao paciente ou aos seus familiares de erros na assistência) com pedidos de desculpas sobre os erros, e entrevistas rotineiras envolvendo pacientes e famílias na análise de causa raiz (46,9%) (HERRIN et al., 2016).

Ademais, a comunicação da falha e o convite para participação de pacientes na análise de incidentes é apenas um passo no caminho para a melhoria. A implementação das ações corretivas demonstrando capacidade de aprendizado pelos hospitais é o que de fato leva à melhoria da segurança (LEISTIKOW, 2107).

4.2.2.3 Taxa de satisfação do paciente

A satisfação do paciente é uma das medidas de resultado da atividade assistencial, e o indicador presta-se a mensurar a perspectiva do paciente quanto ao tratamento e aos resultados da assistência recebida, monitorando assim, a qualidade dos cuidados hospitalares (GROENE et al., 2015).

Apresentam-se a ficha técnica do indicador taxa de satisfação do paciente no QUADRO 51 e, no QUADRO 52, as sugestões dos painelistas a fim de aperfeiçoá-la.

QUADRO 51 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE
(continua)

NOME DO INDICADOR	FT CP 03 TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE
Definição de termos/conceitos	A satisfação do paciente é uma das medidas de resultado da atividade assistencial. Algumas dimensões são importantes para mensurar se o paciente esteve no centro do cuidado durante sua internação: 1. comunicação (explicações claras, escuta interessada); 2. atitudes profissionais (proporcionar ao paciente a participação nas decisões sobre seu cuidado); 3. clima de confiança (abertura para o paciente discutir seus problemas com a equipe assistencial); 4. competência técnica (conhecimentos próprios da especialidade, confiança nas habilidades da equipe assistencial); 5. respeito à individualidade (dignidade, respeito mútuo). ^(1,2)
Objetivo ou Uso	Medir a satisfação do paciente quanto ao tratamento e os resultados da assistência recebida. ⁽³⁾

QUADRO 51 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE
(conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT CP 03 TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de pacientes que responderam afirmativamente a questões que mensuram dimensões específicas da centralidade no cuidado.</p> <p>Denominador: Número de pacientes que responderam a questões que mensuram dimensões específicas da centralidade no cuidado.</p> <p>Multiplicar o resultado por 100.</p> <p>Obs: são consideradas respostas afirmativas: a) Resposta 'sim' quando houver duas opções como 'sim' e 'não'; b) a somatória de 'concordo parcialmente e concordo totalmente', no caso de uso de escala Likert.</p>
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: pesquisa de satisfação aplicada sistematicamente pela organização de saúde por meio de questionário ⁽⁴⁾ específico validado.
Frequência	No mínimo semestral.
Referências	<p>1. MIRA, J.J.; ARANAZ, J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica, v. 114, n. Supl 3, p. 26-33, 2000.</p> <p>2. DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJOpen, v. 3, p. e001570, 2013. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001570 . Acesso em: 09 dez 2018.</p> <p>3. GROENE, O.; ARAH, O.A. et al. Patient experience shows little relationship with hospital quality management strategies. PLoS ONE, v.10, n.7, p. e0131805, 2015. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131805 Acesso em: 09 dez 2018.</p> <p>4. VEILLARD, J.; CHAMPAGNE, F.; KLAZINGA, N. et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. Int J Qual Health Care, v. 17, n. 6, p. 487-496, 2005. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16155049 Acesso em: 31 out 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 52 – SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade/ Confiabilidade	<i>O questionário citado não está validado para o português, não sendo um dado fidedigno para coleta, há a necessidade de tradução e adaptação transcultural, conforme protocolos (P04)**</i>	Não acatada, uma vez que não foi fornecido nenhum questionário na ficha técnica, mas tão somente diretrizes recomendadas pela literatura citada na ficha técnica.
	<i>Para melhor entendimento da satisfação do paciente a literatura recomenda metodologia NPS. Apenas a resposta afirmativa ou negativa pode não quantificar com a precisão esperada a visão do paciente (P31)**</i>	Entende-se que cada hospital adotaria o modelo de acordo com seu perfil e estrutura disponível para aplicá-lo.
Simplicidade	<i>É necessário definir o que são "respostas afirmativas". Por exemplo, num quesito em que as opções sejam "Ótimo", "Bom", "Regular", "Ruim" e "Péssimo", seriam afirmativas as respostas "Ótimo" e "Bom"? (P17)*</i>	Acatada, inserida uma observação sobre este ponto.
Abrangência	<i>Para fins institucionais deveria haver uma questão abrangente do tipo "Como você avalia o atendimento prestado durante a presente internação?". As questões sobre assistência médica, assistência de enfermagem, assistência laboratorial, alimentação, alojamento, etc. são importantes, porém menos abrangentes por serem setoriais (P17)**</i>	Não acatada, entende-se que questões abrangentes não proporcionam a tomada de ações corretivas.
Representatividade	<i>O título do indicador é muito amplo/genérico. Dá a entender que é a satisfação geral que será mensurada e não com o cuidado centrado (P51)**</i>	Não acatada, entende-se que a medida da satisfação geral torna-se mais relevante quando engloba aspectos assistenciais detalhados e não somente a estrutura física e atendimento administrativo.
Objetividade	<i>O que significa "medir a perspectiva do paciente"? Isso é possível? (P51)* Sugiro substituir "medir a perspectiva do paciente" por "mensurar a satisfação do paciente" (P42)* Está amplo e pouco objetivo. Traduzir "perspectiva do cliente" ou mudar a redação (P08)*</i>	Acatada, substituída a palavra "perspectiva" por "satisfação", no objetivo do indicador.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os onze atributos foram validados na primeira rodada, os percentuais de concordância entre os painelistas variaram entre 73,08% e 94,23%, mas em oito atributos as concordâncias estiveram acima de 80,77%.

Os atributos que alcançaram as concordâncias mais elevadas foram: a simplicidade quanto à facilidade no cálculo e na interpretação (90,38% e 94,23% respectivamente); e a representatividade e a estabilidade, ambos com concordância de 88,46%. A concordância foi em relação ao atributo disponibilidade dos dados (73,08%).

Apresentam-se na TABELA 32 e no GRÁFICO 23 os percentuais de concordância para todos os atributos.

TABELA 32 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE

Taxa de satisfação do Paciente	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	1	1,92	9	17,31	4	7,69	20	38,46	18	34,62	73,08	3,03	1,14
Confiabilidade	2	3,85	7	13,46	2	3,85	24	46,15	17	32,69	78,85	3,44	1,12
Simplicidade facilidade	0	0,00	2	3,85	3	5,77	14	26,92	33	63,46	90,38	4	0,78
Simplicidade entendimento	0	0,00	2	3,85	1	1,92	20	38,46	29	55,77	94,23	3,85	0,73
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	4	7,69	1	1,92	23	44,23	23	44,23	88,46	3,96	0,96
Sensibilidade	1	1,92	3	5,77	6	11,54	23	44,23	19	36,54	80,77	3,73	0,95
Abrangência	1	1,92	5	9,62	6	11,54	19	36,54	21	40,38	76,92	3,62	1,05
Objetividade	1	1,92	5	9,62	2	3,85	19	36,54	25	48,08	84,62	3,9	1,03
Baixo custo	0	0,00	4	7,69	4	7,69	20	38,46	24	46,15	84,62	3,63	0,90
Utilidade	1	1,92	4	7,69	1	1,92	12	23,08	34	65,38	88,46	3,94	1,00
Estabilidade	0	0,00	5	9,62	4	7,69	24	46,15	19	36,54	82,69	3,68	0,91
Tempestividade	1	1,92	5	9,62	5	9,62	16	30,77	25	48,08	78,85	4,02	1,07

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 23 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

As mais elevadas concordâncias aos atributos simplicidade e representatividade confirmam que resultados baseados em respostas dos pacientes não apresentam dificuldades no cálculo e nem na interpretação, mas representam as perspectivas daqueles como informações valiosas para identificação de lacunas no serviço, avaliação e desenvolvimento de soluções que respondam às suas necessidades.

Ademais, o envolvimento do paciente deveria ser incorporado em todas as etapas do *design* do programa de cuidados de saúde, desenvolvimento de políticas, implementação e avaliação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

A mais baixa concordância ao atributo disponibilidade revela que, embora seja frequente a aplicação de pesquisas de satisfação padronizadas no momento ou após a alta, estas não englobam aspectos sobre a centralidade do cuidado no paciente.

A alta correlação entre disponibilidade e confiabilidade (0,71) corrobora a inexistência deste tipo de dado, bem como denota certa dificuldade na obtenção do mesmo, relacionada principalmente à realização da pesquisa em si, iniciando pela própria elaboração do questionário, que deve *conter perguntas*

claras e objetivas, mas que representem a *experiência do paciente durante a hospitalização* (P08, P14, P35).

Adicionalmente, os aplicadores do questionário devem *receber treinamento específico* (P08, P36), e o *método para tabulação dos dados devem ser claramente definidos* (P08), a fim de se obter dados confiáveis para o uso do indicador.

As altas correlações entre a abrangência e a representatividade (0,74) e abrangência com a sensibilidade (0,87) podem estar relacionados a aspectos vinculados ao paciente, já que tanto a *amostra por conveniência (pacientes dispostos a responder)*, como a *avaliação positiva do paciente movida pelo sentimento de gratidão, especialmente em hospitais públicos, podem ser acompanhadas de algum viés* (P17, P27). Ademais, na realidade hospitalar, constata-se que geralmente a *adesão dos pacientes a este tipo de avaliação da qualidade é baixa, necessitando de incentivos* ao preenchimento por parte da instituição (P14, P35). Para ampliação da abrangência e da representatividade recomenda-se a *avaliação da satisfação em todas as unidades do hospital* (P08).

Nos Estados Unidos, defensores dos pacientes e especialistas em segurança encorajam a adoção de registros eletrônicos de saúde transparentes, como anotações de visitas, compartilhadas com pacientes por meio de portais. Em *survey* aplicado a 99 médicos e 4.592 pacientes houve evidências que apesar das preocupações com erros da linguagem ou prática defensiva (omitir registros para não gerar provas contra si), médicos e pacientes perceberam benefícios no relacionamento, sugerindo que registros transparentes em prontuários ou em sistemas de notificação podem melhorar a satisfação do paciente, a confiança e a segurança (BELL et al., 2017).

No Brasil, em 2001, foi instituído pelo Ministério da Saúde o prêmio de Qualidade Hospitalar para as unidades melhor avaliadas por usuários nas pesquisas de satisfação da qualidade de atendimento. Para este prêmio foram estabelecidas duas categorias: a nacional concedida a dez hospitais integrantes do SUS, que tenham obtido as melhores avaliações da assistência por parte dos usuários; e a estadual, concedida às três instituições melhores avaliadas pelos usuários. Também é concedido um prêmio Destaque da Qualidade ao hospital que alcançar a melhor avaliação no país (BRASIL, 2001 a, 2001 b).

Estas estratégias que se utilizam de medidas como a pesquisa de satisfação do paciente para contribuir para a melhoria da assistência, são avanços importantes, contudo a realidade nos hospitais aponta que há um longo caminho a ser percorrido pelas instituições de saúde brasileiras.

4.2.2.4 Cirurgias canceladas no dia agendado

O indicador cirurgias canceladas no dia agendado objetiva mensurar o cancelamento de cirurgias eletivas no dia agendado, por motivos que não dependeram do paciente. A realização de uma cirurgia impacta a vida do paciente, pois requer preparo prévio físico e psicológico, interfere no seu estilo de vida e envolve aspectos sócio-econômicos por conta do afastamento do trabalho, e indubitavelmente, é fator gerador de stress (MORAES, 2017). Consequentemente, o cancelamento de uma cirurgia no dia agendado potencializa estes impactos, de modo desnecessário.

Apresentam-se a ficha técnica do indicador taxa de cirurgias canceladas no dia agendado no QUADRO 53 e, no QUADRO 54, as sugestões para sua otimização.

QUADRO 53 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO (continua)

NOME DO INDICADOR	FT CP 04 TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO
Definição de termos/conceitos	<p>Cirurgias suspensas no dia agendado: São as cirurgias eletivas realizadas em ambiente cirúrgico, incluindo as ambulatoriais, suspensas no dia agendado, por motivo alheio à vontade e/ou à condição clínica do paciente.⁽¹⁾</p> <p>Ex.: cirurgias suspensas por: falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesiologista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes, erro de agendamento (sem cobertura de convênio).</p> <p>Número de cirurgias agendadas no dia: Cirurgias eletivas previstas para o dia, de acordo com a programação cirúrgica.</p>
Objetivo ou Uso	Medir as cirurgias eletivas canceladas no dia agendado, por causas alheias à vontade ou condição clínica do paciente.
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de cirurgias eletivas suspensas no dia agendado, em determinado período.</p> <p>Denominador: Número de cirurgias agendadas no período.</p> <p>Multiplicar o resultado por 100.</p>

QUADRO 53 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT CP 04 TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, relatórios em planilhas específicas ou relatórios obtidos no sistema informatizado, registros da agenda cirúrgica.
Frequência	Mensal.
Referências	1. CQH. Compromisso com a qualidade hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH. 1. ed. São Paulo: Van Moorsel Gráfica e Editora, 2009.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 54 – SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	<i>Incluir no método de apuração: informações da agenda cirúrgica ou mapa cirúrgico (P49)*</i>	Acatada, incluído.
Estabilidade	<i>Muitas cirurgias são suspensas por falta de material, ou seja, sempre que houver a falta, o indicador vai ser alterado (P16)**</i>	Não acatada, pois é justamente este o objetivo do indicador.
Representatividade	<i>O texto "Definições e conceitos" é extenso e até contraditório. Esse item, assim como o objetivo, deve ser breve, claro e completo para não gerar dúvidas (P51)*</i>	Acatada, reescrito o objetivo e resumidas as definições.
	<i>Cirurgias canceladas no dia anterior seriam perdidas na amostra, e, representam igualmente um desempenho organizacional ruim se por motivos de planejamento da equipe operatória equivocado (P02)**</i>	Não acatada, pois o objetivo do indicador é mensurar as cirurgias que são canceladas no dia agendado. Os demais cancelamentos podem fazer parte de indicador geral que mensure todos os cancelamentos de cirurgias.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos do indicador foram validados na primeira rodada e os percentuais de concordância variaram entre 80,77% e 98,08%. Os atributos com as concordâncias mais elevadas foram a simplicidade quanto à facilidade no

cálculo e na interpretação (98,08% e 96,08%, respectivamente) e a representatividade (92,31%); o atributo que obteve a concordância mais baixa foi a abrangência (80,77%).

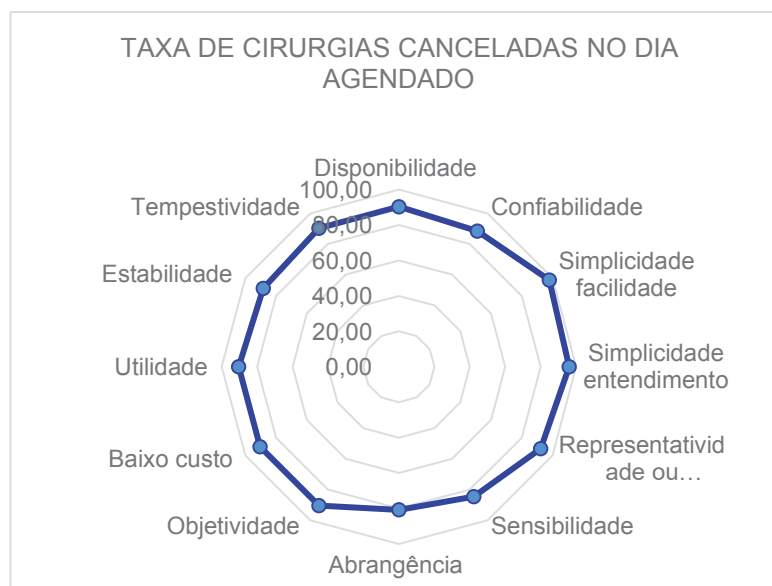
Apresentam-se na TABELA 33 e no GRÁFICO 24 os percentuais de concordância relativos aos onze atributos.

TABELA 33 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO

Taxa de cirurgias canceladas no dia agendado	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	1	1,92	4	7,69	0	0,00	18	34,62	29	55,77	90,38	3,03	0,97
Confiabilidade	1	1,92	3	5,77	2	3,85	16	30,77	30	57,69	88,46	3,44	0,95
Simplicidade facilidade	1	1,92	0	0,00	0	0,00	11	21,15	40	76,92	98,08	4	0,67
Simplicidade entendimento	1	1,96	0	0,00	1	1,96	12	23,53	37	72,55	96,08	3,85	0,72
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	3	5,77	0	0,00	9	17,31	39	75,00	92,31	3,96	0,91
Sensibilidade	1	1,92	5	9,62	2	3,85	14	26,92	30	57,69	84,62	3,73	1,05
Abrangência	1	1,92	5	9,62	4	7,69	13	25,00	29	55,77	80,77	3,62	1,08
Objetividade	1	1,92	2	3,85	2	3,85	10	19,23	37	71,15	90,38	3,9	0,90
Baixo custo	1	1,92	2	3,85	2	3,85	11	21,15	36	69,23	90,38	3,63	0,90
Utilidade	1	1,92	1	1,92	3	5,77	12	23,08	35	67,31	90,38	3,94	0,85
Estabilidade	1	1,92	2	3,85	3	5,77	13	25,00	33	63,46	88,46	3,68	0,92
Tempestividade	1	1,92	0	0,00	4	7,69	17	32,69	30	57,69	90,38	4,02	0,80

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 24 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

O cancelamento cirúrgico aumenta a ansiedade, a tensão, e a insegurança, gerando uma quebra na confiança do paciente em relação à instituição e equipe. Quando ocorre no dia em que o paciente e familiares estão em estado de vigília perante o acontecimento cirúrgico que geralmente envolve riscos, as consequências podem ser exacerbadas.

Paradoxalmente, para a equipe, cancelamentos de cirurgias aparentemente não causam inquietação, sendo considerado como parte da rotina e inerente à estrutura funcional; talvez por este motivo as explicações ao paciente e família sejam tão incompletas e superficiais (MACEDO, 2013).

O aspecto ético vivenciado na prática assistencial junto ao cliente cirúrgico diz respeito à dissonância entre informações verbais e escritas, isto é, agendamento de um procedimento cirúrgico e realização de outro similar; suspensão de cirurgias sem justificativa e sem nenhum registro por escrito que explique a razão da mesma (MACEDO, 2013).

Entre as respostas dos painelistas, a concordância foi mais elevada em relação ao atributo simplicidade, e com menor dispersão em relação à média (desvio padrão = 0,66), pois os dados geralmente estão disponíveis, visto que

grande parte dos hospitais já utiliza este indicador visando otimizar a ocupação das salas cirúrgicas, melhorando assim a sua gestão.

A mais baixa concordância entre os painelistas em relação ao atributo abrangência (80,77%) pode significar que este indicador não sintetiza o maior número possível de situações ou fatores diferentes que afetam o cancelamento de cirurgias.

Nesse sentido, os painelistas sugeriram a *estratificação enfocando as causas*, mesmo que esteja definido que devem ser consideradas somente aquelas que não dependeram do paciente (P01, P16, P34, P37).

O Teste de Spearman apontou alta correlação entre a estabilidade e outros quatro atributos: simplicidade quanto a facilidade no cálculo (0,72), abrangência (0,82), baixo custo (0,74) e utilidade (0,76). Caso sejam estratificadas as causas, a comparação interna ou com outras instituições pode ser viabilizada.

Quanto à alta correlação entre o atributo estabilidade e o baixo custo, os painelistas referiram que monitoramentos seriados *estão relacionados à existência de sistemas de informação, como o prontuário eletrônico* (P08, P16, P21, P48), e, principalmente, pelo *registro dos cancelamentos discriminando as causas* realizadas pelos profissionais (P06, P14, P16).

No tocante às causas, a mudança de conduta do cirurgião, a prorrogação dos horários inicialmente programados para os procedimentos eletivos, a falta de funcionalidade dos equipamentos e a cessão da sala cirúrgica para emergências foram as razões mais comuns de cancelamento de cirurgias no dia agendado identificadas em estudo brasileiro em hospital universitário (MACEDO, 2013; KUMAR; GANDHI, 2012).

4.2.2.5 Taxa de orientação eficaz ao paciente

O indicador que contabiliza as orientações ao paciente trata da mensuração relativa à efetividade da conexão da equipe assistencial com o paciente, do rompimento de barreiras de comunicação e da criação de um ambiente de diálogo aberto e de confiança (VEILLARD et al., 2005).

Apresentam-se no QUADRO 55 a ficha técnica contendo as características deste indicador e no QUADRO 56 as sugestões dos painelistas para seu aperfeiçoamento.

QUADRO 55- FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE (continua)

NOME DO INDICADOR	FT CP 05 TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE.
Definição de termos/conceitos	<p>A adoção de estratégias de comunicação eficazes impacta positivamente sobre os níveis de satisfação dos pacientes e na parceria entre estes e os profissionais de saúde.</p> <p>Alguns padrões de comunicação são recomendáveis, de modo a obter uma comunicação empática, o fornecimento de informações ao paciente, especialmente sobre a gestão da dor, e a resposta aos seus questionamentos.⁽¹⁾</p> <p>Exemplos de práticas eficazes de comunicação durante a internação:⁽¹⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicar ao paciente quem você é, o que você faz e quem são os membros da equipe. 2. Informar ao paciente diariamente sobre o plano para o dia e definir expectativas, escrevendo em um quadro. 3. Incentivar o paciente a comunicar a evolução na gestão de sua dor. 4. Incluir o paciente dizendo o que você está fazendo no quarto, mesmo os cuidados simples, como verificar os sinais vitais. 5. Fornecer aos pacientes informações completas sobre todos os exames e tratamentos planejados em uma linguagem que eles possam compreender;⁽²⁾ 6. Incluir os pacientes em passagens de plantão ou rondas interprofissionais programadas.⁽²⁾
Objetivo ou Uso	Mensurar a eficácia das orientações prestadas ao paciente pelos profissionais de saúde.
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de pacientes que respondem afirmativamente às questões que abordam a comunicação e orientação eficazes por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>Denominador: Número de pacientes respondentes.</p> <p>Multiplicar o resultado por 100.</p>
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: levantamento realizado por questionário ⁽³⁾ aplicado pelos profissionais de saúde ao paciente, antes da alta.
Frequência	Mensal.

QUADRO 55 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT CP 05 TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE.
Referências	<p>1. FRAMPTON, S. et al. Patient-centered care improvement guide. Boston, MA: Planetree and Picker Institute, 2008. Disponível em: https://planetree.org/wp-content/uploads/2015/03/Patient-Centered-Care-Improvement-Guide-10.10.08.pdf . Acesso em: 09 dez 2018.</p> <p>2. NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. Shining a light: Safer Health Care Through Transparency. Report of the Roundtable on Transparency from the The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015. Disponível em: http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Shining-a-Light-Safer-Health-Care-Through-Transparency.aspx . Acesso em: 09 dez 2018.</p> <p>3. VEILLARD, J.; CHAMPAGNE, F.; KLAZINGA, N. et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. Int J Qual Health Care, v. 17, n. 6: p. 487-496, 2005. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16155049. Acesso em: 31 out 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 56 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	<i>Redação do indicador: não seria 'Proporção ou percentual de pacientes orientados quanto à comunicação eficaz...', pois o cálculo está 'número de pacientes que respondem...' e não número de orientações (P12)**</i>	Não acatada, contudo, foi modificado o nome do indicador.
Representatividade	<i>O objetivo é muito amplo e confuso (P51)*</i>	Acatada, reescrito o objetivo.
Abrangência	<i>Penso que "Orientação" não é o termo adequado porque reduz a amplitude do indicador (P51)**</i>	O termo "orientação" é utilizado rotineiramente pela enfermagem para caracterizar as ações educativas nas várias etapas do cuidado.
	<i>Só se poderiam fazer sugestões sobre o conteúdo do questionário, o qual não está apresentado (P17)**</i> <i>A aplicação de um questionário focado neste quesito, pode não ter vida útil perene (P32)**</i>	Não acatada, os registros em prontuário não possibilitam a coleta sistematizada de dados e a literatura citada na ficha técnica, recomenda o questionário. A aplicação deste oportuniza também o <i>feedback</i> com reorientações.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

As concordâncias entre os painelistas variaram entre 67,37% e 81,05%, sendo que os atributos que alcançaram as concordâncias mais elevadas foram a abrangência (81,05%), a sensibilidade (78,95%) e a simplicidade relacionada à facilidade no cálculo (78,85%).

Dos seis atributos que foram submetidos à nova apreciação pelos painelistas em segunda rodada, somente a disponibilidade não foi validada (67,37%).

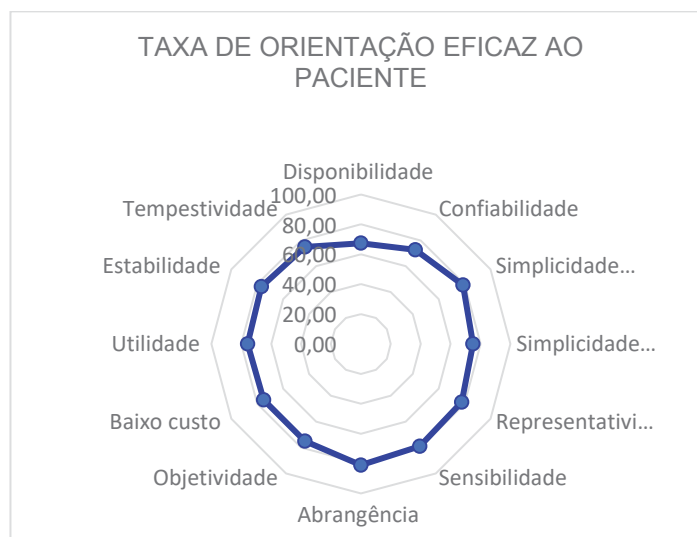
Apresentam-se na TABELA 34 e no GRÁFICO 25 os percentuais de concordância aos atributos do indicador taxa de orientação eficaz ao paciente.

TABELA 34 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE

Taxa de orientação eficaz ao paciente	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	7	7,37	20	21,05	4	4,21	44	46,32	20	21,05	67,37	3,53	1,24
Confiabilidade	3	3,16	18	18,95	5	5,26	46	48,42	23	24,21	72,63	3,72	1,13
Simplicidade facilidade	0	0,00	6	11,54	5	9,62	12	23,08	29	55,77	78,85	4,23	1,04
Simplicidade entendimento	0	0,00	8	15,38	5	9,62	15	28,85	24	46,15	75,00	4,06	1,09
Representatividade ou fidedignidade	3	3,16	9	9,47	9	9,47	46	48,42	28	29,47	77,89	3,92	1,03
Sensibilidade	1	1,05	10	10,53	9	9,47	53	55,79	22	23,16	78,95	3,86	0,92
Abrangência	2	2,11	8	8,42	8	8,42	55	57,89	22	23,16	81,05	3,92	0,92
Objetividade	1	1,92	9	17,31	3	5,77	17	32,69	22	42,31	75,00	3,96	1,17
Baixo custo	1	1,92	9	17,31	3	5,77	17	32,69	22	42,31	75,00	3,96	0,98
Utilidade	2	2,11	7	7,37	14	14,74	42	44,21	30	31,58	75,79	4,12	1,06
Estabilidade	0	0,00	7	13,46	5	9,62	15	28,85	25	48,08	76,92	3,96	0,88
Tempestividade	0	0,00	4	7,69	9	17,31	24	46,15	15	28,85	75,00	4,23	0,88

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 25 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ORIENTAÇÃO EFICAZ AO PACIENTE



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A elevada concordância entre as respostas dos painelistas aos atributos abrangência e simplicidade no cálculo a partir das informações básicas do indicador, pode estar relacionada ao fato de que a população alvo do questionário, isto é, aqueles pacientes com alta planejada, pode ser identificada diariamente, em qualquer unidade de internação, e, uma vez aplicado o questionário, a tabulação dos dados mensais consiste numa operação simples.

Segundo os painelistas, o questionário deveria *ser aplicado a todos os pacientes, contemplando diferentes escolaridades* (P08), especialmente se forem *utilizadas amostras* (P21), destacando-se que *a amostra por conveniência (somente os dispostos a responder) geralmente apresenta vieses de difícil controle* (P17).

O atributo objetividade apresentou alta correlação com outros cinco atributos: simplicidade (0,72), representatividade (0,78), sensibilidade (0,78), abrangência (0,81) e utilidade (0,85).

Interpreta-se que estas correlações estejam relacionadas ao questionário a ser aplicado para coleta dos dados. Propõe-se a realização de pesquisa que pergunte aos pacientes se recebeu orientação sobre quem são os profissionais e os membros da equipe que estiveram responsáveis pelo seu

cuidado; se houve informação diária sobre o plano de cuidados para o dia e a definição das expectativas; se houve o incentivo para que o paciente comunicasse a evolução na gestão de sua dor; se foi incluído, por meio de informações sobre todos os cuidados prestados, exames e tratamentos planejados, em uma linguagem compreensível, e também nas passagens de plantão ou rondas programadas (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Nos comentários os painelistas frisaram a importância de o questionário conferir *objetividade nas questões* (P08) de modo a incentivar a adesão dos respondentes. Contudo, alguns fatores podem interferir na correlação entre os outros atributos citados, tais como a necessidade de *envolvimento nos cuidados tanto da equipe como do paciente e seu familiar* (P14, P51), o que faria com que o paciente compreendesse a *importância de responder ao questionário* (P08, P14). O desenvolvimento de *relações de confiança durante a assistência* (P08) poderia minimizar a força da *relação de poder* que envolve o cuidado de saúde, que poderia *inibir o paciente a responder com sinceridade* (P16).

A utilidade foi outro atributo que teve alta correlação com outros quatro: representatividade (0,74), sensibilidade (0,80), objetividade (0,85) e estabilidade (0,76).

O percentual de concordância entre os painelistas a este atributo foi de 75,79%. A literatura referencia que estratégias podem ser elaboradas para permitir e encorajar a presença do paciente ou familiar nas passagens de plantão da enfermagem, ou rondas da equipe multidisciplinar, iniciando pela oferta destas opções e facilitando a ambientação para permitir o contato visual, como por exemplo, usando uma formação circular. Entende-se que existem várias barreiras a serem transpostas, como o espaço físico limitado e o próprio tempo escasso desta comunicação entre turnos (FLAGG, 2015).

Os indicadores da dimensão que coloca o paciente no centro do cuidado, de modo geral, apresentam a dificuldade da obtenção de dados para o cálculo, e a opinião dos painelistas refletiu esta característica: a disponibilidade não alcançou o consenso mínimo requerido.

Todavia, na assistência à saúde, o medo e a ansiedade são sentimentos que são exacerbados, assim, torna-se importante a utilização de comunicação

verbal eficaz e pertinente às necessidades do paciente, de modo compreensível, o que demonstra o comprometimento da equipe. Desta forma, é significativo que as instituições viabilizem o acompanhamento e comparação internos da evolução deste indicador, de modo que estas mensurações oportunizem gradativamente melhores resultados em relação às orientações e comunicação eficazes dos profissionais aos pacientes.

4.2.2.6 Taxa de percepção do paciente sobre a efetividade da preparação para sua alta

O indicador relativo à percepção do paciente sobre a preparação para sua alta tem por objetivo mensurar a efetividade das ações realizadas pelas equipes hospitalares para prepará-los a exercerem seus cuidados, com autonomia, após a alta.

A ficha técnica deste indicador é apresentada no QUADRO 57 e os comentários dos painelistas acerca dos atributos, no QUADRO 58.

QUADRO 57 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA (continua)

NOME DO INDICADOR	FT CP 06 TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA
Definição de termos/conceitos	O cuidado centrado na pessoa enfatiza a capacitação dos pacientes desenvolvida pelos serviços de saúde para exercerem as ações necessárias à continuidade do seu cuidado e tratamento, com autonomia. ⁽¹⁾ Requer que as preferências do paciente sejam levadas a sério pelos profissionais de saúde, não significando que a equipe deva fazer somente o que os pacientes gostam ou querem, mas que avaliem a capacidade desses quanto à autogestão, incentivando-os ao exercício da autoconfiança e do auto respeito. ⁽¹⁾
Objetivo ou Uso	Mensurar a percepção dos pacientes quanto à efetividade das ações realizadas pelo hospital para prepará-los para a alta.
Método de cálculo	Numerador: Número de pacientes que responderam afirmativamente às questões que abordam a preparação para a alta. Obs: incluir questões que possibilitem ao paciente repetir as orientações recebidas por ocasião da alta. Denominador: Número de pacientes que responderam às questões que abordam a preparação para a alta. Multiplicar o resultado por 100. Obs: são consideradas respostas afirmativas: a) Resposta 'sim' quando houver duas opções como 'sim' e 'não'; b) a somatória de 'concordo parcialmente e concordo totalmente', no caso de uso de escala Likert; c) paciente repetir as orientações dadas, corretamente.

QUADRO 57 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT CP 06 TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: levantamento realizado por questionário ⁽²⁾ aplicado pelo hospital aos pacientes, no mínimo, uma semana após a alta e, no máximo, 30 dias após a alta (o questionário pode ser respondido via ligação ou mensagem telefônica, via correio tradicional ou eletrônico, ou no retorno ambulatorial).
Frequência	Mensal.
Referências	1. VIKKI A. E.; WATT, I. S. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. The American Journal of Bioethics , v.13, n. 8, p.29-39, 2013. 2. VEILLARD, J.; CHAMPAGNE, F.; KLAZINGA, N. et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. Int J Qual Health Care , v. 17, n. 6, p. 487-496, 2005.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 58 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	<i>O melhor seria especificar o denominador como "Número de pacientes com alta no mês x que responderam às questões que abordam a preparação para a alta", e o numerador como "número de pacientes com alta no mês x que responderam afirmativamente às questões que abordam a preparação para a alta até 30 dias após a alta (P17)*</i>	Acatada, acrescentados "com alta no mês" no numerador e no denominador.
Representatividade	<i>O objetivo não está claro e nem exato. É possível "mensurar a efetividade"? Penso que não. Mesmo porque, no título consta "percepção" (P51)*</i>	Acatada, reescrito o objetivo.
	<i>A ficha técnica deve deixar claro que "resposta afirmativa" corresponde à capacidade da pessoa que recebe as instruções em repeti-las corretamente (P17)*</i>	Acatada, inserido observação no campo "método de cálculo".
Tempestividade	<i>É necessário estabelecer um tempo máximo para a coleta do dado (por exemplo até 30 dias após a alta) para ter uma informação sobre as altas do mês anterior, a qual ainda seria tempestiva (P17)*</i>	Acatada, incluído como prazo máximo para coleta do dado.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

As concordâncias variaram entre 64,21% e 80,77%, sendo que os atributos que alcançaram as concordâncias mais elevadas foram a simplicidade relacionada tanto na facilidade no cálculo como na interpretação (80,77% e 78,85% respectivamente), a abrangência (81,05%) e a objetividade (76,92%).

Dos sete atributos submetidos à avaliação na segunda rodada, três não alcançaram o consenso mínimo de 70%: disponibilidade e baixo custo (ambos 64,21%) e confiabilidade (68,42%).

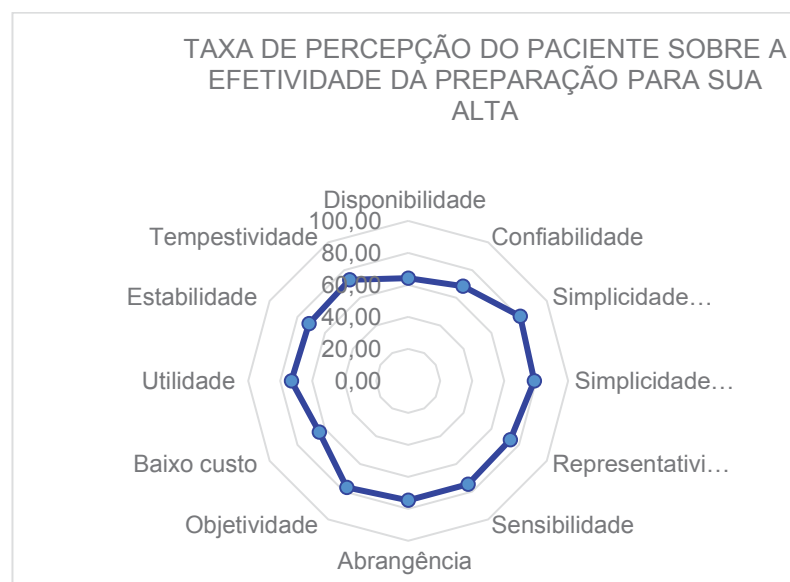
Apresentam-se na TABELA 35 e no GRÁFICO 26 os percentuais de concordância aos atributos do indicador taxa de percepção do paciente sobre a efetividade da preparação para sua alta.

TABELA 35 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA

Taxa de percepção do paciente sobre a efetividade da preparação para sua alta	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	13	13,68	14	14,74	7	7,37	49	51,58	12	12,63	64,21	3,35	1,27
Confiabilidade	4	4,21	15	15,79	11	11,58	54	56,84	11	11,58	68,42	3,56	1,03
Simplicidade facilidade	1	1,92	4	7,69	5	9,62	20	38,46	22	42,31	80,77	4,12	1,00
Simplicidade entendimento	2	3,85	4	7,69	5	9,62	20	38,46	21	40,38	78,85	4,04	1,08
Representatividade ou fidedignidade	4	4,21	8	8,42	13	13,68	49	51,58	21	22,11	73,68	3,79	1,02
Sensibilidade	4	4,21	7	7,37	13	13,68	53	55,79	18	18,95	74,74	3,78	0,98
Abrangência	3	3,16	9	9,47	12	12,63	49	51,58	22	23,16	74,74	3,85	1
Objetividade	2	3,85	4	7,69	6	11,54	18	34,62	22	42,31	76,92	4,04	1,10
Baixo custo	7	7,37	13	13,68	14	14,74	34	35,79	27	28,42	64,21	3,64	1,24
Utilidade	2	3,85	6	11,54	6	11,54	19	36,54	19	36,54	73,08	3,9	1,14
Estabilidade	4	4,21	7	7,37	16	16,84	51	53,68	17	17,89	71,58	3,74	0,98
Tempestividade	1	1,92	4	7,69	9	17,31	19	36,54	19	36,54	73,08	3,98	1,02

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 26 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A EFETIVIDADE DA PREPARAÇÃO PARA SUA ALTA



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Os painelistas consideraram o atributo simplicidade no que concerne à facilidade no cálculo, a melhor propriedade deste indicador, em contrapartida, a falta de disponibilidade dos dados tornou este o atributo menos pontuado, juntamente com a confiabilidade. Com efeito, nos hospitais, de modo geral, há o reconhecimento de que a valorização das preferências do paciente é relevante, no entanto, não são implantados mecanismos que permitam mensurar os esforços da equipe de saúde no incentivo ao exercício da autoconfiança e do autorrespeito, numa clara demonstração de falta de reconhecimento pela capacidade de autogestão por parte dos pacientes (VIKKI; WATT, 2013).

A utilidade apresentou alta correlação com outros quatro atributos: representatividade, sensibilidade e abrangência (0,80) e estabilidade (0,78).

De fato, as orientações para alta hospitalar visam ao seguimento da terapêutica proposta pela equipe de saúde desde a internação até o domicílio, confirmando-se sua importância na educação do paciente para o planejamento para alta, objetivando assim, a continuidade dos cuidados e a efetividade do tratamento hospitalar. Quando adequadas, reduzem reinternações, outros procedimentos clínicos e cirúrgicos e a infecção (PEREIRA et al., 2016).

Contudo, como a ausência de medições é a realidade nos hospitais brasileiros, não se conhece instrumento validado que possa auferir se as orientações foram efetivas. Algumas qualidades foram enumeradas para o que seria um questionário adequado: *simples, claro e objetivo* (P02, P04, P08, P14, P36).

Também houve alta correlação do atributo tempestividade com outros quatro atributos: representatividade (0,72), sensibilidade (0,72), abrangência (0,79) e estabilidade (0,74). Para que sejam tomadas decisões tempestivas, o rápido processamento dos dados, de preferência por meio eletrônico (P08, P21) torna-se um fator relevante. A abrangência pode ser prejudicada pela *dependência da adesão do paciente na busca pós-alta fonada* (P08, P10, P31), além disso a instituição necessitaria de *pessoas preparadas para a aplicação da pesquisa* (P10, P35).

A utilização deste indicador poderia incentivar a adoção de estratégias diferentes para determinados grupos, como o de pessoas com doenças crônicas, instituição de programas estruturados de educação em grupo, apoio personalizado para a gestão da saúde ou entrevistas motivacionais, de modo que os resultados mostrassem a evolução do apoio ao autocuidado antes da alta (PROQUALIS, 2016).

4.2.2.7 Taxa de recomendação do hospital pelo paciente

A percepção da competência técnica e os aspectos relacionados à estrutura, processo e resultado influenciam os pacientes na recomendação do hospital a outros pacientes. Nesta perspectiva, considera-se como aspecto da estrutura, a percepção do paciente em relação às instalações adequadas, equipamentos e insumos suficientes, funcionários e disponíveis, recursos humanos qualificados com competência técnica e interpessoal. O processo é a eficiência nos procedimentos administrativos e assistenciais adequados às necessidades do paciente no tempo adequado, e o resultado é o atendimento da expectativa do paciente no momento da internação com repercussão positiva na sua saúde, como: diagnóstico correto, tratamento adequado e seguro, cuidado humanizado (DONABEDIAN, 1980).

Apresentam-se no QUADRO 59 a ficha técnica do indicador relativo à recomendação do hospital pelo paciente e, no QUADRO 60, as sugestões dos painelistas para melhorá-la.

QUADRO 59 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE RECOMENDAÇÃO DO HOSPITAL PELO PACIENTE

NOME DO INDICADOR	FT CP 07 TAXA DE RECOMENDAÇÃO DO HOSPITAL PELO PACIENTE
Definição de termos/conceitos	Pacientes recomendam o hospital onde foi atendido para outros pacientes, quando estão satisfeitos em relação à competência técnica e os aspectos da estrutura, processo e resultado. ¹
Objetivo ou Uso	Contabilizar a recomendação do hospital pelos pacientes que estiveram internados.
Método de cálculo	Numerador: Número de pacientes que respondem afirmativamente à questões sobre a recomendação do hospital sobre aspectos da estrutura, processo e resultado no período. Denominador: Número de pacientes respondentes no período. Multiplicar o resultado por 100.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: levantamento realizado por questionário ⁽²⁾ aplicado pelo hospital aos pacientes após a alta. Obs: as questões podem fazer parte de questionário destinado a avaliar outros itens relativos ao cuidado centrado no paciente
Frequência	Mensal.
Referências	1. DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring : the definition of quality and approaches to it assessment. Vol I. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980. 2. SECANELL, M.; GROENE, O.; ARAH, O. A. et al. Deepning our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. Int J Qual Health Care , v. 26, supl 1, p. 5-15, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24671120 . Acesso em: 31 out 2018.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 60 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE RECOMENDAÇÃO DO HOSPITAL PELO PACIENTE, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>Para mim, o indicador não corresponde com o objetivo ou vice-versa. Mensurar a satisfação é uma "coisa" e recomendar do hospital é outra, pois o fato de estar satisfeito não significa recomendar para outros (P51)*</i>	Acatada, reescrito o objetivo e sintetizado o conteúdo das definições.
	<i>A denominação do indicador e o descrito no demais itens da ficha estão incoerentes (P12)*</i>	
	<i>Reduzir as questões sobre esse tema a uma única pergunta, por exemplo: "Você recomendaria o atendimento no Hospital X a outras pessoas?" (P17)*</i>	Acatadas. Incluída observação sobre a recomendação para o hospital integrar questionário já existente.
	<i>Sugiro incluir este indicador como uma informação da pesquisa de satisfação (P49)*</i>	
	<i>Esse indicador já estaria contemplado no indicador de 'Satisfação do paciente' (P12)*</i>	
Confiabilidade	<i>Estabelecer um tempo para a avaliação pós-alta (P27)**</i>	Não acatada, a periodicidade já está definida como mensal.
	<i>Um mesmo paciente pode recomendar a estrutura do hospital, mas estar insatisfeito com o processo de atendimento, por exemplo. Sugiro que o indicador seja mais claro (sintético) ou destrinchado (P02)*</i>	Acatada, a ficha foi sintetizada, foi modificada a redação do método de cálculo.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

As concordâncias nas respostas dos painelistas variaram entre 71,15 % e 80,77%, sendo que os atributos que alcançaram as concordâncias mais elevadas foram a simplicidade relacionada à interpretação do resultado e a utilidade (80,77% cada), a representatividade e a sensibilidade, ambos com 80,00%.

Os cinco atributos reavaliados em segunda rodada foram validados.

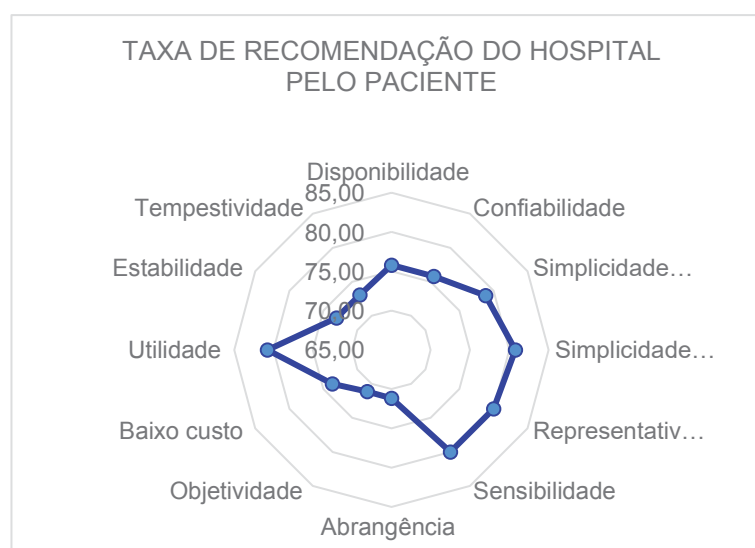
Apresentam-se na TABELA 36 e no GRÁFICO 27 os percentuais de concordância aos atributos do indicador relativo à recomendação do hospital por pacientes.

TABELA 36 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE RECOMENDAÇÃO DO HOSPITAL PELO PACIENTE

Taxa de recomendação do hospital pelo paciente	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	8	8,42	10	10,53	5	5,26	48	50,53	24	25,26	75,79	3,74	1,20
Confiabilidade	5	5,26	9	9,47	9	9,47	47	49,47	25	26,32	75,79	3,85	1,09
Simplicidade facilidade	4	7,69	3	5,77	4	7,69	16	30,77	25	48,08	78,85	4,06	1,23
Simplicidade entendimento	4	7,69	3	5,77	3	5,77	18	34,62	24	46,15	80,77	4,06	1,21
Representatividade ou fidedignidade	6	6,32	6	6,32	7	7,37	38	40,00	38	40,00	80,00	4,01	1,14
Sensibilidade	6	6,32	5	5,26	8	8,42	49	51,58	27	28,42	80,00	3,91	1,07
Abrangência	5	9,62	5	9,62	5	9,62	18	34,62	19	36,54	71,15	3,79	1,30
Objetividade	3	5,77	6	11,54	6	11,54	15	28,85	22	42,31	71,15	3,9	1,24
Baixo custo	4	4,21	7	7,37	14	14,74	38	40,00	32	33,68	73,68	3,92	1,08
Utilidade	3	5,77	4	7,69	3	5,77	18	34,62	24	46,15	80,77	4,08	1,17
Estabilidade	4	7,69	3	5,77	7	13,46	22	42,31	16	30,77	73,08	3,85	1,17
Tempestividade	3	5,77	4	7,69	7	13,46	17	32,69	21	40,38	73,08	3,94	1,18

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 27 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE RECOMENDAÇÃO DO HOSPITAL PELO PACIENTE



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

O Teste de Spearman apontou correlação muito alta entre os atributos sensibilidade e abrangência (0,92). A sensibilidade deste indicador está relacionada tanto à sua capacidade em detectar o fenômeno recomendação do hospital pelo paciente, como em perceber as mudanças nos fatores ambientais, técnicos ou sociais.

A respeito de outras dimensões que envolvem o cuidado e afetam a satisfação do paciente, revisão de literatura examinou a correlação entre fatores demográficos como idade, gênero, estado de saúde e nível de educação com a satisfação do paciente, e encontraram resultados conflitantes devido à existência de atributos multidimensionais nos ambientes de saúde (AL- ABRI; AL-BALUSHI, 2014).

A abrangência ou alcance deste indicador diz respeito exatamente a esta variedade de fatores, muitas vezes subjetivos, também demonstrado pela alta correlação entre a objetividade e outros quatro atributos: a própria abrangência (0,84), a disponibilidade (0,70), a simplicidade no entendimento (0,75), e a utilidade (0,76).

Os painelistas referiram que *há muita subjetividade relacionada ao processo e ao resultado (P35)*, e que como *cada caso é único, pode ser difícil generalizar os resultados por meio das questões objetivas* de um questionário (P16).

A objetividade também é afetada, segundo os painelistas, pela hipótese de o paciente *ter receio de avaliar negativamente um ponto assistencial (P06)* e, devido a *se encontrarem em situação de vulnerabilidade, podem se sentir constrangidos a responder de forma favorável à pergunta (P17)*. A *capacidade de entendimento das questões pelo paciente* também afeta a objetividade (P16).

Esta subjetividade, que é inerente ao indicador, está afeita à atenção prestada pela enfermagem aos pacientes durante a internação. Quatro estudos conduzidos em hospitais terciários em diferentes países, revelou que a cortesia, o respeito, a escuta e o fácil acesso aos enfermeiros influenciaram fortemente a satisfação geral do paciente. Esses aspectos da assistência de enfermagem são mais reconhecidos pelos pacientes do que o atendimento médico, processos administrativos como a admissão, o ambiente físico e limpeza do hospital (AL- ABRI; AL-BALUSHI, 2014).

Adicionalmente, um estudo realizado em 430 hospitais nos EUA revelou que o ambiente de trabalho da enfermagem, a proporção de pessoal de enfermagem por paciente e o recebimento de informações sobre a alta tiveram efeitos estatisticamente significantes em todas as mensurações de satisfação do paciente, e nas recomendações do hospital por ele (KUTNEY-LEE et al., 2009).

Estes achados sobre a possibilidade de avaliação pelos pacientes, quanto a fatores aparentemente subjetivos relacionados ao seu atendimento pelo hospital, é corroborado por outro estudo envolvendo 32 hospitais terciários de grande porte nos EUA. Procurou-se identificar a relação entre os cuidados de enfermagem, cuidados médicos e ambiente físico para a satisfação geral do paciente. Os resultados mostraram que todos os atributos foram estatisticamente significantes e positivamente relacionados à satisfação geral; no entanto, o cuidado de enfermagem foi o que mais contribuiu no aumento da satisfação geral do paciente. A cortesia, o respeito pelos profissionais de saúde, a comunicação e a explicação também tem impacto nas taxas de satisfação do paciente (OTANI; HERRMANN; KURZ, 2011).

A utilidade do indicador obteve alta concordância entre as respostas dos painelistas (80,77%), contudo revelaram preocupação quanto à forma de coleta do dado para o indicador, relacionada ao uso de *questionário validado* e aos custos do mesmo (P04, P06, P21, P23, P31, P36), ao *anonimato do paciente* (P17) e à *clareza das questões e à habilidade do entrevistador* (P08).

Realmente, há grande variação nos questionários como instrumentos de medição da satisfação do paciente, os quais incluem tanto instrumentos elaborados por fornecedores privados como os questionários públicos e padronizados (URDEN, 2002).

Em geral, os hospitais desenvolvem seus próprios questionários baseando-se em outros já existentes. Em pesquisa realizada em 16 centros médicos acadêmicos nos EUA foi evidenciado que a maioria das instituições usava um instrumento desenvolvido internamente para mensurar a satisfação no nível ambulatorial, e instrumentos do fornecedor privado para medir a satisfação do paciente internado (URDEN, 2002).

A alta correlação do atributo tempestividade com outros cinco atributos como a confiabilidade (0,76), representatividade (0,74), sensibilidade (0,78),

abrangência (0,73) e estabilidade (0,84), pode revelar a contribuição da agilidade no processamento das respostas, contribuindo assim, para a mensuração da recomendação do hospital pelo paciente de modo preciso e, atendendo ao objetivo principal de coletar o *feedback* do paciente, analisar sob o ponto de vista multidisciplinar e tomar decisões institucionais que beneficiem os próximos pacientes.

4.2.2.8 Taxa de envolvimento do paciente com o próprio cuidado

O indicador envolvimento do paciente com o próprio cuidado objetiva mensurar o quanto os pacientes são considerados como parceiros essenciais e respeitados desde a concepção à execução de todos os aspectos relacionados com os seus cuidados de saúde, no hospital.

Apresentam-se no QUADRO 61 a ficha técnica do indicador e, no QUADRO 62, as sugestões dos painelistas a fim de aperfeiçoá-la.

QUADRO 61 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO (continua)

NOME DO INDICADOR	FT CP 08 TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO
Definição de termos/conceitos	O envolvimento e a parceria dos pacientes com os profissionais nos cuidados de saúde são essenciais para o alcance da qualidade e segurança na assistência hospitalar. ⁽¹⁾ Segundo a The Health Foundation ^(2,3) quatro princípios embasam o cuidado centrado na pessoa: 1. A garantia de que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito; 2. A oferta de cuidado, apoio ou tratamento coordenado; 3. A oferta de cuidado, apoio ou tratamento personalizado; 4. O apoio às pessoas para que reconheçam e desenvolvam suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena.
Objetivo ou Uso	Mensurar o envolvimento do paciente com o próprio cuidado.
Método de cálculo	Numerador: Número de pacientes com respostas afirmativas indicando que foram envolvidos no próprio cuidado. Denominador: Número total de pacientes que responderam ao questionário. Multiplicar o resultado por 100. Obs: nos casos em que os pacientes não estiverem em condição de responder ao questionário, recomenda-se a aplicação ao familiar ou cuidador ou responsável.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.

QUADRO 61 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT CP 08 TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: levantamento realizado por questionário ⁽⁴⁾ aplicado pelos profissionais de saúde aos pacientes, abordando se foram considerados como parceiros nos seu próprio cuidado, se foram respeitados, e se participaram na concepção e execução de todos os aspectos dos cuidados de saúde durante seu internamento. Obs: esta questão pode fazer parte de questionário destinado a avaliar outros itens relativos ao cuidado centrado no paciente.
Frequência	Mensal.
Referências	1. LEAPE, L. et al. Transforming healthcare: a safety imperative. Qual Saf Health Care , v. 18, p.424–428, 2009. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/18/6/424 . Acesso em: 12 jun 2016. 2. HEALTH FOUNDATION. Person-centred care made simple . What everyone should know about person-centred care. United Kingdom: Health Foundation, 2014. Disponível em: https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple_0.pdf . Acesso em: 09 dez 2018. 3. PROQUALIS. INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. Simplificando o cuidado centrado na pessoa . Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf . Acesso em: 09 dez 2018. 4. VEILLARD, J.; CHAMPAGNE, F.; KLAZINGA, N. et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. Int J Qual Health Care , v. 17, n. 6, p. 487-496, 2005. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16155049 . Acesso em: 31 out 2018.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 62 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade	<i>Incluir os familiares já que isto consta no texto inicial (P51)*</i>	Acatada, incluída observação no método de cálculo.
	<i>O denominador não deveria ser o número total de pacientes respondentes ao questionário? (P02)*</i>	Acatada, modificado o denominador.
	<i>Faltam critérios de inclusão e exclusão. Qual seria o foco da orientação a autocuidado: pacientes ostomizados, com SVD, com curativo, com medicações novas controladas, em uma unidade de cirurgia eletiva rápida talvez este método não se aplique? (P32)**</i>	Não acatada, a intenção é que a instituição considere o perfil epidemiológico de cada unidade de internação na decisão de adotar ou não o indicador.

QUADRO 62 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	<i>O indicador não seria: Proporção de pacientes envolvidos com o próprio cuidado? (P17)**</i>	Não acatadas, taxa ou proporção fornecem resultados em percentuais.
	<i>O denominador deveria ser o número de pacientes internados e não o número de pacientes-dia. A ficha técnica não especifica que quesitos sobre o envolvimento do paciente serão abordados, o que não facilita o entendimento pelo público que irá utilizar o indicador (P17)**</i>	No campo definições e conceitos são fornecidas diretrizes da literatura para a elaboração do questionário HEALTH FOUNDATION, 2014; PROQUALIS, 2016). Entende-se também que nem todos os pacientes internados responderão ao questionário, portanto o denominador deve ficar restrito àqueles que responderam.
Representatividade	<i>O objetivo é muito confuso (P51)*</i>	Acatada, o objetivo foi reescrito de forma sintética.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

As concordâncias nas respostas dos painelistas variaram entre 71,15% e 82,69%, sendo que os atributos que alcançaram as concordâncias mais elevadas foram a simplicidade relacionada à facilidade no cálculo (82,69%), a utilidade (80,77%) e a abrangência (78,95%).

Todos os seis atributos reavaliados em segunda rodada foram validados.

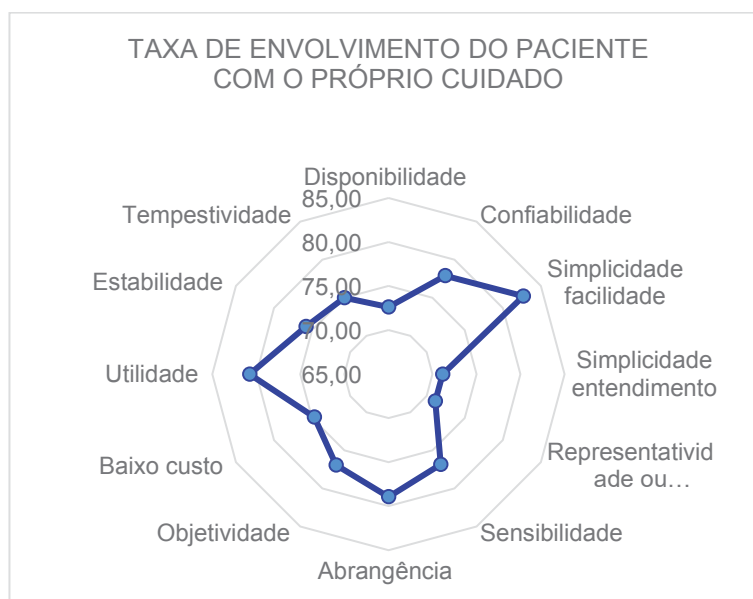
Apresentam-se na TABELA 37 e no GRÁFICO 28 os percentuais de concordância aos atributos do indicador relativo ao envolvimento do paciente com o próprio cuidado.

TABELA 37 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO

Taxa de envolvimento do paciente com o próprio cuidado	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	6	6,32	15	15,79	5	5,26	52	54,74	17	17,89	72,63	3,6	1,14
Confiabilidade	1	1,05	13	13,68	7	7,37	53	55,79	21	22,11	77,89	3,9	0,96
Simplicidade facilidade	0	0,00	6	11,54	3	5,77	22	42,31	21	40,38	82,69	4,1	0,96
Simplicidade entendimento	1	1,92	8	15,38	6	11,54	18	34,62	19	36,54	71,15	3,9	1,13
Representatividade ou fidedignidade	4	7,69	7	13,46	4	7,69	17	32,69	20	38,46	71,15	3,9	1,30
Sensibilidade	2	2,11	9	9,47	11	11,58	52	54,74	21	22,11	76,84	3,9	0,94
Abrangência	1	1,05	9	9,47	10	10,53	48	50,53	27	28,42	78,95	4	0,93
Objetividade	2	3,85	7	13,46	3	5,77	20	38,46	20	38,46	76,92	3,9	1,16
Baixo custo	4	4,21	6	6,32	14	14,74	45	47,37	26	27,37	74,74	3,9	1,02
Utilidade	2	3,85	5	9,62	3	5,77	20	38,46	22	42,31	80,77	4,1	1,11
Estabilidade	1	1,05	9	9,47	13	13,68	49	51,58	23	24,21	75,79	3,9	0,92
Tempestividade	0	0,00	4	7,69	9	17,31	21	40,38	18	34,62	75,00	4	0,92

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 28 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O PRÓPRIO CUIDADO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Considerar os pacientes como parceiros essenciais e respeitados desde a concepção à execução de todos os aspectos relacionados ao seu cuidado de saúde é um desafio (LEAPE et al., 2009).

Nesse sentido, a concordância mais elevada ao atributo utilidade e a alta correlação da utilidade com outros sete atributos tais como confiabilidade (0,72), simplicidade no entendimento (0,71), representatividade (0,77), sensibilidade (0,71); abrangência (0,72); objetividade (0,72) e tempestividade (0,72), contrasta com alguns aspectos pontuados pelos painelistas, considerados empecilhos a este indicador, tais como o nível de dependência, de consciência e de autonomia dos pacientes (P17); e o custo na aplicação do questionário, requerendo a aplicação por profissionais capacitados (P06, P35).

Em razão da pouca confiança na honestidade das respostas e na *limitada maturidade* dos profissionais de saúde para *acolher respostas negativas* (P06), é esperado que a transferência do controle sobre as decisões de cuidado aos pacientes e famílias seja tão incomum, e esta questão sequer seja inserida nos inquéritos pós-alta que sondam a opinião dos pacientes.

Para envolver o paciente com o seu cuidado, recomenda-se às organizações de saúde a declaração pública de que praticam a centralidade do cuidado no paciente e na família. Isto significa que as histórias dos pacientes são ouvidas, que o hospital é aberto e honesto com eles, e que tomam medidas conjuntamente (HEALTH FOUNDATION, 2014).

Se essa prática é de difícil execução frente à rotina extenuante de cumprimento de múltiplas tarefas pelas equipes de saúde, mensurar sistematicamente também pode ser uma operação complexa, ao ponto de painelistas questionarem a validade do gerenciamento deste indicador: *descartar esse indicador, os custos não são compensados pela obtenção de um indicador que permita avaliar todas as facetas desse tema* (P17); *são muitos os fatores intervenientes neste indicador* (P16); *ainda existe a cultura do medo de falar a verdade e ser penalizado* (P08).

Por outro lado, ações simples como respeitar a família como co-partícipe dos cuidados ao paciente (nunca visitantes) em todas as áreas do hospital, incluindo setores de emergência e UTI, podem ser o ponto de partida num caminho em que se almeja alcançar em futuro não muito distante, um

cenário em que os pacientes e familiares compartilham inteiramente da tomada de decisão e são guiados pela equipe assistencial para participar no desenvolvimento do plano de cuidado, numa linguagem que conseguem entender, sendo capacitados continuamente para assumir o controle de seus cuidados (LEAPE et al., 2009).

Revisão sistemática corrobora que a associação entre o envolvimento do paciente e os esforços de melhoria de qualidade levam informações e acesso aos cuidados. Além disso, um guia da AHRQ para pacientes e programas de aconselhamento familiar considera que o envolvimento do paciente também aumenta a segurança e satisfação destes e dos funcionários (LANOUE et al., 2016).

As baixas taxas de concordância identificadas para alguns atributos podem apontar que os indicadores de cuidado centrado no paciente ainda são estranhos ao ambiente hospitalar, e que esta falta de uso pode ter contribuído para a não validação de vários atributos avaliados. Quando a evidência ainda é emergente, a implantação e o gerenciamento devem ser acompanhados de cautela, contudo não se deve optar pela inação (YU et al., 2016).

4.2.3 Indicadores na dimensão efetividade clínica

As instituições de saúde enfrentam desafios significativos na implementação de medições de desempenho como desencadeadoras da melhora da qualidade assistencial. Indicadores que possibilitam a mensuração da dimensão efetividade clínica refletem o efeito das intervenções assistenciais e gerenciais nos resultados hospitalares (CINAROGLU; BASER, 2018).

Considera-se que indicador de qualidade é um processo acordado ou medida de resultado (efetividade) que é usada para avaliar a qualidade do atendimento, assim os indicadores clínicos seriam um subconjunto da qualidade, incluindo as diretrizes clínicas (RUSSIAN FEDERATION; UNITED STATES OF AMERICAN, 1999).

Desta forma, indicadores que medem a qualidade clínica seriam derivados de diretrizes ou *guidelines* baseados em evidências. Como as diretrizes enfocam as etapas a serem seguidas à luz de um determinado

problema clínico, os indicadores geralmente enfocarão medidas de estrutura e processo. Embora os resultados clínicos guardem estreita relação com os processos, a relação entre indicador de resultado e o atendimento a *guidelines* pode ser compreendida da seguinte forma: enquanto a diretriz descreve as melhores evidências disponíveis sobre como os profissionais devem responder a uma determinada situação clínica, os resultados ideais e o método para mensuração são definidos pela própria equipe (BERG, 2015).

Dos indicadores selecionados para este estudo, alguns são genéricos como por exemplo, a mortalidade institucional, pois medem os aspectos dos cuidados relevantes para a maioria dos pacientes; e outros são específicos para algumas doenças, *never events*, ou mesmo para alguns setores críticos como a unidade de terapia intensiva e atendimento em emergência.

Ressalta-se que indicadores genéricos podem apresentar dificuldades na interpretação e na comparação entre hospitais ou profissionais, devido às diferenças no mix de pacientes. Indicadores de resultados específicos podem ser usados para comparar hospitais quando os dados são ajustados ao risco (KRISTENSEN; MAINZ; BARTELS, 2007). Desta forma, nesta pesquisa foi adicionado em algumas fichas técnicas um item específico denominado “ajuste de risco”, compreendido como processo estatístico para reduzir, remover ou esclarecer as influências dos fatores que podem confundir a comparação entre grupos, por exemplo, regressão logística e estratificação (THE JOINT COMMISSION, 2018).

Alguns indicadores classificados na dimensão efetividade clínica poderiam igualmente ser classificados na dimensão segurança do paciente. Contudo a opção pelo agrupamento na dimensão efetividade clínica fundamentou-se nos protocolos clínicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, por se entender que as medidas clínicas originadas destes indicadores permitem a avaliação dos processos ou resultados dos cuidados associados à prestação de serviços clínicos, possibilitam comparações intra e interorganizacionais para melhorar continuamente os resultados de saúde do paciente e propiciar a tomada de decisão clínica (THE JOINT COMMISSION, 2018).

A expectativa é que os onze indicadores da dimensão efetividade clínica, submetidos à análise quanto aos seus atributos aos painelistas, permitam aos hospitais mensurar e melhorar seus cuidados, alcançando tanto o desempenho organizacional superior como o sucesso nas suas estratégias assistenciais.

Apresentam-se a seguir, os três indicadores da dimensão efetividade clínica que não alcançaram o consenso de 70% na primeira rodada em um ou mais atributos, sendo assim submetidos a nova avaliação pelos painelistas em segunda rodada, bem como o resultado desta (TABELA 38).

Destaca-se que todos foram validados na segunda rodada.

TABELA 38 – ATRIBUTOS DOS INDICADORES DA DIMENSÃO EFETIVIDADE CLÍNICA QUE NÃO OBTIVERAM O CONSENSO MÍNIMO NA PRIMEIRA RODADA E RESULTADOS DA SEGUNDA RODADA, EM PERCENTUAIS

INDICADOR	ATRIBUTO	1ª RODADA %	2ª RODADA %
Mortalidade cirúrgica padronizada	Simplicidade:		
	a) facilidade	63,46	73,68
	b) interpretação	63,27	71,58
Óbitos em grupos de diagnóstico relacionado de baixa mortalidade	Disponibilidade	65,39	77,89
	Simplicidade:		
	a) facilidade	69,23	73,68
	b) interpretação	68,63	71,58
Pneumotórax iatrogênico	Confiabilidade	69,23	76,84

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Na sequência, apresentam-se as fichas técnicas dos indicadores na dimensão efetividade clínica, as sugestões para aperfeiçoamento destas, os resultados e a discussão baseada nos comentários dos painelistas e na literatura correlata.

4.2.3.1 Taxa de mortalidade cirúrgica padronizada

A utilização dos óbitos como uma medida de resultado apresenta muitas vantagens, por ser um evento único e definitivo, com registro obrigatório, facilitando a obtenção de dados para a construção do indicador (PROQUALIS, 2014 r).

Por si só não é um diagnóstico de má qualidade e/ou segurança, pois muitos óbitos não são evitáveis, mesmo empregando os melhores cuidados disponíveis (PROQUALIS, 2014 r).

O indicador compara o número observado de mortes cirúrgicas com o número que teria sido esperado, com base nos tipos de pacientes no hospital. A taxa de mortalidade cirúrgica é influenciada por diversos fatores, assim é recomendado o ajuste de risco para fatores relacionados ao paciente, ao desempenho hospitalar e à qualidade da equipe cirúrgica (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012 b).

No QUADRO 63 apresentam-se a ficha técnica do indicador relativo à mortalidade cirúrgica, e no QUADRO 64, as sugestões dos painelistas a fim de melhorá-la.

QUADRO 63 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA (continua)

NOME DO INDICADOR	FT EC 01 TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA.
Definição de termos/conceitos	Número de óbitos cirúrgicos esperados: soma das probabilidades de óbito cirúrgico no hospital. São utilizados coeficientes derivados de modelos de regressão logística para calcular a probabilidade de morte no hospital. Para cada um dos grupos diagnósticos incluídos, desenvolve-se um modelo de regressão logística com as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, duração da internação, tipo de admissão, comorbidades e transferências. ⁽¹⁾ Óbito cirúrgico: número de óbitos hospitalares ocorridos até 7 dias da cirurgia. ⁽²⁾
Objetivo ou Uso	Identificar a razão entre o número observado e o número esperado de óbitos cirúrgicos no hospital. ⁽¹⁾
Método de cálculo	Numerador: Número de óbitos cirúrgicos observados no hospital. Denominador: Número de óbitos cirúrgicos esperados no hospital. Multiplicar o resultado por 100.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.

QUADRO 63 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT EC 01 TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA
Método de apuração do indicador	<p>Coleta e origem dos dados: Prontuários (resumo de alta), fichas de notificação de incidentes, relatório de mortalidade hospitalar.</p> <p>Para calcular a taxa de mortalidade padronizada (taxa de mortalidade que seria esperada levando em conta os fatores de risco dos pacientes internados), utiliza-se um grande grupo de pacientes com diagnósticos e fatores de risco semelhantes a fim de calcular qual seria a taxa de mortalidade esperada para esse grupo de pacientes.⁽¹⁾</p> <p>Obs 1: Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos na mesma data devem ser computados somente uma vez. O ajuste de risco deve considerar a cirurgia de maior complexidade.⁽²⁾</p> <p>Obs 2: Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos cirúrgicos inter-relacionados em datas diferentes no mesmo mês (reoperações) devem ser computados somente uma vez. O ajuste de risco deve considerar a primeira cirurgia.⁽²⁾</p>
Ajuste de risco	<p>A taxa é ajustada para vários fatores que podem influenciar a mortalidade hospitalar, tais como diagnósticos, condições do paciente na admissão, idade, sexo, comorbidades, tipo de procedimentos, tipo de admissão (eletiva/ urgência), tempo total de hospitalização.⁽¹⁾</p>
Frequência	Mensal
Referências	<p>1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Taxa de mortalidade cirúrgica padronizada. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-mortalidade-cir%C3%BArgica-padronizada#overlay-context=. Acesso em: 10 dez 2018.</p> <p>2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Taxa de mortalidade cirúrgica. V1.01, 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-03.pdf . Acesso em: 10 dez 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 64 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Simplicidade	<i>Não entendo pelo descrito na ficha como calcular o ajuste e o que caracteriza óbito cirúrgico (P31)*</i>	Acatadas, o ajuste de risco foi reescrito de modo mais objetivo, foi incluído o conceito de óbito cirúrgico e observações sobre o método de apuração em caso de mais de uma cirurgia no mesmo paciente, no mesmo mês.
	<i>Não ficou clara a forma de apuração das probabilidades de óbito cirúrgico no hospital (P39)*</i>	Acatada, foi reescrito o campo "definição de termos", onde consta a utilização da regressão logística para identificar a probabilidade de óbito cirúrgico.
Objetividade	<i>A descrição do indicador e o objetivo não se relacionam e não estão claros (P52)*</i>	Acatada, o objetivo foi reescrito numa única frase.
Abrangência	<i>Desmembrar óbitos evitáveis dos não evitáveis (P06)**</i>	Não acatada, o indicador engloba os óbitos evitáveis e inevitáveis, contudo a análise da evitabilidade é atribuição do Comitê de Mortalidade Hospitalar.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Há variabilidade na definição de óbito cirúrgico em relação ao período de abrangência, que vai desde 24 horas após a cirurgia (CHAN; AULER JUNIOR, 2002), até 7 dias após a realização da cirurgia (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012; CQH, 2009). Optou-se por adotar na ficha a definição mais atual.

Nove atributos foram validados na primeira rodada e dois na segunda. As concordâncias mais elevadas entre as respostas dos painelistas foram aos atributos objetividade e representatividade (86,54% cada) e utilidade (84,62%). As concordâncias menos elevadas foram relativas aos atributos disponibilidade do dado (71,15%) e simplicidade quanto ao entendimento (71,58%).

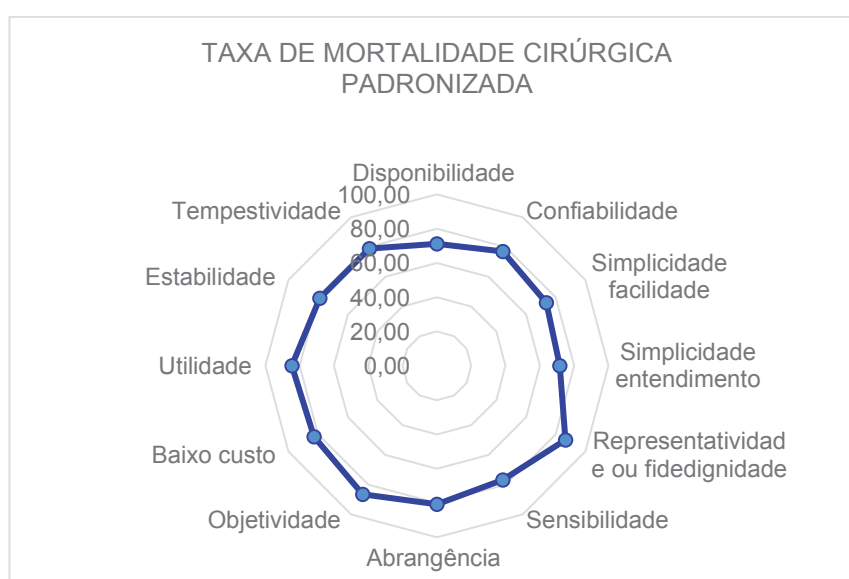
Os resultados são apresentados para a totalidade dos atributos nas TABELAS 39 e no GRÁFICO 29.

TABELA 39 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA

Taxa de mortalidade cirúrgica padronizada	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	3	5,77	8	15,38	4	7,69	16	30,77	21	40,38	71,15	3,86	1,27
Confiabilidade	1	1,92	5	9,62	6	11,54	20	38,46	20	38,46	76,92	4,02	1,04
Simplicidade facilidade	6	6,32	9	9,47	10	10,53	25	26,32	45	47,37	73,68	3,99	1,24
Simplicidade entendimento	4	4,21	7	7,37	16	16,84	28	29,47	40	42,11	71,58	3,98	1,13
Representatividade ou fidedignidade	2	3,85	1	1,92	4	7,69	18	34,62	27	51,92	86,54	4,29	0,98
Sensibilidade	1	1,92	2	3,85	9	17,31	19	36,54	21	40,38	76,92	4,1	0,95
Abrangência	1	1,92	1	1,92	8	15,38	19	36,54	23	44,23	80,77	4,19	0,91
Objetividade	2	3,85	2	3,85	3	5,77	13	25,00	32	61,54	86,54	4,37	1,03
Baixo custo	3	5,77	0	0,00	6	11,54	20	38,46	23	44,23	82,69	4,15	1,04
Utilidade	2	3,85	1	1,92	5	9,62	14	26,92	30	57,69	84,62	4,33	1,00
Estabilidade	1	1,92	1	1,92	9	17,31	20	38,46	21	40,38	78,85	4,13	0,91
Tempestividade	2	3,85	0	0,00	9	17,31	17	32,69	24	46,15	78,85	4,17	0,98

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 29 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Houve alta correlação do atributo utilidade com representatividade (0,77), sensibilidade (0,70), abrangência (0,76) e objetividade (0,83).

Embora a concordância ao atributo representatividade tenha sido elevada, segundo os painelistas, a fidedignidade pode ser afetada pelo denominador requerer a identificação do *número de óbitos esperados mês a mês*, e como tal dado não está disponível, *seria necessário um programa de computador que incluísse todos os fatores que devem ser considerados no ajuste de risco e que fosse capaz de considerar todas as possibilidades do fator "comorbidades"* (P17).

A alta correlação entre a utilidade e a objetividade corrobora que, embora útil, a necessidade de testes estatísticos para identificar a mortalidade cirúrgica esperada pode restringir o uso do indicador.

Quanto à abrangência, foi ponderado que *depende da metodologia e sistematização na coleta do dado, com identificação de grupo de pacientes com diagnósticos e fatores de risco semelhantes para calcular qual seria a taxa de mortalidade esperada para esse grupo de pacientes* (P08).

A utilidade do indicador apontada pela literatura diz respeito à sua contribuição no auxílio às equipes cirúrgicas e aos hospitais, na avaliação do seu próprio desempenho, no incentivo à implementação de ações para melhoria interna da segurança cirúrgica e no monitoramento sistemático da qualidade da assistência cirúrgica (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012).

O atributo estabilidade obteve alta correlação com a representatividade (0,79), sensibilidade (0,87), abrangência (0,76) e utilidade (0,79). Estes resultados podem estar relacionados ao método de ajuste de risco, conceito novo na rotina hospitalar, mas necessário, uma vez que é utilizado para contabilizar o impacto de fatores de risco individuais, que podem colocar alguns pacientes em maior risco de morte do que os demais.

O governo brasileiro considera que há relação direta entre a gravidade da condição clínica e a mortalidade cirúrgica, e recomenda o ajuste de risco pela classificação ASA (*American Society of Anesthesiologists*) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012).

Dados recentes, abrangendo 105 hospitais privados, foram obtidos mediante esta classificação para cálculo da mortalidade cirúrgica relativa ao ano de 2017. Assim, a taxa de mortalidade ASA 1 e 2 (pacientes saudáveis e com doença sistêmica moderada, respectivamente) foi 0,58%; a taxa de mortalidade ASA 3 e 4 (doença sistêmica grave e doença sistêmica grave constituindo ameaça à vida, respectivamente) foi de 2,73%; e taxa de mortalidade ASA 5 e 6 (paciente moribundo, sem expectativa de sobreviver sem a cirurgia e morte cerebral declarada para remoção de órgãos para doação, respectivamente) foi de 10,22% (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2018).

No mesmo período a taxa de mortalidade operatória geral nestes hospitais foi de 0,38%, contudo no sítio do Ministério da Saúde não há disponibilidade de dados a respeito deste indicador, abrangendo todos os hospitais do país, para comparação.

Destaca-se que a taxa de mortalidade hospitalar ajustada ao risco engloba todos os óbitos e não somente aqueles considerados evitáveis, assim deve ser usada como um instrumento de rastreamento, sendo especialmente útil em procedimentos cirúrgicos com alta frequência de óbitos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2018).

4.2.3.2 Razão de óbitos em grupos diagnósticos relacionados (DRG) de baixa mortalidade

Supõe-se que quando os pacientes em boas condições são admitidos para procedimentos ou terapias de extrema baixa mortalidade, e morrem, é provável que tenha acontecido um erro relacionado aos cuidados de saúde (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2007).

QUADRO 65 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR RAZÃO DE ÓBITOS EM GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG) DE BAIXA MORTALIDADE

NOME DO INDICADOR	FT EC 02 RAZÃO DE ÓBITOS EM GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG) DE BAIXA MORTALIDADE
Definição de termos/conceitos	Grupos diagnósticos de baixa mortalidade são aqueles em que a mortalidade é menor do que 0,5%. ^(1,2)
Objetivo ou Uso	Identificar óbitos inesperados em pacientes internados.
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de altas por óbito em pacientes internados e classificados em grupo diagnóstico de baixa mortalidade.⁽¹⁾</p> <p>Denominador: Total de altas de pacientes acima de 18 anos internados e classificados em grupo diagnóstico de baixa mortalidade.⁽¹⁾</p> <p>Obs 1: Devem ser excluídos do denominador pacientes de trauma, em estados imuno-comprometidos e com câncer.⁽²⁾</p> <p>Obs 2: Pode ser selecionado um grupo restrito de diagnósticos de alta frequência para compor o denominador, assim o numerador será o número de óbitos entre os pacientes incluídos no denominador.</p>
Tipo ou unidade de medida	Razão.
Método de apuração do indicador	<p>Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, relatórios do Comitê de Óbitos Hospitalar.</p> <p>Obs: O hospital deve definir quais são os DRG de interesse, considerando o perfil de morbidade hospitalar, os serviços que oferece e o perfil epidemiológico da área de abrangência.</p>
Frequência	Mensal.
Referências	<p>1. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ quality indicators - Guide to Patient Safety Indicators. 2007. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v31/psi_guide_v31.pdf . Acesso em: 10 dez 2018.</p> <p>2. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ quality indicators. Patient safety indicators: technical specifications [version 4.5]. PSI #2 death in low-mortality DRGs. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2013. Disponível em: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V45/TechSpecs/PSI%2002%20Death%20in%20Low-Mortality%20Diagnosis%20Related%20Groups%20(DRGs).pdf Acesso em: 05 dez 2018</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 66 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR RAZÃO DE ÓBITOS EM GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG) DE BAIXA MORTALIDADE, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>Incluir como fonte de dados os relatórios da Comissão de Óbitos (P49)*</i>	Acatada, incluído na fonte de coleta de dados.
	<i>Não está claro se os "Grupos de Diagnóstico de Baixa Mortalidade" se referem a diagnóstico de doenças como está descrito no item "Método de Cálculo" ou a procedimentos como está descrito no item "Objetivo ou Uso" (P17)*</i>	Acatada, substituído o termo "doenças" por "grupo diagnóstico" no denominador.
Confiabilidade	<i>Se é uma taxa, não deveria ser multiplicado por 100? (P02)*</i>	Acatada, substituída a unidade de medida para razão ao invés de taxa, já que o resultado não seria um percentual.
Simplicidade	<i>Essa informação ficou solta: "Número de óbitos em grupo de diagnóstico relacionado (DRG) de baixa mortalidade, multiplicado por 1000" Se possível incluir o grupo de diagnóstico relacionado (DRG) de baixa mortalidade (P49)*</i>	Acatada, foi incluída observação no método de apuração sobre o próprio hospital definir seu DRG de acordo com seu perfil. Na referência 2 citada na ficha técnica estão listados alguns DRGs utilizados nos Estados Unidos.
	<i>Sugere-se que se selecione um grupo restrito de diagnósticos (ou de procedimentos) de alta frequência para compor o denominador. O numerador será o número de óbitos entre os pacientes incluídos no denominador (P17)*</i>	Acatada, foi incluída esta possibilidade como observação no método de cálculo.
Abrangência	<i>Sugere-se que se incluam no indicador também os pacientes de 18 anos ou menos, pois entre esses também há casos em que a morte é inesperada e não há razão para excluí-los. Como alternativa se poderia calcular o indicador em dois estratos (até 18 anos e maiores de 18) (P17)**</i>	Não acatada, embora possa-se estratificar o indicador por especialidades como pacientes cirúrgicos ou pediátricos, todos os indicadores deste estudo se referem a pacientes adultos, acima de 18 anos.
Objetividade	<i>Sugiro que coloque a explicação/descrição em separado. Não como parte do objetivo (P52)*</i>	Acatada, foram excluídas as informações adicionais no objetivo, o qual consistiu em uma única frase.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Nove atributos foram validados na primeira rodada e dois na segunda. As concordâncias mais elevadas entre as respostas dos painelistas foram aos

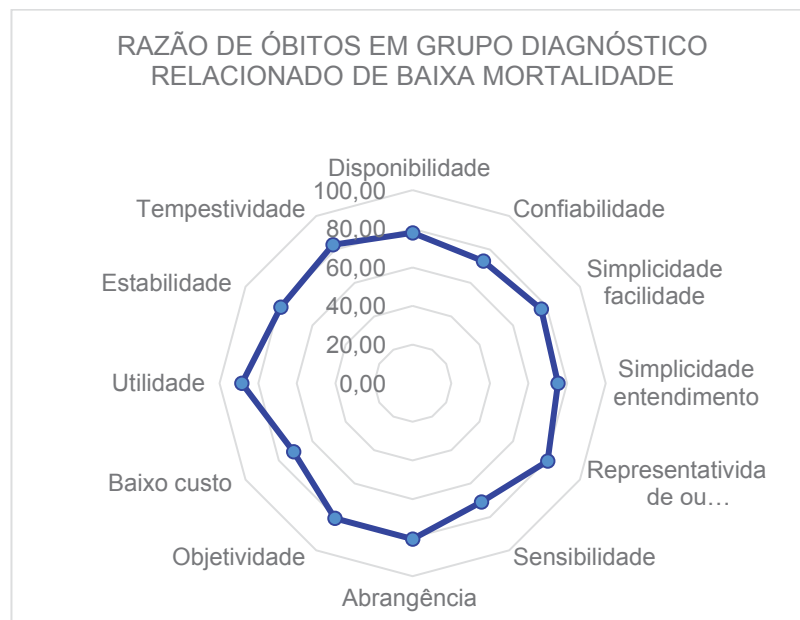
atributos utilidade (88,46%), tempestividade (82,69) e representatividade, objetividade e abrangência (80,77% cada). As concordâncias menos elevadas foram relativas aos atributos sensibilidade e baixo custo (71,15% cada). Os resultados são apresentados na totalidade nas TABELAS 40 e no GRÁFICO 30.

TABELA 40 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR RAZÃO DE ÓBITOS EM GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG) DE BAIXA MORTALIDADE

Razão de óbitos em grupos diagnósticos relacionados de baixa mortalidade	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	7	7,37	9	9,47	5	5,26	46	48,42	28	29,47	77,89	3,85	1,17
Confiabilidade	1	1,92	7	13,46	6	11,54	22	42,31	16	30,77	73,08	3,86	1,07
Simplicidade facilidade	3	3,16	9	9,47	10	10,53	26	27,37	47	49,47	76,84	4,11	1,12
Simplicidade entendimento	5	5,38	6	6,45	12	12,90	32	34,41	38	40,86	75,27	3,99	1,14
Representatividade de ou fidedignidade	0	0,00	4	7,69	6	11,54	17	32,69	25	48,08	80,77	4,21	0,94
Sensibilidade	0	0,00	6	11,54	9	17,31	19	36,54	18	34,62	71,15	3,94	1,00
Abrangência	1	1,92	3	5,77	6	11,54	20	38,46	22	42,31	80,77	4,13	0,97
Objetividade	1	1,92	4	7,69	5	9,62	13	25,00	29	55,77	80,77	4,25	1,05
Baixo custo	0	0,00	5	9,62	10	19,23	9	17,31	28	53,85	71,15	4,15	1,05
Utilidade	0	0,00	1	1,92	5	9,62	12	23,08	34	65,38	88,46	4,52	0,75
Estabilidade	0	0,00	3	5,77	8	15,38	18	34,62	23	44,23	78,85	4,17	0,90
Tempestividade	1	1,92	1	1,92	7	13,46	19	36,54	24	46,15	82,69	4,23	0,90

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 30 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR RAZÃO DE ÓBITOS EM GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG) DE BAIXA MORTALIDADE



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

As altas correlações do atributo abrangência com a representatividade (0,81) e a sensibilidade (0,80), demonstram que o indicador tem capacidade para identificar os óbitos, e por conta do ajuste de risco, é sensível para distinguir as mudanças nos fatores que podem afetar o número de óbitos.

Resultado semelhante foi obtido em estudo destinado a padronizar este indicador em território americano, os painelistas que contribuíram por meio da técnica Delphi observaram que o *mix* de casos hospitalares pode afetar a taxa de morte em DRGs de baixa mortalidade, e os pacientes com certas comorbidades e os idosos podem apresentar maior risco de morte. Foi recomendado o ajuste de risco para estes fatores, contudo os painelistas defenderam a não publicização por meio relatórios públicos devido a questões envolvendo a evitabilidade (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2007).

A utilidade deste indicador foi o atributo que obteve a concordância mais elevada entre os painelistas, coadunando-se com resultado americano que reconheceu o exame de mortes em DRGs de baixa mortalidade como os primeiros esforços para desenvolver resultados de qualidade na assistência à

saúde. A revisão de 8.109 registros aleatórios em 104 hospitais de Nova York apontou que os pacientes em DRGs de baixa mortalidade (<0,5%) tinham 5,2 vezes mais probabilidade de receberem cuidados que se afastaram de padrões profissionalmente reconhecidos, após o ajuste para fatores demográficos e geográficos do paciente e as características hospitalares (NATIONAL QUALITY FORUM, 2012).

A menor concordância ao atributo baixo custo contraria estudo americano envolvendo 127 hospitais de cuidados agudos, que revelou que as hospitalizações marcadas por este indicador tiveram tempo mediano de internação significativamente mais longo (4 dias a mais) e custo mediano significativamente mais alto (acréscimo de \$ 7.595). Além disso, o sistema de DRGs é uma ferramenta utilizada nos EUA para organizar o pagamento das despesas hospitalares por planos de saúde e para avaliação da qualidade de assistência (NATIONAL QUALITY FORUM, 2013; KIM et al., 2016). Assim, a relação custo-benefício é vantajosa para os hospitais.

Contudo, o Teste de Spearman apontou que há alta correlação entre o atributo objetividade com a simplicidade em relação à facilidade no cálculo (0,70), à representatividade (0,79) e à abrangência (0,76), talvez pela *pouca utilização do DRG* nos hospitais brasileiros (P36).

Em sentido oposto, há relato na literatura de hospital mineiro que conta com o DRG para a mensuração de qualidade hospitalar desde 2012, viabilizado por meio de software que registra valores de variáveis como idade, gênero, data de internação, CID principal associado ao motivo da hospitalização, e CID secundários associados ao consumo de insumos hospitalares por comorbidades (SANTOS et al., 2018).

Devido à complexidade da coleta de dados, um painalista sugeriu a seleção de um *grupo restrito de diagnósticos (ou de procedimentos) de alta frequência* para compor o denominador (P17), informação esta que foi incluída na ficha técnica do indicador.

4.2.3.3 Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto

Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a infecção pulmonar que ocorre 48 a 72 horas após a entubação endotraqueal e instituição de ventilação mecânica invasiva, sendo considerada precoce, quando ocorre até o quarto dia de entubação e ventilação tardia quando ocorre após o quinto dia. A PAV é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em UTI e afeta de 6 a 52% dos pacientes entubados (SILVA et al., 2011; PROQUALIS, 2014 s).

É considerado um indicador sensível para a enfermagem pela ANA, com recomendação para mensurações no território americano. Ressalva-se que a variabilidade dos resultados da pneumonia associada à ventilação pode ser impactada pelo tipo e complexidade do paciente, pelas condições estruturais, mas também por características próprias da equipe de enfermagem, tais como a habilidade e o processo de trabalho (MONTALVO, 2007).

Apresentam-se a ficha técnica do indicador no QUADRO 67, e as sugestões dos painelistas para aprimoramento no QUADRO 68.

QUADRO 67 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO (continua)

NOME DO INDICADOR	FT EC 03 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO.
Definição de termos/conceitos	<p>Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a infecção diagnosticada após 48 horas de ventilação mecânica até a sua suspensão.⁽¹⁾</p> <p>Ventilador mecânico é o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou entubação endotraqueal.⁽¹⁾</p> <p>Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal.⁽¹⁾</p> <p>Pneumonia decorrente de aspiração maciça durante a entubação na sala de emergência é considerada como pneumonia relacionada à assistência a saúde.</p>
Objetivo ou Uso	Identificar o número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes adultos internados em unidades de terapia intensiva.

QUADRO 67 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT EC 03 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO
Método de cálculo	Numerador: Número de pacientes em ventilação mecânica-dia no período de vigilância. ⁽²⁾ Denominador: Número casos novos de PAV no período de vigilância. ⁽²⁾ Multiplicar o resultado por 1000.
Tipo ou unidade de medida	Densidade de incidência.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, relatório de busca ativa realizada pelo Serviço de prevenção e controle de infecção, de forma a se obter o número de PAV, número de pacientes em ventilação mecânica dia (VM-dia), e número de pacientes-dia. ⁽²⁾ Obs1: Para o cálculo do número de pacientes em VM-dia e de pacientes-dia, sugere-se o preenchimento diário de planilha constando os dias do mês, o número de pacientes internados na unidade no dia e o número de pacientes internados na unidade em uso de ventilação-mecânica no dia. ⁽²⁾ Obs 2: Pacientes em VM-dia é o número total de pacientes em VM-dia internados na unidade no mês de vigilância. ⁽²⁾ Paciente-dia: Soma do número total de pacientes internados, a cada dia, na unidade, no mês de vigilância. ⁽²⁾
Frequência	Mensal.
Referências	1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Rio de Janeiro, 2014 (s). Disponível em: http://proqualis.net/indicadores/densidade-de-incid%C3%Aancia-de-pneumonia-associada-%C3%A0-ventila%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica-em-pacientes#.U-pJpaNh7JR . Acesso em: 10 dez 2018. 2. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Crítérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2017 (b). Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2+-+Crit%C3%A9rios+Diagn%C3%B3sticos+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/7485b45a-074f-4b34-8868-61f1e5724501 . Acesso em: 10 dez 2018.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 68 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>Introduzir ajuste de risco, estratificação (P36)**</i>	Não acatada, embora fatores diversos influenciem a incidência de PAV, não se encontrou respaldo em literatura para calcular o ajuste de risco.
Confiabilidade	<i>Não ficou clara a relação do numerador e do denominador, Número de pneumonias com o número de dias. Não seria o número de pneumonias com o número de pacientes que utilizam a VM? (P06)*</i>	Acatadas, adequado o método de cálculo às novas normas da ANVISA (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017 b).
	<i>Não está descrito que seguem as definições da ANVISA (P31)*</i>	
	<i>O denominador pode ser melhor elucidado (P02)*</i>	
	<i>Sugiro um maior detalhamento do conceito de número de dias de ventilação mecânica (P40)*</i>	Acatada, acrescentadas duas observações no método de cálculo.
Representatividade	<i>Correção: ao invés de VM/dia é VM-dia (ventilador-dia) (P49)*</i>	Acatada, corrigido.
	<i>Multiplicar o resultado por 1000. (1,2), sugere-se retirar o 1,2 e multiplicar somente por 1000 (P32)*</i>	Acatada.
Objetividade	<i>Sugiro alteração do objetivo "Gerenciar o número de episódios de pneumonia ..." para "identificar o número de episódios de pneumonia..." (P42)*</i>	Acatada, modificado o verbo.
	<i>O objetivo deve ser breve e claro. Não deve constar explicações (P52)*</i>	Acatada, mantida uma única frase.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

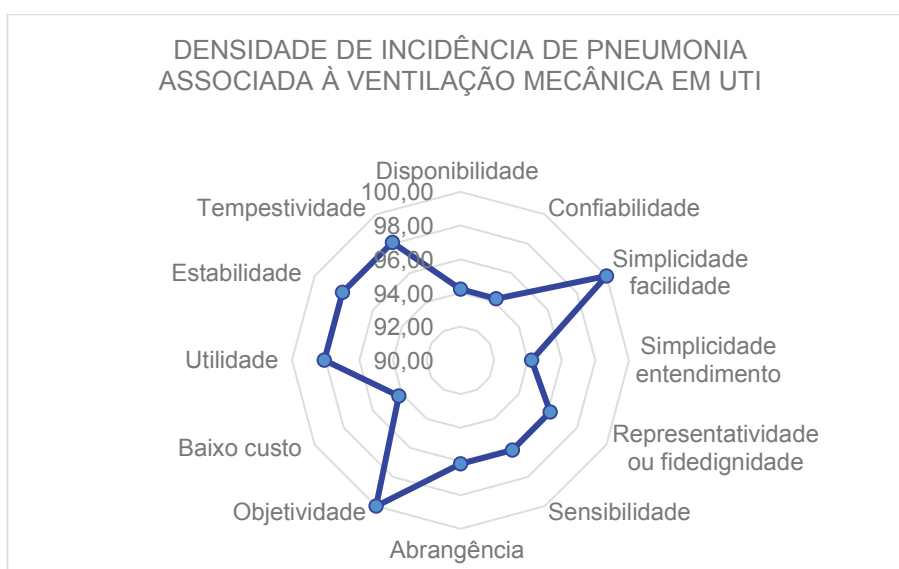
Todos os atributos foram validados na primeira rodada com concordâncias entre as respostas dos painelistas acima de 94%, destacando-se os atributos simplicidade quanto à facilidade no cálculo e a objetividade, que obtiveram a concordância máxima de 100%. Apresentam-se os resultados na TABELA 41 e no GRÁFICO 31.

TABELA 41 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO

Taxa de densidade de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	0	0,00	2	3,85	1	1,92	20	38,46	29	55,77	94,23	4,46	0,73
Confiabilidade	0	0,00	3	5,77	0	0,00	19	36,54	30	57,69	94,23	4,46	0,78
Simplicidade facilidade	0	0,00	0	0,00	0	0,00	14	26,92	38	73,08	100,00	4,73	0,45
Simplicidade entendimento	0	0,00	1	1,92	2	3,85	16	30,77	33	63,46	94,23	4,56	0,67
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	1	1,92	1	1,92	16	30,77	34	65,38	96,15	4,6	0,63
Sensibilidade	0	0,00	0	0,00	2	3,85	18	34,62	32	61,54	96,15	4,58	0,57
Abrangência	0	0,00	1	1,92	1	1,92	15	28,85	35	67,31	96,15	4,62	0,63
Objetividade	0	0,00	0	0,00	0	0,00	12	23,08	40	76,92	100,00	4,77	0,42
Baixo custo	0	0,00	1	1,92	2	3,85	15	28,85	34	65,38	94,23	4,58	0,67
Utilidade	0	0,00	1	1,92	0	0,00	9	17,31	42	80,77	98,08	4,77	0,55
Estabilidade	0	0,00	0	0,00	1	1,92	18	34,62	33	63,46	98,08	4,62	0,53
Tempestividade	0	0,00	0	0,00	1	1,92	17	32,69	34	65,38	98,08	4,63	0,52

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 31 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI ADULTO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

As elevadas concordâncias entre as respostas dos painelistas e a alta correlação entre a confiabilidade e a disponibilidade (0,83), possivelmente, estão relacionadas à familiaridade na mensuração pelos hospitais, visto que destina-se a manter a vigilância epidemiológica da pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTI, e os resultados são informados mensalmente à vigilância sanitária. A notificação de pneumonia associada a ventilação mecânica em UTI brasileiras tornou-se obrigatória a partir de 2017 (BRASIL, 2017a).

Os dados epidemiológicos sobre a pneumonia relacionada à assistência à saúde nos hospitais brasileiros ainda são imprecisos, e sem abrangência nacional (BRASIL, 2017a).

No Estado de São Paulo, dados referentes a 2015 apontaram que a média da densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica foi de 9,87 casos por 1.000 dias de uso de ventilador em UTI adulto, com diferenças tanto em UTIs de hospital de ensino, com 13,40 casos por 1.000 ventilador-dia como em UTIs de hospitais privados com 6,56 casos de PAV. Ressalta-se que 41,17% dos pacientes da UTI adulto utilizavam ventilação mecânica (BRASIL, 2017a).

A alta correlação entre o atributo sensibilidade e quatro outros atributos como a abrangência (0,72), a estabilidade (0,82), a tempestividade (0,73) e a representatividade (0,81) focalizam que o indicador possibilita detectar a PAV e, por ser uma medida de resultado, demonstra se a equipe está alcançando o pretendido. Desta forma, o cálculo da densidade de incidência leva em conta o fato de que, à medida que os pacientes em ventilação mecânica (em risco para desenvolver PAV) desenvolvem a infecção, o denominador da taxa diminui.

A PAV é a infecção mais comum em UTI, apresenta maior incidência em pacientes acometidos pela síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), que é responsável por aumento de mortalidade, prolongamento do tempo de internação e, por conseguinte, aumento de custos. Medidas profiláticas que envolvem a higienização constante das mãos, manutenção do decúbito elevado do paciente, cuidados na administração da dieta enteral e técnicas adequadas de aspiração e entubação traqueal podem reduzir as taxas (SILVA; SILVESTRE et al., 2011).

Quanto à coleta dos dados, na ficha técnica foi sugerido o uso de planilhas, que podem ser preenchidas pela equipe do Serviço de Prevenção e Controle de Infecções ou pela própria equipe da UTI, desde que capacitada previamente para tal (BRASIL, 2017 a).

Registros disponíveis e confiáveis foram pontuados pelos painelistas como principais fatores para viabilização do indicador, visto que em hospitais geralmente *não há a cultura do registro* (P06), as planilhas *exigem registro diário pelo serviço* (P16), *treinamentos* devem ser realizados a fim de proporcionar *melhora nos registros* (P36) e aporte de *conhecimento no momento de classificar o paciente* (P44). Houve sugestão para *implantar sistema de informação que coloque como item obrigatório o preenchimento do fator de risco (ventilação mecânica)*, de modo que *o profissional não avança no sistema se não preencher o dado* (P08).

4.2.3.4 Número de casos de pneumotórax iatrogênico

O pneumotórax iatrogênico é uma complicação de procedimentos invasivos, frequentemente evitável, e prevenível pela adesão a diretrizes baseadas em evidências e técnicas adequadas para inserção de cateter venoso central na subclávia ou jugular interna (SHIEH et al., 2015).

É um indicador recomendado pela AHRQ, que utiliza dados de CID da alta hospitalar para quantificar as taxas de complicações hospitalares. Foi validado na literatura e adotado pelo *National Quality Forum* e os Centros de Serviços *Medicare e Medicaid*, como uma ferramenta para medir a qualidade e a segurança do hospital (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2007; SHIEH et al., 2015).

Apresentam-se a ficha técnica do indicador taxa de pneumotórax iatrogênico no QUADRO 69, e no QUADRO 70, as sugestões dos painelistas a fim de melhorá-la.

QUADRO 69 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO DE CASOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÊNICO

NOME DO INDICADOR	FT EC 04 NÚMERO DE CASOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÊNICO
Definição de termos/conceitos	Pneumotórax iatrogênico consiste no acúmulo de ar no espaço pleural devido a procedimento médico invasivo, durante a hospitalização. ^(1,2)
Objetivo ou Uso	Identificar os casos de pneumotórax causados pelos cuidados médicos a cada 1000 altas.
Método de cálculo	<p>Numerador: número de altas de pacientes acima de 18 anos com pneumotórax iatrogênico como diagnóstico secundário, considerando os critérios de inclusão e exclusão do denominador.</p> <p>Denominador: total de altas cirúrgicas e clínicas de pacientes acima de 18 anos, definidos por Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG) específicos.</p> <p>Multiplicar o resultado por 1000⁽¹⁾</p> <p>Exclusão:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pneumotórax como diagnóstico principal ou secundário na admissão; 2. CID referente a diagnóstico de trauma torácico ou derrame pleural; 3. CID referente a reparo de cirurgia diafragmática, qualquer código indicando cirurgia, biópsia pulmonar ou pleural ou DRG de cirurgia cardíaca.
Tipo ou unidade de medida	Taxa
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes.
Ajuste de risco	Idade, sexo, comorbidades.
Frequência	Mensal.
Referências	<p>1. MC DONALD, K.; ROMANO, P.; GEPPERT, J. et al. Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative data – The Patient Safety Indicators. Technical Review 5. AHRQ Publication N° 02-0038. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43854/ Acesso em: 31 out 2018.</p> <p>2. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ Quality Indicators - Guide to Patient Safety Indicators. Version 3.1. 2007. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v31/psi_guide_v31.pdf . Acesso em: 10 dez 2018.</p>

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 70 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR NÚMERO CASOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÊNICO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>Poderia ser número absoluto (P27)**</i>	Não acatada, mantido o cálculo baseado em taxa conforme proposto pela AHRQ (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2007).
Confiabilidade	<i>O fato de o denominador ser composto por altas de pacientes clínicos e cirúrgicos terá como consequência a inclusão de pacientes que não foram submetidos a procedimentos invasivos. Sugere-se a exclusão desses pacientes, reconhecendo, entretanto, que isso tornará o indicador menos simples (P17)**</i>	Não acatada, pacientes clínicos são submetidos a inserção de cateter venoso central e toracocentese, as principais causas de pneumotórax.
Simplicidade	<i>O cálculo do indicador não seria em relação ao número de pacientes que apresentaram pneumotórax? (P49)**</i>	Não acatada, já constam no numerador os casos de pneumotórax.
	<i>Corrigir a descrição do método de cálculo - unidade de medida taxa, porém indica multiplicar por 1000 (P33)*</i>	Acatada, na segunda revisão publicada pela AHRQ foi modificado o cálculo para cada 1000 altas (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2007). Modificado o nome do indicador e o cálculo.
	<i>Poderia explicar mais sobre o conceito do Pneumotórax iatrogênico (P06)*</i>	Acatada, reescrita a definição.
Abrangência	<i>Sugere-se a inclusão dos pacientes de 18 anos ou menos, já que estes também podem apresentar pneumotórax iatrogênico e não há razão para excluí-los da avaliação (P17)**</i>	Não acatada, todos os indicadores deste estudo referem-se a adultos.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Dez atributos foram validados na primeira rodada e o atributo confiabilidade foi validado somente na segunda rodada. As concordâncias mais elevadas entre as respostas dos painelistas se referem aos atributos utilidade (90,38%), objetividade (88,46%) e representatividade (86,54%), e as mais baixas estão relacionadas aos atributos disponibilidade (71,15%) e sensibilidade (75,00%).

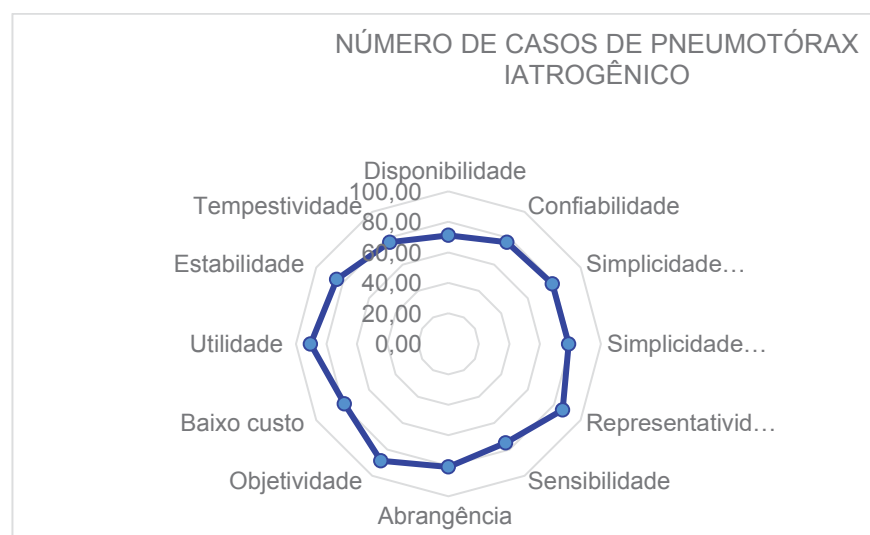
Apresentam-se na TABELA 42 e no GRÁFICO 32 os resultados referentes à totalidade dos atributos.

TABELA 42 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CASOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÊNICO

Número de casos de pneumotórax iatrogênico	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	2	3,85	11	21,15	2	3,85	26	50,00	11	21,15	71,15	3,63	1,15
Confiabilidade	2	2,11	13	13,68	7	7,37	52	54,74	21	22,11	76,84	3,85	1,00
Simplicidade facilidade	2	3,85	4	7,69	5	9,62	16	30,77	25	48,08	78,85	4,12	1,11
Simplicidade entendimento	1	1,92	6	11,54	4	7,69	22	42,31	19	36,54	78,85	4	1,05
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	2	3,85	4	7,69	22	42,31	23	44,23	86,54	4,23	0,90
Sensibilidade	1	1,92	5	9,62	7	13,46	23	44,23	16	30,77	75,00	3,92	1,01
Abrangência	1	1,92	3	5,77	6	11,54	25	48,08	17	32,69	80,77	4,04	0,93
Objetividade	1	1,92	2	3,85	3	5,77	17	32,69	29	55,77	88,46	4,37	0,91
Baixo custo	2	3,85	2	3,85	7	13,46	20	38,46	21	40,38	78,85	4,08	1,03
Utilidade	1	1,92	1	1,92	3	5,77	20	38,46	27	51,92	90,38	4,37	0,84
Estabilidade	1	1,92	1	1,92	6	11,54	25	48,08	19	36,54	84,62	4,15	0,85
Tempestividade	2	3,85	2	3,85	8	15,38	19	36,54	21	40,38	76,92	4,06	1,04

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 32 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR NÚMERO DE CASOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÊNICO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

O Teste de Spearman apontou alta correlação entre o atributo confiabilidade e simplicidade quanto à facilidade no cálculo (0,78), representatividade (0,79); baixo custo (0,84), estabilidade (0,74) e tempestividade (0,76).

A mais baixa concordância entre as respostas dos painelistas foi em relação ao atributo confiabilidade (76,84%), podendo estar relacionada à necessidade de profissionais competentes na disciplina estatística, para definição do grupo de diagnóstico relacionado no cálculo, assim como à *análise mais cuidadosa, já que precisa excluir grupo de pacientes* (P08), tornando o indicador de certa forma, complexo. Pela mesma razão, a fidedignidade do resultado é afetada, assim como a obtenção dos dados a tempo para a tomada de decisão é dependente da *agilidade relacionada ao sistema de informação da instituição* (P21).

Os painelistas apontaram as razões para a pouca confiabilidade nos registros hospitalares necessários à obtenção dos dados para o indicador: *nem sempre o pneumotórax está registrado em prontuário, além da dificuldade na coleta do dado pela leitura de todos os prontuários* (P08); há necessidade de melhorar a *cultura do registro* (P06) as *evoluções e dados de prontuários para preenchimento completo de informações relevantes* (P14); *se o médico não colocar o pneumotórax como CID secundário pode haver subnotificação* (P32).

Também identificou-se alta correlação entre o atributo baixo custo com os atributos representatividade (0,83), a sensibilidade (0,73), a abrangência (0,71), a objetividade (0,74) e a simplicidade (0,73).

A obtenção de dados confiáveis e representativos relaciona-se à análise da relação custo/benefício pelos gestores dos hospitais, considerando o investimento em pessoal e sistema informatizado. Na opinião dos painelistas, *em hospital em que não há sistema informatizado de prontuário eletrônico este processo fica dificultado* (P32). Da mesma forma, o sistema informatizado proporciona *sistemática para registro e processamento das notificações de incidente* (P21).

A concordância mais elevada entre as respostas dos painelistas ao atributo utilidade é corroborada pelas altas taxas de complicação em procedimentos realizados à beira do leito: 6% das toracocenteses resultam em

pneumotórax, um terço dos quais exigem entubação. Ademais, reconhece-se que a inserção de cateter venoso central pode ser muito arriscada, com taxas de complicações superiores a 15%, relacionadas à laceração arterial, pneumotórax, trombose e infecção (WACHTER, 2013).

As tecnologias auxiliares, como o ultrassom à beira do leito, reduzem drasticamente as taxas de pneumotórax após a toracocentese e inserção de cateter venoso central, assim como a inclusão de simulação no treinamento para inserção de CVC (WACHTER, 2013; SHIEH et al., 2015).

4.2.3.5 Sepses pós-operatórias

A sepse é responsável por 25% da ocupação de leitos, é a principal causa de morte em UTI, e uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia no Brasil, superando o infarto do miocárdio e o câncer. Também é a principal geradora de custo nos setores público e privado devido à necessidade de equipamentos sofisticados, medicamentos de alto custo e equipes altamente preparadas (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2016).

Este indicador limita a sepse pós-operatória a códigos de diagnóstico secundários para eliminar a sepse presente na admissão, exclui pacientes que têm um diagnóstico principal de infecção, pacientes com um tempo de permanência inferior a quatro dias, e pacientes com potenciais estados imunocomprometidos como por exemplo, AIDS, câncer e transplante (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2007).

Apresentam-se a ficha técnica do indicador no QUADRO 71 e, no QUADRO 72, as sugestões dos painelistas objetivando o seu aperfeiçoamento.

QUADRO 71 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA
(continua)

NOME DO INDICADOR	FT EC 05 TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA
Definição de termos/conceitos	<p>A sepse é um conjunto de manifestações graves em todo o organismo produzidas por uma infecção generalizada.⁽¹⁾</p> <p>Infecção sem disfunção: infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS).⁽²⁾</p> <p>Sepse: infecção suspeita ou confirmada, associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de síndrome de SRIS.⁽²⁾</p> <p>Choque séptico: Sepse que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (Pressão arterial média (PAM) menor ou igual a 65 mmHg), de forma independente de alterações de lactato.⁽²⁾</p>
Objetivo ou Uso	Identificar casos de sépse pós-operatória em hospitais.
Método de cálculo	<p>Numerador: altas eletivas com código da Classificação Internacional de Doenças (CID 10)⁽³⁾ de sepse no diagnóstico secundário, entre os casos que preencham os critérios de inclusão e exclusão do denominador.</p> <p>Tendo em vista a natureza drástica desta complicação, acredita-se que a codificação pela CID ocorra de modo mais confiável. Assim, podem-se buscar os dados por meio de relatórios administrativos considerando as altas com código da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) de sepse no diagnóstico secundário:</p> <p>A40.0 Septicemia por Streptococcus do grupo A A40.1 Septicemia por Streptococcus do grupo B A40.2 Septicemia por Streptococcus do grupo D A40.3 Septicemia por Streptococcus pneumoniae A40.8 Outras septicemias estreptocócicas A40.9 Septicemia estreptocócica não especificada A41.0 Septicemia por Staphylococcus aureus A41.1 Septicemia por outros estafilococos especificados A41.2 Septicemia por estafilococos não especificados A41.3 Septicemia por Haemophilus influenzae A41.4 Septicemia por anaeróbios R57.8 Outras formas de choque T81.1 Choque durante ou resultante de procedimento não classificado em outra parte</p> <p>Denominador: Altas cirúrgicas eletivas de pacientes com 18 anos de idade ou mais e código de procedimento em sala de cirurgia.⁽⁴⁾ Multiplicar o resultado por 100</p> <p>Exclusões:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. internações com diagnóstico principal, ou diagnóstico secundário de sepse na admissão; 2. internações com diagnóstico principal, ou diagnóstico secundário de infecção na admissão. Obs: apenas para os casos que se qualificam para o numerador; 3. internações com qualquer diagnóstico ou procedimento relacionado a imunodeficiência; 4. internações com qualquer diagnóstico de câncer; 5. casos relacionados a gravidez, parto e puerpério; 6. internações com tempo de permanência menor de 4 dias; 7. internações com sexo, idade, data ou diagnóstico principal ignorados.

QUADRO 71 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA (conclusão)

Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, relatórios do serviço de prevenção e controle de infecções, auditorias para identificação da sepse no pós-operatório. Obs: os casos notificados devem ser previamente confirmados por investigação.
Ajuste de risco	Idade, sexo, comorbidades.
Frequência	Mensal.
Referências	<p>1. INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. O que é sepse. Disponível em: http://www.sepsinet.org/pg.php?v=o-que-e-sepse. Acesso em 10 dez 2018.</p> <p>2. INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. Implementação de protocolo gerenciado de sepse. 2018. Disponível em: http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf. Acesso em: 10 dez 2018.</p> <p>3. CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm. Acesso em: 08 dez 2018.</p> <p>4. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Taxa de sepse pós-operatória. Rio de Janeiro, 2014v. Disponível em: http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-sepse-p%C3%B3s-operat%C3%B3ria. Acesso em: 13 dez 2018.</p>

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 72 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade/ estabilidade	<i>Sugiro explicar que os casos notificados devem ser investigados, para então serem confirmados e contabilizados (P40)*</i>	Acatada, acrescentada observação no método de apuração do indicador.
	<i>Talvez haja dificuldade em fazer um diagnóstico se a sepse foi antes ou depois do procedimento cirúrgico. Essa análise penso que seja a partir de auditorias. O CID talvez não contemple a informação (P32)*</i>	Acatada, incluída a auditoria no método de coleta de dados.

QUADRO 72 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade	<i>Os CID apontados para considerar podem não indicar sepse como R57 (P02)**</i>	Não acatada, são citados outros métodos além do CID para obtenção dos dados para o numerador e denominador.
	<i>Deixar claro que é sepse de PO eletivo (P17)* O resultado da divisão não tem que ser multiplicado por 100? (P17)*</i>	Acatadas, foram introduzidos critérios de exclusão para o numerador e denominador, e incluída a palavra “eletiva” no numerador. Por ser taxa e o resultado em percentual, foi modificado o multiplicador.
Simplicidade	<i>Incluir no conceito informações mais objetivas em relação a sepse, sepse grave e choque séptico. Sempre deixar claro em todos os itens que trata-se de sepse relacionada ao pós-operatória. (independente se é eletivo ou não) (P49)*</i>	Acatadas, inseridos conceitos do Instituto Latino Americano de sepse revisados em 2018 (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018).
Objetividade	<i>Monitorar a frequência de sepse pós-operatória (está claro), determinando se há aumento (de taxa de sepse?) Ou diminuição das taxas ao longo do tempo (pós cirurgia?) não seria só a primeira frase (P08)*</i>	Acatada, reescrito o objetivo de forma mais sintética.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada, as concordâncias mais elevadas foram relativas aos atributos utilidade e objetividade (92,31% cada), seguida pela representatividade (90,38%). As concordâncias mais baixas foram afeitas aos atributos disponibilidade (78,85%), confiabilidade e simplicidade no entendimento (80,77% cada).

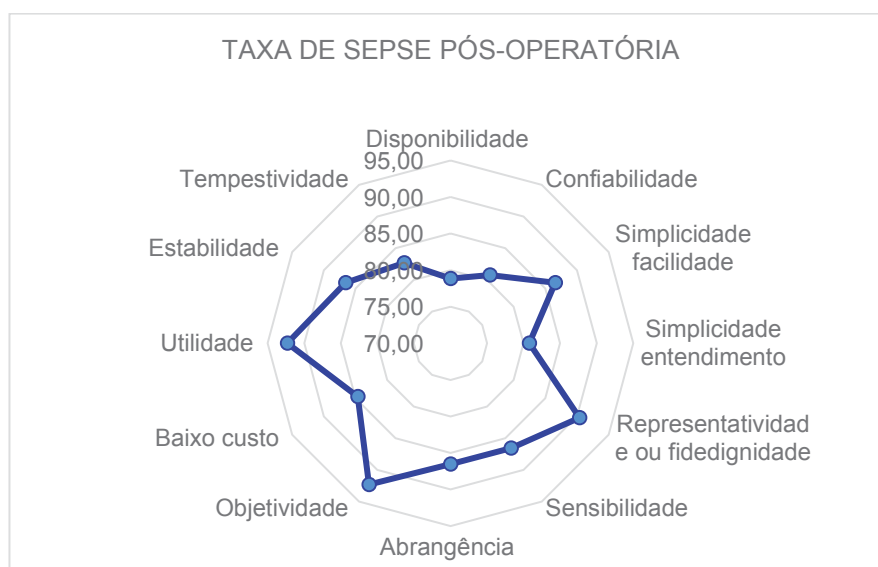
Apresentam-se na TABELA 43 e no GRÁFICO 33 os resultados referentes à totalidade dos atributos.

TABELA 43 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA

Taxa de sepse pós-operatória	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	1	1,92	8	15,38	2	3,85	25	48,08	16	30,77	78,85	4,06	1,07
Confiabilidade	1	1,92	5	9,62	4	7,69	22	42,31	20	38,46	80,77	4,25	1,02
Simplicidade facilidade	0	0,00	4	7,69	3	5,77	21	40,38	24	46,15	86,54	4,15	0,89
Simplicidade entendimento	1	1,92	4	7,69	5	9,62	18	34,62	24	46,15	80,77	4,31	1,02
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	5	9,62	0	0,00	21	40,38	26	50,00	90,38	4,21	0,90
Sensibilidade	1	1,92	2	3,85	4	7,69	23	44,23	22	42,31	86,54	4,27	0,90
Abrangência	0	0,00	5	9,62	2	3,85	19	36,54	26	50,00	86,54	4,46	0,93
Objetividade	0	0,00	3	5,77	1	1,92	17	32,69	31	59,62	92,31	4,25	0,80
Baixo custo	1	1,92	3	5,77	4	7,69	18	34,62	26	50,00	84,62	4,48	0,97
Utilidade	1	1,92	3	5,77	0	0,00	14	26,92	34	65,38	92,31	4,23	0,92
Estabilidade	1	1,92	3	5,77	3	5,77	21	40,38	24	46,15	86,54	4,21	0,94
Tempestividade	1	1,92	3	5,77	5	9,62	18	34,62	25	48,08	82,69	4,13	0,98

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 33 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE SEPSE PÓS-OPERATÓRIA



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Os atributos utilidade, objetividade e representatividade correspondem às concordâncias mais elevadas. O Teste de Spearman também apontou alta correlação entre representatividade com objetividade (0,73), baixo custo (0,77), utilidade (0,72) e tempestividade (0,71).

Estes resultados são corroborados pela gravidade da sepse após cirurgias, e pela taxa de mortalidade em torno 30%. Muitos casos de sepse pós-operatória podem ser evitados com o uso adequado de antibióticos profiláticos, boa preparação do sítio cirúrgico, técnicas cirúrgicas cuidadosas e estéreis e um bom cuidado pós-operatório. A sepse após uma cirurgia eletiva é considerada uma complicação grave (PROQUALIS, 2014v).

A sepse geralmente resulta de complicações infecciosas menos graves, preveníveis e tratáveis, como infecções do trato urinário, pneumonia e infecção de sítio cirúrgico. Contudo, mesmo considerando a natureza drástica desta complicação, os painelistas consideraram que a codificação e registros não estão totalmente disponíveis, afetando a confiabilidade do dado administrativo: *registro em diagnóstico secundário infelizmente é pouco utilizado em nossa realidade (P27)*, a necessidade de *avaliação de CID pode dificultar a confiabilidade do indicador (P21)*, o *CID de alta muitas vezes não reflete o procedimento cirúrgico (P07)*, há necessidade de *capacitação contínua para preenchimento correto do CID (P08)*.

Por outro lado, estes atributos podem ser melhorados se houver a *cultura do registro, atuação da CCIH e a notificação deste incidente (P06, P27)*.

Apesar de expressiva produção de conhecimento acerca da fisiopatologia e do tratamento, persistem dificuldades no manejo clínico da sepse. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado influenciam fortemente a evolução positiva dos pacientes (SIQUEIRA BATISTA et al., 2011).

Nesse sentido, a equipe de Enfermagem adquire um papel relevante no diagnóstico e no tratamento do paciente séptico. Devido à sua permanência à beira-leito, o enfermeiro possui informações que contribuem para a identificação e tratamento precoce da sepse, como por exemplo, indícios clínicos de hipoperfusão, manifestados por rebaixamento do nível de consciência, queda do débito urinário, queda da pressão arterial e diminuição da oxigenação (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2016).

Da mesma forma, a avaliação de parâmetros hemodinâmicos como frequência cardíaca, pressão arterial, débito cardíaco, pressão venosa central, saturação venosa central de oxigênio e coleta de exames, entre os quais a gasometria arterial são cuidados importantes que podem ser sistematizados por meio de protocolos e *checklists* (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2016).

A punção de acesso venoso calibroso para assegurar a reposição volêmica, medidas de débito urinário e coleta de exames também são responsabilidades que valoram a atuação do enfermeiro no cuidado a pacientes em sepse (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2016).

4.2.3.6 Taxa de mortalidade institucional padronizada

Estima-se que os erros na assistência sejam a terceira causa de morte nos Estados Unidos, precedida por doenças cardíacas e câncer; que 78% das mortes iatrogênicas são evitáveis; e que 575 mil mortes foram causadas por erro médico, entre os anos de 2000 e 2002 (MAKARY; MICHAEL, 2016).

Medidas de desfecho, como taxas de mortalidade padronizadas hospitalares são cada vez mais utilizadas em vários países para avaliar a qualidade da atenção. No Brasil, há uma ampla variação nas taxas de mortalidade institucional (CQH, 2014). Estas diferenças são atribuíveis em grande parte ao conjunto de serviços disponibilizados (*service mix*) e ao conjunto de pacientes atendidos (*case mix*). Contudo, a classificação dos hospitais segundo a especialização do atendimento, porte e nível de complexidade tecnológica, pode possibilitar análises comparativas das taxas de mortalidade institucional em grupos homogêneos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012a).

A taxa de mortalidade institucional padronizada permite o monitoramento dos óbitos em hospitais, após 24 horas da internação, tendo por base o ajuste de risco. É adotado o período de 24 horas por se considerar este tempo

suficiente para que a ação terapêutica e conseqüente responsabilidade do hospital, sejam efetivadas (BRASIL, 2002).

Apresentam-se a ficha técnica do indicador no QUADRO 73 e, no QUADRO 74, as sugestões dos painelistas para seu aperfeiçoamento.

QUADRO 73 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA (continua)

NOME DO INDICADOR	FT EC 06 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA ⁽¹⁾
Definição de termos/conceitos	<p>Relação percentual entre o número de óbitos que ocorreram após 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês, e o número de pacientes que tiveram saída do hospital (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou óbito, no mesmo período.</p> <p>É diferente de taxa de mortalidade hospitalar, que contabiliza todos os óbitos ocorridos após o paciente dar entrada no hospital.⁽²⁾</p> <p>Óbito hospitalar: aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.</p>
Objetivo ou Uso	Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação. ⁽³⁾
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de óbitos que ocorreram após 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês.⁽³⁾</p> <p>Obs 1: Contabilizar a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo o tempo permanecido em unidade de Urgência e Emergência.</p> <p>Obs 2: excluir as transferências e internações com sexo e idade ignorados.</p> <p>Denominador: Número de saídas hospitalares (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou óbito hospitalar em um mês.⁽³⁾</p> <p>Multiplicar o resultado por 100.</p> <p>Obs 1: não devem ser contabilizados os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital.</p> <p>Obs 2: excluir as transferências e internações com sexo e idade ignorados.</p>
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Resumo de alta, de óbito ou de transferência, relatórios do comitê de óbito hospitalar.
Ajuste de risco	Fatores de risco: Idade (intervalos de 10 anos); sexo; comorbidades; tipo de admissão (eletiva/ urgência); tempo total de hospitalização. ⁽⁴⁾
Frequência	Mensal.

QUADRO 73 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT EC 06 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA ⁽¹⁾
Referências	<p>1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p. (Série A. Manuais e Normas Técnicas).</p> <p>2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Taxa de mortalidade institucional. V1.01. nov 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf Acesso em: 10 dez 2018.</p> <p>3. CQH. Indicadores hospitalares CQH. Taxa de mortalidade institucional. São Paulo, 2014. Disponível em: http://www.cqh.org.br/icqh/ind/web_ficha.php?p_nind=47 Acesso em: 10 dez 2018.</p> <p>4. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Taxa de mortalidade hospitalar padronizada. Rio de Janeiro, 2014(t). Disponível em: https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-mortalidade-hospitalar-padronizada#.U-490KNh7JQ . Acesso em: 10 dez 2018.</p>

QUADRO 74 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade	<i>Rever a saída "por óbito" na definição (P02)*</i>	Acatada, separado no texto.
Simplicidade	<i>Não está claro as informações do item "ajuste de risco", bem como a sua pertinência (P49)*</i>	Acatada, inseridos os fatores para ajuste de risco e exclusão de casos no numerador e denominador.
	<i>Na observação: "Não devem ser contabilizados os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital", supõe-se que se esteja referindo aos pacientes que chegam ao hospital com morte encefálica para fins de retirada de múltiplos órgãos, pois os demais, obviamente, tiveram óbito antes das 24 horas previstas no indicador. Sugere-se que isso seja informado claramente na ficha técnica (P17)**</i>	Não acatada, está explícito que o indicador presta-se a monitorar a mortalidade ocorrida somente dentro dos hospitais e após 24 horas da admissão.
	<i>No método de cálculo serão incluídos os pacientes que forem admitidos em parada cardiorrespiratória no hospital? (P42)**</i>	
Objetividade	<i>O objetivo é claro, mas não está relacionado somente a esse indicador, é mais amplo (P06)*</i>	Acatadas, reescrito o objetivo.
	<i>Objetivos parecem não corresponder com o indicador (P52)*</i>	

QUADRO 74 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

Abrangência	<i>Não identifica a gravidade dos pacientes ou será feito por grupos de risco? (P08)**</i>	Não acatada nesta ficha técnica, contudo outro método de cálculo baseado na mortalidade observada e esperada pode ser utilizado, conforme é descrito na discussão dos dados.
-------------	--	--

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada. Os atributos com as concordâncias mais elevadas foram a representatividade (86,54%), a estabilidade e a representatividade, ambos com 86,54%. As concordâncias menos elevadas foram relativas aos atributos sensibilidade e abrangência com 76,92%.

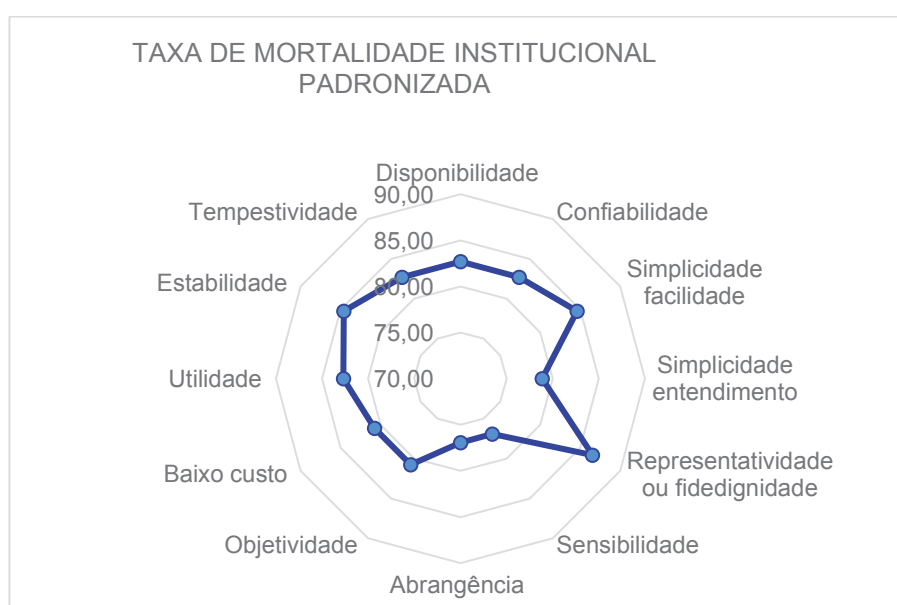
Apresentam-se na TABELA 44 e no GRÁFICO 34 as concordâncias abrangendo a totalidade dos atributos.

TABELA 44 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA

Taxa de mortalidade institucional padronizada	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	2	3,85	2	3,85	5	9,62	21	40,38	22	42,31	82,69	4,29	1,01
Confiabilidade	0	0,00	4	7,69	5	9,62	15	28,85	28	53,85	82,69	4,35	0,94
Simplicidade facilidade	1	1,92	3	5,77	4	7,69	13	25,00	31	59,62	84,62	4,17	0,99
Simplicidade entendimento	1	1,92	4	7,69	6	11,54	15	28,85	26	50,00	78,85	4,27	1,04
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	5	9,62	2	3,85	19	36,54	26	50,00	86,54	4,1	0,93
Sensibilidade	0	0,00	5	9,62	7	13,46	18	34,62	22	42,31	76,92	4,19	0,98
Abrangência	0	0,00	6	11,54	6	11,54	12	23,08	28	53,85	76,92	4,23	1,05
Objetividade	1	1,92	5	9,62	4	7,69	13	25,00	29	55,77	80,77	4,23	1,08
Baixo custo	0	0,00	5	9,62	5	9,62	15	28,85	27	51,92	80,77	4,33	0,98
Utilidade	0	0,00	4	7,69	5	9,62	13	25,00	30	57,69	82,69	4,33	0,94
Estabilidade	0	0,00	3	5,77	5	9,62	16	30,77	28	53,85	84,62	4,31	0,88
Tempestividade	0	0,00	3	5,77	6	11,54	15	28,85	28	53,85	82,69	3,77	0,9

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 34 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A despeito dos atributos estabilidade e representatividade terem obtido os mais elevados percentuais de concordância entre as respostas dos painelistas, a estabilidade apresentou alta correlação com outros sete atributos: confiabilidade (0,75), representatividade (0,78), sensibilidade (0,78), abrangência (0,78), objetividade (0,74), baixo custo (0,83) e utilidade (0,77).

De fato, desde a década de 1990, quando este indicador foi proposto no Reino Unido, estudos comparativos da mortalidade hospitalar foram desenvolvidos, abordagens e técnicas estatísticas foram aprimoradas visando minimizar a pouca estabilidade do indicador, bem como o efeito de fatores que produzem equívocos, incluindo a seleção de causas específicas, possibilitando assim o ajuste pelos fatores de risco do paciente, como por exemplo, a gravidade do caso (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2016).

Quanto aos demais atributos com os quais a estabilidade tem alta correlação, encontram-se controvérsias na literatura a respeito da validade e utilidade do indicador para a tomada de decisão, considerando-se que as diferenças nas taxas de mortalidade padronizadas podem não refletir diferenças na qualidade do atendimento prestado (POUW et al., 2013; MACHADO; MARTINS; LEITE, 2016).

A falta ou insuficiência de dados sobre o *mix* de casos, a variação de codificação entre hospitais, gravidade da doença, cuidados de final de vida e local de óbito podem impossibilitar a comparação dos resultados entre hospitais (VAN GESTEL et al., 2012).

Os percentuais menos elevados de concordância à sensibilidade para detectar os óbitos e à capacidade para abranger os fatores que afetam a taxa de mortalidade, podem estar relacionados à contabilização apenas dos óbitos intra-hospitalares, assim as transferências de pacientes de alto risco para hospitais especializados ou de alta complexidade podem resultar em baixas taxas de mortalidade, uma vez que os pacientes morrem em outra instituição (POUW et al., 2013). Outra questão refere-se à tendência de redução do tempo médio de internação hospitalar nas últimas décadas com deslocamento da mortalidade do hospital para os destinos pós-alta (POUW et al., 2013).

Na realidade brasileira, os painelistas consideram a *busca do dado difícil*, principalmente em instituições que *não possuem prontuário eletrônico* (P14), por

requerer a busca do *registro do óbito no prontuário* e em *protocolos internos* (P06), contudo este fator pode ser minimizado pela existência de *comissão de avaliação de óbitos atuante* (P27).

Do ponto de vista metodológico, a aplicação de técnicas de padronização de taxas considerando atributos relacionados à gravidade do paciente (ajuste de risco) busca algum controle sobre fatores que, independentemente do processo de cuidado, interferem sobre os resultados. Contudo, o ajuste de risco necessita de disponibilidade de grandes bases de dados administrativos e conhecimento sobre a validade causal entre processo e resultado do cuidado (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2016).

Adotou-se na ficha técnica a fórmula de cálculo proposta pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar-CQH (2014), todavia, encontra-se disponível outra proposição baseada na razão entre o número de óbitos observados e o número de óbitos esperados no hospital. Para calcular a taxa de mortalidade esperada ponderada pelo risco (taxa de mortalidade que seria esperada levando em conta os fatores de risco dos pacientes internados), utilizam-se dados de um grande grupo de pacientes com diagnósticos e fatores de risco semelhantes, calculando-se por meio da regressão logística a taxa de mortalidade esperada para esse grupo específico (PROQUALIS, 2014t).

Dados brasileiros referentes a 56 hospitais participantes do Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar, no quarto quadrimestre de 2017, evidenciaram taxa de mortalidade institucional mediana de 3,58%, com variação entre 0,18% e 8,65% (CQH, 2017b). Conjectura-se que esta variabilidade pode ser devido às características das instituições participantes como nível de especialização, complexidade do atendimento e o porte do hospital.

Entende-se que o aprimoramento deste indicador virá pelo seu uso sistemático pelos hospitais brasileiros, mesmo que inicialmente sua utilização vise somente a monitoramentos e comparações internas. Contudo, para promoção da segurança, recomendam-se revisões de todos os óbitos hospitalares, com identificação de ações para melhorar a qualidade do atendimento (HOGAN et al., 2015).

4.2.3.7 Taxa de reinternação não programada pós-alta hospitalar

A readmissão hospitalar logo após a alta pode ser considerada resultado adverso do tratamento, e um indicador que se preste a monitorar estes eventos pode ser potencialmente útil para avaliar a qualidade. Estudos recentes analisam o uso apropriado da reinternação não programada como indicador de qualidade da atenção, mas também questionam sua utilidade e validade, já que há influência de uma teia de relacionamentos bastante complexa entre o processo de internação e a readmissão precoce (FISCHER et al., 2014; TESTON et al., 2016).

Assim, apresentam-se a ficha técnica do indicador no QUADRO 75 e, no QUADRO 76, as sugestões dos painelistas para o seu aprimoramento.

QUADRO 75 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÃO NÃO PROGRAMADA PÓS-ALTA HOSPITALAR

NOME DO INDICADOR	FT EC 07 TAXA DE REINTERNAÇÃO NÃO PROGRAMADA PÓS-ALTA HOSPITALAR.
Definição de termos/conceitos	Número de reinternações não programadas: É o número total de reinternações não programadas no prazo de 15 dias pela mesma causa da saída anterior. ⁽¹⁾
Objetivo ou Uso	Monitorar a qualidade dos cuidados prestados, acompanhando as causas de reinternações até 15 dias após a alta, pela mesma causa do internamento.
Método de cálculo	Numerador: Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar. Denominador: Total de saídas no mesmo período. Multiplicar o resultado por 100. Obs1: Excluir do total de saídas aquelas decorrentes de evasão ou óbito. Obs 2: o mês de referência diz respeito ao mês da alta médica original. Obs 3: Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 15 dias, cada readmissão é contada uma vez.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, planilhas específicas ou relatórios pelo sistema informatizado.
Frequência	Mensal.
Referências	1. CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH. 1.ed. São Paulo: Van Moorsel Gráfica e Editora, 2009.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 76 – SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÃO NÃO PROGRAMADA PÓS-ALTA HOSPITALAR, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>Há referências que utilizam reinternações após 30 dias (P32)**</i>	Não acatada, pela diversidade de propostas disponíveis (07 dias, 15 dias, 30 dias). Optou-se pelo período de 15 dias após a alta, devido à comparabilidade viabilizada pela divulgação contínua de dados referentes a hospitais brasileiros (CQH, 2017 c).
Confiabilidade	<i>O denominador deve ser o total de altas médicas e não o total de saídas. No total de saídas estão incluídas as saídas por óbito que, obviamente, não poderão levar a uma reinternação no prazo de 15 dias. Também não devem ser consideradas as saídas por fuga ou por desistência do tratamento, pois não são de iniciativa médica. Retornos não programados a um hospital de alta complexidade, após transferência para um hospital de menor complexidade devem ser considerados no numerador (P17)*</i>	Acatada, incluídas nas observações 1 e 3.
Simplicidade	<i>Sugestão de correção do nome do indicador: Reinternação não programada pós-alta hospitalar (P49)*</i> <i>Deve-se deixar claro que o mês de referência do indicador diz respeito ao mês da alta médica original. Consequentemente, esse indicador só poderá ser avaliado após o 15º dia do mês subsequente.</i> <i>O título do indicador deve ser alterado para "Reinternação não programada pós-alta hospitalar", para evitar a ambiguidade de que a alta é que não foi programada (P17)*</i>	Acatadas, modificado o nome do indicador, e acrescentada na observação 2 sobre a alta.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada, a concordância variou entre 73,08% e 96,15%, conforme pode ser visualizado na TABELA 45 e no GRÁFICO 35.

Os atributos que obtiveram a concordância mais elevada foram: utilidade (96,15%) e objetividade (94,23%), seguidos pela simplicidade e baixo custo na

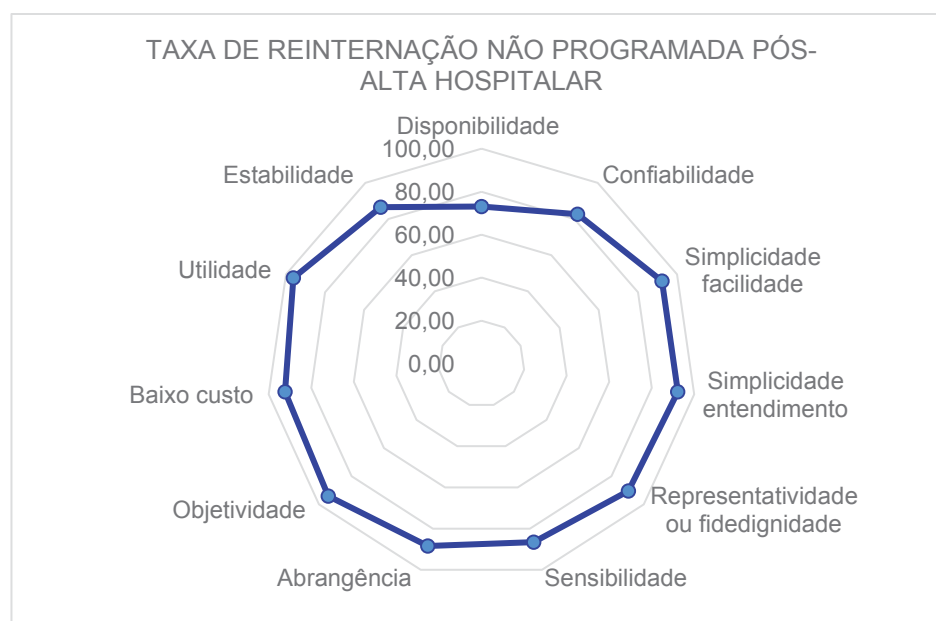
obtenção dos dados (92,31% cada). Já as menos elevadas foram relativas aos atributos disponibilidade (73,08%) e confiabilidade (82,68%).

TABELA 45 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÃO NÃO PROGRAMADA PÓS-ALTA HOSPITALAR

Taxa de reinternação não programada pós-alta hospitalar,	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	5	9,62	9	17,31	0	0,00	17	32,69	21	40,38	73,08	3,77	1,39
Confiabilidade	1	1,92	6	11,54	2	3,85	22	42,31	21	40,38	82,69	4,08	1,04
Simplicidade facilidade	0	0,00	2	3,85	2	3,85	15	28,85	33	63,46	92,31	4,52	0,75
Simplicidade entendimento	1	1,92	1	1,92	2	3,85	19	36,54	29	55,77	92,31	4,42	0,82
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	3	5,77	2	3,85	15	28,85	32	61,54	90,38	4,46	0,83
Sensibilidade	0	0,00	3	5,77	4	7,69	18	34,62	27	51,92	86,54	4,33	0,86
Abrangência	1	1,92	1	1,92	4	7,69	15	28,85	31	59,62	88,46	4,42	0,87
Objetividade	1	1,92	1	1,92	1	1,92	11	21,15	38	73,08	94,23	4,62	0,80
Baixo custo	1	1,92	2	3,85	1	1,92	17	32,69	31	59,62	92,31	4,44	0,87
Utilidade	0	0,00	2	3,85	0	0,00	13	25,00	37	71,15	96,15	4,63	0,69
Estabilidade	0	0,00	3	5,77	4	7,69	15	28,85	30	57,69	86,54	4,38	0,87
Tempestividade	0	0,00	3	5,77	3	5,77	13	25,00	33	63,46	88,46	4,46	0,85

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 35 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÃO NÃO PROGRAMADA PÓS-ALTA HOSPITALAR



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

O atributo utilidade apresentou alta correlação com os atributos representatividade (0,83) e com a abrangência (0,72), e muito alta com a objetividade (0,95). Além disso, a tempestividade também obteve alta correlação com os atributos objetividade (0,80) e utilidade (0,84).

Realmente, a literatura levanta questionamentos a respeito da validade destas taxas como medida de qualidade da assistência hospitalar. Revisão sistemática envolvendo 102 artigos no período de 2001 a 2013 alerta para a necessidade de análise do contexto em que as readmissões são utilizadas como um reflexo da qualidade do atendimento, já que a probabilidade de um paciente ser readmitido envolve também características do paciente, indicando assim que as taxas de readmissão precisam ser ajustadas (FISCHER et al., 2014).

A despeito de haver pouco consenso sobre quais características dos pacientes afetam a probabilidade de readmissão, dois grupos parecem estar sob alto risco de serem readmitidos: os pacientes mais doentes e os mais pobres (FISCHER et al., 2014).

Corroborando esta assertiva, estudo brasileiro envolvendo 16.123 readmissões de cada paciente, em um dos onze hospitais participantes,

localizado no município de Ribeirão Preto (SP), identificou taxa de readmissão de 14,2%, variando entre 2,1 a 31,7% entre os hospitais. As readmissões foram mais frequentes nas internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e nos hospitais de alta complexidade acima de 100 leitos. Tais resultados estão relacionados à regionalização e à assistência especializada voltada para a alta complexidade prestada por estes hospitais (DIAS, 2015).

Devido a diferentes fatores envolvidos, há dificuldade em se estabelecer parâmetros ótimos para comparação, bem como a definição sobre quais variáveis devem ser incluídas nos modelos para ajustar a combinação de casos (FISCHER et al., 2014).

Em dados referentes a 38 hospitais participantes do Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar, no quarto quadrimestre de 2017, a mediana das taxas de reinternação não programada foi de 0,89% (CQH, 2017 c).

Por outro lado, estudo internacional identificou taxas de reinternação hospitalar que variavam entre 18,2% a 25,0%, entre pacientes com doenças cardiovasculares e respiratórias, sendo maiores em pacientes com mais de 60 anos, devido à associação com doenças crônicas, impactando diretamente no custo ao sistema hospitalar (TESTON et al., 2016).

Tendo por base achado de estudo brasileiro indicando que a média global de readmissões no país é de 19,2%, com variações entre as regiões brasileiras, a ANS recomenda meta igual ou menor que 20%. Este é um dos indicadores de qualidade a ser considerado na avaliação e cálculo de reajustes aplicados a contratos firmados entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016 a; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016 b).

As concordâncias menos elevadas entre as respostas dos painelistas referem-se aos atributos disponibilidade e confiabilidade, e podem estar afeitas à necessidade do registro em prontuários, especialmente do CID correto na alta (P06, P08, P14, P36), bem como é citado na literatura, à natureza multifacetada da qualidade do atendimento e sua correlação entre readmissões e outros resultados, os quais podem limitar a validade do indicador (FISCHER et al., 2014).

Contudo, há consenso estabelecido que a utilização deste indicador de resultado deve se dar em conjunto com outros indicadores, e que a reinternação constitui-se num alerta epidemiológico, devendo desencadear estratégias de seguimento adequadas e integradas, inclusive com planos de alta discutidos com os pacientes e seus familiares, educação do paciente, notadamente aqueles com doenças crônicas e acompanhamento domiciliar após a alta (BENBASSAT; TARAGIN, 2000; DIAS, 2015; TESTON et al., 2016).

A despeito de haver dificuldades na adoção rotineira pelos hospitais brasileiros de planos de alta multidisciplinares, a realização destes é requerida para certificação pelo sistema brasileiro de acreditação (ONA, 2018a), denotando sua influência no incremento da qualidade. Adicionalmente, evidências sugerem que um plano de alta adaptado para o paciente provavelmente reduz o tempo de internação, as taxas de readmissão não planejadas, especialmente de idosos, e melhora a coordenação dos serviços pós-alta hospitalar (SHEPPERD et al., 2013).

Após a alta hospitalar, os pacientes enfrentam um período transitório de suscetibilidade generalizada à doença, bem como um risco elevado de incidentes com danos, incluindo readmissão hospitalar e morte. O termo síndrome pós-hospitalar é utilizado para descrever esse momento de maior vulnerabilidade; recomendam-se mudanças na operação e no ambiente hospitalar a fim de evitar a ocorrência da síndrome e reduzir as readmissões (GOLDWATER et al., 2018).

4.2.3.8 Taxa de reinternações na UTI adulto durante a permanência do paciente no hospital

Por serem unidades de elevados custos, altamente especializadas e com leitos restritos no país, é desejável a avaliação do desempenho das UTI, notadamente quanto à efetividade clínica e custo-eficiência, de modo a identificar os fatores relacionados aos resultados indesejados e corrigí-los, contribuindo assim, para a otimização dos leitos e ampliação do acesso (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2011; ARAÚJO et al., 2013).

Pela própria complexidade da condição dos pacientes tratados em UTI, alguns podem demandar reinternação. Aproximadamente 10% dos pacientes requerem readmissão na UTI enquanto ainda estão internados (WONG et al., 2016) e estas são associadas ao aumento da mortalidade e maior permanência no hospital. A identificação precoce dos pacientes em risco de readmissão na UTI pode facilitar a alocação apropriada de recursos para prevenir o aumento tanto da morbidade quanto da mortalidade (RODRIGUES et al., 2016).

Apresentam-se no QUADRO 77 a ficha técnica do indicador que visa mensurar as reinternações na UTI enquanto o paciente ainda está internado no hospital, e no QUADRO 78, as sugestões dos painelistas a fim de aprimorá-la.

QUADRO 77 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÕES NA UTI ADULTO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL

NOME DO INDICADOR	FT EC 08 TAXA DE REINTERNAÇÕES NA UTI ADULTO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL
Definição de termos/conceitos	Reinternação na UTI: é o evento de retorno à UTI, ocorrido durante a mesma hospitalização. ⁽¹⁾ Reinternação precoce: evento de retorno à UTI em menos de 48 horas após a alta da UTI. ⁽¹⁾
Objetivo ou Uso	Identificar as reinternações na UTI durante a mesma hospitalização. ⁽²⁾
Método de cálculo	Numerador: Número de reingressos na UTI Adulto durante a mesma internação. Denominador: Número de saídas da UTI Adulto. Multiplicar o resultado por 100. Obs: Número de saída da UTI Adulto é o número total de saídas da UTI (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta) ⁽¹⁾ , excluindo as saídas por óbito.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, coletas sistemáticas de dados por meio de planilhas específicas ou relatórios do sistema informatizado.
Frequência	Mensal.
Referências	1. CQH. Compromisso com a qualidade hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH. 1. ed. São Paulo: Van Moorsel Gráfica e Editora, 2009. 2. ARAÚJO, T.G.; RIEDER, M.M.; KUTCHAK, F.M.; FILHO, J.W.F. Readmissões e óbitos após a alta da UTI, um desafio da terapia intensiva. Rev. bras. ter. intensiva , v. 25, n.1, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n1/07.pdf Acesso em: 10 dez 2018.

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 78 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE REINTEIRNAÇÕES NA UTI ADULTO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade	<i>Deve-se estabelecer até quanto tempo depois da primeira alta da UTI a reinternação configura uma primeira alta precoce (por exemplo, até 30 dias). Pacientes com longas internações podem ter uma reinternação na UTI por outras causas intercorrentes. Como a periodicidade é mensal, um prazo de 30 dias teria a vantagem de fixar o denominador num determinado mês-calendário (P17)**</i>	Não acatada, o indicador propõe contabilizar as reinternações durante a mesma hospitalização, independente do tempo. Contudo, foram acrescentadas as definições adotadas para este indicador quanto à reinternação, e também a de reinternação precoce a fim de dirimir possíveis dúvidas.
	<i>Acredito que maior coerência seria na reinternação precoce - 48 a 72h após alta (P35)**</i>	
	<i>Determinar o número de dias após a alta para classificar reinternação na UTI (P03)**</i>	
Simplicidade	<i>Colocar como "Reinternações na UTI Adulto durante a permanência do paciente no hospital. Ou retirar a informação "adulto" dos conceitos/itens (P49)*</i>	Acatada, incluído no título.
Representatividade	<i>Considerar no denominador apenas as saídas da UTI por alta médica, excluindo as saídas por óbito (P17)*</i>	Acatada, excluído o óbito.
Objetividade	<i>O objetivo é muito amplo e vago (P52)*</i>	Acatada, reescrito o objetivo.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada, a concordância variou entre 86,54% e 94,23%, conforme pode ser visualizado na TABELA 46 e no GRÁFICO 36.

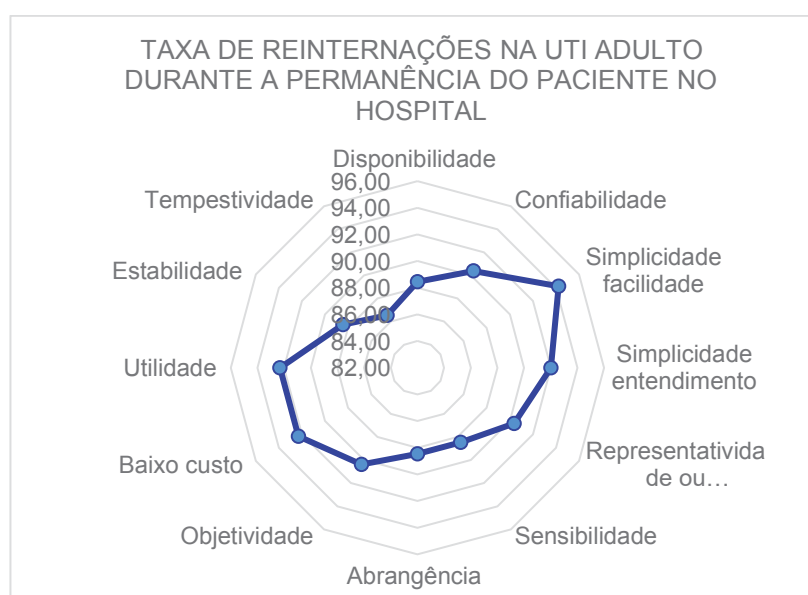
Os atributos que obtiveram concordância mais elevada entre as respostas dos painelistas foram: simplicidade quanto à facilidade no cálculo (94,23%); baixo custo na obtenção dos dados e utilidade (92,31 cada). As concordâncias menos elevadas estiveram afeitas aos atributos tempestividade (86,54%), disponibilidade, sensibilidade, abrangência e estabilidade (88,46% cada).

TABELA 46 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÕES NA UTI ADULTO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL

Taxa de reinternações na UTI durante a permanência do paciente no hospital	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	1	1,92	1	1,92	4	7,69	16	30,77	30	57,69	88,46	4,4	0,87
Confiabilidade	0	0,00	1	1,92	4	7,69	15	28,85	32	61,54	90,38	4,5	0,73
Simplicidade facilidade	0	0,00	1	1,92	2	3,85	12	23,08	37	71,15	94,23	4,63	0,66
Simplicidade entendimento	0	0,00	1	2,00	3	6,00	13	26,00	33	66,00	92,00	4,56	0,70
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	2	3,85	2	3,85	16	30,77	31	59,62	90,38	4,42	0,89
Sensibilidade	1	1,92	1	1,92	4	7,69	17	32,69	29	55,77	88,46	4,38	0,87
Abrangência	1	1,92	1	1,92	4	7,69	14	26,92	32	61,54	88,46	4,44	0,87
Objetividade	1	1,92	1	1,92	3	5,77	10	19,23	37	71,15	90,38	4,56	0,85
Baixo custo	0	0,00	1	1,92	3	5,77	15	28,85	33	63,46	92,31	4,54	0,70
Utilidade	1	1,92	1	1,92	2	3,85	12	23,08	36	69,23	92,31	4,56	0,83
Estabilidade	0	0,00	1	1,92	5	9,62	16	30,77	30	57,69	88,46	4,44	0,75
Tempestividade	0	0,00	1	1,92	6	11,54	14	26,92	31	59,62	86,54	4,44	0,78

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 36 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE REINTERNAÇÕES NA UTI ADULTO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Houve correlação alta entre a utilidade do indicador e outros cinco atributos: representatividade (0,85), sensibilidade (0,71), abrangência (0,71), objetividade (0,83) e o baixo custo (0,74). A utilidade do indicador é corroborada por estudos que considera que a identificação dos pacientes com risco de readmissão é um auxiliar da atenção clínica, na medida em que possibilita adoção de medidas tempestivas para redução do indicador (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2011).

A correlação de Spearman foi muito alta entre o atributo sensibilidade e a representatividade (0,92), e alta entre a confiabilidade e a disponibilidade (0,83).

Dado que a sensibilidade é a propriedade do indicador em capturar mudanças e possibilitar rápida avaliação dos efeitos da intervenção clínica, estudo brasileiro apontou que cerca de 9% dos pacientes foram readmitidos na UTI antes da alta hospitalar (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2011), percentual mais elevado do que o valor médio de 7,78% evidenciado em revisão de literatura (ELLIOT, 2006).

Os painelistas expressaram que a disponibilidade do dado é dependente de melhoria nos registros e de tecnologia, como um *sistema informatizado* (P21, P33, P36), apontando a necessidade de elaboração de *plano de alta da UTI*, assim como a *comunicação* eficaz entre as equipes da UTI e da unidade de internação que dará continuidade à recuperação do paciente (P14).

Nesse sentido, reveste-se de importância tanto a avaliação da condição do paciente, a exemplo da necessidade de restrição ao leito, presença de traqueostomia, ventilação mecânica; como as intervenções de enfermagem por ocasião da alta da UTI, considerando as condições estruturais da unidade de internação receptora, considerando também o número de profissionais/leito e habilidades técnicas.

Assim, este indicador possui amplitude e profundidade suficientes para proporcionar à enfermagem a avaliação dos cuidados a serem produzidos prioritariamente, de modo a prevenir readmissões (DUBOIS et al., 2017).

4.2.3.9 Taxa de readmissão no Serviço de Emergência adulto do hospital

Quando a demanda de atendimento em unidades de emergência supera aquela para qual o serviço é estruturado, há comprometimento do trabalho dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros. A mensuração deste evento possibilita aos hospitais identificar se as readmissões no seu serviço de emergência adulto estão relacionadas à resolutividade e/ou qualidade do serviço ou a fatores inerentes ao contexto hospitalar (BORGES; TURRINI, 2011).

Apresentam-se a ficha técnica deste indicador no QUADRO 79 e, no QUADRO 80, as sugestões dos painelistas para melhorá-la.

QUADRO 79 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE READMISSÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL

NOME DO INDICADOR	FT EC 09 TAXA DE READMISSÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL
Definição de termos/conceitos	Readmissão: é a procura pelo paciente de modo não programado, pelo serviço de emergência em até 7 dias após o atendimento. ⁽¹⁾
Objetivo ou Uso	Monitorar a resolutividade do serviço de emergência hospitalar. ⁽¹⁾
Método de cálculo	Numerador: número de pacientes que retornaram ao serviço de emergência em até 7 dias após o primeiro atendimento. Denominador: número total de pacientes atendidos e liberados no mês. Multiplicar o resultado por 100. Obs 1: Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 7 dias, cada readmissão é contada uma vez. Obs 2: serão contabilizados todos os casos, independentemente se os sintomas forem os mesmos ou diferentes entre as readmissões.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, planilhas específicas, relatórios obtidos pelo sistema informatizado.
Frequência	Mensal.
Ajuste de risco	Adesão do paciente ao tratamento, capacidade da rede de saúde em prover às necessidades do paciente no domicílio.
Referências	1. BORGES, M.F; TURRINI, R.N.T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. Rev Rene , v.12, n. 3, p. 453-461, 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a02v12n3.pdf Acesso em: 10 dez 2018.

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 80 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE READMISSÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade	<i>O denominador não pode ser o total de readmissões e sim o total de atendimentos da emergência no mês calendário. São os atendidos no mês que têm o risco de serem readmitidos em 7 dias. Mudar o denominador para atendimentos da emergência no mês-calendário (P17)*</i>	Acatada, modificado o denominador.
Simplicidade	<i>Rever se no denominador (número total de readmissões) se não é "nº total de liberações/saídas". Ou seja, de "x" pacientes que são liberados/saídos, "y%" retornam ao serviço de emergência (P49)*</i>	Acatada, incluído "liberados" no denominador.
	<i>Deixar claro se independe o diagnóstico inicial (o mesmo ou não) (P36)*</i>	Acatadas, incluída observação a este respeito.
	<i>Incluir mesmos sintomas ou sintomas correlatos (P03)*</i>	
Objetividade	<i>O objetivo está redigido de forma confusa e "misturada" porque contém duas propostas/"objetivos" (P52)*</i>	Acatada, a redação foi resumida.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada. Os percentuais de concordância variaram entre 73,08% e 92,31%. Os atributos que obtiveram as concordâncias mais elevadas foram a simplicidade quanto à facilidade no cálculo (92,31%) e ao entendimento (88,46%) e a objetividade (86,54%). As menos elevadas foram relativas à disponibilidade dos dados (73,08%), à sensibilidade (76,92%) e à confiabilidade (78,85%).

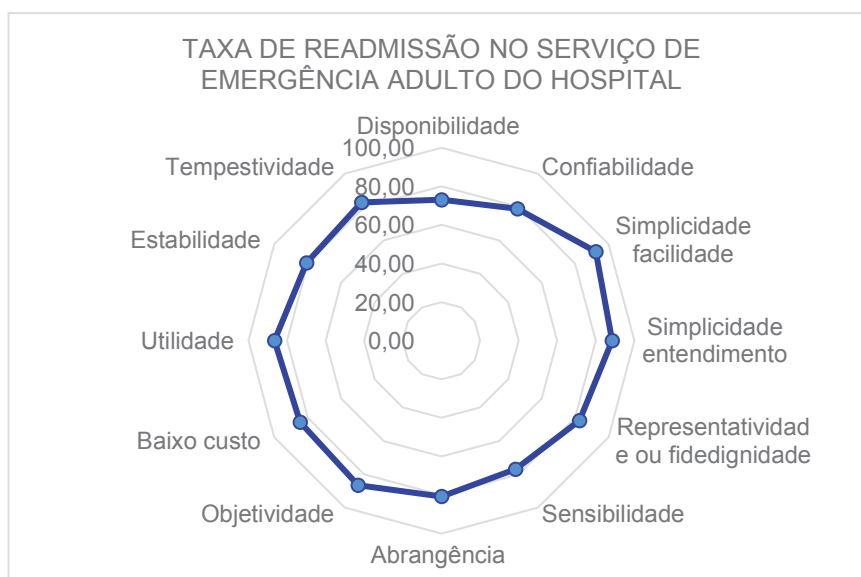
Apresentam-se na TABELA 47 e no GRÁFICO 37 os resultados referentes à totalidade dos atributos.

TABELA 47 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE READMISSÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL

Taxa de readmissão no serviço de emergência adulto do hospital	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	3	5,77	7	13,46	4	7,69	17	32,69	21	40,38	73,08	3,88	1,25
Confiabilidade	1	1,92	6	11,54	4	7,69	19	36,54	22	42,31	78,85	4,06	1,07
Simplicidade facilidade	0	0,00	0	0,00	4	7,69	18	34,62	30	57,69	92,31	4,5	0,64
Simplicidade entendimento	1	1,92	1	1,92	4	7,69	21	40,38	25	48,08	88,46	4,31	0,85
Representatividade ou fidedignidade	1	1,92	3	5,77	5	9,62	18	34,62	25	48,08	82,69	4,21	0,98
Sensibilidade	1	1,92	4	7,69	7	13,46	17	32,69	23	44,23	76,92	4,1	1,03
Abrangência	1	1,92	4	7,69	5	9,62	18	34,62	24	46,15	80,77	4,15	1,02
Objetividade	2	3,85	1	1,92	4	7,69	17	32,69	28	53,85	86,54	4,31	0,98
Baixo custo	0	0,00	1	1,92	7	13,46	20	38,46	24	46,15	84,62	4,29	0,78
Utilidade	1	1,92	2	3,85	4	7,69	16	30,77	29	55,77	86,54	4,35	0,93
Estabilidade	1	1,92	3	5,77	6	11,54	20	38,46	22	42,31	80,77	4,13	0,97
Tempestividade	0	0,00	1	1,92	8	15,38	16	30,77	27	51,92	82,69	4,33	0,81

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 37 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE READMISSÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A objetividade foi um atributo que obteve a concordância mais elevada entre as respostas dos painelistas e também apresentou alta correlação com outros quatro atributos: simplicidade em relação ao entendimento (0,79), representatividade (0,73), sensibilidade (0,78) e abrangência.

Parte dos hospitais não realiza esta mensuração rotineiramente, assim o objetivo de reconhecer falhas no processo de atendimento como erro de diagnóstico e tratamento inadequado de pacientes, não é observado.

Estudo envolvendo 394, pacientes admitidos no serviço de emergência de hospital filantrópico paulista, apontou que 92 foram readmitidos pelo menos uma vez em seis meses. A incidência de readmissão durante o mês de coleta foi de 23,3%, com média de 1,4 readmissão por paciente e, a maioria (69,9%) apresentou uma readmissão no período (VALERA; TURRINI, 2008).

A causa da readmissão inquietou os painelistas com sugestões para definição na contabilização do numerador se a readmissão seria pelo mesmo diagnóstico ou sintomas da anterior. Nesse sentido, no mesmo estudo citado, buscou-se relação entre o diagnóstico da admissão atual e da admissão anterior, evidenciando que a maior parte dos diagnósticos (57,6%) se repetiu nas admissões, e em 10,9% não houve relação com o problema de saúde anterior (VALERA; TURRINI, 2008).

A concordância mais baixa ao atributo disponibilidade do dado se justifica, na opinião dos painelistas, à necessidade de *preenchimento de fichas técnicas* (P14), ao reforço de *registro em prontuário* deste evento (P36), e em *relatórios informatizados* de modo a formar banco de dados administrativos (P08), dando condição à mensuração pelo indicador.

A readmissão no serviço de emergência também está afeita à aderência ao tratamento pelo paciente, e também a fatores externos como disponibilidade de *serviço de contrarreferência* para todos os pacientes apoiando o tratamento destes (P15).

A alta correlação entre a objetividade e a abrangência pode estar relacionada à definição do intervalo de tempo que de fato caracteriza uma readmissão. Neste indicador, considerou-se sete dias baseado em estudo realizado em hospital de ensino paulista, período em que a maioria (25,8%) dos pacientes foram readmitidos (BORGES; TURRINI, 2011).

4.2.3.10 Taxa de infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (MRSA ou VRE)

A colonização ou infecção por micro-organismos resistentes em pacientes hospitalizados é alvo de crescente atenção dos serviços de prevenção e controle de infecção hospitalar, a repercussão dessa complicação infecciosa em unidades de terapia intensiva se traduz por prolongamento da hospitalização, reinternações, sequelas, incapacidade para o trabalho, aumento de custo e óbito (MORAES et al., 2013). O indicador integra esforços para estimar o impacto nacional e internacional dessas infecções.

Apresentam-se a ficha técnica do indicador no QUADRO 81 e, no QUADRO 82, as sugestões dos painelistas com o propósito de melhorá-la.

QUADRO 81 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE) (continua)

NOME DO INDICADOR	FT EC 10 TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE)
Definição de termos/conceitos	MRSA: Staphylococcus Aureus Resistentes à Meticilina. ⁽¹⁾ VRE: Enterococos Resistentes à Vancomicina. ⁽¹⁾
Objetivo ou Uso	Monitorar microrganismo resistente não pertencente à flora da instituição em UTIs adultos.
Método de cálculo	Numerador: Número de pacientes que desenvolveram infecções resistentes em UTI, por MRSA ou VRE, com idade igual ou acima de 18 anos. ^(1,2) Denominador: Número total de pacientes-dia de UTI, com idade igual ou acima de 18 anos. ^(1,2)
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, relatórios do serviço de prevenção e controle de infecções.
Frequência	Mensal.

QUADRO 81 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE) (conclusão)

NOME DO INDICADOR	FT EC 10 TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE)
Referências	<p>1. PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. Indicadores de segurança do paciente. Unidades de Terapia Intensiva de Adultos. Taxa de novas infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), definidas como infecções por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina - MRSA; ou Enterococos Resistentes à Vancomicina – VRE. Rio de Janeiro, 2014(u). Disponível em: https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-novas-infec%C3%A7%C3%B5es-resistentes-em-unidade-de-terapia-intensiva-uti-definidas-como#.U-pdp6Nh7JQ. Acesso em: 10 dez 2018.</p> <p>2. PRONOVOST, P. J.; BERENHOLTZ, S. M.; NGO, K.; MCDOWELL, M.; HOLZMUELLER, C. et al. Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. Journal of Critical Care, v.18, n.3, p.145–155, 2003. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944103000753?via%3Dihub. Acesso em 05 dez 2018.</p>

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 82 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE), POR ATRIBUTO, EM AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (continua)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Confiabilidade	<i>O numerador deveria ser número de infecções por estafilococos ou enterococos resistentes, já que um mesmo paciente pode desenvolver mais de um episódio de infecção resistente durante sua permanência na UTI (P17)**</i>	Não acatada, manteve-se o mesmo numerador, conservando-se a comparação entre mesmas grandezas.
Simplicidade	<i>O denominador é pacientes-dia e não o número de pacientes internados (P17)*</i>	Acatada, adequada à redação do denominador.
	<i>Ou o denominador é de total de pacientes no período e multiplica por 100 e temos taxa ou o denominador é paciente dia e multiplicamos por 1000 e temos densidade (P35)*</i>	
	<i>Número de pacientes é diferente de número de pacientes-dia (P49)*</i>	
	<i>A denominação do indicador não seria: Taxa de infecções resistentes em UTI? É necessário o termo 'novas'? (P12)*</i>	Acatada, excluído o termo.

QUADRO 82 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE), POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA (conclusão)

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Objetividade	<i>O objetivo do indicador está redigido de forma incompleta. "Monitorar a qualidade"de quê? (P52)*</i>	Acatadas, modificada a redação do objetivo. Contudo, o monitoramento da <i>Klebsiella Pneumoniae</i> Carbapenemase (KPC), pode ser alvo de indicador específico, de acordo com o perfil epidemiológico do hospital.
	<i>Monitorar KPC e microrganismo resistente não pertencente à flora da instituição (P48)*</i>	
Abrangência	<i>Dependendo das características do hospital, deveriam ser incluídas no numerador as infecções por germes gram negativos resistentes e não apenas germes gram positivos. Ainda dependendo das características do hospital deveriam ser incluídos os pacientes de UTIs pediátricas, que também podem desenvolver infecções por germes resistentes (P17)*</i>	Não acatadas. Este indicador é específico para estes 2 germes, não invalidando que as instituições incluam outros indicadores para os demais germes multirresistentes. Todos os indicadores desta pesquisa se destinam a adultos.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada, com variação da concordância entre os painelistas de 84,62% a 94,23%. As concordâncias mais elevadas foram relativas aos atributos simplicidade quanto à facilidade no cálculo, objetividade (94,23% cada) e confiabilidade (92,31%), e as menos elevadas, aos atributos abrangência, baixo custo e estabilidade (84,62% cada).

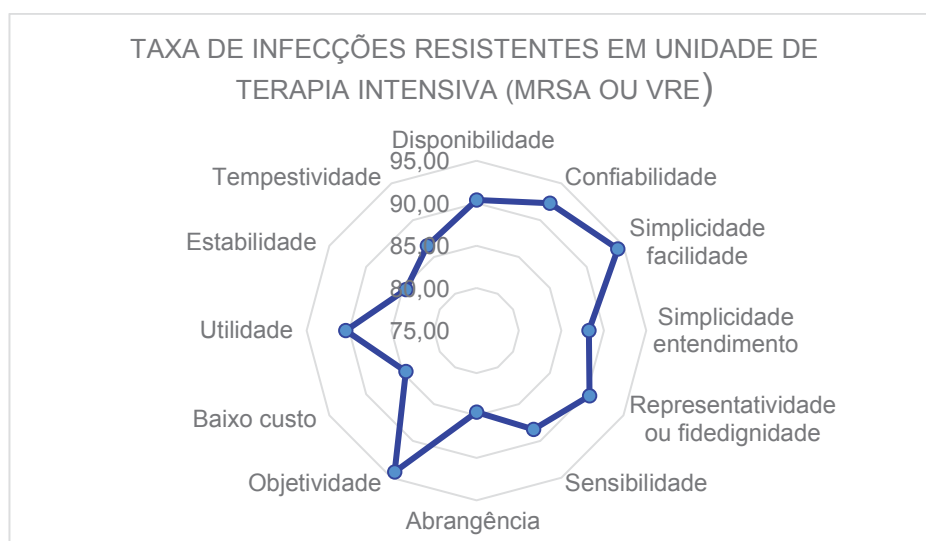
Apresentam-se na TABELA 48 e no GRÁFICO 38 os resultados relativos a todos os atributos.

TABELA 48 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE)

Taxa de infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (MRSA ou VRE)	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	0	0,00	2	3,85	3	5,77	19	36,54	28	53,85	90,38	4,4	0,77
Confiabilidade	0	0,00	1	1,92	3	5,77	20	38,46	28	53,85	92,31	4,44	0,70
Simplicidade facilidade	0	0,00	0	0,00	3	5,77	11	21,15	38	73,08	94,23	4,67	0,58
Simplicidade entendimento	1	1,96	0	0,00	5	9,80	9	17,65	36	70,59	88,24	4,55	0,83
Representatividade ou fidedignidade	3	5,77	1	1,92	1	1,92	15	28,85	32	61,54	90,38	4,38	1,05
Sensibilidade	2	3,85	0	0,00	4	7,69	18	34,62	28	53,85	88,46	4,35	0,93
Abrangência	2	3,85	2	3,85	4	7,69	15	28,85	29	55,77	84,62	4,29	1,03
Objetividade	2	3,85	0	0,00	1	1,92	14	26,92	35	67,31	94,23	4,54	0,87
Baixo custo	1	1,92	3	5,77	4	7,69	13	25,00	31	59,62	84,62	4,35	1,00
Utilidade	2	3,85	1	1,92	2	3,85	12	23,08	35	67,31	90,38	4,48	0,96
Estabilidade	2	3,85	0	0,00	6	11,54	13	25,00	31	59,62	84,62	4,37	0,97
Tempestividade	0	0,00	0	0,00	7	13,46	15	28,85	30	57,69	86,54	4,44	0,72

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 38 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE)



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

O Teste de Spearman apontou alta correlação entre a tempestividade e outros cinco atributos: representatividade (0,70), sensibilidade (0,70), objetividade (0,72), utilidade (0,71) e estabilidade (0,72).

As unidades de terapia intensiva constituem o epicentro de infecções causadas por germes multirresistentes, podendo disseminá-los para todo o hospital (MORAES et al., 2013). Assim, torna-se relevante a obtenção do dado a tempo para tomada de decisão relativas às medidas de contenção.

Contudo, foram referenciadas barreiras relativas aos *registros* (P06, P36) afetando a representatividade. As condições para atuação da CCIH, como por exemplo, *disponibilidade de insumos* para realização da pesquisa de vigilância, e *treinamento* visando a utilização de *técnicas* adequadas de *coleta*, pela existência de *falsos positivos* (P08, P14, P36) também afetam a sensibilidade do indicador, podendo interferir no reconhecimento de variações decorrentes das intervenções da equipe assistencial.

A tempestividade na obtenção do dado e na disponibilização do resultado do indicador, de fato, está correlacionado à utilidade do indicador, posto que nas UTI ocorrem muitos procedimentos invasivos e concentração de pacientes clínicos e cirúrgicos mais graves. As taxas de infecção são geralmente mais elevadas, por consequência, a utilização de antimicrobianos é ampliada, contribuindo assim, para o aumento da resistência bacteriana (MORAES et al., 2013).

A estabilidade do indicador promove comparações internas e externas, visando em última instância, reduzir as taxas de infecção por organismos multirresistentes como *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA), visto que estas infecções estão associadas a aumento da mortalidade, do tempo de permanência e dos custos. Em 2010, a bacteremia por MRSA foi monitorada em 548 instituições de saúde em 29 estados americanos, identificando-se 1.078 eventos de bacteremia por MRSA a partir de 3.807.920 admissões e 17.427.005 pacientes-dia, com diferenças significativas das taxas de incidência de MRSA por tipo (como por exemplo, hospital de ensino) e porte da organização de saúde (NATIONAL QUALITY FORUM, 2013).

Um painelistas sugeriu a inclusão de *laudos laboratoriais de cultura e antibiograma* (P48), o que é corroborado na proposição de outro indicador

baseado na razão entre a infecção padronizada de origem sanguínea e os eventos identificados por laboratório, de MRSA, entre todos os pacientes internados no hospital. Este formato de indicador requer ajuste por fatores específicos como tipo, tamanho, característica (público, privado, de ensino) sendo uma medida geral de toda a instituição (NATIONAL QUALITY FORUM, 2013).

4.2.3.11 Taxa de Mortalidade padronizada em UTI adulto

A utilização dos óbitos como uma medida de resultado apresenta muitas vantagens, por ser um evento único e definitivo, com registro obrigatório, e aumenta assim, a obtenção de dados para a construção do indicador.

Indicadores que mensuram desempenho de UTIs, como a taxa de mortalidade, proporcionam comparação de resultados entre as unidades de terapia intensiva gerais e especializadas, promovem oportunidades para melhora dos cuidados diários, adoção de melhores práticas e disponibilização dos dados para pesquisas clínicas (ZAMPIERI et al., 2017).

Ressalta-se que somente a análise da mortalidade não evidencia o bom e mau desempenho da UTI, pois fatores intrínsecos do grupo de pacientes como a gravidade, complexidade e processo de avaliação para a internação, interferem no desfecho. Ademais, mesmo empregando os melhores cuidados de saúde disponíveis, muitos óbitos não são evitáveis (PROQUALIS, 2014t).

Apresentam-se a ficha técnica do indicador no QUADRO 83 e, no QUADRO 84, as sugestões dos painelistas visando o aprimoramento da mesma.

QUADRO 83 - FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA EM UTI ADULTO

NOME DO INDICADOR	FT EC 11 TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA EM UTI ADULTO
Definição de termos/conceitos	<p>A taxa de mortalidade padronizada indica a razão entre a mortalidade observada e a esperada.⁽¹⁾</p> <p>A mortalidade observada consiste na soma do número de óbitos ocorridos na UTI.</p> <p>Mortalidade esperada: é estimada por escore de prognóstico, exemplos: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE), Simplified Acute Physiology Score (SAPS) ou o Mortality Probability Model (MPM).⁽²⁾</p>
Objetivo ou Uso	Contribuir para implementações de medidas de qualidade nas UTIs, de modo a reduzir a mortalidade. ⁽³⁾
Método de cálculo	<p>Numerador: Número de óbitos observados na UTI.</p> <p>Denominador: Número de óbitos esperados no Hospital.</p> <p>Multiplicar o resultado por 100.</p>
Tipo ou unidade de medida	Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuários, fichas de notificação de incidentes, relatórios de óbitos, censo hospitalar.
Ajuste de risco	A taxa de mortalidade deve ser ajustada de acordo com algum score prognóstico e a relação entre a taxa absoluta e estimada resulta na taxa de mortalidade padronizada (observado/esperado), devendo este valor estar sempre abaixo de 1. ⁽²⁾
Frequência	Mensal.
Referências	<p>1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, fevereiro 2010 (c). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html . Acesso em: 06 dez 2018.</p> <p>2. KEEGAN, M.T; SOARES, M. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognóstico e mortalidade ajustada ao risco. <i>Rev Bras Ter Intensiva</i>, v. 28, n. 3, p. 264-269, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0264.pdf Acesso em: 06 dez 2018.</p> <p>3. OLIVEIRA, A. F. et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. <i>Rev Bras Ter Intensiva</i>, v. 22, n. 3, p. 250-256, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/06.pdf Acesso em: 10 dez 2018.</p>

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 84 - SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE EM UTI ADULTO, POR ATRIBUTO, E AÇÕES E JUSTIFICATIVAS DA PESQUISADORA

ATRIBUTO	SUGESTÕES (PAINELISTA)	AÇÃO E JUSTIFICATIVA
Disponibilidade	<i>Utilizar relatório de óbitos ou ficha de declaração de óbitos preenchida (P29)*</i>	Acatada, incluído o relatório de óbitos e o censo no método de apuração do indicador.
	<i>Incluir no método de apuração o sistema informatizado (censo) (P49)*</i>	
	<i>Dados também podem ser coletados em formulários de protocolos internos para situações de óbito (P06)*</i>	
	<i>Neste indicador pela fórmula não há uso do APACHE, se for utilizá-lo a proposta seria: número de mortalidade prevista versus a realizada (P32)*</i>	Acatada, explicitados na definição os três escores mais utilizados.
Simplicidade	<i>Sugere-se melhorar redação da definição do indicador. Refere sobre fator de risco e índice prognóstico (P12)*</i>	Acatada, reescritas as definições.
	<i>Na definição e conceitos deixar bem claro o que está sendo medido com o indicador (para não ter dúvida do que se trata). Para isso é importante ser assertivo e objetivo (P49)**</i>	Acatada, reescritas as definições.
Objetividade	<i>Sugiro manter apenas "contribuir para implementações de medidas de qualidade nas UTIs, de modo a reduzir a mortalidade, morbidade e o tempo de internação". O restante é definição (P08)*</i>	Acatada, sintetizada a redação do objetivo.

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pela pesquisadora**

Todos os atributos foram validados na primeira rodada, com variação entre 88,46% e 98,08%. Os atributos que obtiveram as concordâncias mais elevadas foram: confiabilidade e disponibilidade (98,08% cada); e baixo custo (94,23%). As concordâncias menos elevadas relacionaram-se aos atributos estabilidade, tempestividade (88,46% cada) e simplicidade quanto ao entendimento (89,90%).

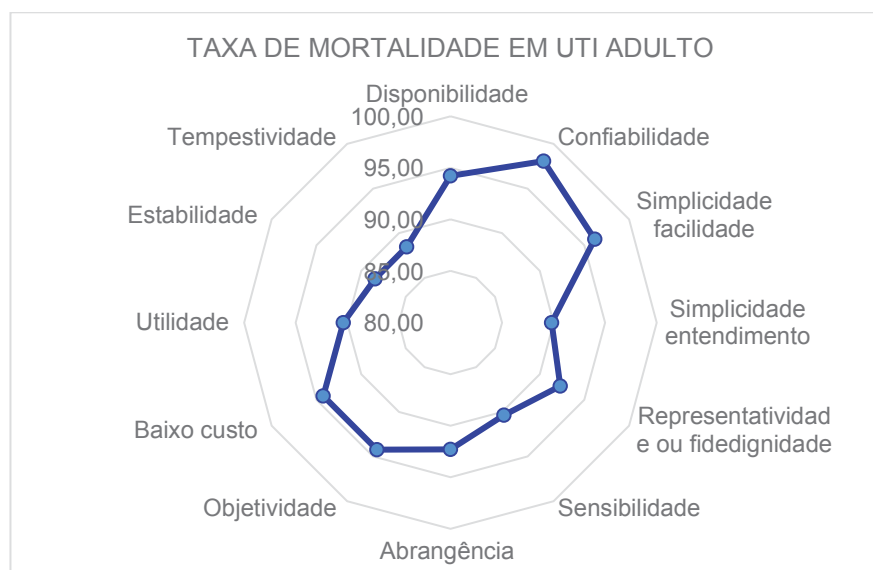
Apresentam-se na TABELA 49 e no GRÁFICO 39 as concordâncias entre as respostas dos painelistas, abrangendo os onze atributos.

TABELA 49 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE EM UTI ADULTO

Taxa de mortalidade em UTI adulto	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Somatória concordo parcialmente e totalmente	Média	Desvio padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Disponibilidade	1	1,92	1	1,92	1	1,92	16	30,77	33	63,46	94,23	4,52	0,80
Confiabilidade	0	0,00	0	0,00	1	1,92	16	30,77	35	67,31	98,08	4,65	0,52
Simplicidade facilidade	1	1,92	0	0,00	1	1,92	13	25,00	37	71,15	96,15	4,63	0,72
Simplicidade entendimento	1	2,04	1	2,04	3	6,12	14	28,57	30	61,22	89,80	4,45	0,87
Representatividade ou fidedignidade	0	0,00	1	1,92	3	5,77	13	25,00	35	67,31	92,31	4,58	0,70
Sensibilidade	0	0,00	1	1,92	4	7,69	17	32,69	30	57,69	90,38	4,46	0,73
Abrangência	0	0,00	1	1,92	3	5,77	17	32,69	31	59,62	92,31	4,5	0,70
Objetividade	2	3,85	0	0,00	1	1,92	14	26,92	35	67,31	94,23	4,54	0,87
Baixo custo	0	0,00	1	1,92	2	3,85	13	25,00	36	69,23	94,23	4,62	0,66
Utilidade	1	1,92	1	1,92	3	5,77	10	19,23	37	71,15	90,38	4,56	0,85
Estabilidade	0	0,00	0	0,00	6	11,54	17	32,69	29	55,77	88,46	4,44	0,70
Tempestividade	0	0,00	0	0,00	6	11,54	14	26,92	32	61,54	88,46	4,5	0,70

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

GRÁFICO 39 - PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS QUANTO AOS ATRIBUTOS DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE EM UTI ADULTO



FONTE: Dados da pesquisa (2019).

A alta disponibilidade e confiabilidade do indicador relaciona-se ao estabelecido pela legislação brasileira acerca do funcionamento de UTI, a qual determina o monitoramento e avaliação do desempenho e de eventos que sinalizem problemas na qualidade da assistência, visando ao seu controle ou redução. Igualmente, define que deve ser realizado o cálculo do índice de gravidade/prognóstico dos pacientes internados, isto é, o valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente, para embasar a correlação entre a mortalidade geral e a mortalidade geral esperada (BRASIL, 2010c).

Assim, a taxa de mortalidade absoluta e estimada nas UTI é indicador que deve ser monitorado mensalmente, por força de legislação (BRASIL, 2010 d).

As concordâncias menos elevadas aos atributos tempestividade e simplicidade quanto ao entendimento do indicador pelas equipes podem estar relacionadas à necessidade de definição prévia dos escores de prognóstico. Na ausência de sistema de informação específico, a classificação dos pacientes é realizada pela equipe médica, nem sempre no prazo estipulado e de fácil compreensão.

Os três principais sistemas de escores prognósticos genéricos para UTI foram descritos inicialmente nos anos 1980 e atualizados com o tempo. Suas versões mais recentes são o APACHE IV, Simplified Acute Physiology Score 3 (SAP 3) e Mortality Probability Model III (MPM) (KEEGAN; SOARES, 2016).

Estudos brasileiros (NOGUEIRA et al., 2012; ZAMPIERI et al., 2017) que exploram as taxas de mortalidade de UTI, intentam identificar padrões e fatores que interferem nos resultados. Por exemplo, um estudo envolvendo 600 pacientes, 301 admitidos em hospitais privados e 299 em hospitais públicos do Estado de São Paulo, revelou taxa de mortalidade aproximadamente duas vezes maior nas UTIs das instituições públicas do que a encontrada nas instituições privadas (25,42% versus 14,62%) (NOGUEIRA et al., 2012).

Outro estudo de abrangência nacional compreendendo dados de admissões às unidades de terapia intensiva entre os anos de 2010 e 2016, envolvendo 598 unidades de terapia intensiva de adultos, localizadas em 318 hospitais, perfazendo 8.160 leitos de terapia intensiva, retratou que a taxa de mortalidade na UTI permaneceu entre 11 - 12% (ZAMPIERI et al, 2017).

No caso do indicador proposto, que envolve escores ajustados a uma determinada população, valores muito superiores a 1,0 indicam que a mortalidade observada é superior à predita, ou seja, ocorreu um número maior de óbitos hospitalares do que o previsto. Números inferiores a 1,0 indicam que a mortalidade observada foi inferior à predita.

Nesse sentido, o Teste de Spearman apontou correlação muito alta entre a abrangência e a sensibilidade (0,90), demonstrando que o ajuste de risco melhora a abrangência e possibilita a detecção de mudança nos fatores que interferem na mortalidade em UTI.

A objetividade, que obteve elevada concordância entre os painelistas, também alcançou alta correlação com a simplicidade quanto ao entendimento (0,71). Da mesma forma, o atributo baixo custo também teve alta correlação com a disponibilidade dos dados (0,71) e a representatividade (0,70).

A clareza sobre a importância deste indicador junto às equipes ainda pode ser aprimorada, conforme demonstrado no estudo de Zampieri et al. (2017), em que identificou que apenas 46% de todas as unidades participantes utilizavam listas de verificação diárias, e menos de 25% delas tinham a presença de um médico com título de especialista em medicina intensiva em tempo integral, conforme determina a legislação.

Nesse sentido, foi ressaltado pelos painelistas, que a obtenção dos dados pode ser afetada pela inexistência de *sistema informatizado* específico para *gerenciamento de UTI* (P33), pois os *ajustes de riscos são complexos* devido à avaliação de gravidade (P16, P17). Esta requer *envolvimento da equipe* multidisciplinar e a avaliação deve ser realizada *por pessoas bem treinadas* (P14, P17).

Assim, a disponibilidade de base de dados prospectiva sobre pacientes críticos, sólida e de alta qualidade, é essencial para avaliar o impacto das políticas organizacionais na efetividade das UTI.

4.3 SÍNTESE QUALITATIVA GLOBAL DOS RESULTADOS

Considera-se que os indicadores que obtiveram concordância acima de 70% em todos os atributos, pelo painel de especialistas, foram validados em termos de conteúdo, isto é, tais indicadores satisfazem os requisitos para representar e mensurar a efetividade da assistência prestada por hospitais. Para os não validados apontam-se as recomendações oriundas dos painelistas e da literatura.

Apresenta-se no QUADRO 85, a síntese qualitativa global dos resultados relacionados aos atributos dos indicadores estudados.

QUADRO 85 - SÍNTESE ACERCA DA ANÁLISE QUALITATIVA DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE ASSISTENCIAL DE HOSPITAIS (continua)

	INDICADOR	VALIDAÇÃO		ATRIBUTO QUE NÃO OBTVEVE 70% DE CONCORDÂNCIA MÍNIMA	RECOMENDAÇÕES
		Sim	Não		
DIMENSÃO SEGURANÇA	Cirurgia no local errado do corpo do paciente	x			
	Cirurgia realizada no paciente errado	x			
	Complicações anestésicas		x	- Disponibilidade; - Confiabilidade; - Simplicidade quanto ao entendimento.	- Estratégias para incentivo ao registro pelos anestesiólogistas. - Estabelecimento de mecanismos institucionais para obtenção de dados sobre os incidentes anestésicos.
	Material estranho deixado no corpo durante um procedimento	x			
	Deiscência de ferida pós-operatória	x			
	Embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória	x			

QUADRO 85 - SÍNTESE ACERCA DA ANÁLISE QUALITATIVA DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE ASSISTENCIAL DE HOSPITAIS (continuação)

	INDICADOR	VALIDAÇÃO		ATRIBUTO QUE NÃO OBTIVE 70% DE CONCORDÂNCIA MÍNIMA	RECOMENDAÇÕES
		Sim	Não		
DIMENSÃO SEGURANÇA	Erro de medicação		x	- Disponibilidade.	- Educação e qualificação da enfermagem no gerenciamento de erros, fundamentado em ambiente que promova a cultura de aprendizagem com os erros. - Implantação de métodos automatizados para detecção de erros de medicação.
	Fratura de quadril por queda em pacientes internados	x			
	Fratura de quadril pós-operatória por queda em pacientes internados	x			
	Incidentes graves relacionados a equipamentos	x			
	Incidentes devido a falhas de identificação do paciente	x			
	Hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte	x			
	Adesão institucional à estratégia multimodal de higiene de mãos		x	- Disponibilidade.	- Investimento em técnicas para obtenção de dados.
	Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas	x			
	Quedas com dano em pacientes internados	x			
	Lesão por pressão	x			
	Densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Adulto	x			

QUADRO 85 - SÍNTESE ACERCA DA ANÁLISE QUALITATIVA DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE ASSISTENCIAL DE HOSPITAIS (continuação)

	INDICADOR	VALIDAÇÃO		ATRIBUTO QUE NÃO OBTVEU 70% DE CONCORDÂNCIA MÍNIMA	RECOMENDAÇÕES
		Sim	Não		
	Densidade de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI	x			
	Reação transfusional graus II, III e IV	x			
	Reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea	x			
DIMENSÃO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE	Compreensão dos pacientes sobre sua medicação (transição do cuidado)		x	- Disponibilidade; - Confiabilidade; - Sensibilidade; - Abrangência; - Baixo custo; - Estabilidade.	- Implantação de pesquisa de opinião dos pacientes, com questões acerca de orientações e esclarecimentos relativos a sua medicação na transição dos cuidados, e sobre sua compreensão a respeito dos medicamentos por ocasião da alta hospitalar.
	Pacientes informados pela equipe sobre a ocorrência de incidentes com danos		x	- Disponibilidade.	- Definição de processos para abordagem do paciente e familiares, iniciando com a demonstração pela alta direção, de que ela está interessada em medir estas ocorrências.
	Satisfação do paciente	x			
	Cirurgias canceladas no dia agendado	x			
	Orientação ao paciente (comunicação eficaz e informação transparente)		x	- Disponibilidade.	- Implantação de pesquisa perguntando aos pacientes se houve: comunicação ou

					orientação sobre os profissionais e membros da equipe que estiveram responsáveis pelo seu cuidado; informação diária sobre o plano para o dia; incentivo à comunicação da evolução da sua dor; informações sobre todos os cuidados prestados e exames, em linguagem compreensível.
	Percepção do paciente sobre a efetividade da preparação para sua alta		x	- Disponibilidade; - Confiabilidade; - Baixo custo.	- Instituição de programas estruturados voltados ao apoio e autocuidado, como preparação para a alta. - Implantação de questionário abordando a efetividade destes programas.
	Recomendação do hospital pelo paciente	x			
	Envolvimento do paciente com o próprio cuidado	x			
DIMENSÃO EFETIVIDADE CLÍNICA	Mortalidade cirúrgica padronizada	x			
	Óbitos em grupos de diagnósticos relacionados (DRG) de baixa mortalidade	x			
	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulto.	x			
	Pneumotórax iatrogênico	x			
	Sepse pós-operatória	x			

QUADRO 85 - SÍNTESE ACERCA DA ANÁLISE QUALITATIVA DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE ASSISTENCIAL DE HOSPITAIS (conclusão)

	INDICADOR	VALIDAÇÃO		ATRIBUTO QUE NÃO OBTEVE 70% DE CONCORDÂNCIA MÍNIMA	RECOMENDAÇÕES
		Sim	Não		
DIMENSÃO EFETIVIDADE CLÍNICA	Mortalidade institucional padronizada	x			
	Reinternação não programada pós-alta hospitalar	x			
	Reinternações na UTI durante a permanência do paciente no hospital	x			
	Readmissão no Serviço de Emergência adulto do hospital	x			
	Infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (MRSA ou VRE)	x			
	Mortalidade em UTI adulto	x			

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

Na dimensão segurança do paciente, os três indicadores não validados (complicações anestésicas, adesão institucional à estratégia multimodal de higiene de mãos e erro de medicação) são muito importantes na mensuração da efetividade assistencial.

Complicações anestésicas são de difícil identificação, posto que estão diretamente relacionadas ao registro em prontuário e à auto-notificação pelo anestesiológico. Com o propósito de incrementar a disponibilidade dos dados para mensuração da taxa de complicações anestésicas, a promoção da cultura de segurança é indispensável.

A maior abrangência da estratégia multimodal é positiva pois responsabiliza a organização, e não somente os Serviços de Prevenção de Controle de Infecção, a prover a infraestrutura necessária à prática de higiene de mãos. Contudo, as múltiplas abordagens tornam a obtenção de dados mais laboriosa e onerosa, justificando a não validação do indicador adesão à

estratégia multimodal de higiene de mãos pelos painelistas. Considera-se que a proposição de indicador composto nesta pesquisa, abrangendo estas várias práticas, possa nortear as instituições a monitorá-la.

Os incidentes com danos relacionados a medicamentos são os que ocorrem com maior frequência em pacientes hospitalizados. A cadeia terapêutica medicamentosa é extensa, envolvendo a logística voltada ao suprimento, prescrição, dispensação, preparo e administração, com causas relacionadas às condições latentes sistêmicas.

A não validação do indicador voltado à mensuração dos erros ocorridos na cadeia medicamentosa demonstra o quanto é instigante monitorar a efetividade de programas e protocolos hospitalares que objetivam melhorar a segurança do paciente, especialmente quando há o envolvimento de atividades rotineiras, compreendendo vários setores e equipes.

Por ser um indicador sensível à enfermagem, estratégias para aumentar a disponibilidade dos dados, implementação e incentivo à adesão a protocolos de prevenção de erros de medicação e à notificação de incidentes devem ser implementadas.

Na dimensão cuidado centrado no paciente, a não validação de metade dos indicadores sinaliza que há um hiato nos hospitais brasileiros, no sentido da maior valorização da participação do paciente nos procedimentos que estão diretamente relacionados ao sucesso do seu tratamento, como as medicações, fornecimento de informações transparentes sobre os erros ocorridos, o cancelamento de cirurgias agendadas e a continuidade do tratamento após a alta. Estes resultados demonstram que os hospitais devem valorizar e priorizar o investimento em capacitações dos profissionais para melhorar a habilidade de comunicação.

No próximo capítulo é apresentada a conclusão e considerações finais desta pesquisa.

5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 CONCLUSÕES

Pela Técnica Delphi obteve-se os dados quantitativos e qualitativos necessários ao atendimento dos objetivos deste estudo, contudo o recrutamento de pesquisadores docentes ou profissionais da assistência, por meio do Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, não se mostrou efetivo. Portanto, foi necessária a adoção da Técnica Bola de Neve, que se mostrou efetiva: participaram 52 painelistas na primeira rodada e 43 na segunda rodada.

Foram selecionados 39 indicadores classificados em três dimensões: segurança do paciente; cuidado centrado no paciente e efetividade clínica. Tais indicadores visam proporcionar a mensuração da efetividade assistencial hospitalar.

Para cada um deles foi elaborada uma ficha técnica, as quais foram submetidas aos painelistas e aperfeiçoadas pela pesquisadora, tendo como principal embasamento a contribuição e sugestões baseadas na *expertise* destes painelistas e na literatura.

A apreciação desse rol de indicadores quanto a onze atributos, pelo painel de especialistas, resultou em trinta e dois indicadores validados e sete indicadores não validados. Destes últimos, três são na dimensão segurança do paciente e quatro na dimensão cuidado centrado no paciente.

Os três indicadores não validados na dimensão segurança do paciente são: complicações anestésicas; erro de medicação; e adesão institucional à estratégia multimodal de higiene de mãos.

Os quatro indicadores não validados na dimensão cuidado centrado no paciente são: compreensão dos pacientes sobre sua medicação (transição do cuidado); pacientes informados pela equipe sobre a ocorrência de incidentes com dano; orientação ao paciente (comunicação eficaz e informação transparente) e percepção do paciente sobre a efetividade da preparação para sua alta.

Todos os indicadores da dimensão efetividade clínica foram validados.

5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção por validar um número extenso de indicadores (39) deveu-se ao desejo de disponibilizar aos hospitais opções diversificadas, de modo que estes pudessem selecionar conforme seu perfil, um conjunto adequado de indicadores passíveis de gerenciamento e de incorporação à rotina hospitalar.

A indisponibilidade de dados administrativos é uma problemática que afeta vários países, e fortemente sinalizada pelos painelistas brasileiros, como uma barreira para implantação de indicadores de efetividade assistencial: o atributo disponibilidade não foi validado em sete indicadores.

As baixas taxas de concordância aos atributos dos indicadores na dimensão cuidado centrado no paciente podem apontar que estes ainda são estranhos ao ambiente hospitalar, e esta falta de uso pode ter contribuído para a não validação de vários atributos avaliados.

É consenso na literatura e nas manifestações dos painelistas que mensurar e acompanhar os incidentes é um passo necessário para melhorar a qualidade do atendimento, contudo dificuldades na obtenção dos dados para o cálculo de vários indicadores foram apontadas pelos painelistas, como por exemplo, a comunicação sistemática, contínua, protegida e consistente dos incidentes durante a internação hospitalar.

Foi proposta nas fichas técnicas a combinação de várias fontes de dados, como registros em prontuário, relatórios de notificações voluntárias de incidentes, pesquisas com pacientes, ferramentas para rastrear gatilhos, possibilitando a cada hospital a eleição ou combinação de fontes que estejam em acordo com a sua realidade.

Esforços devem ser envidados para mensurar os resultados das atividades, intervenções e estratégias desenvolvidas pelos hospitais brasileiros em prol da segurança do paciente; assim, espera-se que a identificação dos melhores atributos dos 39 indicadores de efetividade nas dimensões segurança do paciente, cuidado centrado no paciente e efetividade clínica repercutam na qualidade dos serviços hospitalares e beneficiem os pacientes.

No âmbito da enfermagem, persiste o desafio para enfermeiros com funções assistenciais e de gestão, demonstrarem o impacto da prática de

enfermagem nos resultados dos pacientes. Para selecionar os indicadores de efetividade assistencial, a relevância deve ser analisada, assim como devem ser consideradas a definição, a sensibilidade à enfermagem, a origem dos dados, o contexto no qual eles serão usados, como serão publicizados e mantidos na prática assistencial.

Considera-se como limitador o fato de o estudo ter se baseado no julgamento de especialistas sobre os atributos dos indicadores estudados e, devido à subjetividade peculiar às pesquisas tipo *survey*, considera-se possível haver algum viés nos resultados. Contudo, o critério mínimo de 70% de concordância entre os especialistas para a validação do indicador e a consistência interna muito alta conferem confiabilidade aos resultados. Há que se considerar como elementos adicionais à confiabilidade dos resultados, a seleção criteriosa dos especialistas de acordo com a experiência em estudos e/ou uso de indicadores de saúde, e a sua autoanálise quanto a sua contribuição para o estudo.

Destarte, recomenda-se a validação dos atributos dos indicadores deste estudo, especialmente os da dimensão cuidado centrado no paciente, também no âmbito da prática assistencial e gerencial, frente ao universo das facilidades e dificuldades do ambiente real hospitalar brasileiro.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA et al. Tromboembolismo venoso: profilaxia em pacientes clínicos - parte I. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], v.55, n.2, p.102-105, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000200007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000200007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-4230.

ACCREDITATION CANADA. **Standarts used by accreditation Canada internationally.** Ottawa, 2013.

Disponível em: <https://accreditation.ca/intl-en/standards/>

Acesso em: 12 nov 2018.

_____. **Resolução normativa - rn nº 275, de 1º de novembro de 2011.** Brasília, DF. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg3NQ== Acesso em: 28 abr 2016

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Taxa de mortalidade institucional.** V1.01, 2012 (a). Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf> .

Acesso em: 10 dez 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Taxa de mortalidade cirúrgica. V1. 01, 2012 (b).**

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-03.pdf>

Acesso em: 10 dez 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução normativa - rn nº 350, de 19 de maio de 2014.** Brasília, DF. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjcyMQ== Acesso em: 28 abr 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Sítio cirúrgico.**

Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. 2009. Disponível em:

http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf

Acesso em: 05 dez 2018

_____. **Segunda reunião do GT de indicadores hospitalares.**

Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar (COGEP), 2012.

Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2012_gt_indicadores_hospitalares/apres2reuniaogt.pdf

Acesso em: 22 nov 2018.

_____. **Assistência Segura:** uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013.

_____. **Resolução RDC n. 34, de 11 de junho de 2014.** Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue.

Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>

Acesso em: 10 dez 2018.

_____. **Instrução normativa - in nº 61, de 4 de dezembro de 2015.** Diretoria de desenvolvimento setorial. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE0OA==> Acesso em: 28 abr 2016.

_____. **Fator de Qualidade:** dados de readmissão hospitalar devem ser informados à ANS. Publicado online em 19 janeiro 2016 (a). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3167-fator-de-qualidade-dados-de-readmissao-hospitalar-devem-ser-informados-a-ans>

Acesso em: 04 dez 2018.

_____. **Nota Técnica n.º 45/2016/ GEEIQ/DIDES/ANS.** Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar. 2016 (b).

Disponível em:

https://www.capesesp.com.br/documents/10156/174748/nota_tecnica_45.pdf.pdf

Acesso em: 04 dez 2018

_____. **Orientações gerais para notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.** Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA No 01/2015. Brasília: ANVISA, 2015 (a).

Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+N%C2%BA+01+de+2015+-GVIMS-GGTES-ANVISA/b98ec033-1676-4443-9603-24a4edae1505>

Acesso em: 10 dez 2018

_____. **Marco conceitual e operacional de hemovigilância:** Guia para a hemovigilância no Brasil. Brasília: ANVISA, 2015 (b). Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/404938/guia_hemovigilancia15.pdf/495fd617-5156-447d-ad22-7211cdbab8a7 .

Acesso em: 09 dez 2018

_____. **Infecções do trato urinário e outras infecções do sistema urinário.** Medidas de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de

Saúde – GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde-GGTES. Brasília: ANVISA, 2016.

Disponível em: <http://sbn.org.br/app/uploads/Manual-de-preven%C3%A7%C3%A3o-ITU.pdf>

Acesso em: 09 dez 2018

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **AHRQ quality indicators**. Patient Safety Indicators: Technical Specifications. March 2003 [Internet]. Version 3.2 (March 10, 2008). Disponível em:

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v32/psi_technical_specs_v32.pdf

Acesso em: 13 dez 2018.

_____. **AHRQ quality indicators** - Guide to Patient Safety Indicators. 2007. Disponível em:

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v31/psi_guide_v31.pdf

Acesso em: 10 dez 2018.

_____. **AHRQ quality indicators**. Patient safety indicators: technical specifications [version 4.5]. PSI #2 death in low-mortality DRGs. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2013. Disponível em:

[https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V45/TechSpecs/PSI%2002%20Death%20in%20Low-Mortality%20Diagnosis%20Related%20Groups%20\(DRGs\).pdf](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V45/TechSpecs/PSI%2002%20Death%20in%20Low-Mortality%20Diagnosis%20Related%20Groups%20(DRGs).pdf)

Acesso em: 05 dez 2018

_____. **National healthcare quality report 2013**. US Department of Health and Human Services. AHRQ publication nº 14- 0005. Rockville: 2014. Disponível em:

<https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr13/2013nhqr.pdf>

Acesso em: 05 dez 2018.

_____. **AHRQ quality indicators**. Patient Safety Indicators 14, Technical Specifications, Postoperative Hip Fracture Rate. Version 5.0, March, 2015 (a). Disponível em:

https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V50/TechSpecs/PSI_08_Postoperative_Hip_Fracture_Rate.pdf

Acesso em: 05 dez 2018

_____. **AHRQ quality indicators**. Patient Safety Indicators 14, Technical Specifications, Postoperative Wound Dehiscence Rate. Version 5.0, March, 2015 (b). Disponível em:

https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V50/TechSpecs/PSI_14_Postoperative_Wound_Dehiscence_Rate.pdf

. Acesso em: 05 dez 2018.

AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 905-916, Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 30 Out 2018

AL-ABRI, R.; AL-BALUSHI, A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. **Oman medical jornal**, v. 29, n.1, p. 3-7, 2014.

doi: 10.5001/omj.2014.02. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3910415/#r14> .

Acesso em: 30 out 2018

ALKHENIZAN, A.; SHAW, C. The attitude of health care professionals towards accreditation: a systematic review of literature. **J Family Community Med**, v.19, n.2, p.74-80, May-Aug, 2012.

_____. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of literature. **Ann Saudi Med**, Jul-Aug; v.31, n.4, p.407-416, 2011.

AMARAL, A.F.S. A efectividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. **Revista Investigação em Enfermagem**, p. 96-105, fev. 2010.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/289539696_A_Efetividade_Dos_Cuidados_De_Enfermagem_Modelos_De_Analise

Acesso em: 13 dez 2018

AMARAL, C.; PEREIRA, L.G.; MORETO, A.; SÁ, A.C.; AZEVEDO, A. Estudo tromboembolismo venoso pós-operatório (TREVO): risco e mortalidade por especialidade cirúrgica. **Rev Port Cardiol**, v.36, n.9, p. 609-616, 2017

AMAYA, M.R.; MAZIERO, E.C.S.; GRITTEM, L.; CRUZ, E.D.A. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. **Esc Anna Nery**, v.19, n. 2, p. 246-251, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0246.pdf>

Acesso em: 31 out 2018

AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER. **ANCC Magnet Recognition Program**. Maryland, 2018. Internet. Disponível em:

<https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/>

Acesso em: 10 dez 2018.

ANDERSON, J.E.; UTTER, G.H.; ROMANO, P.S.; JURKOVICH, G.J. Surgeon-reported complications vs the AHRQ patient safety indicators: a comparison of two approaches to identifying adverse events. **J Am Coll Surg**, v. 227, n. 3, p. 313-320, Sep 2018. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2018.06.008.

ANDERSON, J.E.; KODATE, N. Learning from patient safety incidents in incident review meetings: Organisational factors and indicators of analytic process effectiveness. **Safety Science**, n. 80, p. 105-114, 2015. doi.org/10.1016/j.ssci.2015.07.012

ANGELO, M.L.B.; DEMARCHI, T.M.; LIMA, E.C. Análise crítica dos indicadores: experiência de implantação em um hospital público. **RAS**, v. 13, n.53, p. 207-211, 2011.

ARAÚJO, T.G.; RIEDER, M.M.; KUTCHAK, F.M.; FILHO, J.W.F. Readmissões e óbitos após a alta da UTI, um desafio da terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 25, n. 1, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n1/07.pdf>
Acesso em: 10 dez 2018

ARMSTRONG, G.E.; DIETRICH, M.; NORMAN, L.; BARNSTEINER, J.; MION, L. Nurses' perceived skills and attitudes about updated safety concepts: impact on medication administration errors and practices. **J Nurs Care Qual** [Internet], v.32, n.3, p.226–233, 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27607849>.
Acesso em: 09 out 2018.

ASGARI, H.; ESFAHANI, S.S.; YAGHOUBI, M.; JAVADI, M.; KARIMI, S. Investigating selected patient safety indicators using medical records data. **J Educ Health Promot**, v.4, n. 54, Aug 2015. DOI: 10.4103/2277-9531.162351. eCollection, 2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório 2018. Ed. 10. Disponível em: <https://lms.anahp.com.br/classroom> .
Acesso em: 19 nov 2018

AYANIAN J.Z.; MARKEL, H. Donabedian's lasting framework for health care quality. **N Engl J Med**; v. 375, n. 375, p.205–207, 21 Jul 2016. doi: 10.1056/NEJMp1605101.

BELL, S.K.; MEJILLA, R.; ANSELMO, M. et al. When doctors share visit notes with patients: a study of patient and doctor perceptions of documentation errors, safety opportunities and the patient–doctor relationship. **BMJ Qual Saf**, v. 26, p. 262-270, 2017. DOI: 10.1056/NEJMp1605101 . Disponível em:

<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1605101>.
Acesso em: 22 out 2018

BENBASSAT, J.; TARAGIN, M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. **Arch Int Med**, n.160, p. 1074-1081, 2000.

Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/415392> .
Acesso em: 29 nov 2018.

BERG, M. Measuring the value of healthcare delivery: a call to action. **Bmj Outcomes Inaugural Collection**, p.6-13, 2015. Disponível em: <https://s15762.pcdn.co/wp-content/uploads/2016/08/BMJ-Outcomes-Article-Collection.pdf>

Acesso em: 14 nov 2018

BESERRA, M.P.P.; PORTELA, M.P.; MONTEIRO, M.P.; FAÇANHA, M.C.; ADRIANO, L.S.; FONTELES, M.M.F. Reações transfusionais em um hospital Cearense acreditado: uma abordagem em hemovigilância. **Arq Med** [Internet], v. 28, n. 4, p. 99-103, 2014.

Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132014000400002&lng=pt.

Acesso em: 15 out 2018

BERWICK, D.M. What 'patient-centered' should mean: Confessions of an extremist. **Health aff**, v. 28, n. 4, p. 555-565, 2009.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19454528>

Acesso em: 10 dez 2018

BHISE, V.; SITTIG, D.F.; VAGHANI, V.; WEI, L.; BALDWIN, J.; SINGH, H. An electronic trigger based on care escalation to identify preventable adverse events in hospitalised patients. **BMJ Qual Saf**, v. 27, n.3, p. 1-6, 2017. doi: 10.1136/bmjqs-2017-006975

BILIMORIA, K.Y.; CHUNG, J.; JU, M.H.; HAUT, E.R.; BENTREM, D.J.; KO, C.Y.; BAKER, D.W. Evaluation of surveillance bias and the validity of the venous thromboembolism quality measure. **JAMA**, v. 310, n.14, p.1482 -1489, 2013. Disponível em: doi:10.1001/jama.2013.280048

Acesso: 08 dez 2018

BITTAR, O.J.N. Indicadores de quantidade e qualidade em saúde. **RAS**, v. 3, n. 12, p. 21-28, Jul-Set 2001.

BORGES, M.F.; TURRINI, R.N.T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. **Rev Rene**, v.12, n. 3, p. 453-461, 2011.

Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a02v12n3.pdf

Acesso em: 10 dez 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. COORDENAÇÃO GERAL DE NORMAS. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, 1994.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_montar_centro_.pdf .

Acesso em: 08 dez 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº 540, de 17 de abril de 2001(a)**. [Institui Prêmio de Qualidade Hospitalar]. DO

76-E, de 19/4/01, Informe. Disponível em:
sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P538_01informes.doc
Acesso em: 31 out 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº. 2009, de 30 de outubro de 2001(b)**. Institui o Serviço de Atendimento ao Cidadão/Usuário do Sistema Único de Saúde-SAC/SUS.
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2009_30_10_2001.html
Acesso em: 31 out 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. Normas e Materiais Técnicos. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf
Acesso em: 10 dez 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde (PNASS)**. Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>
Acesso em: 10 dez 2018

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Sítio cirúrgico**. Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Brasília: Anvisa, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, fevereiro 2010 (c).
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
Acesso em: 06 dez 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Instrução normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva. DOU nº 37, de 25/02/2010, seção 1, p.52. Brasília, fevereiro 2010 (d).
Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15131108-instrucao-normativa-no-4-de-24-de-fevereiro-de-2010.pdf>
Acesso em: 06 dez 2018

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde**. 2010.

Disponível em:

http://ccihadm.med.br/legislacao/Indicadores_nacionais_de_IRAS_ANVISA.pdf

Acesso em: 08 dez 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Acesso em: 10 dez 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Protocolo para a prática de higiene de mãos em serviços de saúde.** Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 01, 2013 (a).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Protocolo de identificação do paciente.** Anexo 02, 2013 (b). Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>

Acesso em: 08 dez 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013.** Anexo 3: Protocolo para cirurgia segura. Brasília, julho 2013 (c).

Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf . Acesso em: 06 nov 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Protocolo prevenção de quedas.** Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 01, 2013 (d).

Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>

Acesso em: 06 nov 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Relatório de gestão – Exercício de 2017. Brasília, março 2018. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf> . Acesso em: 12 nov 2018

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.** Brasília: Anvisa, 2017 (a).

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência a saúde.** Brasília:

Anvisa, 2017 (b). Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2+-+Crit%C3%A9rios+Diagn%C3%B3sticos+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/7485b45a-074f-4b34-8868-61f1e5724501>

Acesso em: 10 dez 2018

BRUBAKK, K.; VIST, G.E.; BUKHOLM, G.; BARACH, P.; TJOMSLAND, O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 280, p. 01-10, 2015.

Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0933-x>

Acesso em 10 dez 2018

BURSNTON, S.; CHABOYER, W.; GILLESPIE, B. Nurse sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. **J Clin Nurs**, v. 23, n. 13-14, p. 1785-1795, 2014.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24102996>

Acesso em: 10 dez 2018

CAMPOS, V. F. **O verdadeiro poder**. Nova Lima: INDG, 2009.

CARVALHO, A.C.S.; CRUZ, I.C.F. Pulmonary embolism associated with surgical: sistematic literature review for a clinical protocol. **Journal of Specialized Nursing Care**, v. 8, n. 1, june 2016. Disponível em:

<<http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2809/683>>.

Acesso em: 07 ago. 2018.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Gráfica Miscal, 2010.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). **Unidades acreditadas no Brasil**. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/unidades-acreditadas-no-brasil.asp#>. São Paulo, out 2018.

Acesso em: 12 nov 2018

CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 2016. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

Acesso em: 08 dez 2018

CERVELLINI, M.P.; GAMBÁ, M.A.; ABRÃO, A.C.F.V. Abordagens metodológicas utilizadas na construção de instrumentos de medida relacionados com o cuidado de lesões. **Estima**, v. 13, n. 2, 2015.

Disponível em:

<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/228>

Acesso em: 13 dez 2018.

CHAN, R.P.C.; AULER JUNIOR, J.O.C. Estudo retrospectivo da incidência de óbitos anestésico-cirúrgicos nas primeiras 24 horas. Revisão de 82.641

Anestésias. **Rev Bras Anesthesiol**, v.52, n. 6, p.719 – 727, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v52n6/v52n6a09.pdf> .
Acesso em: 19 nov 2018

CINAROGLU, S.; BASER, O. Understanding the relationship between effectiveness and outcome indicators to improve quality in healthcare. **Total Quality Management & Business Excellence**, v. 29, n.11-12, p.1294- 1311, 2016.
DOI: [10.1080/14783363.2016.1253467](https://doi.org/10.1080/14783363.2016.1253467)

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Sepse um problema de saúde pública**: a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. São Paulo: COREN - SP, 2016.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. **Business Research Methods**. 12ª Ed. New York: McGrawHill, 2014.

COSTA, J.P.D.G. **Construção de um indicador composto avançado para o estado de saúde em Portugal**. [dissertação]. Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto, 2014.

CQH. COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR **3º Caderno de indicadores CQH**. 1. ed. São Paulo: Van Moorsel Gráfica e Editora, 2009.

CQH. **Manual de indicadores de enfermagem NAGEH/Compromisso com a qualidade hospitalar**. 2. ed. São Paulo: APM/CREMESP, 2012

CQH. **Indicadores hospitalares CQH**. Taxa de mortalidade institucional. São Paulo: Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar, 2014.
Disponível em: http://www.cqh.org.br/icqh/ind/web_ficha.php?p_nind=47
Acesso em 10 dez 2018

CQH. **Manual de indicadores de gestão de pessoas**. Nageh pessoas-benchmarking em saúde. 2ª ed. Set 2017(a).
Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=1821
Acesso em 02 fev 2019

CQH. **Comparativo de indicadores hospitalares**. Taxa de mortalidade institucional. Dez 2017(b).
Disponível em: http://www.cqh.org.br/icqh/estat/ind/web_ind.php
Acesso em 28 nov 2018.

CQH. **Comparativo de indicadores hospitalares**. Taxa de reinternação na programada. Dez 2017(c).
Disponível em: http://www.cqh.org.br/icqh/estat/ind/web_ind.php
Acesso em 29 nov 2018.

DANCEY, C.P.; REIDY, J.G.; ROWE, R. **Estatística sem matemática para as ciências da saúde**. Porto Alegre: Penso, 2017.

DA SILVA, L. X.; GUSMÃO, G. L.; AZEVEDO, S. A. Assistência de enfermagem no tratamento da trombose venosa profunda em pacientes críticos. **Biológicas & Saúde**, v. 4, n. 15, 2014.

Disponível em:

http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/533.

Acesso em: 13 dez 2018.

DAVIS, K.; STREMIKIS, K.; SQUIRES, D.; SCHOEN, C. **Mirror, mirror and the wall**. How the performance of the U.S Health Care Systems Compares Internationally. United States: The Commonwealth Fund, 2014.

Disponível em:

https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_fund_report_2014_jun_1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf

Acesso em: 10 dez 2018

DEKKER, S.W.A.; HUGH, T.B. A just culture after Mid Staffordshire. **BMJ Qual Saf**, v.23, n.5, p.356- 358, 2014. doi:10.1136/bmjqs-2013-002483

DEL CORONA, A.R.P.; PENICHE, A.C.G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Rev. Sobecc**, v. 20, n.3, p.179-185, jul/set 2015. DOI:10.5327/Z1414-4425201500030009

DESVEAUX, L.; MITCHELL, J.I.; SHAW, J.; IVERS, N.M. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. **Int J Qual Health Care**, v. 29, n. 7, p. 941-947, 2017.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx136>

DEVKARAN, S.; O'FARRELL, P.N. The impact of hospital accreditation on clinical documentation compliance: a life cycle explanation using interrupted time series analysis. **BMJ Open**, v. 4, n. 8, p.e 005240, 2014.

doi:10.1136/bmjopen-2014-005240. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/4/8/e005240>

Acesso em: 31 out 2018

DIAS, B.M. **Readmissão hospitalar como indicador da qualidade**. [dissertação].

São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2015.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **REBEn**, v. 59, n. 1, p.84-88, jan-fev 2006.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. **Rev Calidad Asistencial**, n.16, p. S11-27, 2001 (a).

_____. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p.691-729, 2005.

_____. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p.1743-1748, sept 1988.

_____. Explorations in quality assessment and monitoring: the definitions of quality and approaches to it assessment. Vol I. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

_____. Los sete pilares de la calidad. **Rev Calidad Asistencial**, v.16, p. S96-100, 2001 (b).

_____. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.

DOUPI, P.; SVAAR, H.; BJØRN, B.; DEILKA, E.; NYLE, U.; RUTBERG, H. Use of the global trigger tool in patient safety improvement efforts: nordic experiences. **Cogn Tech Work**, v.17, n. 1, p.45–54, 2015. DOI 10.1007/s10111-014-0302-2
Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10111-014-0302-2>
Acesso em: 31 out 2018

DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJOpen**, v. 3, p. e001570, 2013.
Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001570>
Acesso em: 09 dez 2018

DUBOIS, C.A.; D'AMOUR, D.; BRAULT, I. et al. Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. **J Adv Nurs**, v. 73, n.12, p. 3154-3167, 2017.
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28661049>
Acesso em: 04 dez 2018

DUSEK, G.A.; YUROVA, Y.V.; RUPPEL, C.P. Using social media and targeted snowball sampling to survey a hard-to-reach population: A case study. **International Journal of Doctoral Studies**, v.10, p. 279-299, 2015. Disponível em: <http://ijds.org/Volume10/IJDSv10p279-299Dusek0717.pdf>
Acesso em: 08 out 2018

DYNIEWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 3. ed. São Paulo: Difusão Editora, 2014.

ELLIOTT, M. Readmission to intensive care: a review of the literature. **Aust Crit Care**, v.19, n.3, p.96-104, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16933636>
Acesso em: 10 dez 2018Re

EMOND, Y.E.; STIENEN, J.J.; WOLLERSHEIM, H.C.; BLOO, G.J.; DAMEN, J.G. et al. Development and measurement of perioperative patient safety indicators. **BJA: British Journal of Anaesthesia**, v. 114, n. 6, p. 963–972, 1 June 2015. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu561>.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). COORDENAÇÃO GERAL DE PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO. **Elaboração de indicadores de desempenho institucional**. Brasília: ENAP/DDG, 2013.

Disponível em:

http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2403/1/Elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20indicadores%20de%20desempenho_apostila%20exerc%C3%ADcios.pdf

Acesso em: 10 dez 2018

ETINGEN, B.; MISKEVICS, S.; LAVELA, S.L. Assessing the associations of patient-reported perceptions of patient-centered care as supplemental measures of health care quality in VA. **J Gen Intern Med**, v. 31, Sup 1, p.S10–20, 2016.

doi: 10.1007/s11606-015-3557-2

EUA. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Hospital incident reporting systems do not capture most patients harm**. [Internet] 2012. Disponível: <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00091.pdf> Acesso em: 28 abr 2016.

FARIAS, F.I.D.; TERRA, N.L.; GUERRA, M.T.E. Avaliação da efetividade de um programa de atenção ao idoso com fratura de quadril: uma estratégia de rede. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 20, n. 5, p. 705-716, 2017.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020138308002696>

Acesso em: 10 dez 2018

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 4ª Ed. Curitiba: Positivo Livros, 2009.

FISCHER, C.; LINGSMA, H.F.; MARANG-VAN DE MHEEN, P.J.; KRINGOS, D.S.; KLAZINGA, N.S.; STEYERBERG, E.W. Is the readmission rate a valid quality indicator? a review of the evidence. **PLoS ONE**, v.10, n. 2, p. e118968, 2014.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118968>

FLAGG, A. J. The role of patient-centered care in nursing. **Nurs Clin N Am**, v. 50, n. 1, p. 75–86, 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25680488>

Acesso em: 13 dez 2018.

FOSS, N.B.; KEHLET, H.P.H. In-hospital hip fractures: prevalence, risk factors and outcome. **Age and Ageing**, v. 34, n. 6, p. 642–645, 2005.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afi198>

FRAMPTON, S.; GUASTELLO, S.; BRADY, C. et al. **Patient-centered care improvement guide**. Boston, MA: Planetree and Picker Institute, 2008.

Disponível em: <https://planetree.org/wp-content/uploads/2015/03/Patient-Centered-Care-Improvement-Guide-10.10.08.pdf>

Acesso em: 09 dez 2018

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Sistema de indicadores**. E-book

disponível em: <http://www.fnq.org.br/informe-se/publicacoes/e-books> . São Paulo, 2014. Acesso em: 10 dez 2018.

GANDHI, T.K.; MC TIERNAN, P. **Transparency between patients and providers**: a necessary step to safer care. Inside medical liability. [Online] nov 2015. Disponível em:

https://cdn.ymaws.com/www.npsf.org/resource/resmgr/LLI/ILM_2015_Transparency_WEB.pdf

Acesso em: 09 dez 2018

GARRARD, L.; BOYLE, D.K.; SIMON, M.; DUNTON, N.; GAJEWSKI, B. Reliability and validity of the NDNQI® Injury Falls Measure. **West J Nurs Res**, v. 38, n. 1, p. 111-128, 2016.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25023824>

Acesso em: 13 dez 2018

GEBRIM, C.F.L., SANTOS, J.C.C.; BARRETO, R.A.S.S.; BARBOSA, M.A.; PRADO, M.A. Indicadores de processo para prevenção da infecção do sítio cirúrgico sob a ótica da segurança do paciente. **Enfermeria Global**, v. 44, p. 276-287, 2016. Disponível em:

<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/51212/2/223751-923801-1-PB.pdf>

Acesso em: 10 out 2018

GEORGE, D., MALLERY, P. **SPSS for Windows step by step**: s simple guide and reference. 11.0 update. 4. ed. Boston: Ally & Bacon, 2003.

GIOVINAZZO, R.A. Modelo de aplicação da metodologia delphi pela Internet: vantagens e ressalvas. **Administração Online**, v. 2, n. 2, abril/maio/junho 2001.

GOLDWATER, D. S.; DHARMARAJAN K; MC EWEN, B. S.; KRUMHOLZ, H.M. Is posthospital syndrome a result of hospitalization-induced allostatic overload? **J Hosp Med**. [Internet]. May 30, 2018.

Disponível em: https://mdedge-files-live.s3.us-east-.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/May-2018/krumholz06480530e_0.pdf

Acesso em: 04 dez 2018

GOUVEA, C.S.D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1061-1078, jun 2010.

GRAY-MICELI, D.; MAZZIA, L.; CRANE, G. Advanced practice nurse-led statewide collaborative to reduce falls in hospitals. **J Nurs Care Qual**, v. 32, n. 2, p.120–125, 2017.

Disponível em: doi: 10.1097/NCQ.0000000000000213

Acesso em: 16 out 2018

GROENE, O.; ARAH, O.A. et al. Patient experience shows little relationship with hospital quality management strategies. **PLoS ONE**, v. 10, n. 7, p. e0131805, 2015.

Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131805>

Acesso em: 09 dez 2018

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS.

Guia de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. Espanha: Departamento de Salud Alicant, 2015.

Disponível em:

https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf

Acesso em: 10 dez 2018.

HAYNES, A.B.; BERRY, W.R.; GAWANDE, A.A. What do we know about the safe surgery checklist now? **Annals of Surgery**, v. 261, n. 5, May 2015. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001144

HAYNES, A.B.; EDMONDSON, L.; LIPSITZ, S.R.; MOLINA, G.; NEVILLE, B.A.; SINGER, S.J.; MOONAN, A.T.; CHILDERS, A.K.; FOSTER, R.; GIBBONS, L.R.; GAWANDE, A.A.; BERRY, W.R. Mortality trends after a voluntary checklist-based surgical safety collaborative. **Annals of Surgery**, v. 266, n. 6, p. 923–929, December 2017. doi: 10.1097/SLA.0000000000002249

HEALTH FOUNDATION. **Person-Centred care made simple**. What everyone should know about person-centred care. United Kingdom: Health Foundation, 2014.

Disponível em:

https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple_0.pdf

Acesso em: 09 dez 2018

HEMPEL, S.; MAGGARD-GIBBONS, M.; NGUYEN, D.K.; DAWES, A.J.; MIAKE-LYE, I.; BEROES, J.M.; BOOTH, M.J.; MILES, J.N.V.; SHANMAN, R.; SHEKELLE, P.G. Wrong-site surgery, retained surgical items, and surgical fires. **JAMA Surg**, v. 150, n. 8, p. 796-805, 2015. DOI: 10.1001/jamasurg.2015.0301.

HERRIN, J.; HARRIS, K. G.; KENWARD, K.; HINES, S.; JOSHI, M. S.; FROSCHE, D. L. Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. **BMJ Qual Saf Online First**, v. 25, n. 3, p. 01-08, 2016.

Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/25/3/182.full.pdf>

Acesso em: 10 dez 2018.

HESLOP, L.; LU, S. Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 70, n.11, p. 2469–2482, 2014.

Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jan.12503>

Acesso em: 09 out 2018.

HINRICHSEN, S.L.; HINRICHSEN, P.E.G.; VILELLA, T.A.S.; OLIVEIRA, C.L.F., CAMPOS, M.; SABINO, G.; POSSAS, L.; BARROS, F.R. Seleção de indicadores assistenciais para o monitoramento da qualidade em saúde. **RAS**, v. 13, n. 53, p. 199-206, 2011.

HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, G.M.S.S. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.23, n.1, p.36-43, 2015.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100036&lng=en

Acesso em: 09 out 2018.

HOGAN, H.; ZIPFEL, R.; NEUBURGER, J.; HUTCHINGS, A.; DARZI, A.; BLACK, N. et al. Avoidability of hospital deaths and association with hospital-wide mortality ratios: retrospective case record review and regression analysis. **BMJ**, v. 351, n. h3239, 2015.

Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/351/bmj.h3239.full.pdf>

Acesso em: 28 nov 2018

INSTITUTO COPPEAD DE ADMINISTRAÇÃO. CENTRO DE ESTUDOS EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. **Panorama da acreditação hospitalar no brasil**. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro: Coppead UFRJ, 2011. Disponível em:

http://www.coppead.ufrj.br/upload/publicacoes/panorama_acreditacao_brasil.pdf/

Acesso em: 10 dez 2018.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. **O que é sepse**. Disponível em: <http://www.sepsinet.org/pg.php?v=o-que-e-sepse>.

Acesso em 10 dez 2018.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. **Implementação de protocolo gerenciado de sepse**. 2018. Disponível em:

<http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>

Acesso em: 10 dez 2018

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). **Programa nacional de segurança do paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos –Parte I**. v.5, n.1, 2016 (a). Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/06/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-I.pdf> . Acesso em: 08 dez 2018

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). **Programa nacional de segurança do paciente**: Indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos – Parte II. v. 5, n. 2, 2016 (b). Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/07/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-II.pdf>

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO (IQG). **Mapa de instituições acreditadas**. São Paulo. Disponível em: <http://www2.iqg.com.br/instituicoes/instituicoes-de-saude-acreditadas-pelo-iqg/>
Acesso em: 12 nov 2018.

JOHAL, K.S.; BOULTON, C.; MORAN, C.G. Hip fractures after falls in hospital: a retrospective observational cohort study. **Injury**, v. 40, n. 2, p. 201-204, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020138308002696>
Acesso em: 13 dez 2018.

JOHNSON, A; GUIRGUIS, E; GRACE, Y. Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. **J Am Pharm Assoc**. v. 55, n. 2, p. e264-274, 2015. Disponível em [http://www.japha.org/article/S1544-3191\(15\)30049-2/pdf](http://www.japha.org/article/S1544-3191(15)30049-2/pdf)
Acesso em: 09 dez 2018

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint Commission international accreditation standards for hospitals**. 5. ed. Illinois, 2013. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI-Hospital-5E-Standards-Only-July2015.pdf> . Acesso em: 06 abr 2017

_____. **JCI Hospital Standarts**. Wahington, DC, 2016. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/achieve-hospitals/>
Acesso em: 21 jun 2016.

KEEGAN, M.T.; SOARES, M. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognóstico e mortalidade ajustada ao risco. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 264-269, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0264.pdf>
Acesso em: 06 dez 2018

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. **The Delphi technique in nursing and health research**. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 2011.

KENIG, J.; RICHTER, P.; LASEK, A.; ZBIERSKA, K.; ZURAWSKA, S. The efficacy of risk scores for predicting abdominal wound dehiscence: a case-controlled validation study. **BMC Surgery**, v.14, n. 65, 2014. DOI:10.1186/1471-2482-14-65. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159378/>
Acesso em: 31 out 2018

KIM, S.J. et al. The effect of competition on the relationship between the introduction of the DRG system and quality of care in Korea. **Eur J Public Health**, v. 26 n. 1, p. 42-47, 2016.

Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/26/1/42/2467449> .
Acesso em: 31 out 2018.

KING, A.T.; WENSTONE, R., MORRISON, J.; CLOHERTY, L.; WELTERS, I.D. Equipment-related critical incidents in a general intensive care unit. **Intensive care medicine experimental**, v. 3, supl 1, p. A70, 2015.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796214/>
Acesso em 13 dez 2018

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To error is human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

KRISTENSEN, S.; MAINZ, J.; BARTELS, P. **Establishing a set of patient safety indicators. Safety improvement for patients in Europe**. SmPatIE – Work Package 4. European Society for Quality in Healthcare, Denmark, 2007.

Disponível em: http://www.zdravstvo-kvaliteta.org/attachments/article/18/Patient_safety_indicator_development.pdf
Acesso em: 31 out 2018

KUMAR, R.; GANDHI, R. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. **J Anaesthesiol Clin Pharmacol**, v. 28, n. 1, p. 66-69, 2012.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22345949>
Acesso em: 10 dez 2018.

KUTNEY-LEE, A.; MCHUGH, M.D.; SLOANE, D.M. et al. Nursing: a key to patient satisfaction. **Health Affairs (Millwood)**, v. 28, n. 4, p. w669–w677, 2009.

Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.28.4.w669>
Acesso em: 30 out 2018

LANOUE, M.; MILLS, G.; CUNNINGHAM, A.; SHARBAUGH, A. Concept mapping as a method to engage patients in clinical quality improvement. **Ann Fam Med**, n.14, p. 370-376, 2016. doi: 10.1370/afm.1929.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27401427>
Acesso em: 31 out 2018

LEAPE, L. et al. **Transforming healthcare: a safety imperative**. Qual Saf Health Care, v. 18, p. 424–428, 2009. Disponível em:

<https://qualitysafety.bmj.com/content/18/6/424> . Acesso em: 09 dez 2018

LOPES, C.M.M.; HAAS, V.J.; DANTAS, R.A.S.; OLIVEIRA, C.G.; GALVÃO, C.M. Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 24, n. e2704, p.1-8, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100395
Acesso em: 09 out 2018

LEISTIKOW, I.; MULDER, S.; VESSEUR, J.; ROBBEN, P. Learning from incidents in healthcare: the journey, not the arrival, matters. **BMJ Qual Saf**, v. 26, n. 3, p. 252-256, 2017.
Disponível: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/3/252>
Acesso em: 31 out 2018

LIU, W.; GERDTZ, M.; MANIAS, E. Creating opportunities for interdisciplinary collaboration and patient-centred care: how nurses, doctors, pharmacists and patients use communication strategies when managing medications in an acute hospital setting. **J Clin Nurs**, v. 25, n. 19-20, p. 2943-2957, 2016.
DOI:[10.1111/jocn.13360](https://doi.org/10.1111/jocn.13360)
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27550739>
Acesso em: 31 out 2018

LUANGASANATIP, N.; HONGSUWAN, M.; LIMMATHUROTSAKUL, D.; LUBELL, Y.; LEE, A.S. et al. Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis. **BMJ**, v. 351, p.h3728, 2015. DOI: 10.1136/bmj.h3728
Disponível em: <https://www.bmj.com/content/351/bmj.h3728>
Acesso em: 31 out 2018

LUZIA, M.F.; CASSOLA, T.P; SUZUKI, L.M; DIAS, V.L.M; PINHO, L.B; LUCENA, A.F. Incidence of falls and preventive actions in a university hospital. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, p. e03308, Epub 12 abr 2018.
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29668783>.
Acesso em: 09 out 2018

MACEDO, J. M.; KANO, J. A.; BRAGA, E. M.; GARCIA, M. A.; CALDEIRA, S. M. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. **Rev. SOBECC**, v.18, n.1, p. 26-34, 2013.
Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_cancelamento-de-cirurgias-em-um-hospital-universitario.pdf
Acesso em: 10 dez 2018.

MACHADO, J.P.; MARTINS, M.; LEITE, I.C. Variação do desempenho hospitalar Segundo fontes de pagamento nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n.7, p. e00114615, 2016.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00114615.pdf>
Acesso em 13 dez 2018

MAIA, C.S.; FREITAS, D.R.C.; GALLO, L.G.; ARAÚJO, W.N. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos

no Brasil, 2014 – 2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 27, n. 2, p. e2017320, Brasília, 2018.

DOI: 10.5123/S1679-49742018000200004

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222018000200308&script=sci_abstract&lng=pt

Acesso em: 31 out 2018

MAGALHÃES, A.; DALL'AGNOL, C.; MARCK, P. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 21, p. 146-154, 2013.

Disponível em: <http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/52937/56932>

Acesso em: 13 dez 2018

MAINZ, J. Defining and classfyng clinical indicators for quality improvement. **International Journal for Quality in Health Care**, v.15, n. 6, p. 523-530, 2003. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq081>

Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/15/6/523/1823652>

Acesso em: 31 out 2018

MAKARY, M.A.; MICHAEL, D. Medical error: the third leading cause of death in the US. **BMJ**, v. 353, p. i2139, 2016.

Disponível em: <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>

Acesso em: 31 out 2018

MC DONALD, K.; ROMANO, P.; GEPPERT, J. et al. **Measures of patient safety based on hospital administrative data**. The Patient Safety Indicators. Technical Review 5. AHRQ Publication N° 02-0038. Rockville: AHRQ, 2002

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43854/>

Acesso em: 31 out 2018

MARRA, A.R.; MOURA, D.F.; PAES, Â.T.; SANTOS, O.F.P.; EDMOND, M.B. Measuring rates of hand hygiene adherence in the intensive care setting: a comparative study of direct observation, product usage, and electronic counting devices. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 31, n.08, p.796–801, 2010. DOI:10.1086/653999

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20565261>

Acesso em: 31 out 2018

MARQUES, G.S.; ALMEIDA, P.F.; FARIAS, L.R.C.; NASCIMENTO, D.C. Estudo preliminar sobre registros de deiscência de ferida operatória em um hospital universitário. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.15, n. 4, p. 312-319, 2016.

Disponível em: doi:10.12957/rhupe.2016.31605

Acesso em: 31 out 2018

MIRA, J.J.; ARANAZ, J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. **Medicina Clínica**; v. 114, n. Supl 3, p. 26-33, 2000.

MITCHELL, I.; SCHUSTER, A.; SMITH, K.; PRONOVOST, P.; WU, A. Patient safety reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. **BMJ Qual Saf**, v. 25, n. 2, p. 92-90, 2016.

doi:10.1136/bmjqs-2015-004405

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26217037>

Acesso em: 31 out 2018

MONTALVO, I. The national database of nursing quality indicators (NDNQI).

OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, v.12, n. 3, 2007. Disponível em:

<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.aspx>

Acesso em: 31 out 2018

MORAES, G. M.; COHRS, F.M.; BATISTA, R. E. A.; GRINBAUM, R. S.

Infecção ou colonização por micro-organismos resistentes: identificação de preditores. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 185-191, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a13.pdf>

Acesso em: 05 dez 2018

MORAES, P. G. S.; PACHÊCO, N. M. D.; SILVA, R. G. S.; SILVA, P.C.V.

Fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos. **Rev enferm UFPE online**, v.11, n. 7, p. 2645-2653, 2017.

Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201701

Acesso em: 10 dez 2018.

MOURÃO, J.; PEREIRA, L.; ALVES, C.; ANDRADE, N.; CADILHA, S.;

PERDIGÃO, L. Indicadores de segurança e qualidade em anestesiologia.

Revista da sociedade portuguesa de anestesiologia, v. 27, n. 2, 2018.

NASCIMENTO, T.; RAMOS, C.; SILVA, T.; TORRES, V. Efetividade das

medidas de prevenção e controle de pneumonia associada à ventilação mecânica na UTI. **Biológicas & Saúde**, v. 7, n. 5, 2017.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Shining a light: safer health care through transparency.** Report of the Roundtable on Transparency from the The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015.

Disponível em: <http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Shining-a-Light-Safer-Health-Care-Through-Transparency.aspx>

Acesso em: 09 dez 2018

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Transforming health care: a compendium of reports from the national patient safety foundation's Lucian Leape Institute.** Boston, MA: National Patient Safety, 2016.

Disponível em: <http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Transforming-Health-Care-Compendium-NPSF-Lucian-Leape-Institute-Reports.aspx>

Acesso em: 09 dez 2018

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury.** Washington DC, 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>
Acesso em: 08 dez 2018

NATIONAL TRANSITIONS OF CARE COALITION. **Improving transitions of care.** United States: NTOCC, 2010.
Disponível em: <http://www.ntocc.org/portals/0/pdf/resources/ntoccissuebriefs.pdf>
Acesso em: 09 dez 2018

NATIONAL QUALITY FORUM. **Patient safety** – complications endorsement maintenance: phase II, final report. Washington DC: National Quality Forum, 2013.
Disponível em:
https://www.qualityforum.org/Publications/2013/02/Patient_Safety_Measures_Complications_-_Phase_2.aspx
Acesso em: 20 nov 2018

NOGUEIRA, L.S.; SOUSA, R.M.C.; PADILHA, K.G.; KOIKE, K.M.
Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 1, p. 59-67, 2012.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a07v21n1>
Acesso em: 05 dez 2018

NOVARETTI, M.C.Z.; SANTOS, E.V.; QUITÉRIO, L.M.; DAUD-GALLOTTI, R.
M. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Reben**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

O'DOWD, A. Poor quality services are harming global drive to improve healthcare, experts warn. **BMJ**, v.362, p. k3008, 2018. doi: 10.1136/bmj.k3008

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD Countries.** OECD Health Working Papers n. 18. Paris: OECD Publishing, 2004. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/33878001.pdf>
Acesso em: 14 out 2018

_____. **Health care quality indicators project** - conceptual framework paper. OECD Health Working Papers n. 23. Paris: OECD Publishing, 2006.
Disponível em: <https://search.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
Acesso em: 31 out 2018.

_____. **Improving value in health care: measuring quality.** Forum on quality of care. Paris: OECD Publishing, 2010.
Disponível em: <http://www.oecd.org/publications/improving-value-in-health-care-9789264094819-en.htm>
Acesso em: 31 out 2018.

OLIVEIRA, A.B.F.; DIAS, O.M.; MELLO, M.M. et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 22, n. 3, p. 250-256, 2010.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/06.pdf>
Acesso em: 10 dez 2018

OLIVEIRA, D.; WALTER, S.A.; BACH, T.M. Critérios de validade em pesquisas e estratégia: uma análise em artigos publicados no EnANPAD de 1997 a 2010. **RAM**, v.13, n. 6, 2012.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-69712012000600010&script=sci_arttext&tlng=pt
Acesso em: 31 out 2018

ONA. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde.** São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2018 (a). (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação;1)

ONA. **Organizações certificadas.** Disponível em:
<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas> Acesso em: 07 nov 2018. (b)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente.** Manual cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
Acesso em: 31 out 2018

_____. **Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde.** Genebra: OMS, 2014.
Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789248564598_por.pdf;jsessionid=22056743358354D0DAEF406DDF9A500E?sequence=26
Acesso em: 31 out 2018

ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DA SAUDE. **A transformação da gestão dos hospitais na América Latina e Caribe.** Brasília: OPAS/OMS, 2004.

OTANI, K.; HERRMANN, P.A.; KURZ, R.S. Improving patient satisfaction in hospital care settings. **Health Serv Manage Res**, v. 24, n. 4, p.163-169, nov 2011. DOI 10.1258/hsmr.2011.011008

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22040943>

Acesso em: 31 out 2018

PALADINI, E.P. **Gestão da Qualidade - teoria e prática**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

PALOMAR, M.; ÁLVAREZ-LERMA, F.; RIERA, A.; DÍAZ, M.T.; TORRES, F.; AGRA, Y.; LARIZGOITIA, I.; GOESCHEL, C.A.; PRONOVOST, P.J. Impact of a National Multimodal Intervention to Prevent Catheter-Related Bloodstream Infection in the ICU: The Spanish Experience. **Crit Care Med**, v.41, n.10, p. 2364-2672, Oct 2013.

DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182923622

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23939352>

Acesso em: 31 out 2018

PARISI, T.C.H. **Magnet Recognition Program**: Revisão integrativa de literatura. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.

PEREIRA, B.R.R.; MENDOZA, I.Y.Q.; COUTO, B.R.G.M.; ERCOLE, F.F.; GOVEIA, V.R. Artroplastia do quadril: prevenção de infecção do sítio cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.19, n. 4, p. 181-187, 2014.

Disponível em:

http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v19n4/SOBECC_v19n4_181-187.pdf

Acesso em: 31 out 2018

PEREIRA, S.K.; SANTANA, R.F.; MORAIS, V.S.C. et al. Planejamento da alta hospitalar no pós-operatório de idosos: estudo de casos múltiplos. **Rev Fund Care Online**, v 8, n. 4, p. 4949-4955, out/dez 2016.

DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4949-4955>

Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3761/pdf_1

Acesso em: 31 out 2018

PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. **Análise dos dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS**. 6.ed. Lisboa: Edições Silabo, 2014.

PLATAFORMA LATTES. CNPq. **Diretório dos grupos de pesquisas no Brasil**. O que é. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/o-que-e/>. Acesso em: 04 abr 2018.

PORTUGAL. MINISTERIO DA SAÚDE. DIREÇÃO GERAL DA SAUDE. **Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do paciente**. Relatório Técnico. Lisboa, 2011.

Disponível em: <https://www.dgs.pt/.../classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Acesso em: 31 out 2018

POUW, M.E.; PEELEN, L.M.; MOONS, K.G.M.; KALKMAN, C.J.; LINGSMA, H.F. Including post-discharge mortality in calculation of hospital standardised mortality ratios: retrospective analysis of hospital episode statistics. *BMJ*, v. 347 n. f5913, p. 1-12, 2013

Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/347/bmj.f5913.full.pdf>

Acesso em 28 nov 2018

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

POMEI, M.P.; LEMIEUX-CHARLES, L.; CHAMPAGNE, F.; ANGUS, D.; SHABAH, A.; CONTRANDIOPOULUS, A.P. Does the accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*, v. 5, p. 31, 2010.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20420685>

Acesso em: 31 out 2018

PROQUALIS. ICICT/FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente**.

Anestesia e Cirurgia. Rio de Janeiro, 2014 (a). Disponível em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2>.

Acesso em: 01 nov 2018.

PROQUALIS. ICICT/FIOCRUZ. **Número de cirurgias realizadas em local errado do corpo do paciente**. Rio de Janeiro, 2014 (b).

Disponível em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2%20N%C3%BAmero%20de%20cirurgias%20realizadas%20em%20local%20errado%20do%20corpo%20do%20paciente.pdf> . Acesso em: 01 nov 2018.

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente**.

Anestesia e Cirurgia. Rio de Janeiro, 2014 (c). Disponível em:

<http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-complica%C3%A7%C3%B5es-relacionadas-%C3%A0-anestesia>. Acesso em: 01 nov 2018.

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente**.

Anestesia e Cirurgia. Rio de Janeiro, 2014 (d)

Disponível em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/3%20N%C3%BAmero%20de%20cirurgias%20realizadas%20no%20paciente%20errado.pdf>

Acesso em: 01 nov 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente**.

Anestesia e Cirurgia. Rio de Janeiro, 2014 (e). Disponível em:

http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1%20N%C3%BAmero%20de%20itens%20cir%C3%BArgicos%20ou%20fragmentos%20de%20dispositivos%20retidos%20no%20corpo%20do%20paciente_0.pdf. Acesso em: 01 nov 2018.

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente**. Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda perioperatória. Rio de Janeiro, 2014 (f).

Disponível em: <http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-embolia-pulmonar-ou-trombose-venosa-profunda-perioperat%C3%B3ria#overlay-context=>

Acesso em: 01 nov 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente**. Taxa de erros na prescrição de medicamentos, Rio de Janeiro, 2014 (g).

Disponível em: <http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-erros-na-prescri%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos>

Acesso: 01 nov 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente**, Rio de Janeiro, 2014 (h). Disponível em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/7%20Taxa%20de%20eventos%20adversos%20relacionados%20ao%20uso%20de%20equipamento%20m%C3%A9dico.pdf> Acesso em: 01 nov 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente**. Rio de Janeiro, 2014 (i).

Disponível em:

<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/14%20N%C3%BAmero%20de%20eventos%20adversos%20devido%20a%20falhas%20na%20identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20paciente.pdf> .

Acesso em: 01 nov 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas**. Rio de Janeiro, 2014 (j). Disponível em:

<https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-infec%C3%A7%C3%A3o-de-s%C3%ADtio-cir%C3%BArgico-em-cirurgias-limpas>

Acesso em: 01 nov 2018.

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente – Prevenção e Controle de Infecção**. Rio de Janeiro, 2014 (k). Disponível em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2> .

Acesso em: 01 nov 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente clínico**. Rio de Janeiro, 2014 (l).

Disponível em: <https://proqualis.net/indicadores/incid%C3%A2ncia-de-%C3%BAlcera-por-press%C3%A3o-upp> .

Acesso em: 01 nov 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Adulto.** Rio de Janeiro, 2014 (m).

Disponível em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2Densidade%20de%20incid%C3%Aancia%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20de%20corrente%20sangu%C3%ADnea.pdf>

Acesso em: 01 nov 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente.**

Indicadores de Prevenção e Controle de Infecção. Rio de Janeiro, 2014 (n).

Disponível em: <http://proqualis.net/indicadores-de-preven%C3%A7%C3%A3o-e-controle-de-infec%C3%A7%C3%A3o>.

Acesso em: 01 nov 2018.

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Taxas de reação a transfusão (graus III e IV).**

Rio de Janeiro, 2014 (o).

Disponível em: <http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-rea%C3%A7%C3%A3o-transfus%C3%A3o-graus-iii-e-iv>.

Acesso em: 01 nov 2018.

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente.**

Medicamentos. Rio de Janeiro, 2014 (p).

Disponível em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/medicamentos%2020.pdf>

Acesso em: 01 nov 2018.

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Porcentagem de reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea.** Rio de Janeiro, 2014 (q).

Disponível em: <http://proqualis.net/indicadores/porcentagem-de-rea%C3%A7%C3%B5es-hemol%C3%ADticas-por-incompatibilidade-sangu%C3%ADnea>.

Acesso: 01 nov 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Taxa de mortalidade cirúrgica padronizada.**

Rio de Janeiro, 2014 (r).

Disponível em:

<http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-mortalidade-cir%C3%BArgica-padronizada#overlay-context=>.

Acesso em: 10 dez 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva.** Rio de Janeiro, 2014 (s).

Disponível em: <http://proqualis.net/indicadores/densidade-de-incid%C3%Aancia-de-pneumonia-associada-%C3%A0-ventila%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica-em-pacientes#.U-pJpaNh7JR>

<http://proqualis.net/indicadores/densidade-de-incid%C3%Aancia-de-pneumonia-associada-%C3%A0-ventila%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica-em-pacientes#.U-pJpaNh7JR>

Acesso em: 10 dez 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Taxa de mortalidade hospitalar padronizada**. Rio de Janeiro, 2014 (t). Disponível em:

<https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-mortalidade-hospitalar-padronizada#.U-490KNh7JQ>

Acesso em: 10 dez 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente**.

Unidades de Terapia Intensiva de Adultos. Taxa de novas infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), definidas como infecções por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina - MRSA; ou Enterococos Resistentes à Vancomicina – VRE. Rio de Janeiro, 2014 (u).

Disponível em:

<https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-novas-infec%C3%A7%C3%B5es-resistentes-em-unidade-de-terapia-intensiva-uti-definidas-como#.U-pdp6Nh7JQ>

Acesso em: 10 dez 2018

PROQUALIS. ICICT FIOCRUZ. **Indicadores de segurança do paciente**.

Anestesia e Cirurgia. Taxa de sepse pós-operatória. Rio de Janeiro, 2014 (v).

Disponível em:

<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/9%20Taxa%20de%20sepse%20p%C3%B3s-operat%C3%B3ria.pdf>

Acesso em: 13 dez 2018.

PROQUALIS. INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA E

TECNOLÓGICA EM SAÚDE. **Simplificando o cuidado centrado na pessoa**.

O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>

Acesso em: 09 dez 2018

PRONOVOST, P. J.; BERENHOLTZ, S. M.; NGO, K.; MCDOWELL, M.; HOLZMUELLER, C. et al. Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. **Journal of Critical Care**, v.18, n.3, p.145–155, 2003.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944103000753?via%3Dihub>

Acesso em: 05 dez 2018

READ, C.Y.; SHINDUL-ROTHSCHILD, J.; FLANAGAN, J.; STAMP, K.D.

Factors associated with removal of urinary catheters after surgery. **J Nurs Care Qual**, v. 33, n. 1, p. 29-37, 2018. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000287

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29176442>

Acesso em: 31 out 2018

ROCHA, S.C.G.; OSELAME, G.B.; MELLO, M.G.S.; NEVES, E.B. Comparison of pressure injury risk assessment scales. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.18, n. 4,

p. 143-151, 2016. Disponível em:
<http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/16742/11573>
 Acesso em: 09 out 2018

RODRIGUES, C. M.; PIRES, E. M. C.; FELICIANO, J. P. O.; VIEIRA JR., J. M.; TANIGUCHI, L. U. Fatores na admissão à unidade de terapia intensiva associados à readmissão em pacientes onco-hematológicos graves: estudo retrospectivo de coorte. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 28, n.1, p. 33-39, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n1/0103-507X-rbti-28-01-0033.pdf>
 Acesso em: 01 dez 2018

ROWE, G.; WRIGHT, G. The Delphi technique: Past, present, and future prospects - introduction to the special issue. **Technological Forecasting & Social Change**, v. 78 n. 9, p.1487-1490, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2011.09.002>
 Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/251496903> The Delphi technique Past present and future prospects - Introduction to the special issue
 Acesso em: 31 out 2018

RUSSIAN FEDERATION; UNITED STATES OF AMERICAN. **Health care quality glossary**. Rockville, Md: Agency for Health Care Policy and Research, 1999.

SANTOS, I.Q.; ANJOS, J.F.; COSTA, R.R.; BASTO, M. Comparação de estratégias para detecção de condições adquiridas em hospital público segundo o sistema de grupos diagnósticos relacionados (DRG). **Rev. Gest.Sist. Saúde**, v. 7, n. 1, p. 44-55, 2018. Disponível em:
<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/335/227>. Acesso em: 21 nov 2018.

SCARPARO, A.F.; LAUS, A.M.; AZEVEDO, A.L.C.S.; FREITAS, M.R.I.; GABRIEL, C.S.; CHAVES, L.D.P. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980026>
 Acesso em: 29 set 2018

SCHWENDIMANN, R.; BLATTER, C.; DHAINI, S.; SIMON, M.; AUSSERHOFER, D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events—a scoping review. **BMC Health Services Research**, v.18, p. 521, 2018 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>
 Disponível em:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3335-z>
 Acesso em: 31 out 2018

SECANELL, M.; GROENE, O.; ARAH, O.A. et al. Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. **Int J Qual Health Care**, v. 26, Sup 1, p. 5-15, Epub 25 mar 2014.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24671120>

Acesso em: 31 out 2018

SEIFFERT, L.S. **Modelo de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a certificação de acreditação**. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

SHANMUGAM, V.K.; FERNANDEZ, S.J.; EVANS, K. et al. Postoperative wound dehiscence: Predictors and associations. **Wound Repair Regen**, v. 23, n. 2, p. 184-190, mar abril 2015. DOI:10.1111/wrr.12268

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25683272>

Acesso em: 31 out 2018

SHEKELLE, P.G.; PROVONOST, P.J.; WACHTER, R.M.; MC DONALD, K.M.; SCHOELLES, K. et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. **Ann Intern Med**, v. 158, n. 5- 2, p. 365-368, 5 mar 2013.

DOI: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00001

Acesso em: 31 out 2018

SHEPPERD, S.; LANNIN, N. A.; CLEMSON, L. M. et al. Discharge planning from hospital to home. **Cochrane Database Syst Ver**, v1, p. CD000313, 2013.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440778>

Acesso em: 04 dez 2018

SHIEH, L.; GO, MINJOUNG.; GESSNER, D.; CHEN, J.H.; HOPKINS, J.; MAGGIO, P. Improving and sustaining a reduction in iatrogenic pneumothorax through a multifaceted quality-improvement approach. **J. Hosp. Med**, v.10, p. 599-607, 2015.

Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/jhm.2388>

Acesso em: 26 nov 2018

SILVA, P.S.; BORGES, E.L.; LIMA, M.P. Fatores de risco para complicações das feridas cirúrgicas abdominais: uma revisão sistemática da literatura. **REME**, v. 12, n. 4, 2008.

Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/299>

Acesso em: 12 out 2018.

SILVA JÚNIOR, J.B.; RATTNER, D.; MARTINS, R.C.A. Controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil: uma abordagem para autoridades reguladoras. **Rev Panam Salud Publica**, v. 40, n. 1, p.1-8, 2016.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2016.v40n1/1-8/>

Acesso em: 31 out 2018

SILVA, J.A.; PINTO, F.C.M. Avaliando o impacto da estratégia de segurança do paciente implantada em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário sob a perspectiva da dimensão da atenção à saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 66, 2017. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622008000400013>

Disponível em: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/10>

Acesso em: 31 out 2018

SILVA, R.M.; SILVESTRE, M.O.; ZOCHE, T.L.; SAKAE, T.M. Pneumonia associada à ventilação mecânica: fatores de risco. **Rev Bras Clin Med**, v. 9, n. 1, p.5-10, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1714.pdf>

Acesso em: 21 nov 2018.

SILVA, M.C.M.; SOUSA, R.M.C.; PADILHA, K.G. Fatores associados ao óbito e a readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.4, p.09 telas, 2011.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_09

Acesso em: 01 dez 2018

SISTEMA FIEP; SESI. OBSERVATÓRIO REGIONAL BASE DE INDICADORES DE SUSTENTABILIDADE (ORBIS). **Construção e análise de indicadores**. Curitiba: [s.e], 2010.

Disponível em:

www.portalodm.com.br/dnfile/.../pdf/.../1/construcao-e-analise-de-indicadores.pdf

Acesso em: 31 out 2018

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A.P.; CALIXTO LIMA, L. et al. Sepse: atualidades e perspectivas. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 23, n. 2, p. 207-216, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2011000200014&script=sci_arttext.

Acesso em: 15 dez 2018.

SOUSA, C.S.; TURRINI, R.N.T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da Técnica Delphi. **Acta paul. Enferm**, v. 25, n. 6, 2012.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600026>

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600026

Acesso em: 31 out 2018

SPETZ, J.; BROWN, D. S., AYDIN, C. The economics of preventing hospital falls-demonstrating ROI through a simple model. **JONA**, v. 45, n. 1, p. 50-57, 2015.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25479175>

Acesso em: 31 out 2018

STEWARTSON, A.J.; SAX, H.; GAYET-AGERON, A.; TOUVENEAU, S.; LONGTIN, Y.; ZINGG, W. et al. Enhanced performance feedback and patient participation to improve hand hygiene compliance of health-care workers in the setting of established multimodal promotion: a single-centre, cluster randomised controlled trial. **Lancet Infect Dis**, v. 16, n.12, p.1345-1355, 2016.

Disponível em: <http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2017/01/Lancet-2016.-Enhanced-performance-feedback-and-patient-participation-to-improve-hand-hygiene-compliance.pdf>

Acesso em: 10 ago 2018.

TESTON, E.F.; SILVA, J.P.; GARANHANI, M.L.; MARCON, S.S. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. **Rev Rene**, v.17, n.3, p. 330-337, 2016.

TEISBERG, E.; WALLACE, S. Value for patients. **Brain Injury Professional**. Posted 16 ago 2015.

Disponível em: <https://braininjuryprofessional.com/2015/08/value-for-patients/>

Acesso em: 12 dez 2018.

THE JOINT COMMISSION. **Specifications manual for Joint Commission national quality measures** (v2018B1), Appendix D, General Glossary Terms, 2018. Disponível em:

<https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2018B1/AppendixDTJC.html>

Acesso em: 26 nov 2018

TOMASI, N.G.S.; YAMAMOTO, R.M. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais**. Curitiba: As autoras, 1999.

TRAVASSOS, C; NORONHA, J.C; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. **Ciênc Saúde Coletiva** (online), v. 4, n.2, p. 367-381, 1999.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/71119.pdf>

Acesso em: 10 dez 2018

TREADWELL, J.R.; LUCAS, S.; TSOU, A.Y. Lista de verificação cirúrgica: revisão sistemática dos impactos e da implementação. **BMJ Qual Saf**, v. 23, n. 4, p.1-20, 2013. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001797.

Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/299>

Acesso em: 31 out 2018

TRICARICO, P.; CASTRIOTTA, L.; BATTISTELLA, C, et al. Professional attitudes toward incident reporting: can we measure and compare improvements in patient safety culture? **Int J Qual Health Care**, v. 29, n. 2, p. 243-249, 1 apr 2017. doi:10.1093/intqhc/mzx004

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28453824>

Acesso em: 31 out 2018

TSANG, C.; PALMER, W.; AYLIN, P. Patient safety indicators: a systematic review of the literature. **Imperial College London**, p. 41, October 2008.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/265073850_Patient_safety_indicators_A_systematic_review_of_the_literature

Acesso em: 23 nov 2018

UNBECK, M.; SCHILDMEIJER, K.; HENRIKSSON, P.; JÜRGENSEN, U.; MUREN, O.; NILSSON, L.; HÄRENSTAM, K.P. Is detection of adverse events affected by record review methodology? an evaluation of the “Harvard Medical Practice Study” method and the “Global Trigger Tool”. **Patient Saf Surg**, v. 7, n. 1, p. 10, 15 abr 2013. DOI: 10.1186/1754-9493-7-10.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23587448>

Acesso em: 31 out 2018

URDEN, L.D. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. **Lippincott's Case Management**, v. 7, n. 5, p.194-200, set out 2002.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12394558>

Acesso em: 31 out 2018

VALERA,B.R.; TURRINI, R.N.T. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. **Ciencia y Enfermería**, v. XIV, n. 2, p. 87-95, 2008.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441797011.pdf>

Acesso em: 04 dez 2018

VAN GESTEL, Y.; LEMMENS, V.; LINGSMA, H.; DE HINGH, I.; RUTTEN, H.; COEBERGH, J. The hospital standardized mortality ratio fallacy: a narrative review. **Medical Care**, v. 50, n. 8, p. 662-667, 2012.

Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/41714542>

Acesso em: 29 nov 2018

VEILLARD, J.; CHAMPAGNE, F.; KLAZINGA, N. et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. **Int J Qual Health Care**, v. 17, n. 6, p. 487- 496, 2005.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16155049>

Acesso em: 31 out 2018

VIACAVA, F.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde:um modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a14.pdf>

Acesso em: 31 out 2018

VIKKI A. E.; WATT, I. S. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. **The American Journal of Bioethics**, v.13, n. 8, p.29-39, 2013.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23862598>

Acesso em: 09 dez 2018

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 426-34, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a24v43n2.pdf
Acesso em: 31 out 2018

VITURI, D.W.; ÉVORA, Y.D.M. Total quality management and hospital nursing: an integrative literature review. **Rev. Bras. Enferm**, v. 68, n. 5, p. 660-667, set out 2015.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500945
Acesso em: 31 out 2018

VRBNJAK, D.; DENIEFFE, S.; O'GORMAN, C, et al. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: a systematic review. **Int J Nurs Stud**, v. 63, p. 162-178, nov 2016. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27637011>
Acesso em: 31 out 2018

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Traduzido por Caroline Buss, Camila Philbert Lajolo Schrotberger, André Anjos da Silva. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WELTERS, I.D.; GIBSON, J.; MOGK, M.; WENSTONE, R. Major sources of critical incidents in intensive care. **Critical Care**, v. 15, p. R232, 2011.
Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc10474>
Acesso em: 13 dez 2018

WILKES, L. Using the Delphi technique in nursing research. **Nursing Standard**, v. 29, n. 39, p.43-49, 2015. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/277412257_Using_the_Delphi_technique_in_nursing_research
Acesso em: 31 out 2018

WOLFF, L.D.G. **Um modelo para avaliar o impacto do ambiente operacional na produtividade de hospitais brasileiros**. [Tese]. (Doutorado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005

WONG, E.G.; PARKER, A.M.; LEUNG, D.G.; BRIGHAM, E.P.; ARBAJE, A.I. Association of severity of illness and intensive care unit readmission: A systematic review. **Heart & lung: the journal of critical care**, v. 45, n.1, p. 3-9.e, 2016.
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692266/>
Acesso em: 01 dez 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000**. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2000.

Disponível em: <https://www.who.int/whr/2000/en/>
Acesso em: 31 out 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE (ISQua). **Quality and accreditation in health care services**: a global review. Geneva: WHO; 2003

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Final Technical Report, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
Acesso em: 31 out 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Assessing and tackling patient harm**: a methodological guide for data - poor hospitals. World Health Organization 2010. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/methodological_guide/PSP_MethGuid.pdf
Acesso em: ago 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Engagement in reducing safety risk in health care**. Report of the meeting on Patient safety and rights. Copenhagen: Who Regional Office for Europe, 2011. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/153601/e95906.pdf
Acesso em: 10 dez 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; THE WORLD BANK. **Delivering quality health services**: A global imperative for universal health coverage. Geneva: WHO, OECD, The World Bank, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/quality-report/publication/en/>
Acesso em: 10 jul 2018

WRIGHT, J.T.C; GIOVINAZZO, R.A. Delphi – Uma Ferramenta de Apoio ao Planejamento Prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 12, 2000.

YAMAMOTO, M.S; PETERLINI, M.A.S; BOHOMOL, E. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. **Acta Paul Enferm** 2011; v.24, n. 6, p. 766-771. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307023880006.pdf>
Acesso em: 10 dez 2018

YU, A.; FLOTT, K.; CHAINANI, N.; FONTANA, G.; DARZI, A. **Patient Safety 2030**. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre, 2016. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>

Acesso em: 09 nov 2018

YUNG, H.P.; YU, S.; CHU, C.; HOU, I.C.; TANG, F.I. Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration erros. **Journal of Nursing Management**, v. 24, p. 580-588, 2016. DOI: 10.1111/jonm.12360
Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jonm.12360>
Acesso em: 31 out 2018

ZAMPIERI, F.; SOARES, M.; BORGES, L.P.; SALLUH, J.I.; RANZANI, O.T. Epimed monitor ICU database®: um registro nacional baseado na nuvem, para pacientes adultos internados em unidades de terapia intensiva do Brasil. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.29, n.4, p. 418-426, 2017
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n4/0103-507X-rbti-20170062.pdf>
Acesso em: 06 dez 2018

ZEGERS, M.; HESSELINK, G.; GEENSE W. et al. Evidence-based interventions to reduce adverse events in hospitals: a systematic review of systematic reviews. **BMJ Open**, v. 6, p. e012555, 2016. doi:10.1136/bmjopen-201601255
Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/9/e012555.full.pdf>
Acesso em: 31 out 2018

APÊNDICES

APÊNDICE 1

GRUPOS DE PESQUISA BRASILEIROS CADASTRADOS NO CNPq, QUE ESTUDAM INDICADORES EM SAÚDE

	NOME DO GRUPO	CIDADE/ ESTADO	REGIÃO
01	Administração e planejamento em saúde	São Paulo/SP	Sudeste
02	Análise da situação de saúde	São Paulo/SP	Sudeste
03	Avaliação em saúde	Joinville/SC	Sul
04	Centro de estudos e pesquisas epidemiológicas em saúde	Maringá/PR	Sul
05	Condições de vida e saúde de populações	Botucatu/SP	Sudeste
06	Gestão da saúde	São Paulo/SP	Sudeste
07	Grupo de pesquisa de epidemiologia e promoção da saúde	Florianópolis/SC	Sul
08	Eventos adversos relacionados à assistência à saúde	Diamantina/MG	Sudeste
09	Estudos em epidemiologia, inovação tecnológica e gestão na saúde	Brasília/DF	Centro oeste
10	Estudo longitudinal da saúde do adulto	Bonsucesso/RJ	Sudeste
11	Estatística epidemiológica	Vassouras/RJ	Sudeste
12	Epidemiologia	Teresina/PI	Nordeste
13	Democratização da informação técnico-científica em saúde	Rio de Janeiro/RJ	Sudeste
14	Grupos de estudos e pesquisas em qualidade e segurança na saúde e enfermagem	Maceió/AL	Nordeste
15	Grupos de estudos e pesquisa em avaliação de qualidade em serviços de saúde e enfermagem	São Paulo/SP	Sudeste
16	Grupos de estudos e pesquisa em administração dos serviços de enfermagem	Salvador/BA	Nordeste
17	Grupo cuidar	Maruípe/ES	Sudeste
18	Gestão e governança em saúde	Uberlândia/MG	Sudeste
19	Informação em saúde	Rio de Janeiro/RJ	Sudeste
20	Indicadores para avaliação e monitoramento da saúde da população	Santo Amaro/SP	Sudeste
21	Indicadores e educação em saúde coletiva	Criciúma/SC	Sul
22	Indicadores de saúde UECE	Itaperi/CE	Nordeste
23	Indicadores de saúde UCP	Petrópolis/RJ	Sudeste
24	Núcleo de pesquisa em gestão, sociedade, epidemiologia na enfermagem e na rede de atenção à saúde	Divinópolis/MG	Sudeste
25	Núcleo de indicadores sociais	Porto Alegre/RS	Sul
26	Núcleo de estudos em gerenciamento e informática em enfermagem	São Carlos/SP	Sudeste
27	Núcleo de estudo e pesquisa em epidemiologia e métodos quantitativos em saúde	Uberaba/MG	Sudeste
28	Núcleo observatório de custos e economia em saúde	Belo Horizonte/MG	Sudeste
29	Planificação, gestão e avaliação em saúde	Salvador/BA	Nordeste
30	O cuidado de enfermagem ao ser humano com enfoque na segurança e gestão da qualidade	Teresina/PI	Nordeste

Total de grupos por região brasileira:

Região Norte (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins):
00

Região Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco,
Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe): 06

Região Centro-Oeste (Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e o Distrito
Federal): 01

Região Sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro): 18
e Região Sul (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina): 05

APÊNDICE 2

MODELO DE CONVITE ENVIADO POR E-MAIL, OBJETIVANDO AO RECRUTAMENTO DE PARTICIPANTES

Cara (nome do profissional),

Convido-a para participar da minha pesquisa de doutorado. Seu nome foi indicado pela (nome do profissional).

A pesquisa tem como título "Indicadores para avaliação da Efetividade Assistencial de Hospitais", e objetiva construir e validar um rol de indicadores que possibilitem a medida da efetividade da assistência em hospitais.

Será desenvolvida por meio da Técnica Delphi eletrônica que consiste em várias rodadas via internet, utilizando a plataforma Survey Monkey.

Eu construí 39 fichas técnicas de indicadores de efetividade e os participantes avaliarão se os mesmos possuem os atributos qualitativos para serem utilizados na prática hospitalar.

Estou utilizando a Técnica de Bola de Neve para recrutar os participantes, e solicito também, sua indicação de profissionais que possam participar, enviando-me os nomes completos, e-mail e telefone celular dos mesmos, para que eu possa cadastrá-los na plataforma.

Podem ser participantes da pesquisa:

1. profissionais que tenham experiência na utilização de indicadores de efetividade assistencial (enfermeiros, médicos administradores, etc); OU
2. profissional com título de mestre ou doutor que integre grupo de pesquisa cadastrado no Diretório de Pesquisas do Cnpq, que possua produção técnica ou científica na área de avaliação em saúde, indicadores ou avaliação de efetividade assistencial; OU
3. profissionais com título de mestre ou doutor que orientaram dissertações ou teses relacionadas à efetividade assistencial.

Minha intenção é iniciar a primeira rodada ainda em maio.

Ficarei honrada caso aceite participar, creio que seu conhecimento e experiência contribuirão muito para que a pesquisa alcance seus objetivos.

Um abraço,

Leila Soares Seiffert
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná

APÊNDICE 3

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA USO DA PLATAFORMA ELETRÔNICA

Prezado profissional, o senhor (a senhora) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais.

Inicialmente solicitamos que preencham dados de identificação. A seguir serão apresentadas as fichas técnicas e os itens do inquérito online a serem avaliados, visando identificar os indicadores com melhores atributos qualitativos para avaliar a efetividade assistencial de organizações de saúde hospitalares.

O tempo de preenchimento do questionário é variável, entre sessenta a noventa minutos na primeira rodada e trinta minutos nas subsequentes. Nesta plataforma o senhor (senhora) poderá iniciar as respostas e, se necessário, continuar em outro momento, desde que clique no botão "próximo" antes de sair da janela. E caso saia do questionário e retorne depois, isto deve ser feito no mesmo computador em que iniciou as respostas.

A sua participação é muito importante para a pesquisa. Caso aceite participar da pesquisa, solicitamos que confirme ao final do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados serão disponibilizados aos painelistas que finalizarem as rodadas.

Solicitamos que as informações contidas nesta pesquisa não sejam divulgadas antes da publicação pela doutoranda.

Agradecemos sua disponibilidade.

As pesquisadoras.

APÊNDICE 4

CARACTERIZAÇÃO DOS PAINELISTAS

Solicita-se nesta primeira parte que o (a) senhor (a) preencha dados sobre suas condições sócio-demográficas, profissionais e acadêmicas.

As perguntas precedidas de asterisco são de resposta obrigatória.

Nome (a identificação do participante será mantida em sigilo e é solicitada apenas a critério de conhecimento para envio dos e-mails pelas pesquisadoras)

* 2. Nome (a identificação do participante será mantida em sigilo e é solicitada apenas a critério de conhecimento para envio dos e-mails pelas pesquisadoras)

* 3. Idade (em anos)

* 4. Gênero

* 5. Formação - Graduação

Enfermagem

Medicina

Farmácia

Administrador

Outro (especifique)

6. Formação - Mestrado

Ano de conclusão

Tema da dissertação

7. Formação - Doutorado

Ano de conclusão

Tema da tese

8. Formação Complementar - Pós-doutorado

Ano de conclusão

Tema de estudo

* 9. Pertence a um Grupo de Pesquisa?

Não

Sim

Se sim, qual?

* 10. Atualmente, a abrangência de sua atuação profissional está relacionada a:

Pesquisa

Docência

Assistência

Gerência

* 11. Você possui experiência com indicadores para avaliação da assistência hospitalar?

Explique, por favor, indicando a sua atuação profissional ou sua produção intelectual (técnica ou científica).

Não

Sim

Se sim, qual?

MODELO DE AVALIAÇÃO DOS 11 ATRIBUTOS PARA CADA INDICADOR DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL, SUBMETIDA AOS PAINELISTAS

Será apresentada uma sequência de 39 fichas de indicadores de efetividade, em três blocos: Os 20 primeiros indicadores são relativos à dimensão segurança, os 8 seguintes são relacionados à dimensão cuidado centrado no paciente, e por último os 11 indicadores relativos à dimensão efetividade clínica.

O Senhor (a) avaliará 11 atributos qualitativos de cada indicador, assinalando uma opção para cada questão. Para tanto, é indispensável a leitura minuciosa da totalidade dos itens que compõem a ficha técnica de cada indicador.

Esta primeira rodada pela Técnica Delphi pode ser cansativa, pois será apresentada a totalidade dos indicadores. Na (s) rodada (s) subsequente (s) somente serão reavaliadas as fichas de indicadores que não atingirem o percentual de consenso estipulado pelas pesquisadoras.

Sugere-se aos participantes que realizem a avaliação em 3 etapas, uma para cada bloco de indicadores.

O questionário permanecerá aberto por 3 semanas.

Iniciaremos agora com os indicadores relativos à Dimensão Segurança

Nome do indicador	FT S 01 Cirurgia no local errado do corpo do paciente.
Definições ou conceitos	Procedimento cirúrgico é a realização de incisão ou introdução de equipamentos endoscópicos no corpo humano, com finalidade diagnóstica ou terapêutica, dentro ou fora do centro cirúrgico. ^(1,2)
Objetivo ou Uso	Monitorar a qualidade da assistência cirúrgica com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência dos procedimentos cirúrgicos. ⁽³⁾
Método de cálculo	Numerador: número de procedimentos cirúrgicos realizados no local errado do corpo do paciente. Denominador: não se aplica
Tipo ou unidade de medida	Número de incidentes.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: Prontuário, ficha de cirurgia, checklist da cirurgia segura, resumo de alta ou de óbito, ficha de notificação de incidentes de pacientes com 18 anos ou mais.
Frequência	Mensal
Referências	1. PROQUALIS. Indicadores de Segurança do Paciente – Anestesia e Cirurgia. 2014. Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2 . Acesso em: 24 set 2016. 2. PROQUALIS. Número de cirurgias realizadas em local errado do corpo do paciente.pdf . Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/2%20N%C3%BAmero%20de%200cirurgias%20realizadas%20em%20local%20errado%20do%20corpo%20d

o%20paciente.pdf . Acesso em: 24 set 2016.
3. KRISTENSEN, S.; MAINZ, J.; BARTELS, P. Establishing a set of patient safety indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SImPatIE – Work Package 4. European Society for Quality in Healthcare: Denmark, 2007. Disponível em: http://www.zdravstvo-kvaliteta.org/attachments/article/18/Patient_safety_indicator_development.pdf . Acesso em: 24 ago 2016.

*** 12. Quanto à disponibilidade**

Os dados relativos a este indicador são de fácil obtenção em um hospital?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente
---	---	---	---	---	---

Quais suas sugestões em relação à obtenção dos dados para este indicador?

*** 13. Quanto à confiabilidade**

As fontes originais dos dados, os métodos de coleta e o processamento do indicador são confiáveis?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente
--	---	---	---	---	---

Quais suas sugestões para melhorar a confiabilidade deste indicador?

*** 14. Quanto à simplicidade**

Há facilidade no cálculo a partir das informações básicas do indicador?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input checked="" type="radio"/> Concordo totalmente
Há fácil entendimento dos itens da ficha técnica pelo público que irá interpretar e utilizar o indicador, considerando profissionais da gestão e da assistência do hospital?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente

Quais suas sugestões para melhorar a simplicidade deste indicador?

*** 15. Quanto à representatividade ou fidedignidade**

O indicador fornece informação coerente com o que se deseja medir?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente
--	---	---	---	---	---

Quais suas sugestões para melhorar a fidedignidade deste indicador?

*** 16. Quanto à sensibilidade**

O indicador permite o reconhecimento das variações ocasionais (decorrentes ou não de intervenções intencionais) que repercutem no seu resultado (do indicador)?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente
---	---	---	---	---	---

Quais suas sugestões para melhorar a sensibilidade deste indicador?

*** 17. Quanto à abrangência**

O indicador sintetiza o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente
---	---	---	---	---	---

Quais suas sugestões para melhorar a abrangência deste indicador?

*** 18. Quanto à objetividade**

Há clareza no objetivo que se quer atingir, aumentando a objetividade do indicador?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente
---	---	---	---	---	---

Quais suas sugestões para melhorar a objetividade deste indicador?

*** 19. Quanto ao baixo custo**

A relação entre os custos de obtenção do indicador no hospital e os benefícios decorrentes do seu uso é favorável, do ponto de vista financeiro?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente
--	---	---	---	---	---

Quais suas sugestões para melhorar a relação entre os custos e os benefícios deste indicador?

*** 20. Quanto à utilidade**

O indicador traduz a intenção do objetivo, proporciona a tomada de decisão por meio das informações obtidas?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente
--	---	---	---	---	---

Quais suas sugestões para melhorar a utilidade do indicador?

*** 21. Quanto à estabilidade**

A série de medições do indicador permite monitoramentos e comparações coerentes, com mínima interferência de variáveis externas ao indicador?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente
---	---	---	---	---	---

Quais suas sugestões para melhorar a estabilidade do indicador?

*** 22. Quanto à tempestividade**

O indicador obtido é decorrente de informações atuais, a tempo para seu uso?	<input type="radio"/> Discordo totalmente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Não concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente
--	---	---	---	---	---

Quais suas sugestões para melhorar a tempestividade do indicador?

APÊNDICE 6

MODELO DE LEMBRETE ENVIADO

- **DE:** leilaseiffert@gmail.com por surveymonkey.com
- **DATA:** quinta-feira, 13 de julho de 2017 16:23
- **ENVIADO PARA:** 1 destinatário
- **ASSUNTO:** Últimos dias para concluir a primeira rodada da pesquisa
- **MENSAGEM:**

Pesquisa Indicadores para Avaliação da Efetividade Assistencial de Hospitais

Olá (nome do participante)!

Voce conseguiu responder 20% da pesquisa.

Esta rodada será encerrada no dia 16/07 - domingo.

Caso voce tenha disponibilidade, convidamos-a a concluir esta etapa. Assim estará apta a participar da última rodada que será iniciada na terceira semana de julho, e que levará em torno de 20 minutos para responder.

Gostaríamos muito de contar com você!

Agradecemos muitíssimo pelas suas contribuições.

Dda. Leila Seiffert e Prof. Dra. Lillian Daisy G. Wolff

Clique no botão abaixo para continuar respondendo ao questionário.

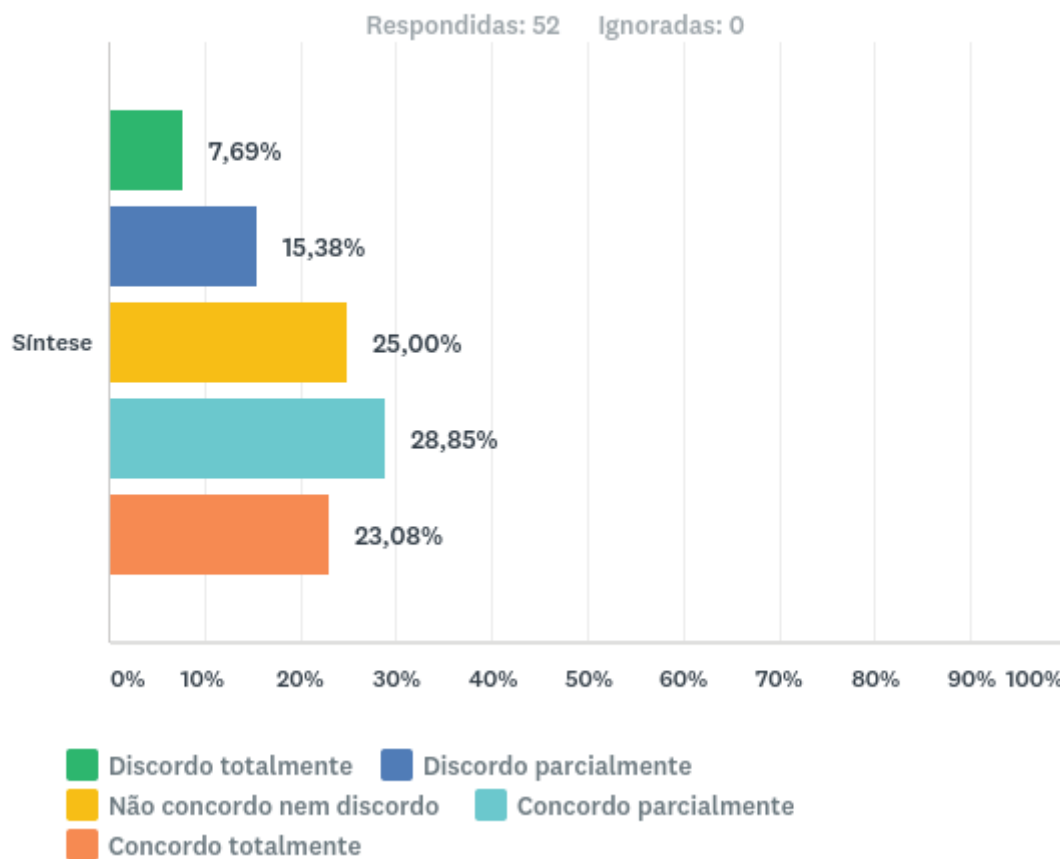
Iniciar questionário

Não encaminhe este email, pois este link de questionário é exclusivo para a sua conta.
[Privacidade](#) | [Cancelar assinatura](#)

Desenvolvido pela  SurveyMonkey

MODELO DE GRÁFICO APRESENTADO AOS PAINELISTAS NA SEGUNDA RODADA

Q237 Quanto à abrangência



EXEMPLO DE COMENTÁRIOS E SUGESTÕES SOBRE OS ATRIBUTOS – PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS

FT 01 – CIRURGIA NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE

ATRIBUTOS	COMENTÁRIO	PARTICI-PANTE
DISPONIBILIDA DE	Talvez seja pertinente alinhar o conceito do que é um dado e o que seria um indicador. Da maneira que a proposta se apresenta, seria difícil ter um comparativo entre instituições. Exemplo: Uma instituição pode ter 10 cirurgias em local errado, mas fazem 100 procedimentos e outra pode ter os mesmos 10 e fazer 1500 cirurgias. O número isolado se trata de um DADO e não um indicador. Talvez seja pertinente incluir um denominador. Analise este dado como uma variável. Se você tem o numerador total de cirurgias em local errado, o denominador pode ser o total de pacientes submetidos a procedimentos.	P32
	Serão de fácil obtenção se o hospital tiver uma rotina adequada de registros e organização dos dados.	P20
	Este tipo de incidente chama muito a atenção e dificilmente passaria despercebido. Existem anotações no prontuário.	P10
	Estimular cultura da segurança e a notificação de eventos adversos.	P36
	Inclusão de quadro de boas práticas cirúrgicas e dados coletados através da gravação de áudio/imagem.	P33
	Todas as etapas de conferência do protocolo de cirurgia segura com a participação do paciente em todas as fases.	P14
	Nem todos os incidentes são registrados em prontuário ou preenchidos em ficha de notificação pelos profissionais de saúde.	P29
	Implantação da cultura da segurança e cultura justa.	P24
	Com o enfermeiro responsável pelo setor (enfermeiro do centro cirúrgico).	P28
	A notificação deve ser a via de maior importância para a obtenção deste indicador. Mas isso passa pelo engajamento dos envolvidos e da cultura de segurança do paciente na instituição.	P49
	Muitas fontes diferentes de obtenção de dados: prontuário, checklist, resumo de alta e óbito, etc.	P23
	Este indicador ainda não está implantado no hospital. Para estudos os dados podem ser coletados do prontuário.	P07
	Conscientizar as equipes assistenciais, administrativas e pacientes/familiares a registrarem continuamente o que acontece e preocupações.	P37
	Caso haja cultura de notificação de erros e eventos adversos, sim.	P02
	Contato com o próprio paciente ou familiar	P51
	Ficha de cirurgia, checklist da cirurgia segura, resumo de alta ou de óbito fazem parte do prontuário, talvez colocar especificamente evolução médica e evolução de enfermagem ficha de cirurgia (talvez "ficha médica de descrição de cirurgia" sugiro incluir como fonte a ficha de enfermagem de sala cirúrgica.	P16
Registros eletrônicos.	P15	
Dificuldade de modelo de notificações, prontuários incompletos.	P09	
	Que sejam incluídos os pacientes com menos de 18 anos, pois o erro é igual, independentemente da idade do paciente. A não ser que se mude o nome do indicador para Cirurgia no local errado do corpo de paciente com 18 anos ou mais.	P17

As fontes para a obtenção dos dados (prontuários, relatórios de cirurgia, checklist da cirurgia segura, dentre outros citados) são disponíveis na instituição hospitalar. Porém, acredito que um fator essencial para a efetividade da coleta é a cultura do registro desses casos, incluindo, a ficha de notificação. A equipe deve ter a segurança de que a análise é do processo e não das pessoas. Caso contrário, a incidência das ocorrências será subestimada.	P06
A notificação deve ser a via de maior importância para a obtenção deste indicador. Mas isso para pelo engajamento dos envolvidos e da cultura de segurança do paciente na organização.	P49
A dificuldade em relação à obtenção dos dados relativos a este indicador está na segmentação de dados, subnotificação e dificuldade em implementação efetiva do checklist cirúrgico. Rumores ou identificação de queixas de pacientes (ouvidoria, pesquisa de satisfação ou similares) podem agilizar o processo de identificação do incidente, por isso sugiro inclui-las como fontes de obtenção de dados para este indicador. Em tempo: por que excluir fichas de notificação de crianças?	P48
Dependerá do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos existente no hospital, assim como se o prontuário é eletrônico ou manual, único para um paciente ou dividido de acordo com as categorias profissionais, ou seja, os sistemas de registro dos hospitais determinarão a disponibilidade do dado.	P40
Todas as fontes dependem de um registro adequado e de repasse de informação de um modo voluntário, podendo acarretar subnotificações ou registros incompletos.	P47
Utilizar uma associação de métodos para coleta (captação de falhas ativas e condições latentes).	P37
Estimular cultura da segurança e a notificação de eventos adversos.	P36
O problema são as múltiplas fontes e os diferentes níveis de informatização dos hospitais.	P48
Alguns profissionais não comunicam o erro e não registram em prontuário, ocasionando uma subnotificação/ Depende da cultura estabelecida pela instituição.	P29
Sensibilizar as equipes de enfermagem e médica quanto a necessidade da confiabilidade.	P28
São muitas as fontes de obtenção de dados, as quais, nem sempre estão preenchidas de forma completa.	P23
Todos os profissionais devem estar envolvidos e entenderem a importância desses dados na segurança do paciente.	P14
Dificuldade de um sistema de notificação real, poucos profissionais ainda envolvidos no gerenciamento de riscos, atribuindo esta atividade muitas vezes a profissional com outra atividade.	P09
É necessário que se realize auditoria periódica nas fontes para ratificar se as informações contidas estão sendo preenchidas corretamente e se são fidedignas.	P21
Quando disponível, o livro de registro de intercorrências do centro cirúrgico.	P16
Acompanhamento e registros adequados dos exames e evoluções pré-operatórias.	P13
As fontes de coleta devem ser confiáveis, conforme dispositivos legais e éticos. Reitero a observação anterior, quanto à cultura do registro e à segurança da análise do processo (e nas das pessoas).	P06
Não, porque existem omissões e/ou negligência de dados a respeito.	P51
Poderia ser incluída alguma avaliação/informação do paciente/familiar no pós-cirúrgico.	P11

SIMPLICIDADE	O indicador deve ser apresentado de forma mais clara e objetiva para o público.	P50
	A diferenciação de numerador e denominador para um indicador de número absoluto pode causar dúvidas.	P40
	As definições e conceitos devem explicar o indicador. O objetivo deve ser específico ao indicador e não à sua consequência.	P49
	Na parte de conceitos: quando menciona fora do bloco cirúrgico, penso estar confuso.	P31
	Na descrição do indicador não consta o que seria cirurgia no local errado, mas o que seria um procedimento cirúrgico.	P19
	Redação do indicador: o formato utilizado remete a critério. Como indicador seria: Número de cirurgia em local errado no corpo do paciente ou Frequência absoluta de cirurgia em local.... Critério (ou variáveis): é um atributo, aspecto da estrutura, processo ou resultado utilizado para mensurar uma intervenção/programa ou seus componentes. Indicador: medida ou fator quantitativo ou qualitativo, ligado ao critério. Número de...; Percentual ou proporção de...; Taxa de...; Coeficiente de... OBS: esse comentário se aplica para as demais fichas. É uma sugestão.	P12
	Que fique mais claro o porquê de se excluírem os menores de 18 anos ou como deve se proceder para que estes sejam incluídos.	P17
	Disseminação dos itens da ficha técnica para toda equipe assistencial para melhor compreensão.	P14
	No início poderá ser difícil, mas como sugestão fazer teórico prático com equipe, demonstrando o cálculo.	P09
REPRESENTATIVIDADE/ FIDELIDADE	É importante que a análise de indicadores seja realizada por mais de um profissional, de preferência equipe multidisciplinar (com experiência em gerenciamento de indicadores), sempre que possível. Em minha própria experiência com relação a isso, muitas vezes como Administradora a minha análise de indicadores foi aprimorada com o trabalho em conjunto com profissionais da assistência, enfermeiros e médicos. Considero essa parceria muito importante em um hospital.	P06
	O número absoluto de cirurgias erradas apresenta muita variabilidade para análise (movimentação cirúrgica, por exemplo), mesmo entendendo que ele deva ser sempre zero.	P31
	A descrição do objetivo do indicador é mais ampla do que o dado pode fornecer. O erro de lateralidade é um item de uma série de outros dados para avaliar a qualidade da assistência cirúrgica.	P47
	Apesar do Treshold (limite) ser zero, ou seja, não deve ocorrer nenhum evento desta natureza, um indicador deve ser trabalhado na forma de taxa ou índice, portanto, deveria haver um numerador e um denominador, que neste caso seria o número total de cirurgias realizadas.	P17
	Embora a meta deva ser zero erro cirúrgico, considero relevante saber registrar o número mensal de cirurgias, e sua classificação como eletiva/ urgência-emergência para o cálculo do indicador.	P16
	Sugestões para o nome do indicador: Incidência de erro no ato cirúrgico, Incidência de erro de identificação de lateralidade, Erro de identificação de lateralidade.	P09
	Questiono a representatividade de um indicador pautado em número absoluto. Também não seria interessante medir a relação percentual sobre o total de cirurgias realizadas no período?	P02
	A maior dificuldade está no entendimento sobre os procedimentos cirúrgicos realizados fora do centro cirúrgico.	P40
	O número absoluto de cirurgias erradas apresenta muita variabilidade para análise (movimentação cirúrgica, por exemplo),	P31

	mesmo entendendo que ele deva ser sempre zero. Como está descrito como um número total, não fica estabelecida a relação com o total de procedimentos realizados, então não é possível captar as mudanças que na realidade precisam considerar o percentual em relação ao total.	
	Acredito que não há intenção de operar local errado.	P28
	Estratificar por especialidade, algumas são mais suscetíveis a erros que outras	P16
	Penso que não é o foco do Indicador.	P51
	Considerando a dependência de que as informações sejam completas, há necessidade de ser incluída alguma estratégia para garantir este requisito. Poderá ser subnotificado quando a única forma de reconhecer o dado seja a notificação da equipe. Há que se ter um alto grau de maturidade e autonomia para que os colaboradores façam as notificações.	P11
	Sim, considerando que nesse caso o indicador será o alerta inicial de variações pontuais em comparação a um padrão de resultados desse indicador, em um período. Ao investigar o motivo dessa variação, pode-se identificar quais as causas; e se são intencionais ou não; sazonais ou não.	P06
ABRANGÊNCIA	Na verdade, o construto do indicador é muito específico, o que acarreta em abrangência limitada e existência de muitos indicadores.	P48
	Se entendermos que só ocorre esta falha por quebra de várias barreiras anteriores, penso que este dado representa uma síntese de condições, no entanto, situações monitoradas antes deste dano podem favorecer intervenções precoces no processo de trabalho.	P47
	A abrangência inicial poderia ser realizada, em uma especialidade, e um grupo específico.	P38
	Estimular cultura segurança e a notificação eventos adversos.	P36
	O indicador, creio, não sintetiza condições ou fatores.	P16
	Incluir pacientes com idade menor de 18 anos.	P33/P17
OBJETIVIDADE	Esta questão não está clara, pois enfoca dois "fenômenos" diferentes. Sugiro separá-los.	P51
	Fortalecer a participação de toda equipe na assistência ao paciente com foco nas ações de segurança.	P14
	Objetivo relata sobre eficiência cirúrgica, não está claro que é para avaliar o erro de lateralidade, eficiência cirúrgica pode ser entendida de outra forma, como por exemplo sucesso da cirurgia.	P09
	Eu fiquei na dúvida se o objetivo descrito estaria relacionado ao indicador proposto, ou se é algo maior, o objetivo de um conjunto de indicadores. Talvez o objetivo poderia ser mais pontual ao trabalho que se propõe nesse momento, já que a qualidade da assistência demandará maior número de investigações.	P06
BAIXO CUSTO	Tudo depende da logística de obtenção dos dados para controle do indicador. Serviços bem estruturados, com notificação efetiva ou identificação precoce pelos responsáveis pelo gerenciamento deste indicador o farão sem ônus financeiros adicionais. Contudo, se o serviço não estiver bem estruturado para gerenciamento de risco e de incidentes/eventos adversos, o responsável pela coleta/obtenção de dados terá que dispor de muito tempo para análise de documentos, em detrimento de outras atividades.	P48
	O indicador mostra que houve falha de diversas barreiras no processo e o erro atingiu o paciente com alto risco de causar dano. É um indicador importante, entretanto, para ser favorável sob ponto de vista financeiro deveria permitir monitorar o processo e corrigir falhas antes de atingir o paciente.	P23

	Sistemas informatizados (prontuário eletrônico) reduzirão os custos na coleta da informação.	P16
	Apresentar os custos reais de uma cirurgia para toda equipe assistencial e comparar com os dados de uma reoperação por erro cirúrgico.	P14
UTILIDADE	A descrição do objetivo do indicador é mais ampla do que o dado pode fornecer.	P47
	Estimular notificação e consequente qualidade dos dados usados	P36
	Deve ser tratado como um evento grave com investigação e tomada de decisões imediatas.	P31
	Indica falha grave no processo.	P23
	Envolver toda equipe nas ações de segurança ao paciente.	P14
	Não está descrito o que será feito se ocorrer lateralidade ou para se evitar.	P09
	Quanto à tomada de decisões, sim, o indicador proporciona tomada de decisões com as informações obtidas.	P06
	Sim, porém não alcança os possíveis fatores envolvidos, os quais poderiam contribuir para a prevenção.	P01
ESTABILIDADE	A série mostrará o número de erros, mas não permite boa comparação sem um denominador (números de cirurgias executadas).	P47
	Envolvimento da equipe multiprofissional no centro cirúrgico.	P38
	O indicador não considera proporção, é um número absoluto. A estabilidade seria melhor se houvesse estratificação do mesmo.	P37
	O número absoluto de cirurgias erradas apresenta muita variabilidade para análise (movimentação cirúrgica por exemplo), mesmo entendendo que ele deva ser sempre zero.	P31
	Nenhuma se estivermos trabalhando com uma meta de "erro zero", pois neste caso é irrelevante o porte do hospital. Caso haja uma meta diferente de zero, o indicador é afetado pelo número de procedimentos cirúrgicos realizados no período considerado. Nesse caso, o indicador deveria ter um denominador, que seria o número de procedimentos cirúrgicos no mesmo período.	P17
	Difícil responder pois esse indicador somente detectará o erro, e não os fatores intervenientes ou favoráveis ao erro, desse modo não é possível detectar interferência de variáveis.	P16
	Acho que deverá existir interferência externa, avaliação.	P09
	Isso depende se a avaliação terá uma mesma proporção de número de cirurgias em um dado período. Por ex: trimestral.	P02
Há estabilidade, pois são registros encontrados no prontuário do paciente em sua maioria, ou seja, fatos já consolidados e registrados, com anuência do profissional. Assim, há um mínimo de interferência.	P06	
TEMPESTIVIDADE	Como este é um <i>never event</i> e a ocorrência esperada em uma única instituição é baixa, a detecção imediata é necessária para mitigação do evento, tendo periodicidade mensal para fins de registro e implementação de medidas preventivas.	P48
	Para agilizar a coleta de dados é necessário um sistema de informação que contemple as necessidades da instituição.	P21
	Dependendo dos métodos de coleta utilizados a informação pode demorar. Sugestão: sistemas informatizados, com alertas para a gravidade do incidente.	P37
	Indica falha grave no processo que já atingiu o paciente com grande risco de dano. Seria interessante ter um indicador que monitore o processo permitindo identificação de falha antes de atingir o paciente.	P23
	A periodicidade do indicador é mencionada como sendo "mensal". Entretanto, se estivermos trabalhando com "erro zero" a notificação	P17

	do evento deve ser imediata para que haja intervenções corretivas imediatas.	
	Atualização da equipe assistencial sobre dados mundiais de erros cirúrgicos. Impacto da realidade com dados reais.	P14
	Na verdade, medi-lo, significa que ao obter resultados positivos, houve um incidente com dano ao paciente, o que não pode ser revertido. Sua medição pode ajudar a proteger o futuro ao ser analisado e definidas ações pra que sejam corrigidas as fragilidades que determinaram o seu resultado.	P10

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

**EXEMPLO DE RESULTADOS DA CORRELAÇÃO DE SPEARMAN POR
DIMENSÃO E ATRIBUTO
INDICADORES DA DIMENSÃO EFETIVIDADE CLÍNICA**

TABELA 1 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR MORTALIDADE CIRÚRGICA PADRONIZADA

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,747**											
3 a) Simplicidade facilidade	,680**	,846**										
3 b) Simplicidade entendimento	,536**	,717**	,824**									
4.Representatividade ou fidedignidade	,488**	,724**	,701**	,797**								
5.Sensibilidade	,373**	,564**	,545**	,623**	,689**							
6.Abrangência	,452**	,569**	,611**	,619**	,706**	,844**						
7.Objetividade	,489**	,610**	,701**	,718**	,839**	,722**	,770**					
8.Baixo custo	,609**	,791**	,722**	,567**	,760**	,499**	,574**	,625**				
9.Utilidade	,496**	,609**	,640**	,680**	,778**	,705**	,761**	,834**	,692**			
10.Estabilidade	,328*	,571**	,549**	,665**	,734**	,842**	,681**	,682**	,623**	,747**		
11.Tempestividade	,534**	,699**	,612**	,567**	,722**	,742**	,600**	,695**	,567**	,685**	,653**	

Legenda para todas as matrizes:

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

TABELA 2 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR ÓBITOS EM GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (DRG) DE BAIXA MORTALIDADE

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,776**											
3 Simplicidade facilidade	,642**	,776**										
4.Simplicidade entendimento	,533**	,643**	,772**									
5.Representatividade ou fidedignidade	,526**	,595**	,642**	,771**								
6.Sensibilidade	,584**	,645**	,586**	,764**	,745**							
7.Abrangência	,505**	,488**	,602**	,690**	,809**	,804**						
8.Objetividade	,491**	,614**	,707**	,632**	,797**	,659**	,761**					
9.Baixo custo	,607**	,729**	,621**	,669**	,643**	,594**	,587**	,699**				
10.Utilidade	,364**	,437**	,403**	,328*	,530**	,495**	,534**	,620**	,521**			
11.Estabilidade	,417**	,568**	,468**	,542**	,577**	,648**	,718**	,703**	,636**	,444**		
12.Tempestividade	,537**	,695**	,451**	,526**	,577**	,658**	,524**	,601**	,671**	,607	,667**	

TABELA 3 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE PNEUMÔNIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UTI

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,833**											
3. Simplicidade facilidade	,512**	,618**										
4. Simplicidade entendimento	,379**	,405**	,413**									
5. Representatividade ou fidedignidade	,543**	,496**	,344*	,502**								
6. Sensibilidade	,535**	,564**	,373**	,482**	,811**							
7. Abrangência	,452**	,475**	,286*	,320*	,604**	,729**						
8. Objetividade	,243	,176	,182	,397**	,585**	,500**	,549**					
9. Baixo custo	,610**	,707**	,446**	,399**	,469**	,549**	,363**	,179				
10. Utilidade	,487**	,591**	,350*	,425**	,565**	,571**	,598**	,413**	,618**			
11. Estabilidade	,422**	,453**	,508**	,425**	,683**	,882**	,652**	,511**	,403**	,407**		
12. Tempestividade	,536**	,566**	,450**	,421**	,649**	,737**	,410**	,479**	,696**	,431**	,681**	

TABELA 4 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR PNEUMOTÓRAX IATROGÊNICO

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,865**											
3. Simplicidade facilidade	,608**	,683**										
4. Simplicidade entendimento	,649**	,628**	,660**									
5. Representatividade ou fidedignidade	,602**	,597**	,637**	,648**								
6. Sensibilidade	,641**	,700**	,660**	,686**	,598**							
7. Abrangência	,586**	,619**	,528**	,728**	,575**	,748**						
8. Objetividade	,453**	,476**	,647**	,577**	,718**	,532**	,625**					
9. Baixo custo	,756**	,706**	,631**	,590**	,726**	,551**	,602**	,705**				
10. Utilidade	,497**	,476**	,454**	,525**	,543**	,409**	,557**	,779**	,670**			
11. Estabilidade	,564**	,542**	,532**	,642**	,717**	,711**	,758**	,637**	,681**	,579**		
12. Tempestividade	,544**	,525**	,473**	,553**	,616**	,596**	,513**	,545**	,689**	,398**	,678**	

TABELA 5 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR SEPSE PÓS-OPERATÓRIA

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,749**											
3.Simplicidade facilidade	,676**	,543**										
4.Simplicidade entendimento	,637**	,423**	,700**									
5.Representatividade ou fidedignidade	,593**	,638**	,623**	,537**								
6.Sensibilidade	,504**	,451**	,528**	,593**	,675**							
7.Abrangência	,446**	,401**	,395**	,544**	,579**	,814**						
8.Objetividade	,380**	,400**	,468**	,586**	,734**	,620**	,664**					
9.Baixo custo	,595**	,643**	,640**	,525**	,775**	,551**	,398**	,603**				
10.Utilidade	,527**	,432**	,562**	,588**	,723**	,636**	,661**	,769**	,585**			
11.Estabilidade	,512**	,540**	,539**	,434**	,671**	,775**	,774**	,684**	,583**	,662**		
12.Tempestividade	,503**	,611**	,429**	,479**	,718**	,597**	,602**	,766**	,699**	,653**	,804**	

TABELA 6 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR MORTALIDADE INSTITUCIONAL PADRONIZADA

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,764**											
3.Simplicidade facilidade	,627**	,783**										
4.Simplicidade entendimento	,548**	,572**	,790**									
5.Representatividade ou fidedignidade	,635**	,793**	,706**	,670**								
6.Sensibilidade	,536**	,694**	,542**	,547**	,700**							
7.Abrangência	,489**	,682**	,632**	,655**	,677**	,853**						
8.Objetividade	,512**	,608**	,635**	,761**	,775**	,670**	,763**					
9.Baixo custo	,654**	,845**	,726**	,667**	,835**	,731**	,712**	,740**				
10.Utilidade	,507**	,685**	,661**	,692**	,740**	,680**	,813**	,833**	,715**			
11.Estabilidade	,578**	,746**	,642**	,622**	,785**	,776**	,784**	,743**	,827**	,775**		
12.Tempestividade	,574**	,761**	,627**	,618**	,784**	,738**	,708**	,693**	,867**	,668**	,751**	

TABELA 7 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR REINTERNAÇÃO PÓS ALTA HOSPITALAR NÃO PROGRAMADA

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,579**											
3. Simplicidade facilidade	,612**	,556**										
4. Simplicidade entendimento	,555**	,644**	,638**									
5. Representatividade ou fidedignidade	,504**	,504**	,690**	,542**								
6. Sensibilidade	,534**	,515**	,596**	,515**	,575**							
7. Abrangência	,430**	,386**	,707**	,544**	,674**	,657**						
8. Objetividade	,511**	,465**	,669**	,610**	,803**	,505**	,766**					
9. Baixo custo	,644**	,326*	,593**	,410**	,599**	,512**	,494**	,631**				
10. Utilidade	,536**	,473**	,622**	,564**	,835**	,577**	,718**	,948**	,640**			
11. Estabilidade	,454**	,421**	,554**	,620**	,469**	,732**	,701**	,591**	,531**	,568**		
12. Tempestividade	,517**	,495**	,657**	,480**	,792**	,589**	,632**	,807**	,692**	,837**	,578**	

TABELA 8 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR REINTERNAÇÕES NA UTI ADULTO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HOSPITAL

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,827**											
3. Simplicidade facilidade	,677**	,756**										
4. Simplicidade entendimento	,563**	,670**	,664**									
5. Representatividade ou fidedignidade	,344*	,497**	,600**	,637**								
6. Sensibilidade	,387**	,504**	,607**	,624**	,792**							
7. Abrangência	,420**	,526**	,610**	,700**	,695**	,918**						
8. Objetividade	,208	,367**	,406**	,461**	,783**	,621**	,554**					
9. Baixo custo	,627**	,716**	,761**	,753**	,736**	,666**	,679**	,604**				
10. Utilidade	,356**	,522**	,576**	,627**	,848**	,711**	,713**	,883**	,744**			
11. Estabilidade	,369**	,453**	,522**	,496**	,603**	,759**	,732**	,649**	,605**	,679**		
12. Tempestividade	,443**	,581**	,524**	,451**	,564**	,541**	,569**	,662**	,672**	,693**	,621**	

TABELA 9 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE REAMISSÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,709**											
3.Simplicidade facilidade	,488**	,442**										
4.Simplicidade entendimento	,372**	,440**	,547**									
5.Representatividade ou fidedignidade	,357**	,532**	,532**	,768**								
6.Sensibilidade	,297*	,482**	,334*	,743**	,737**							
7.Abrangência	,245	,409**	,314*	,701**	,753**	,877**						
8.Objetividade	,237	,374**	,414**	,790**	,728**	,779**	,706**					
9.Baixo custo	,644**	,496**	,694**	,589**	,673**	,488**	,475**	,533**				
10.Utilidade	,346*	,430**	,350*	,766**	,726**	,616**	,546**	,762**	,577**			
11.Estabilidade	,192	,383**	,271	,518**	,637**	,611**	,623**	,557**	,519**	,578**		
12.Tempestividade	,499**	,456**	,533**	,608**	,754**	,553**	,532**	,608**	,825**	,736**	,619**	

TABELA 10 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR DENSIDADE DE NOVAS INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MRSA OU VRE)

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,773**											
3.Simplicidade facilidade	,618**	,647**										
4.Simplicidade entendimento	,449**	,476**	,738**									
5.Representatividade ou fidedignidade	,493**	,585**	,621**	,531**								
6.Sensibilidade	,418**	,626**	,542**	,621**	,715**							
7.Abrangência	,439**	,638**	,374**	,471**	,681**	,868**						
8.Objetividade	,452**	,479**	,468**	,526**	,759**	,679**	,659**					
9.Baixo custo	,601**	,576**	,692**	,560**	,699**	,680**	,647**	,698**				
10.Utilidade	,384**	,540**	,456**	,521**	,723**	,657**	,650**	,827**	,566**			
11.Estabilidade	,447**	,592**	,573**	,616**	,575**	,811**	,760**	,594**	,662**	,701**		
12.Tempestividade	,453**	,601**	,616**	,578**	,703**	,704**	,589**	,724**	,692**	,718**	,726**	

TABELA 11 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DO INDICADOR MORTALIDADE EM UTI ADULTO

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Disponibilidade												
2. Confiabilidade	,778**											
3.Simplicidade facilidade	,592**	,549**										
4.Simplicidade entendimento	,364*	,359*	,723**									
5.Representatividade ou fidedignidade	,649**	,697**	,581**	,485**								
6.Sensibilidade	,408**	,447**	,581**	,737**	,627**							
7.Abrangência	,416**	,455**	,586**	,754**	,570**	,901**						
8.Objetividade	,421**	,455**	,649**	,710**	,639**	,748	,691**					
9.Baixo custo	,707**	,598**	,605**	,523**	,701**	,641**	,578**	,544**				
10.Utilidade	,548**	,508**	,435**	,568**	,739**	,536**	,610**	,599**	,675**			
11.Estabilidade	,325*	,368**	,461**	,663**	,531**	,834**	,797**	,727**	,504**	,599**		
12.Tempestividade	,466**	,444**	,387**	,529**	,665**	,615**	,630**	,598**	,664**	,852**	,674**	

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais.

Pesquisador: LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59558216.7.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.749.438

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais, que foi encaminhado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPR, sob a coordenação da professora Lillian Daisy Gonçalves Wolff.

Efetividade refere-se ao grau com que melhorias atingíveis em saúde são de fato alcançadas. É indispensável que hospitais tenham um acompanhamento da efetividade de seus processos. Para tanto é necessário definir indicadores que sejam disponíveis, simples, sensíveis, confiáveis e representativos da efetividade hospitalar. Esta pesquisa tem como objetivo a obtenção de um rol de indicadores que possibilitem a mensuração da efetividade assistencial hospitalar. Caracteriza-se como descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa. O aspecto quantitativo será concretizado pela obtenção de respostas de painelistas ou especialistas, acerca dos indicadores que possibilitem a medida do desempenho assistencial de hospitais, isto é, a efetividade dos processos realizados para assistência à saúde de pacientes. A coleta de dados será mediante inquérito online, ocorrerá o envio do link que dá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ao instrumento de pesquisa em formato eletrônico, aos painelistas. A amostra será intencional, isto é, serão convidados a participar da pesquisa como painelistas todos aqueles que preencherem os critérios de inclusão. O possível painalista será incluído no Grupo 1, segundo dois conjuntos de critérios. O primeiro conjunto de critérios refere-se a ser profissional que integre

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.749.438

grupo cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisas do CNPq, possua título de mestre ou doutor, que apresente produção científica ou técnica na área de avaliação em saúde, indicadores ou avaliação de efetividade de hospitais, registrada em seu currículo na Plataforma Lattes. Será enviado convite por e-mail por meio da Plataforma Lattes, e-mail pessoal ou por telefone, com vistas a convidá-los a participar da pesquisa online. Os primeiros 30 pesquisadores que aceitarem participar serão incluídos no Grupo 1. O segundo conjunto de critérios refere-se a profissionais com título de mestre ou doutor, que orientaram dissertações ou teses relacionadas à efetividade hospitalar. Neste caso, o recrutamento será por meio da plataforma do Instituto Brasileiro de Informação, Ciência e Tecnologia (IBICT). Serão excluídos da pesquisa aqueles que não responderem 70% das questões em cada rodada. As respostas de cada painalista serão avaliadas, consideradas e inseridas em registros computacionais, em um aplicativo ou plataforma eletrônica, específico para pesquisas online, que também fornecerá a tabulação automática dos dados de cada rodada, que será utilizada para o feedback controlado aos participantes. A análise dos dados será realizada por meio de estatística descritiva e testes estatísticos, mediante utilização de programa estatístico para analisar a consistência interna e as diferenças de opinião dos painelistas. Serão realizadas quantas rodadas forem necessárias para a obtenção do consenso maior ou igual de 70% de concordância total (concordo totalmente) ou discordância total (discordo totalmente) nas respostas dos especialistas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Definir um rol de indicadores que possibilitem a medida da efetividade da assistência em hospitais.

Objetivo Secundário:

1. Levantar na literatura nacional e internacional, indicadores que permitam avaliação da efetividade da assistência em hospitais;
2. Identificar pesquisadores com produção científica relacionada a indicadores hospitalares, gestão da qualidade, avaliação de hospitais ou profissionais com experiência no uso de indicadores para avaliação da assistência hospitalar;
3. Submeter um rol de indicadores à apreciação de especialistas quanto aos atributos qualitativos: sensibilidade; fidedignidade; objetividade; baixo custo; simplicidade, utilidade; disponibilidade; confiabilidade e abrangência.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.749.438

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora

Riscos:

Os participantes painelistas somente participarão da pesquisa após o preenchimento do termo de Consentimento Livre e Esclarecido online, contemplando todas as recomendações da Resolução 466/12. No que concerne aos princípios éticos, serão respeitados os direitos dos participantes. As suas identidades permanecerão no anonimato, não acarretando em malefícios e prejuízos monetários e morais. Os participantes painelistas serão esclarecidos quanto aos objetivos e características de sua participação na pesquisa. Será respeitado o fato de que alguns participantes possam se sentir constrangidos e desconfortáveis pelo tempo gasto ao responder aos questionários, pode haver dificuldade de compreensão do instrumento e da metodologia e do manuseio do sistema computacional. Será informada a possibilidade de desistência do estudo por parte do participante, em qualquer momento da pesquisa, se assim o desejar. O acesso ao inquérito online ocorrerá após a leitura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios:

A partir da aplicação da Técnica Delphi com painelistas especialistas, serão obtidos um rol de indicadores de efetividade que poderão ser utilizados em estudos e avaliações de desempenho hospitalar no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com ampla relevância social pois indicadores de resultados da assistência hospitalar tornam-se imprescindíveis para avaliar a influência do processo de prestação de cuidados de saúde sobre a saúde dos indivíduos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos foram apresentados

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.749.438

Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_777313.pdf	30/08/2016 16:24:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	9TCLE.docx	30/08/2016 16:22:56	LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.docx	30/08/2016 16:22:14	LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	30/08/2016 16:17:20	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	checklist.pdf	30/08/2016 16:11:30	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	10TCLEpreteste.docx	30/08/2016 16:09:51	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	8Termodeeresponsabilidadedenoprojeto.pdf	30/08/2016 15:48:25	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	7Termocompromissoiniciodapesquisa.pdf	30/08/2016 15:39:55	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	6Decdeusoesspecificodematerialoudados.pdf	30/08/2016 15:36:44	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	5Decdetornarpublicososresultados.pdf	30/08/2016 15:35:20	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	4Termodeconfidencialidade.pdf	30/08/2016 15:30:09	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.749.438

Outros	3AnalisedeMerito.pdf	30/08/2016 15:25:25	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	2Ataaprovacaoprojeto.pdf	30/08/2016 15:23:21	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	1OfpesqncprojetoaoCEP.pdf	30/08/2016 15:22:35	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	30/08/2016 15:11:51	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 28 de Setembro de 2016

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br