



artigo original

A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar*

Building nursing quality indicators: report on the experience of the Hospital Quality Program

Nancy Val y Val Peres da Mota¹, Marta M. Melleiro², Daisy M. Rizatto Tronchin²

RESUMO

A qualidade assistencial vem sendo 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, exigindo, assim, um maior comprometimento dessas instituições. Assim, a elaboração de indicadores destaca-se como uma relevante estratégia para auferir a qualidade assistencial. Este artigo apresenta o relato da experiência de profissionais, os quais selecionaram um rol de indicadores de qualidade de enfermagem, passíveis de serem mensurados e analisados nas esferas assistencial e gerencial de suas instituições. A aplicação desses indicadores, nos diferentes cenários, possibilitará a comparabilidade interna e externa das instituições com relação aos seus processos de trabalho, subsidiando, dessa forma, a tomada de decisão e a avaliação desses serviços por parte de seus gestores.

ABSTRACT

Care quality has been debated and shared among healthcare professionals, in particular those working at the managerial level, because the users of healthcare institutions have in recent years become more aware of their rights and started demanding more commitment on the part of such institutions. The creation of indicators is therefore a relevant strategy to evaluate care quality. This paper presents the experience of professionals who have selected a set of nursing quality indicators that can be measured both in terms of care and in terms of management at their institutions. The application of such indicators in different scenarios will allow for the internal and external comparison among the institutions with respect to their work processes. This will enable the managers of such institutions to evaluate their institutions and make decisions.

Palavras-chave

Qualidade de cuidados da saúde.
Indicadores de serviços.
Enfermagem.

Keywords

*Healthcare quality.
Service indicators.
Nursing.*

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 27/12/2006.
Data da aprovação: 29/3/2007.

1. Administradora de Serviços de Saúde; Médica; Coordenadora do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar e Membro do Núcleo Técnico do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar.

2. Professora Doutora do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

Endereço para correspondência: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 410 – 05403-000 – São Paulo, SP.

Endereço eletrônico: daisyrt@usp.br

INTRODUÇÃO

Os estabelecimentos de saúde e os Serviços de Enfermagem, como parte integrante de instituições complexas, vêm enfrentando inúmeros desafios no sentido de atender as demandas de seus clientes, de maneira eficiente e eficaz, visando a excelência da qualidade assistencial.

Nesse cenário, a melhoria contínua da qualidade da assistência, no sentido de atingir a excelência, é um processo dinâmico e exaustivo de identificação permanente dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados⁽¹⁾.

De acordo com Campbell, Roland, Buetow⁽²⁾; Adami, Yoshitome⁽³⁾, o despertar pelo tema qualidade da assistência à saúde decorre de múltiplas razões que podem ser destacadas pelo incremento das demandas por cuidados de saúde, custos crescentes para a manutenção dos serviços e limitados recursos disponíveis, usuários conscientes de seus direitos, reivindicação tanto dos profissionais de saúde, que desejam condições dignas e éticas de trabalho, como dos governos responsáveis pelo financiamento do sistema de saúde.

Assim, 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 pública como na privada⁽⁴⁾.

O Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) mantido pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) foi criado em 1991, com a finalidade de avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários dos hospitais do Estado de São Paulo. Posteriormente,

esse programa foi ampliado para outros Estados da Federação.

A missão do CQH é contribuir para a melhoria contínua do atendimento de serviços de saúde, por meio de metodologia específica, estando o mesmo alicerçado nos seguintes valores: ética, autonomia técnica, simplicidade, voluntariado, confidencialidade e enfoque educativo⁽⁵⁾. Para tanto, a metodologia de avaliação empregada consiste em monitorar os indicadores institucionais, na auto-avaliação e na realização de visitas aos hospitais participantes por equipe multiprofissional, orientada por um roteiro de visitas preestabelecido.

Mensalmente os hospitais preenchem planilhas com dados referentes a indicadores hospitalares que são enviados ao CQH por meio eletrônico. Essas informações são tabuladas e devolvidas aos hospitais em forma de gráficos que permitem que os mesmos se comparem a outros hospitais com características semelhantes.

O processo de auto-avaliação dos hospitais é realizado por meio da aplicação de um questionário, respondido pelo corpo diretivo da organização, referente a um elenco de proposições constituído, originalmente, por componentes de estrutura, de processo e de resultado.

A visita ao hospital por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro e administrador) é realizada com a finalidade de retificar ou ratificar as respostas que foram efetuadas na auto-avaliação. Ocorrem, em um primeiro momento, sempre que houver solicitação da instituição e a partir do recebimento do Selo de Conformidade, compulsoriamente a cada dois anos.

Em 2001 as proposições foram agrupadas em sete critérios, a saber: liderança, estratégias e planos, clientes e sociedade, informação e conhecimento, pessoas, processos e resultados. Esses critérios são consonantes ao modelo de avaliação proposto pelo Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), o qual é utilizado por empresas dos mais diversos segmentos da sociedade e que foram adaptados para a linguagem de gestão em saúde. A partir de

2004, o critério clientes e sociedade foi desmembrado, passando a avaliação a ser realizada com base em oito critérios.

Nessa perspectiva, considera-se oportuno tecer uma retrospectiva histórica a respeito das políticas de incentivo à qualidade, nas esferas nacional e internacional.

No final da década de 80, nos Estados Unidos, um grupo de peritos em gestão de qualidade, integrantes do *National Institute of Standards and Technology* (NIST), se reuniu para identificar características comuns em uma série de empresas bem sucedidas.

Nessa oportunidade, os valores organizacionais dessas empresas foram considerados fundamentos para formar uma cultura de gestão voltada para resultados, dando origem aos critérios de avaliação e à estrutura sistêmica do *Malcolm Baldrige National Quality Award*⁽⁶⁾.

No âmbito nacional, no início da década de 90, o Governo Federal implementou o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), no intuito de estimular o desenvolvimento de ações econômicas e sociais com ênfase na qualidade dos serviços.

Em 1991, foi instituído o PNQ, alicerçado no conjunto de critérios do prêmio americano. O primeiro ciclo de premiação ocorreu em 1992 e permanece até os dias atuais. A escolha inicial do modelo desse prêmio está vinculada ao *Deming Prize* do Japão e deveu-se, sobretudo, ao fato de estabelecer critérios de avaliação sem direcioná-lo para metodologias ou ferramentas de gestão.

Tendo em vista que gestão e avaliação são atividades indissociáveis, acredita-se que no momento em que há o estímulo para a implantação de uma metodologia de avaliação da gestão, incentiva-se, também, o desenvolvimento de um modelo de gestão para os hospitais. Nesse sentido é que o CQH vem desenvolvendo suas atividades, buscando cada vez mais adequar a implementação desse modelo nas instituições hospitalares.

A operacionalização desse programa ocorre por meio do encaminhamento men-

sal, pelos hospitais participantes, dos resultados de indicadores relacionados à sua gestão, os quais são analisados estatisticamente pelo COH e apresentados em forma de gráficos em relatórios. Trimestralmente, esses documentos são enviados aos 170 hospitais que integram o programa, para que esses possam conhecer o seu desempenho e, conseqüentemente, a sua *performance*.

Cabe salientar que a confidencialidade dos dados é mantida, identificando-se os hospitais por meio de números, que são conhecidos somente pelos representantes dos mesmos. Essas instituições têm a oportunidade de discutir os dados apresentados, por ocasião das assembléias realizadas a cada trimestre, na APM. Foi durante esses encontros que os representantes dos hospitais passaram a solicitar que alguns indicadores fossem revistos e desmembrados, de maneira a atender a alguns processos específicos, como, por exemplo, os relacionados à gestão da qualidade na Enfermagem.

A referida solicitação foi encaminhada ao Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), que é um subgrupo do COH e que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar, para que houvesse o aprofundamento dos indicadores na área de Enfermagem.

Na área da 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⁽⁷⁻⁸⁾.

De acordo com o Prêmio Nacional de Gestão em Saúde⁽⁹⁾, qualidade consiste na totalidade de características de uma atividade ou processo, produto, organização, ou uma combinação destes, que confere à instituição a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas.

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 diversas formas e em diferentes situações, destacando-se na esfera empresarial, nos modelos gerenciais, na política de recursos humanos e na organização dos processos de trabalho⁽¹⁰⁾.

Nos serviços de saúde, a qualidade deve ser enfatizada, principalmente porque o produto/serviço é consumido durante a sua produção, tornando-o diferente da produção de bens, em que é possível separar o produto com defeito, sem maiores conseqüências, exceto a perda de matéria-prima e o retrabalho⁽¹¹⁾.

Nogueira⁽¹²⁾ 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. Dessa maneira, constata-se que o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando, nas últimas décadas, um novo imperativo: a busca pela gestão da qualidade dos serviços.

Nesse cenário, observa-se a crescente preocupação dos profissionais de saúde no sentido de estabelecer estratégias ou ferramentas que possibilitem o alcance da qualidade. Surge, assim, a necessidade da construção e validação de indicadores, que mensurem 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.

O indicador é 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⁽¹³⁾.

Segundo o PNGS⁽⁹⁾, indicadores são dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da organização como um todo.

Fundamentadas nesses pressupostos, descreveremos a experiência de um grupo de profissionais de saúde, que selecionou um rol de indicadores passíveis de serem mensurados e analisados nas esferas assistencial e gerencial de suas instituições.

Diante do exposto, este artigo tem por finalidade apresentar a importância do emprego de indicadores de qualidade da assistência no gerenciamento dos serviços de enfermagem, bem como propiciar às instituições hospitalares a visualização do atendimento prestado com o atributo qualidade.

OBJETIVO

❖ Relatar a experiência de um grupo de profissionais de saúde na seleção e na aplicação de indicadores de qualidade de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, em que administradores, diretores e gerentes de enfermagem das 170 instituições hospitalares participantes do Programa COH, bem como duas docentes do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, foram convidados, pela coordenadora do NAGEH, a participar de uma reunião, cuja pauta era discutir a proposta da construção de indicadores de qualidade passíveis de aplicação na enfermagem.

O convite para participar dessa reunião foi aceito por 85 enfermeiros, representantes de 60 hospitais públicos e privados, da capital e do interior do Estado de São Paulo.

A idéia inicial desse grupo foi selecionar indicadores de qualidade de interesse dos hospitais envolvidos no programa, de modo a permitir que as diversas instituições pudessem estabelecer níveis internos e externos de comparabilidade e, também, com as publicações internacionais, a respeito de indicadores de qualidade de enfermagem.

Ressalta-se que os dados fornecidos pelos referidos serviços de enfermagem seguem os mesmos critérios de confiden-

cialidade dos indicadores hospitalares do CQH.

Desse modo, optou-se por iniciar este trabalho discutindo os conceitos considerados relevantes para a sua operacionalização, tais como qualidade assistencial, indicadores e avaliação de serviços de saúde.

Os trabalhos foram encaminhados da seguinte forma:

- ❖ Os participantes foram divididos em cinco equipes de forma aleatória;

- ❖ As equipes listaram os indicadores de enfermagem que já estavam sendo utilizados pelos hospitais e também aqueles considerados relevantes;

- ❖ Dentre os indicadores selecionados, foram escolhidos seis que seriam detalhados, estudados e posteriormente aplicados;

- ❖ Cada grupo de trabalho encarregou-se de preencher um roteiro preestabelecido para cada indicador e levantar as bibliografias referentes ao mesmo;

- ❖ As referidas docentes de enfermagem instrumentalizaram os grupos em relação à consulta bibliográfica e quanto à uniformidade dos conceitos;

- ❖ As reuniões foram mediadas pela coordenadora do NAGEH;

- ❖ Concluídas essas etapas foram realizadas reuniões com todos os participantes desse projeto, quando ocorreu a apresentação dos indicadores selecionados, de acordo com a estrutura empregada nos indicadores hospitalares sedimentados pelo CQH:

1. Definição;
2. Fórmula para cálculo;
3. Responsável pelo dado;
4. Frequência de levantamento;
5. Dimensão da coleta;
6. Observações;
7. Correlações e subsídios para tomada de decisão.

Assim, os indicadores foram elaborados e, diante da necessidade de iniciar a coleta para verificar sua aplicabilidade, os itens observações e correlações e subsídios para tomada de decisão serão descritos em uma próxima fase do projeto.

A idéia inicial desse grupo foi selecionar indicadores de qualidade de interesse dos hospitais envolvidos no programa, de modo a permitir que as diversas instituições pudessem estabelecer níveis internos e externos de comparabilidade e, também, com as publicações internacionais, a respeito de indicadores de qualidade de enfermagem.

RESULTADOS

A seguir são apresentados os seis indicadores de qualidade assistencial e 10 de recursos humanos construídos pelas equipes:

1. Incidência de queda de paciente

Definição: relação entre o número de quedas e o paciente-dia multiplicado por 1.000.

Fórmula para cálculo:

$$\text{Incidência de queda de paciente} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de quedas}}{\text{n}^\circ \text{ paciente-dia}} \times 1.000$$

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?

2. Incidência de extubação acidental

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

Fórmula para cálculo:

$$\text{Incidência de extubação acidental} = \frac{\text{n}^\circ \text{ pacientes extubados acidentalmente}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes intubados/dia}} \times 100$$

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? UTIA, UTIP e UTIN

3. Incidência de perda de sonda nasogastroenteral (SNGE)

Definição: relação entre o número de perdas de sonda gastroenteral e o número de pacientes com sonda gastroenteral por dia, multiplicado por 100.

Fórmula para cálculo:

$$\text{Incidência de perdas de sonda nasogastroenteral} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de perdas de SNGE}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com SNGE/dia}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de levantamento:

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

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da Instituição
 Em unidades específicas. Quais?

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
 Mensal
 Anual

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da Instituição
 Em unidades específicas. Quais? UTI

5. Incidência de não conformidade relacionada à administração de medicamentos pela enfermagem

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

Fórmula para cálculo:

$$\text{Incidência geral por unidade} = \frac{\text{nº de não conformidades relacionadas a adm. de medicamentos}}{\text{nº de pacientes-dia}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de levantamento:

- Diário
 Semanal

Mensal

Anual

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da Instituição
 Em unidades específicas. Quais?

6. Incidência de flebite

Definição: relação entre o número de casos de flebite em certo período de tempo pelo número de paciente-dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100.

Fórmula para cálculo:

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

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de levantamento:

- Diário
 Semanal
 Mensal
 Anual

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da Instituição
 Em unidades específicas. Quais?

7. Horas de Enfermeiro/Cuidado semi-intensivo

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

Fórmula para cálculo:

$$\text{Horas de enfermeiro (Cuidado semi-intensivo)} = \frac{\text{nº de horas prestadas por enfermeiros}}{\text{nº de paciente-dia no período}}$$

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 semi-intensivo

8. Horas de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem/Cuidado semi-intensivo

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

Fórmula para o cálculo:

$$\text{Horas de Téc. e/ou Aux. Enf. (Cuidado semi-intensivo)} = \frac{\text{nº de horas prestadas por Téc. e/ou Aux. Enf.}}{\text{nº de paciente-dia no período}}$$

Frequência de levantamento:

- Diário
 Semanal
 Mensal
 Anual

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da Instituição
 Em unidades específicas. Quais? Unidade de cuidado semi-intensivo

9. Horas de Enfermeiro/Cuidado intensivo

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

Fórmula para cálculo:

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

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

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:

$$\text{Horas de Tec. Enf. (Cuidado intensivo)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de horas prestadas por Tec. Enf.}}{\text{n}^\circ \text{ de paciente-dia no período}}$$

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

11. Horas de Enfermeiro/Cuidado Mínimo e Intermediário

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

Fórmula para o cálculo:

$$\text{Horas de Enfermeiro (Cuidado mínimo e intermediário)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de horas prestadas por enfermeiros}}{\text{n}^\circ \text{ de paciente-dia no período}}$$

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

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 paciente-dia em cuidado mínimo e intermediário.

Fórmula para o cálculo:

$$\text{Horas de Téc. e/ou Aux. Enf. (Cuidado mínimo e intermediário)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de horas prestadas por Téc. e/ou Aux. Enf.}}{\text{n}^\circ \text{ de paciente-dia no período}}$$

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

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 o 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
 Mensal
 Anual

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da Instituição
 Em unidades específicas. Quais?

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 funcioná-

rios ouvintes no curso n x carga horária curso n) e o número de horas/homem trabalhadas, multiplicado por 1000.

Fórmula para o cálculo:

$$\text{Índice de Treinamento de Enfermagem} = \frac{(\text{N}^\circ \text{ func. Ouvintes no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + (\text{N}^\circ \text{ func. Ouvintes no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{N}^\circ \text{ func. Ouvintes no curso n} \times \text{carga horária curso n})}{\text{N}^\circ \text{ de horas/homem trabalhadas}} \times 1.000$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de levantamento:

- Diário
 Semanal
 Mensal
 Anual

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da Instituição
 Em unidades específicas. Quais?

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 o cálculo:

$$\text{Taxa de Acidente de Trabalho de Profis. de Enfermagem (\%)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de acidentes de trabalho}}{\text{n}^\circ \text{ de funcionários da equipe de enfermagem em atividade}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Frequência de levantamento:

- Diário
 Semanal
 Mensal
 Anual

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da Instituição
 Em unidades específicas. Quais?

O processo de construção dos indicadores de qualidade na Enfermagem referido neste relato de experiência permitiu consensuar o conteúdo dos mesmos, uniformizar a coleta de dados e pontuar as particularidades de cada indicador, favorecendo, assim, a fidedignidade e confiabilidade dos resultados.

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 o cálculo:

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

Responsável pelo dado: Enfermagem
Frequência de levantamento:

- Diário
- Semanal
- Mensal
- Anual

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da Instituição
- Em unidades específicas. Quais?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção dos indicadores de qualidade na Enfermagem referido neste relato de experiência permitiu consensuar o conteúdo dos mesmos, uniformi-

zar a coleta de dados e pontuar as particularidades de cada indicador, favorecendo, assim, a fidedignidade e confiabilidade dos resultados.

A experiência compartilhada entre enfermeiros dos hospitais integrantes do CQH propiciou, ainda, identificar e aprimorar um rol de indicadores de qualidade específicos para a área de Enfermagem, preenchendo a lacuna existente no contexto da gestão em saúde.

O presente artigo descreveu a elaboração de seis indicadores de qualidade assistencial e 10 de recursos humanos, os quais emergiram da realidade vivenciada pelos referidos profissionais de saúde. Salienta-se que a produção desse conhecimento resultou na publicação do Manual de Indicadores de Enfermagem do NAGEH⁽¹⁴⁾.

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

Tendo em vista o que foi apresentado, acreditamos na importância da continuidade desse projeto, de modo a ampliar a sua aplicabilidade em instituições de saúde que

compartilham de pressupostos que constituem o processo de gestão da qualidade.

REFERÊNCIAS

1. 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 da Saúde* 2005;29(2):161-8.
2. Campbell SM, Roland MO, Buetow AS. Defining quality of care. *Soc Science Med*. 2000;51:1611-25.
3. Adami NP, Yoshitome AY. Métodos de avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2003;56(1):52-6.
4. 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. *RAS* 2002;4(16):27-32.
5. CQH. Manual de orientação aos hospitais participantes. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001. 258 p.
6. CQH. Prêmio Nacional da Gestão em Saúde. Critérios de Avaliação – Ciclo 2004-2005. São Paulo; 2005. 71 p.
7. 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.
8. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J (org). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: OPAS; 1992. p. 382-404.
9. Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade. Rumo à excelência: critérios para avaliação desempenho e diagnóstico organizacional (Ciclo 2005-2006). São Paulo: 95 p.
10. Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgart P. coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005;cap. 7:p.75-88.
11. Silva VEF. Qualidade nas instituições de saúde e a prática da enfermagem. São Paulo: Departamento de Orientação Profissional – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996. 13p [apostila].
12. Nogueira RP. *Perspectiva de qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
13. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO). *Accreditation manual for hospital. Nursing care* 1992;79-85.
14. Mota NVVP. *Coord. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH/Programa de qualidade hospitalar (CQH)*. São Paulo: APM/CREMESP; 2006.