



# Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH - 2006



Programa  
CQH  
Compromisso  
com a  
Qualidade  
Hospitalar

# PROGRAMA CQH

## Compromisso com a Qualidade Hospitalar

### MISSÃO

A missão do Programa é contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde, mediante metodologia específica.

### VALORES

- **Ética:** A participação no Programa CQH requer integridade, honestidade moral e intelectual e o respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.
- **Enfoque educativo:** O Programa CQH promove o aprendizado a partir da reflexão e da análise crítica dos processos e resultados.
- **Autonomia técnica:** O Programa CQH tem autonomia técnica para ser conduzido, independentemente de injunções que contrariem os princípios definidos em seus documentos básicos: Missão, Valores, Visão, Estatuto e Metodologia de Trabalho.
- **Simplicidade:** O Programa CQH busca a simplicidade. As regras são adequadas à realidade dos serviços de saúde brasileiros.
- **Voluntariado:** O Programa CQH incentiva a participação voluntária dos serviços de saúde, interpretando a busca da melhoria da qualidade como manifestação de responsabilidade pública e de cidadania.
- **Confidencialidade:** O Programa CQH trata todos os dados relacionados às suas atividades de maneira confidencial, preservando a identificação dos participantes.

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Programa de Qualidade Hospitalar (CQH).

Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. / Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). – São Paulo: APM/CREMESP, 2006. 40 p.

Inclui referências bibliográficas.

1. Enfermagem (qualidade) 2. Indicadores de serviços de saúde. I. Associação Paulista Medicina (APM). II. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). III. Título.

# ÍNDICE

MISSÃO .....	1
VALORES .....	1
Equipe Responsável pela Elaboração do Manual .....	4
1. Introdução.....	7
2. Descrição dos Indicadores.....	11
2.1 - Incidência de Queda de Paciente .....	11
2.2 - Incidência de Extubação Acidental.....	12
2.3 - Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional.....	13
2.4 - Incidência de Úlcera por Pressão (UPP) .....	14
2.5 - Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem .	15
2.6 - Incidência de Flebite .....	16
2.7 - Horas de Enfermeiro / Cuidado semi-intensivo .....	17
2.8 - Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem / Cuidado semi-intensivo .....	18
2.9 - Horas de Enfermeiro / Cuidado Intensivo .....	19
2.10 - Horas de Técnicos de Enfermagem / Cuidado Intensivo.....	20
2.11 - Horas de Enfermeiro / Cuidado Mínimo e Intermediário .....	21
2.12 - Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem / Cuidado Mínimo e Intermediário .....	22
2.13 - Taxa de Absenteísmo de Enfermagem .....	23
2.14 - Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem .....	24
2.15 - Taxa de Acidente de Trabalho de Profissionais de Enfermagem .....	25
2.16 - Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem ( <i>Turn Over</i> ) .....	26
3. Considerações Finais .....	27
4. Anexos .....	28
Anexo A.....	28
Anexo B.....	31
Anexo C.....	32
Anexo D.....	33
Anexo E.....	35
Anexo F.....	36
5. Referências.....	37
6. Bibliografia Consultada .....	38

# Equipe Responsável pela Elaboração do Manual

## Coordenação

Nancy Val y Val Peres da Mota

Médica, membro do Núcleo Técnico do CQH e Assessora da Superintendência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

## Colaboração

Daisy Maria Rizzato Tronchin – Professora Doutora da Escola de Enfermagem da USP

Marta Maria Melleiro – Professora Doutora da Escola de Enfermagem da USP

Neusa Kyoko S. Uchiyama – Gerente de Enfermagem do Policlín S/A Serviços Médico Hospitalares

## Coordenadoras dos Grupos de Indicadores de Enfermagem

Anna Margherita G. T. Bork – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira - Hospital Albert Einstein

Elisa Aparecida Alves Reis – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira - Hospital Albert Einstein

- Horas de Enfermeiro / Cuidado Semi-Intensivo
- Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem / Cuidado Semi-Intensivo
- Horas de Enfermeiro / Cuidado Intensivo
- Horas de Técnicos de Enfermagem / Cuidado Intensivo
- Horas de Enfermeiro / Cuidado Mínimo e Intermediário
- Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem / Cuidado Mínimo e Intermediário

Carla Patricia A. C. Denser – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira - Hospital Albert Einstein

- Incidência de Queda de Paciente
- Incidência de Extubação Acidental
- Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional

Fátima Silvana Furtado Gerolin – Hospital Alemão Oswaldo Cruz

- Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem

Gercina Rodrigues Ferreira – Instituto de Ortopedia e Traumatologia - HCFMUSP

- Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem

Ivany Aparecida Nunes – Instituto de Ortopedia e Traumatologia - HCFMUSP

- Taxa de Absenteísmo de Enfermagem

Luzia Helena Vizona Ferrero – Hospital Alvorada Moema

- Taxa de Acidente de Trabalho de Profissionais de Enfermagem
- Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (*Turn Over*)

Márcia Utimura Amino – Hospital Alemão Oswaldo Cruz

- Incidência de Flebite

Rosana Pellicia Pires – Hospital Alemão Oswaldo Cruz

- Incidência de Úlcera por Pressão (UPP)

## Participantes dos grupos

Alessandra Guilherme

Andreia Perseguin de Souza

Aparecida Helena Vicentim

Armênia F. Gonçalves

Carmem C. M. Rodrigues

Carmen Silvia Gabriel Rotta

Claudia Regina Laselva

Cleusa Aparecida Inácio

Cristina Kiyoko Kuga

Débora Giroto Noronha Mansur

Denise Aparecida Massari Souza Natal

Eliana Rodrigues Carlessi

Liliane Bauer Feldman

Márcia Rodrigues Maciel

Marisol A. Souza Lenhares

Rita Lopes Arantes Costa Vargas

Sandra Regina Luz de Andrade

Thais Marcondes Ferreira

Ursula Margareta Zeller

## Hospitais e entidades que participaram de 50% ou mais das reuniões referentes aos indicadores de enfermagem do NAGEH, no período de agosto de 2004 a junho de 2005

C.A.I.S.M. da Água Funda – São Paulo - SP

Centro Infantil Boldrini – Campinas - SP

Centro Médico de Campinas – Campinas - SP

Escola de Enfermagem da USP – São Paulo - SP

Hospital Alemão Oswaldo Cruz – São Paulo - SP

Hospital Alvorada Moema – São Paulo - SP

Hospital Alvorada Santo Amaro – São Paulo - SP

Hospital do Servidor Público Estadual – São Paulo - SP

Hospital do Servidor Público Municipal – São Paulo - SP

Hospital e Maternidade Brasil – Santo André - SP

Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros  
– São Paulo - SP

Hospital e Maternidade Policlin – São José dos  
Campos - SP

Hospital e Maternidade São Luiz - Itaim – São Paulo - SP

Hospital e Maternidade Unimed Leste Paulista –  
São João da Boa Vista - SP

Hospital Estadual de Diadema – Diadema - SP

Hospital Estadual Sapopemba – HCFMUSP – São  
Paulo - SP

Hospital Estadual Presidente Prudente – Presidente  
Prudente - SP

Hospital Geral de Pirajussara – Taboão da Serra - SP

Hospital Geral de Taipas – São Paulo - SP

Hospital Santa Cruz – São Paulo - SP

Hospital Santa Elisa – Jundiaí - SP

Hospital São Paulo – São Paulo - SP

Hospital Unimed de Araras – Araras - SP

Hospital Unimed de Limeira – Limeira - SP

Hospital Vera Cruz – Campinas - SP

Hospital Vila Maria – São Paulo - SP

Hospital Waldomiro de Paula – São Paulo - SP

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo - SP

Instituto de Ortopedia e Traumatologia - HCFMUSP  
– São Paulo - SP

Instituto de Psiquiatria - HCFMUSP – São Paulo - SP

Policlin Serviços Médico Hospitalares - Nove de Julho  
– São José dos Campos - SP

Santa Casa de Franca – Franca - SP

Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba  
– Piracicaba - SP

Sociedade B.I.B. - Hospital Albert Einstein – São  
Paulo - SP

UNIFESP / EPM – São Paulo - SP

## **Realização**

**Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar**

**Secretaria do CQH**

**Mirian Hisayo Nagai**

**Juliana Ramos de Andrade**

**Joice Siara Botton**

**Revisão**

**Massayuki Yamamoto – Núcleo Técnico do CQH**

# 1. Introdução

A busca pela qualidade assistencial vem sendo cada vez mais discutida e compartilhada entre os profissionais de saúde, sobretudo os que atuam na esfera gerencial, uma vez que os usuários dos estabelecimentos de saúde tornaram-se, nas últimas décadas, mais conscientes de seus direitos, requerendo, assim, um maior comprometimento dessas instituições.

Nessa perspectiva, o alcance da qualidade pelos serviços de saúde passa a ser uma atitude coletiva, tornando-se um diferencial técnico e social, necessário para atender a demanda de uma sociedade cada vez mais exigente, que envolve não só o usuário do sistema, como também os gestores. Isso requer a implementação de uma política de qualidade nas organizações, tanto na rede privada como na pública (Kluck et al., 2002).

No setor saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao usuário, um alto grau de satisfação por parte dos clientes, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (Organização Mundial da Saúde, 1981; Donabedian, 1992).

A qualidade é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto, organização ou uma combinação destes), que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas (Fundação Nacional da Qualidade - FNQ, 2006).

Segundo Garay (1997), a gestão da qualidade refere-se ao processo ativo de determinar e orientar o caminho a ser percorrido para atingirmos os objetivos, empregando todos os recursos contidos na produção de um bem ou de um serviço.

Para o alcance dessa meta é fundamental a implementação de medidas, visando a qualidade desses serviços. Atualmente, constata-se que a gestão da qualidade tem sido abordada das mais diferentes formas e situações, destacando-se no âmbito empresarial, nos modelos gerenciais, na política de recursos humanos e na organização dos processos de trabalho (Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2005).

Nogueira (1994) ressalta o fato de que o atendimento das necessidades e das expectativas dos usuários dos serviços de saúde, de maneira eficiente e eficaz, é a questão norteadora dos pressupostos filosóficos e das bases metodológicas que vêm orientando as ações das organizações. Assim, verifica-se que o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando, nos últimos anos, um novo imperativo: a busca pela gestão da qualidade dos serviços.

Acompanhando essa lógica, os Serviços de Enfermagem, como parte integrante de instituições complexas, enfrenta inúmeros desafios no sentido de atender as demandas dos clientes internos e externos, a fim de alcançar a excelência da qualidade assistencial.



Sob essa ótica, a melhoria contínua da qualidade assistencial é considerada um processo dinâmico e exaustivo de identificação constante dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do profissional enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (Fonseca et al., 2005).

Assim, observa-se a crescente preocupação desses profissionais quanto à construção e validação de indicadores, objetivando auferir a qualidade da assistência, que sejam passíveis de comparabilidade nos âmbitos intra e extra-institucional e que reflitam os diferentes contextos de sua prática profissional.

Conceitua-se indicador como uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado, ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço (JCAHO, 1992).

Os indicadores são, ainda, compreendidos como dados ou informações numéricas que buscam quantificar as entradas (recursos ou insumos), as saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da organização como um todo. Esses são empregados para acompanhar e melhorar os resultados ao longo do tempo e podem ser classificados em: simples (decorrentes de uma única medição) ou compostos; diretos ou indiretos em relação à característica medida; específicos (atividades ou processos) ou globais (resultados pretendidos pela organização) e direcionadores - *drivers* ou resultantes - *outcomes* (FNQ, 2006).

Nesse contexto, o Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar mantido pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), criado em 1991, com a finalidade de avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários dos hospitais do Estado de São Paulo e de outros da Federação, vem utilizando na sua metodologia avaliativa o monitoramento de indicadores.

A missão do CQH é contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde, mediante metodologia específica.

A metodologia de avaliação empregada pelo programa fundamenta-se em monitorar os indicadores institucionais, na auto-avaliação e na realização de visitas aos hospitais participantes.

O monitoramento dos indicadores ocorre através do encaminhamento mensal, pelos Hospitais Participantes, dos resultados de indicadores relacionados à sua gestão, os quais são analisados estatisticamente pelo CQH, sendo elaborados relatórios. Trimestralmente, esses documentos são enviados aos 170 hospitais que integram o programa, para que esses possam conhecer o seu desempenho.

A auto-avaliação das unidades hospitalares é feita pela aplicação de um questionário (Roteiro de Visitas do CQH), o qual é respondido pelo seu corpo diretivo. Esse instrumento é constituído

por um elenco de proposições agrupadas em critérios baseados no modelo de avaliação do Prêmio Nacional da Qualidade – PNQ: Perfil, Liderança, Estratégias e Planos, Clientes, Sociedade, Informação e Conhecimento, Pessoas, Processos e Resultados.

No que diz respeito às visitas, estas ocorrem, em um primeiro momento, sempre que houver solicitação da unidade, e após o recebimento do Selo de Conformidade, compulsoriamente, a cada dois anos.

Cabe ressaltar que a confidencialidade dos dados é mantida, identificando-se os hospitais por meio de números, que são conhecidos somente pelos seus representantes. Essas instituições têm a oportunidade de discutir os dados apresentados, por ocasião das Assembléias realizadas a cada trimestre, na APM.

Foi durante a realização desses encontros que os representantes dos hospitais passaram a solicitar que alguns indicadores fossem revistos e segmentados, de forma a atender a determinados processos específicos, como, por exemplo, os relacionados à área da Enfermagem. Para tanto, todos os diretores e gerentes de enfermagem dos estabelecimentos de saúde, envolvidos com o CQH, e de outras instituições que demonstraram interesse no processo de qualidade foram convidados a participar de uma reunião do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), que é um subgrupo do CQH e que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar.

Nessa oportunidade, discutiu-se a proposta de construção de indicadores de qualidade, passíveis de aplicação na Enfermagem. Compareceram a esse primeiro encontro 85 gerentes e diretores de enfermagem, representantes de 60 instituições, públicas e privadas, da capital e do interior do Estado de São Paulo e foram convidadas duas docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com o intuito de debater o tema qualidade e sua interface com indicadores, sendo selecionados aqueles passíveis de aplicabilidade e que retratassem a realidade dos Serviços de Enfermagem.

Dessa forma, os participantes foram divididos em subgrupos, para que os seus integrantes listassem os indicadores de Enfermagem que já estavam sendo utilizados nos seus hospitais, bem como aqueles considerados relevantes e aplicáveis.

Nas reuniões subseqüentes, mediadas pela coordenadora do NAGEH, os subgrupos se propuseram, com a contribuição das docentes envolvidas, a realizar levantamentos bibliográficos e a selecionar indicadores comuns aos hospitais participantes e que estivessem referendados pela literatura nacional e internacional.

De posse desse material, a pauta das reuniões deteve-se na apresentação dos indicadores propostos pelos subgrupos e nas modificações que se fizeram necessárias para a adequação dos mesmos.

Dentre os indicadores de processo selecionados, foram escolhidos seis, que vêm sendo empregados nas instituições participantes e que se encontram detalhados neste manual. São eles:

1. Incidência de Queda de Paciente;
2. Incidência de Extubação Acidental;
3. Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional;
4. Incidência de Úlcera Por Pressão;
5. Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem;
6. Incidência de Flebite.

Por ocasião da conclusão dessa fase, constatou-se que 32 hospitais haviam, efetivamente, aderido à proposta inicial, uma vez que apresentaram uma frequência maior ou igual a 50% nos encontros, constituindo, portanto, o grupo final de trabalho.

Cabe ressaltar que os indicadores de gestão de pessoas estão sendo, concomitantemente, revisados, utilizando-se as mesmas etapas empregadas na gestão de processos. São eles:

1. Taxa de Absenteísmo de Enfermagem;
2. Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem;
3. Taxa de Acidente de Trabalho de Profissionais de Enfermagem;
4. Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (*Turn Over*);
5. Horas de Enfermeiro / Cuidado Intensivo;
6. Horas de Técnicos de Enfermagem / Cuidado Intensivo;
7. Horas de Enfermeiro / Cuidado Semi-Intensivo;
8. Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem / Cuidado Semi-Intensivo;
9. Horas de Enfermeiro / Cuidado Intermediário e Mínimo;
10. Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem / Cuidado Mínimo e Intermediário.

## 2. Descrição dos Indicadores

### 2.1 - Incidência de Queda de Paciente

**Definição:** relação entre o número de quedas e o número de pacientes-dia, multiplicado por 1000.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Incidência de Queda de Paciente} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de quedas}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

Diário       Semanal       Mensal       Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da Instituição

Em unidades específicas. Quais? \_\_\_\_\_

Observações:

Queda = situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo.

- O registro da queda será classificado de acordo com a faixa etária do paciente. A faixa etária é um dos fatores de risco, porém não influencia no registro de queda e nem na classificação da mesma. As implicações desse registro para a prática da assistência incluem a realização de um protocolo de avaliação de risco, podendo assim ser respaldado pela prescrição de enfermagem;
- O registro da ocorrência deve ser feito imediatamente após a assistência prestada ao paciente;
- Considerar no levantamento os fatores de risco: idade menor que 5 anos e/ou maior que 65 anos; agitação/confusão; déficit sensitivo; distúrbios neurológicos; em uso de sedativos ou pós-sedação; dificuldades de marcha.

## 2.2 - Incidência de Extubação Acidental

**Definição:** relação entre o número de pacientes extubados acidentalmente e o número de pacientes intubados por dia, multiplicado por 100.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Incidência de Extubação Acidental} = \frac{\text{nº de pacientes extubados acidentalmente}}{\text{nº de pacientes intubados / dia}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      ( X ) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

( ) Todas as unidades da Instituição

( X ) Em unidades específicas. Quais? UTI de Adultos, UTI Pediátrica e UTI Neonatal

Observações:

Extubação acidental = retirada acidental, ou não planejada, da cânula endotraqueal.

- Os registros de extubações acidentais serão classificados de acordo com as causas/motivos que levaram à ocorrência. Algumas medidas podem ser implementadas para prevenir esse incidente. A extubação somente é indicada quando o paciente está fisiologicamente capaz de manter respiração espontânea, apresentando controle neuromuscular suficiente para fornecer a ventilação adequada;
- O registro da ocorrência de extubação acidental deverá ser realizado imediatamente após a mesma;
- O número de pacientes extubados deverá ser coletado diariamente a partir da zero hora;
- Considerar fatores de risco: agitação/confusão; manuseio do paciente; fixação inadequada; pressão do *cuff*; obstrução da cânula e intubação seletiva.

## 2.3 - Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional

**Definição:** relação entre o número de perdas de sonda nasogastroenteral (NGE) e o número de pacientes com sonda nasogastroenteral por dia, multiplicado por 100.

Fórmula para Cálculo:

$$\frac{\text{Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional}}{\text{nº de perdas de sonda NGE}} = \frac{\text{nº de perdas de sonda NGE}}{\text{nº de pacientes com sonda nasogastroenteral / dia}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      ( X ) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

( X ) Todas as unidades da Instituição

( ) Em unidades específicas. Quais? \_\_\_\_\_

Observações:

Registrar a data da colocação e a causa da perda da sonda:

- Perda acidental: pelo próprio paciente (agitação motora, uso de sedação, confusão mental, com distúrbio neurológico e outros) ou durante a manipulação do paciente (troca de curativo, banho ou higiene íntima, administração de medicação, mudança de decúbito, transporte leito-maca, transporte maca/leito);
- Obstrução;
- Deterioração do produto da sonda (mudança da cor e colabação);
- Verificar se a fixação e/ou curativo da sonda foram realizados de forma correta;
- Verificar se há registro de cuidados de enfermagem com a sonda na prescrição de enfermagem todos os dias, alguns dias ou nenhum dia.

## 2.4 - Incidência de Úlcera por Pressão (UPP)

**Definição:** relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão no período, multiplicado por 100.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Incidência de Úlcera por Pressão} = \frac{\text{nº de casos novos de pacientes com UPP em um determinado período}}{\text{nº de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP no período}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      (X) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

( ) Todas as unidades da Instituição  
(X) Em unidades específicas. Quais? UTI de Adultos

Observações:

As úlceras por pressão são definidas como “áreas de localização de necrose tissular que se desenvolvem quando o tecido de acolchoamento é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um período prolongado” (National Pressure Ulcer Advisory Panel).

As escalas de risco servem para pontuar justamente o risco de uma população e têm grande importância ao constituírem estratégias para diminuir a incidência de formação da úlcera por pressão, através da priorização de pacientes e intervenções preventivas mais eficazes. A Escala de Braden é ultimamente a mais utilizada, por ter sido submetida a diversos estudos e testes de confiabilidade e validade em diferentes populações, dentre as escalas mais conhecidas, quais sejam Norton, Gosnell e Waterloo. Foi validada também para a Língua Portuguesa.

A Escala de Braden (Anexo A) é composta de seis subclasses que refletem o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento. Todas as subclasses são graduadas de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja variação é de 1 a 3. O grau de risco varia de 6 a 23, e pacientes adultos hospitalizados com escores de 16 ou abaixo são considerados de risco para a aquisição de úlcera por pressão. Em população mais velha, os graus 17 ou 18 já podem ser considerados críticos.

Neste estudo utilizaremos o escore 16 como crítico para desenvolvimento de úlceras por pressão.

## 2.5 - Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem

**Definição:** relação entre o número de não conformidades relacionadas à administração de medicamentos e o número de pacientes–dia com prescrição de medicamentos, multiplicado por 100.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Incidência Geral por Unidade} = \frac{\text{nº de não conformidades relacionadas a adm. de medicamentos pela enfermagem}}{\text{nº de pacientes – dia}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      (X) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

(X) Todas as unidades da Instituição

( ) Em unidades específicas. Quais? \_\_\_\_\_

Observações:

Erro de Medicação = qualquer evento evitável que, de fato, ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento.

- Mensurar as não conformidades na terapêutica medicamentosa realizada pela equipe de enfermagem de forma sistematizada, possibilitando a comparação entre os diversos hospitais participantes do CQH.
- Subsidiar a implantação de medidas que minimizem a ocorrência destas não conformidades.

Critérios de inclusão – Serão consideradas não conformidades as ações relacionadas à:

- Administração de medicamento não prescrito: qualquer medicamento administrado sem ter a prescrição médica correspondente. Ex.: administração de medicamento prescrito para um determinado paciente, porém administrado em outro paciente (troca de paciente), ou administração de medicamento errado (engano de medicamento);
- Via de administração incorreta, ou seja, administração de medicação por via não prescrita;
- Dose errada: administração de doses diferentes da prescrita;
- Não administração/omissão de medicação prescrita, ou seja, não administração nos horários prescritos, com tolerância de 60 minutos, por causas não justificadas. Ex.: medicamento não administrado por esquecimento da equipe de enfermagem, e não porque o paciente se encontrava no Centro de Diagnóstico ou estava em falta na farmácia do hospital;
- Tempo de infusão divergente do prescrito.



## 2.6 - Incidência de Flebite

**Definição:** relação entre o número de casos de flebite no período e o número de pacientes-dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Incidência de Flebite} = \frac{\text{nº de casos de flebite no período}}{\text{nº de pacientes – dia com acesso venoso periférico}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      ( X ) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

( X ) Todas as unidades da Instituição

( ) Em unidades específicas. Quais? \_\_\_\_\_

Observações:

Flebite = presença de um processo inflamatório na parede da veia, em geral associado a dor, eritema, endurecimento do vaso ou presença de cordão fibroso.

Recomenda-se:

- Retirar o acesso imediatamente ao primeiro sinal ou queixa de dor;
- Preencher o formulário de notificação de flebite;
- Notificar o médico responsável se flebite com intensidade “3+” (Anexo B);
- Inspeccionar o local e evolução dos sinais flogísticos a cada 6 horas;
- Realizar anotação de enfermagem relacionada ao local, se mantendo salinizado ou com soroterapia, descrevendo os sinais/sintomas e condutas;
- Realizar a prescrição de enfermagem;
- Coletar o dado independentemente da unidade onde foi realizada a punção venosa.

## 2.7 - Horas de Enfermeiro / Cuidado semi-intensivo

**Definição:** relação entre as horas prestadas por enfermeiros e o número de pacientes-dia em cuidado semi-intensivo.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Horas de Enfermeiro (Cuidado Semi-Intensivo)} = \frac{\text{nº de horas prestadas por enfermeiros}}{\text{nº de pacientes – dia no período}}$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      ( X ) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

( ) Todas as unidades da Instituição

( X ) Em unidades específicas. Quais? Unidade de cuidado semi-intensivo

Observações:

Número de Horas de Enfermagem Prestadas = número de horas prestadas pelos enfermeiros no mês, descontado o descanso semanal remunerado. Obs.: Deverão ser computadas somente as horas dos enfermeiros que prestam cuidado direto ao paciente.

Número de Pacientes-Dia = soma do número de pacientes internados diariamente em uma unidade, em um determinado período.

## 2.8 - Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem/ Cuidado semi-intensivo

**Definição:** relação entre as horas prestadas pelos Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem e o número de pacientes-dia em cuidado semi-intensivo.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Horas de Téc. e/ou Aux. Enf. (Cuidado Semi-Intensivo)} = \frac{\text{nº de horas prestadas por Téc. e/ou Aux. Enf.}}{\text{nº de pacientes – dia no período}}$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      (X) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

( ) Todas as unidades da Instituição

(X) Em unidades específicas. Quais? Unidade de cuidado semi-intensivo

Observações:

Número de Horas de Enfermagem Prestadas = número de horas prestadas pelos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem no mês, descontado o descanso semanal remunerado. Obs.: Deverão ser computadas somente as horas dos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem que prestam cuidado direto ao paciente.

Número de Pacientes-Dia = soma do número de pacientes internados diariamente em uma unidade, em um determinado período.

## 2.9 - Horas de Enfermeiro / Cuidado Intensivo

**Definição:** relação entre as horas prestadas dos enfermeiros e o número de pacientes-dia em cuidado intensivo.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Horas de Enfermeiro (Cuidado Intensivo)} = \frac{\text{nº de horas prestadas por enfermeiros}}{\text{nº de pacientes – dia no período}}$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      ( X ) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

( ) Todas as unidades da Instituição

( X ) Em unidades específicas. Quais? UTI de Adultos, UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

Observações:

Número de Horas de Enfermagem Prestadas = número de horas prestadas pelos enfermeiros no mês, descontado o descanso semanal remunerado. Obs.: Deverão ser computadas somente as horas dos enfermeiros que prestam cuidado direto ao paciente.

Número de Pacientes-Dia = soma do número de pacientes internados diariamente em uma unidade, em um determinado período.

## 2.10 - Horas de Técnicos de Enfermagem / Cuidado Intensivo

**Definição:** relação entre as horas prestadas pelos Técnicos de Enfermagem e o número de pacientes-dia em cuidado intensivo.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Horas de Téc. Enf. (Cuidado Intensivo)} = \frac{\text{nº de horas prestadas por Téc. Enf.}}{\text{nº de pacientes – dia no período}}$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

Diário       Semanal       Mensal       Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da Instituição

Em unidades específicas. Quais? UTI de Adultos, UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

Observações:

Número de Horas de Enfermagem Prestadas = número de horas prestadas pelos técnicos de enfermagem no mês, descontado o descanso semanal remunerado. Obs.: Deverão ser computadas somente as horas dos técnicos de enfermagem que prestam cuidado direto ao paciente.

Número de Pacientes-Dia = soma do número de pacientes internados diariamente em uma unidade, em um determinado período.

## 2.11 - Horas de Enfermeiro / Cuidado Mínimo e Intermediário

**Definição:** relação entre as horas prestadas por enfermeiros e o número de pacientes-dia em cuidado mínimo e intermediário.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Horas de Enfermeiro (Cuidado Mínimo e Intermediário)} = \frac{\text{nº de horas prestadas por enfermeiros}}{\text{nº de pacientes – dia no período}}$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

Diário       Semanal       Mensal       Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da Instituição

Em unidades específicas. Quais? Unidade de Cuidado Mínimo e Intermediário

Observações:

Número de Horas de Enfermagem Prestadas = número de horas prestadas pelos enfermeiros no mês, descontado o descanso semanal remunerado. Obs.: Deverão ser computadas somente as horas dos enfermeiros que prestam cuidado direto ao paciente.

Número de Pacientes-Dia = soma do número de pacientes internados diariamente em uma unidade, em um determinado período.

## 2.12 - Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem / Cuidado Mínimo e Intermediário

**Definição:** relação entre as horas prestadas pelos Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem e o número de pacientes-dia em cuidado mínimo e intermediário.

Fórmula para Cálculo

$$\text{Horas de Téc. e/ou Aux. Enf. (Cuidado Mínimo e Intermediário)} = \frac{\text{nº de horas prestadas por Téc. e/ou Aux. Enf.}}{\text{nº de pacientes – dia no período}}$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      (X) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

( ) Todas as unidades da Instituição

(X) Em unidades específicas. Quais? Unidade de Cuidado Mínimo e Intermediário

Observações:

Número de Horas de Enfermagem Prestadas = número de horas prestadas pelos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem no mês, descontado o descanso semanal remunerado. Obs.: Deverão ser computadas somente as horas dos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem que prestam cuidado direto ao paciente.

Número de Pacientes-Dia = soma do número de pacientes internados diariamente em uma unidade, em um determinado período.

## 2.13 - Taxa de Absenteísmo de Enfermagem

**Definição:** relação entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/homem trabalhadas, multiplicado por 100.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Taxa de Absenteísmo de Enfermagem (\%)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de horas/homem ausentes}}{\text{n}^\circ \text{ de horas/homem trabalhadas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      ( X ) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

( X ) Todas as unidades da Instituição

( ) Em unidades específicas. Quais? \_\_\_\_\_

### Observações

Absenteísmo = ausências não previstas, que incluem outros direitos dos trabalhadores, como: licenças por doenças, gestação, paternidade, prêmio, doação de sangue, alistamento eleitoral e militar, nojo, gala, atendimento à convocação judicial, faltas (abonadas, justificadas e injustificadas) e as suspensões motivadas pela aplicação de medidas disciplinares. Incluem-se licenças acima de 15 dias.

As causas das ausências não previstas devem ser conhecidas/estudadas pelo Gestor de Enfermagem e devem estar contempladas nas políticas de Recursos Humanos da Instituição, uma vez que elas apresentam uma multifatoriedade de causas socioeconômicas e culturais.



## 2.14 - Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem

**Definição:** relação entre a soma de (número de funcionários ouvintes no curso 1 x carga horária curso 1) + (número de funcionários ouvintes no curso 2 x carga horária curso 2) + ... + (número de funcionários ouvintes no curso n x carga horária curso n) e o número de horas/homem trabalhadas, multiplicado por 1000.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Índice de Treinamento de Profis. de Enfermagem} = \frac{(\text{N}^\circ \text{ func. ouvintes no curso 1 x carga horária curso 1}) + (\text{N}^\circ \text{ func. ouvintes no curso 2 x carga horária curso 2}) + \dots + (\text{N}^\circ \text{ func. ouvintes no curso n x carga horária curso n})}{\text{N}^\circ \text{ de horas/homem trabalhadas}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      (X) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

(X) Todas as unidades da Instituição

( ) Em unidades específicas. Quais? \_\_\_\_\_

Observações:

Treinamento de pessoal = capacitação de colaboradores dentro da instituição, ligada ao serviço de Recursos Humanos e/ou à Educação Continuada, para aprimoramento do processo de trabalho.

Considerar o total de horas de treinamento investidas pela Instituição/Organização para a capacitação ou desenvolvimento de seus colaboradores.

## 2.15 - Taxa de Acidente de Trabalho de Profissionais de Enfermagem

**Definição:** relação entre o número de acidentes de trabalho de enfermagem e o número de funcionários da equipe de enfermagem em atividade.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Taxa de Acidente de Trabalho de Profis. de Enfermagem (\%)} = \frac{\text{nº de acidentes de trabalho}}{\text{nº de funcionários da equipe de enfermagem em atividade}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      (X) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

(X) Todas as unidades da Instituição

( ) Em unidades específicas. Quais? \_\_\_\_\_

Observações:

“Acidente de Trabalho é aquele que ocorre no exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou perda, ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho.”

Obs: Não incluir acidente de trajeto.

## 2.16 - Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (*Turn Over*)

**Definição:** relação entre o número de admissões somadas às demissões, dividido por 2, e o número médio de funcionários, considerando os funcionários ativos e os afastados no período.

Fórmula para Cálculo:

$$\text{Taxa de Rotatividade de Profis. de Enfer. (\%)} = \frac{\left[ \frac{\text{admissões} + \text{demissões}}{2} \right]}{\text{n}^\circ \text{ médio de funcionários no período / mês}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Freqüência de Levantamento:

( ) Diário      ( ) Semanal      ( X ) Mensal      ( ) Anual

Dimensão da coleta:

( X ) Todas as unidades da Instituição

( ) Em unidades específicas. Quais? \_\_\_\_\_

Observações:

Este índice é um sinalizador importante para a avaliação de vários aspectos referentes ao quadro de pessoal de enfermagem, como por exemplo:

- Estabilidade do quadro de enfermagem (o que compromete a assistência);
- Retenção de talentos (remuneração, condições de trabalho);
- Dimensionamento adequado, entre outros;
- Importante: Quando ocorrer aumento de quadro de pessoal, o índice de *Turn Over* aumenta.

### 3. Considerações finais

A experiência compartilhada entre enfermeiros dos hospitais integrantes do CQH vem propiciando a identificação e o aprimoramento de um rol de indicadores de qualidade específicos para a área de Enfermagem e contribuindo para o preenchimento de uma lacuna referente a esse tema no contexto da gestão em saúde.

A aplicação desses indicadores, nos diferentes cenários, tem possibilitado a comparabilidade interna e externa das instituições envolvidas com relação aos seus processos de trabalho, subsidiando, dessa forma, a tomada de decisão e a avaliação desses serviços por parte de seus gestores.

Constata-se, ainda, que a monitorização de todo esse processo contribui para garantir a qualidade da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, para o atendimento das expectativas e necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é necessário, ao proceder a avaliação em saúde, um quantitativo mínimo de indicadores que permitam conhecer as principais características da realidade de saúde do serviço e de suas práticas.

Corroborando com a OMS, cabe lembrar que a monitorização dos indicadores não deve ser algo estanque e pontual e sim analisada no contexto de cada instituição.

Concluindo, torna-se imperativo retomar a premissa básica deste Manual, que é a de nortear o caminho a ser percorrido pelas instituições, destacando-se a necessidade de que revisões sistemáticas e periódicas sejam efetuadas para que se garanta a manutenção desse processo com o emprego da mesma metodologia.

Em virtude do que foi mencionado, acredita-se na importância da continuidade desse projeto, superando os impasses e reforçando o compromisso com as instituições envolvidas, de modo que, após a análise dos resultados, se possa elaborar novos indicadores, voltados para temas igualmente relevantes.

# 4. Anexos

## Anexo A

### ESCALA DE BRADEN - Escore de Risco ≤16

<p><b>Percepção sensorial:</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto</p>	<p><b>1. Totalmente limitado:</b> Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitado:</b> Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto, exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Levemente limitado:</b> Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Responde a comandos verbais: Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>
<p><b>Umidade:</b> Nível ao qual a pele é exposta a umidade</p>	<p><b>1. Completamente molhada:</b> A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.</p>	<p><b>2. Muito molhada:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.</p>	<p><b>4. Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.</p>
<p><b>Atividade:</b> Grau de atividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b> Confinado à cama.</p>	<p><b>2. Confinado à cadeira:</b> Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.</p>
<p><b>Mobilidade:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Bastante limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.</p>	<p><b>3. Levemente limitado:</b> Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.</p>

<p><b>Nutrição:</b> Padrão usual de consumo alimentar</p>	<p><b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou parenteral por mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar, ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.</p>	<p><b>3. Adequado:</b> Come mais de metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido, ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.</p>
<p><b>Fricção e Cisalhamento</b></p>	<p><b>1. Problema:</b> Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou ergué-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.</p>	<p><b>2. Problema em potencial:</b> Move-se, mas sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.</p>	

\*Fonte: PARANHOS, W. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Dissertação de Mestrado, 1999.

## AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO

ESCALA DE BRADEN *				
Percepção sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Completamente molhada	2. Muito molhada	3. Ocasionalmente molhada	4. Raramente molhada
Atividade	1. Acamado	2. Confinado à cadeira	3. Anda ocasionalmente	4. Anda freqüentemente
Mobilidade	1. Totalmente imóvel	2. Bastante limitado	3. Levemente limitado	4. Não apresenta limitações
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequado	3. Adequado	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema em potencial	3. Nenhum problema	

\*Fonte: PARANHOS, W. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Dissertação de Mestrado, 1999.

## Anexo B

### ESCALA DE FLEBITE POR INFUSÃO

Intensidade	Sinais e Sintomas
1+	Dor no local, eritema ou edema. Sem endurecimento. Cordão fibroso não-palpável.
2+	Dor no local, eritema ou edema. Formação de endurecimento. Cordão fibroso não-palpável.
3+	Dor no local, eritema ou edema. Formação de endurecimento. Cordão fibroso palpável.

Fonte: Standards of Intravenous Nurses Society. Philadelphia. JB Lippincott Company, 1990.



## Anexo C

### INDICADORES DE QUALIDADE DE ENFERMAGEM

INDICADORES DE QUALIDADE DE ENFERMAGEM				
PERSPECTIVA	INDICADOR	FREQÜÊNCIA	RESPONSÁVEL	DEFINIÇÃO
PROCESSOS	Incidência de Queda de Paciente	Mensal	Enfermagem	Relação entre o número de quedas e o número de pacientes-dia, multiplicado por 1000.
	Incidência de Extubação Acidental	Mensal	Enfermagem (UTI)	Relação entre o número de pacientes extubados acidentalmente e o número de pacientes intubados por dia, multiplicado por 100.
	Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional	Mensal	Enfermagem	Relação entre o número de perdas de sonda nasogastroenteral e o número de pacientes com sonda nasogastroenteral por dia, multiplicado por 100
	Incidência de Úlcera Por Pressão (UPP)	Mensal	Enfermagem (UTI)	Relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão no período, multiplicado por 100.
	Incidência de não Conformidade Relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem	Mensal	Enfermagem	Relação entre o número de não conformidades relacionadas à administração de medicamentos e o número de pacientes-dia com prescrição de medicamentos, multiplicado por 100.
	Incidência de Flebite	Mensal	Enfermagem	Relação entre o número de casos de flebite no período e o número de pacientes-dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100.

## INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM

PERSPECTIVA	INDICADOR	FREQÜÊNCIA	RESPONSÁVEL	DEFINIÇÃO
GESTÃO DE PESSOAS	Horas de Enfermeiro/ Cuidado Intensivo	Mensal	Enfermagem	Relação entre as horas prestadas por enfermeiros e o número de pacientes-dia em cuidado intensivo.
	Horas de Enfermeiro/ Cuidado Semi-Intensivo	Mensal	Enfermagem	Relação entre as horas prestadas por enfermeiros e o número de pacientes-dia em cuidado semi-intensivo.
	Horas de Enfermeiro/ Cuidado Mínimo e Intermediário	Mensal	Enfermagem	Relação entre as horas prestadas dos enfermeiros e o número de pacientes-dia em cuidado mínimo e intermediário.
	Horas de Técnicos de Enfermagem/ Cuidado Intensivo	Mensal	Enfermagem	Relação entre as horas prestadas pelos técnicos de enfermagem e o número de pacientes-dia em cuidado intensivo.
	Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem/ Cuidado Semi-Intensivo	Mensal	Enfermagem	Relação entre as horas prestadas pelos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e o número de pacientes-dia em cuidado semi-intensivo.
	Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem/ Cuidado Mínimo e Intermediário	Mensal	Enfermagem	Relação entre as horas prestadas pelos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e o número de pacientes-dia em cuidado mínimo e intermediário.
	Taxa de Absenteísmo de Enfermagem	Mensal	Enfermagem	Relação entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/homem trabalhadas, multiplicado por 100.
	Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem	Mensal	Enfermagem + Educação Continuada	Relação entre a soma do (número de funcionários ouvintes no curso 1 x carga horária curso 1) + (número de funcionários ouvintes no curso 2 x carga horária curso 2) + (número de funcionários ouvintes no curso n x carga horária curso n) e o número de horas/homem trabalhadas, multiplicado por 1000.
	Taxa de Acidente de Trabalho de Profissionais de Enfermagem	Mensal	Enfermagem + Medicina Ocupacional	Relação entre o número de acidentes de trabalho de enfermagem e o número de funcionários da equipe de enfermagem em atividade.
Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (Turn Over)	Mensal	Enfermagem	Relação entre o número de admissões somadas às demissões, dividido por 2, e o número médio de funcionários, considerando os funcionários ativos e os afastados no período.	

## Anexo D

### TERMO DE PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE INDICADORES DE ENFERMAGEM NÚCLEO DE APOIO À GESTÃO HOSPITALAR – CQH-11

Pelo presente **Termo de Participação**, o Hospital \_\_\_\_\_,  
CNPJ: \_\_\_\_\_, localizado na cidade de \_\_\_\_\_,  
Estado de \_\_\_\_\_, Matrícula CQH \_\_\_\_\_, declara, pelo seu representante abaixo-  
assinado, a sua concordância com as normas e procedimentos do Programa CQH – Compromisso com a  
Qualidade Hospitalar mantido pela Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do  
Estado de São Paulo, e administrado pela Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde.

Pelo presente, assume o compromisso de:

1. Colaborar para a melhoria contínua da qualidade do atendimento médico-hospitalar;
2. Promover o aprimoramento e desenvolvimento dos seus recursos humanos em todos os níveis;
3. Desenvolver um programa de qualidade com os representantes das Unidades participantes.

Entendemos que todas as informações fornecidas pelo hospital serão tratadas dentro dos princípios éticos  
e qualquer divulgação dos dados referentes aos hospitais participantes será feita apenas pelo código da  
Unidade.

Data:

Nome:

Cargo: Diretor Geral do Hospital

Assinatura: \_\_\_\_\_

Carimbo do hospital

INTERLOCUTORES:

Gerente

de Enfermagem:

Nome

Assinatura

Enfermeiro

Responsável pelo  
preenchimento:

Nome

Assinatura

## Anexo E

### CADASTRO MÉDICO-HOSPITALAR – CQH-02

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

Data: _____	Matrícula CQH: _____
Razão Social: _____	
Nome Fantasia: _____	
CNPJ: _____	
Endereço: _____	
Bairro: _____	
Município: _____	Estado: _____
CEP: _____	
Telefone: ( ____ ) _____	
Fax: ( ____ ) _____	
Endereço eletrônico (E-mail): _____	

#### CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTABELECIMENTO

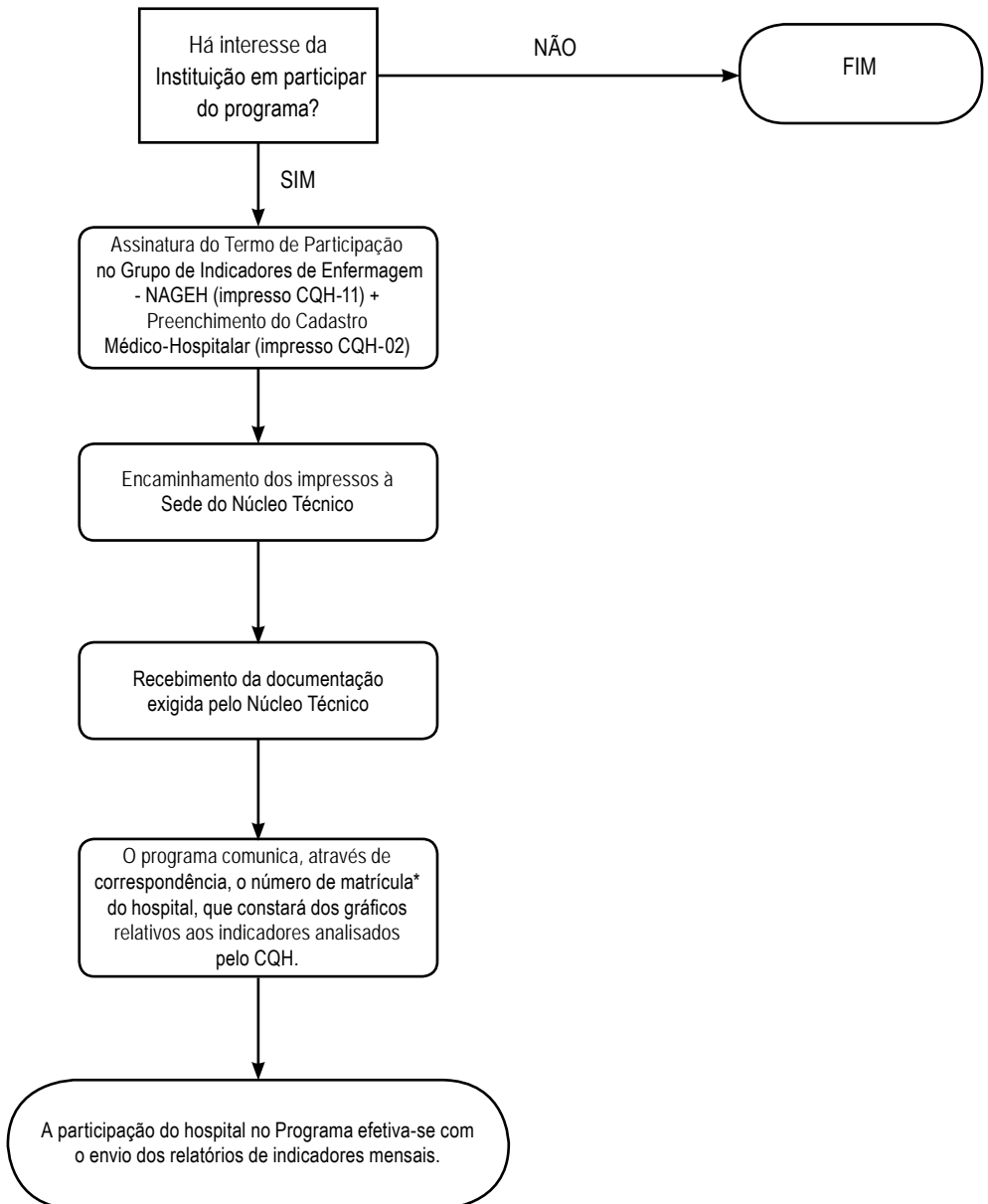
<b>Natureza Jurídica do Estabelecimento:</b>
<input type="checkbox"/> Privado Lucrativo <input type="checkbox"/> Privado Não Lucrativo <input type="checkbox"/> Público Federal
<input type="checkbox"/> Público Estadual <input type="checkbox"/> Público Municipal
<b>Tipo de Estabelecimento Hospitalar:</b>
<input type="checkbox"/> Hospital Geral
<input type="checkbox"/> Hospital Especializado – Qual:
<b>O Estabelecimento dispões de:</b>
<input type="checkbox"/> Pronto Socorro
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento
<input type="checkbox"/> Ambulatório

#### LEITOS HOSPITALARES

	Leitos Operacionais	Número de leitos
A	Unidades de Internação (todas as Clínicas)	
B	Unidade de Terapia Intensiva (todas as UTIs)	
C	Leitos de observação com permanência acima de 24 horas	
	Total de leitos	

## Anexo F

### PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE INDICADORES DE ENFERMAGEM DO NAGEH – CQH



\*Este número é de conhecimento exclusivo do CQH e do hospital, de forma a preservar a identidade deste.

## 5. Referências

CQH - Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar: manual de orientação aos hospitais participantes. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.

Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington: OPAS; 1992. p. 382-404.

Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. Mundo Saúde. 2005; 29(2):161-8.

Fundação Nacional da Qualidade (FNQ). Rumo à excelência: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional – Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (ciclo 2006-2007). São Paulo: FNQ/CQH; 2006.

Garay A. Gestão. In: Cattani AD. Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Accreditation manual for hospitals. Nursing Care. 1992. p. 79-85.

Kluck M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. Rev Adm Saúde. 2002; 4(16):27-32.

Nogueira RPN. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde. Genebra; 1981.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap. 7, p. 75-88.

## 6. Bibliografia Consultada

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16):1987-93.

American Society of Health-System Pharmacists. Suggested definitions and relationships among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions. *Am J Health Syst Pharm*. 1998; 55:165-6.

Anselmi ML, Peduzzi M, Santos CB, França I, Sala A. Erros na administração de medicamentos nos serviços de saúde. *Formação*. 2003; 7:41-56.

Antonow JA, Smith AB, Silver MP. Medication error reporting: a survey of nursing staff. *J Nurs Care Qual*. 2000; 15(1):42-8.

Bergstrom N, Bennet MA, Carlson CE. Treatment of pressure ulcers. Clinical Practice Guideline, n.15. AHCPR Publication. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service; 1994.

Bergstrom N, Braden B, Laguzza A. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*. 1987; 36(4):205-10.

Bryant RA et al. Pressure ulcers. In: Bryant R. *Acute and chronic wounds: nursing management*. Saint Louis: Mosby; 1992. cap. 5, p. 105-63.

Carpenito LJ. *Diagnósticos de enfermagem*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Chiavenato I. *Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal de Recursos Humanos – Como incrementar talentos na empresa*. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2003.

Chiericato C, Cassiani SHB, Carvalho VT. Instrumento de Registro dos erros nas medicações segundo a revisão da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2001; 14(2):79-90.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 293/2004, de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados [online]. Rio de Janeiro (RJ); 2004. Disponível em: [http://corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes\\_busca.php?leg\\_id=10105&texto=](http://corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes_busca.php?leg_id=10105&texto=) [acesso em 21 jul. 2006].

Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. In: *Tratamento de pacientes com ferida*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996. cap. 3, p. 28-63.

Dyck MJ. Evidence-based administrative guideline: quality improvement in nursing homes. *J Gerontol Nurs*. 2005; 31(2):4-10.

Fernandes AT, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 556-79

Fernandes CSB, Moreira GPS, Machado MM, Monteiro RTV, Santos VLG. Estudo sobre a prevalência de úlceras de pressão em adultos internados em alguns hospitais da grande São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (n. esp):225.

Figueiredo NMA. Fundamentos, conceitos, situações e exercícios em enfermagem. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. (Coleção Práticas de Enfermagem).

Fletcher RH et al. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

Franck LS, Vanghan B, Wallace J. Extubation and reintubation in the NICU: identifying opportunities to improve care. Pediatric Nurs. 1992; 18(3):267-70.

Hall LM, Doran D, Pink GH. Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. J Nurs Adm. 2004; 34(1):41-5.

Hodge MB, Asch SM, Olson VABA, Kravitz RL, Sauve MJ. Developing indicators of nursing quality to evaluate nurse staffing ratios. J Nurs Adm. 2002; 32(6):338-45.

Holcomb BR, Hoffart N, Fox M. Defining and measuring nursing productivity: a concept analysis and pilot study. J Adv Nurs 2002; 38(4):378-86.

Jericó MC, Castilho V. Análise de alguns indicadores relacionados aos recursos humanos de uma organização hospitalar. Revista Nursing. 2004; 74(7):23-7.

Langemo DK, Olson B, Hunter S. Prevalence of pressure ulcers in five patient care settings. J Enterostomal Therapy. 1990; 17(5):187-92.

Maklebust J, Sieggreen M. Pressure ulcers: guidelines for prevention and nursing management. West Dundee: S-N Publications; 1991.

McCue, Michael DBA, Mark BF, Harless DW. Quality and financial performance. J Health Care Finance. 2003; 29(4):54-76.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Taxonomy of medication errors [on line] 1998-1999. Available from: <http://www.nccmerp.org/pdf/taxo2001-07-31.pdf> [acesso em 21 jul. 2006].

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer prevalence, cost and risk assessment: consensus development conference statement. Decubitus. 1989; 2(2):24-8.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. New Engl J Med. 2002; 346(22):1715-22.

Nettina SM. Prática de enfermagem. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. v. 3.



Paranhos W. Validação da Escala de Braden para a Língua Portuguesa. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. v. 2.

Ramundo J. Reliability and validity of the Braden Scale in the Home Care Setting. J WOCN. 1995; 22(3):128-34.

Rogenski NMB. Estudo sobre a prevalência e a incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Úlceras de pressão [online]. Ribeirão Preto (SP); 2005. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/projetos/feridas/upressao.htm> [acesso em 21 jul. 2006]

Vianna PC, Sosigan ADAS. Infecção hospitalar como Indicadores da Qualidade. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 2002. cap. 59; p. 787-9.

Patrocínio Platina



Patrocínio Ouro



Patrocínio Prata



Patrocínio Setorial



Programa CQH  
Compromisso com a  
Qualidade Hospitalar



**CQH – ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA**

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278 - 7º Andar  
01318-901 - São Paulo-SP  
Tel.: 55 (11) 3188-4213 / 4214  
[www.apm.org.br/cqh](http://www.apm.org.br/cqh) • [www.cqh.org.br](http://www.cqh.org.br)