



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

WILLIAM MENDES LOBÃO

**CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DA ESCALA
DE PREDISPOSIÇÃO À OCORRÊNCIA DE EVENTOS
ADVERSOS (EPEA)**

Salvador/Ba

2012

UFBA
FE

WILLIAM MENDES LOBÃO
CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DA ESCALA DE PREDISPOSIÇÃO À OCORRÊNCIA DE
EVENTOS ADVERSOS (EPEA)

2012

WILLIAM MENDES LOBÃO

**CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DA ESCALA
DE PREDISPOSIÇÃO À OCORRÊNCIA DE EVENTOS
ADVERSOS (EPEA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de Concentração Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Igor Gomes Menezes

Salvador/Ba
2012

Ficha Catalográfica elaborada pela BUS – Biblioteca Universitária de Saúde da UFBA

<p>796 Lobão, William Mendes Construção, validação e normatização da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos (EPEA) / William Mendes Lobão. - Salvador, 2012.98 f.: il.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Igor Gomes Menezes. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2012.</p> <p>1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Doença iatrogênica. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Psicometria. 5. Estudos de validação. 6. Unidades de Terapia Intensiva. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. II. Menezes, Igor Gomes. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 616-083</p>
--

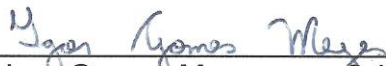
WILLIAM MENDES LOBÃO

**CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DA ESCALA
DE PREDISPOSIÇÃO À OCORRÊNCIA DE EVENTOS
ADVERSOS (EPEA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de Concentração Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 29 de fevereiro de 2012

Banca Examinadora



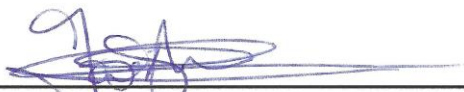
Prof. Dr. Igor Gomes Menezes – Orientador
Doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil.
Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, UFBA.



Profª Drª Monique Azevedo Esperidião
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil.
Professora do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, UFBA.



Profª Drª Fernanda Carneiro Mussi
Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, UFBA.



Prof. Dr. José Neander Silva Abreu
Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil
Professor do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, UFBA

Dedicatória

A Cybelle, meu amor, minha companheira,

Pelo apoio incondicional.

Pelas noites em que se prontificou a ler meu projeto, mesmo sendo bióloga.

Pela escuta ativa, abraços apertados e palavras de otimismo que me impulsionaram diariamente.

Pela ansiedade compartilhada a cada momento.

Por se fazer presente em cada instante de minha trajetória profissional, me incentivando e me apoiando nas escolhas.

“Meu coração, toda vez que te vê
Quer gritar, se arriscar
Sair cantando
Me delatando pra todo mundo
Pensa que está fora de alcance
E vai me anunciando
Quando leve você passa
Me entregando assim, de graça
Nesse estado inevitável da paixão
Mas fecho os olhos então
E ele fica mudo
Meu escuro é meu escudo
E silencioso é meu coração”

Zélia Duncan (Toda vez)

Aos meus amados filhos João e Eduardo (Edu),

Por terem me dado o dom e a dádiva de ser pai.

Por me chamarem de volta sempre que estava muito ocupado ao meu posto de companheiro nos passeios ao cinema, a livraria, a praia, para andar de skate, e jogar videogame;

Por me lembrarem de que tudo isso tem que servir para nos aproximar ainda mais.

Pelas idas às minhas reuniões de Pesquisa Orientada.

“É comum a gente sonhar, eu sei, quando vem o entardecer
Pois eu também dei de sonhar um sonho lindo de morrer
Vejo um berço e nele eu me debruçar com o pranto a me correr
E assim chorando acalantar o filho que eu quero ter
Dorme, meu pequenininho, dorme que a noite já vem
Teu pai está muito sozinho de tanto amor que ele tem”

Chico Buarque (O filho que eu quero ter)

Aos meus amados pais Jaime e Dote

Por não deixarem que as restrições financeiras impusessem limites à nossa educação, prioridade em minha vida e de minhas irmãs;
Por serem responsáveis pela formação de meu caráter;
Pelo apoio incondicional;
Que rezaram, torceram e tiveram fé em mim;
Por terem vindo me visitar quando eu não pude ir abraçá-los sempre que precisei de seus colos e ombros;
Por me tornarem o filho, o homem, o pai e marido que sou hoje;
O meu amor e toda a minha eterna gratidão.

“Na linha do horizonte no alto da montanha
Por onde quer que eu ande este amor me acompanha
A luz que vem do alto
Aponta o meu caminho
É forte no meu peito eu não ando sozinho
Te vejo pelos campos te sinto até nos ares
Te encontro nas montanhas e te ouço nos mares
Você é meu escudo
Você pra mim é tudo
Minha fé me leva até você
Você é meu escudo
Você pra mim é tudo
Minha fé me leva até você”

Roberto Carlos (Fé)

Agradecimentos

- ✓ A Deus pela força, pela luz e pela inspiração em toda a minha trajetória;
- ✓ Ao Prof^o Dr. Igor Gomes Menezes, meu orientador pela confiança em meu projeto de dissertação, pela paciência, pelo tempo dispensado e pela disposição nos momentos em que me proporcionou o aprendizado da escrita científica. Por ter se tornado além de orientador, meu amigo. Minha gratidão e minha admiração.
- ✓ Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial às Professoras Dr^a Cristina Maria Meira de Melo, Dr^a Norma Carapiá Fagundes e Dr^a Mirian Santos Paiva;
- ✓ À Professora Dr^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho pela sensibilidade e pelo apoio quando precisei mudar de orientador;
- ✓ Aos colegas do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA (PGENF), em especial à Fabíola Queiroz, Ana Paula Silva, Ana Paula de Jesus, Roberta Rodrigues, Handerson Santos, Andréia Broch por terem compartilhado comigo suas esperanças, sonhos e realizações;
- ✓ Às Enfermeiras Prof^a. Dr^a. Fernanda Carneiro Mussi, Taíze Muritiba Carneiro, Prof^a. Dr^a. Kátia Grillo Padilha e Valdiane de Santana Costa Fernandes que fizeram parte do comitê de especialistas por sua inestimável contribuição;
- ✓ Aos enfermeiros que participaram da análise semântica, muito obrigado pelas contribuições no aperfeiçoamento da EPEA;
- ✓ Aos Hospitais e às Enfermeiras das UTI que gentilmente autorizaram a realização e participaram da pesquisa;
- ✓ Às colegas Gilmara Rodrigues, Mary Gomes Silva, *Tânia Christiane Ferreira* Bispo e à Prof^a Neuranides Santana pela revisão e orientações no projeto inicial para a submissão a seleção da PGENF;
- ✓ Às minhas Amigas e Colegas do Colegiado de Enfermagem do Departamento de Ciências da Vida da UNEB e aos alunos da UNEB pelo apoio e pela torcida;

- ✓ A Amanda Araújo, Indiara Oliveira, Lúri Dutra, Sara Santana e Tiago Pereira meus alunos pela inigualável contribuição na etapa de coleta e tabulação dos dados. Obrigado por torcerem, se preocuparem e rezarem junto comigo.
- ✓ A todos os meus alunos da UNEB, por todas as discussões acadêmicas que me conduziram a reflexões e me deram a oportunidade de repensar minhas práticas de ensino que me conduziram ao aperfeiçoamento profissional;
- ✓ A todos aqueles que, mesmo não tendo sido citados, contribuíram para a realização deste trabalho.

“O mundo é um lugar perigoso de se viver, não por causa daqueles que fazem o mal, mas sim por causa daqueles que observam e deixam o mal acontecer”.

Albert Einstein

LOBÃO, William Mendes. **Construção, validação e normatização da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos (EPEA)**. 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo construir, validar e normatizar a Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA). A EPEA foi construída como uma escala do tipo Likert, buscando avaliar as atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso (EA). Para a definição do construto e elaboração dos itens do instrumento, foi realizado um levantamento bibliográfico, a partir de critérios e recomendações de organizações nacionais e internacionais de promoção à qualidade do cuidado e segurança do paciente em UTI, que resultou em um instrumento preliminar contendo 90 itens, divididos em três dimensões tendo como pressuposto a abordagem teórica proposta por Donabedian (1980) para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde (estrutura, processo e resultado). Foi realizada a validação de conteúdo do instrumento por meio da técnica de análise de juízes e análise semântica. A EPEA resultante desta etapa continha 64 itens agrupados em três dimensões: estrutura (18 itens), processo (43 itens) e resultado (3 itens). Os locais da investigação foram seis unidades de terapia intensiva de alta complexidade de hospitais gerais e de ensino, sendo três hospitais públicos e três hospitais filantrópicos localizados no município de Salvador, Bahia. A amostra do estudo de validação da EPEA compreendeu 128 enfermeiros, sendo a grande maioria do sexo feminino (90,6%). Destes, 63 (49,2%) trabalhavam em UTI públicas e 65 (50,8%) nas UTI filantrópicas. O estudo da validade de construto se deu pela técnica de análise fatorial, onde inicialmente, optou-se pela associação da dimensão resultado à dimensão processo devido a seu reduzido número de itens, e ao fato de toda a escala ter sido baseada em medidas de segurança do paciente voltadas à prevenção do evento adverso (indicador de resultado). Foram retirados seis itens da abordagem estrutura e nove itens da abordagem processo por apresentarem cargas fatoriais inferiores a 0,30. O total da variância explicada para as duas abordagens (estrutura = 22,85%; processo = 23,89%) após a extração destes itens reflete um bom grau de representação em relação ao traço latente. O exame da fidedignidade da EPEA através do alpha de Cronbach obteve como resultados os seguintes coeficientes: 0,796 indicando boa confiabilidade para 12 itens da abordagem estrutura, e 0,919 indicando boa confiabilidade para 34 itens da abordagem processo. Tais resultados demonstram um bom nível de consistência interna do instrumento. Para a normatização dos escores da EPEA foi utilizada uma norma intragrupo com a definição de três faixas percentílicas, por abordagem, para avaliação da atitude dos Enfermeiros frente às condições que predispõem a ocorrência de eventos adversos em UTI: baixa percepção ($x < 50$), média percepção ($50 \leq x \leq 75$) e alta percepção ($x > 75$). Tendo por base seus indicadores psicométricos, verifica-se que a EPEA pode ser considerada uma medida válida para avaliar

as atitudes dos enfermeiros frente aos fatores que podem predispor a ocorrência dos eventos adversos em UTI.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde; Doença Iatrogênica; Cuidados de Enfermagem; Psicometria; Estudos de Validação.

LOBÃO, William Mendes. **Construction, validation and standardization of the scale of predisposition to adverse events (EPEA)**. 2012. 98 f. Dissertation (Master's in Nursing) -School of Nursing, Federal University of Bahia. Salvador, 2012.

ABSTRACT

This study aimed to develop, validate, and standardize the Scale of Predisposition to Occurrence of Adverse Events (EPEA). The EPEA was set up as a Likert scale and it seeks to assess the attitudes of nurses on aspects of structure and process that can interfere in the quality of nursing care in the ICU, being the adverse event (AE) an outcome indicator. To delineate the construct and design the instrument, we performed a literature review, using criteria and recommendations of national and international organizations to promote the quality of care and patient safety in ICU that resulted in an preliminary instrument composed 90 items, divided into three dimensions considering the theoretical approach proposed by Donabedian (1980) for assessing the quality of health care (structure, process and outcome). We conducted judge analysis and semantic analysis as techniques to study the content validity. The 64 remaining items from this step were grouped into three dimensions: structure (18 items), process (43 items) and outcome (3 items). The research locations were six intensive care units of high complexity of general hospitals and teaching, being three public hospitals and three philanthropic hospitals located in the city of Salvador, Bahia. The validation study sample of EPEA was comprised of 128 nurses. The vast majority was female (90.6%). 63 (49.2%) out of 128 nurses from the original sample worked in Public ICU and 65 (50.8) in the ICU Philanthropic. The construct validity analysis was carried out by using factor analysis, where initially it was decided by the association between the outcome and process dimensions because of the small number of items in the outcome dimension as well as to the entire scale is based on patient safety measures aimed at the prevention of the adverse event (outcome indicator). The factor analysis findings suggested dropping six items of the structure dimension and nine items of the process dimension for presenting factor loadings below 0.30. The total explained variance for the two dimensions (structure = 22.85%; process = 23.89%) after dropping these items reflects a good latent trait representation level. The Cronbach's alpha coefficients were as follow: 0.796, indicating a good reliability for the twelve structure dimension items, and 0.919, indicating excellent reliability for the thirty-four process dimension items. These findings demonstrate a good level of internal consistency for the instrument overall. For the EPEA score standardization we used an intragroup norm and we calculated three percentile ranks for each one of the dimensions in order to evaluate the attitude of nurses in face of the conditions that predispose the occurrence of adverse events in ICU: low perception (<50), average perception ($50 \leq x \leq 75$), and high perception ($x > 75$).

Keywords: Quality of Health Care; Iatrogenic Disease; Nursing Care; Psychometrics; Validation Studies.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ANA	American Nurses Association
ACP	Análise de componentes principais
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AF	Análise Fatorial
CMS	Centers of Medicare & Medical Services
CQH	Compromisso com a qualidade Hospitalar
EA	Evento Adverso
EPEA	Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
GUTIS	Guia da UTI segura
ISO	International Organization for Standardization
IOM	Institute of Medicine
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MS	Ministério da Saúde
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NDNQI	National Database of Nursing Quality Indicators
NAGEH	Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organizações não-governamentais
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde
PDCA	Planejamento, Desenvolvimento, Controle e Avaliação
RN	Registered Nurses
SUS	Sistema único de Saúde
TCT	Teoria clássica dos testes
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sócio-demográfica dos Enfermeiros e das UTI	47
Tabela 2	Análise descritiva dos pareceres dos Juízes	61
Tabela 3	Comunalidades para os 18 itens da dimensão estrutura	66
Tabela 4	Comunalidades para os 43 itens da dimensão processo	67
Tabela 5	Correlação Item-total para a dimensão estrutura	69
Tabela 6	Correlação Item-total para a dimensão processo	69

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo teórico de investigação	21
Quadro 1	Organizações, recomendações e indicadores para a segurança do paciente	32
Figura 2	Modelo do queijo suíço de Reason	36
Figura 3	Variável latente e formação dos fatores	56
Quadro 2	Instrumento utilizado na análise de Juízes	60
Quadro 3	Critérios para definição do item como constituinte da dimensão	60
Quadro 4	Critérios para classificação do item	60
Quadro 5	Modelo usado para consolidar as informações na análise de juízes	61
Quadro 6	Legenda usada na interpretação da análise dos Juízes	64
Quadro 7	Itens excluídos após a análise de juízes	64
Quadro 8	Itens excluídos após a análise fatorial	68
Quadro 9	Faixas percentílicas da normatização da EPEA	72

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UTI	24
2.2 AVALIAÇÃO E INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO	26
2.3 A SEGURANÇA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UTI	30
2.4 O CONSTRUTO ATITUDE	38
2.5 A MEDIDA DE FENÔMENOS PSICOLÓGICOS	40
2.5.1 A psicometria: como medir fenômenos psicológicos	42
3. MÉTODO	46
3.1 MODELO GERAL DE PESQUISA	46
3.2 LOCAIS DE INVESTIGAÇÃO E PARTICIPANTES	46
3.3 INSTRUMENTOS	49
3.4 COLETA DE DADOS	53
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	54
3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	54
4. RESULTADOS	59
4.1 ETAPA I – VALIDADE DE CONTEÚDO	59
A. Análise descritiva dos pareceres dos juízes	60
B. Análise Semântica	65
4.2 ETAPA II – VALIDADE DE CONSTRUTO	65
4.3 CONFIABILIDADE DA EPEA	69
5. NORMATIZAÇÃO DOS ESCORES DA EPEA	71
6. DISCUSSÃO	73
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
APENDICE B - Versão operacional da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA)	90
APENDICE C - Versão Final da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA)	94
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	97

1 INTRODUÇÃO

No início do século XIX, Florence Nightingale em estudos a partir de sua atuação na guerra da Criméia, ao responsabilizar o hospital pela garantia da qualidade da assistência, tornou-se a precursora dos programas de qualidade do cuidado e colocou em evidência o papel do Enfermeiro nesse cenário.

Conforme Waldow (1998, p. 23) o cuidado de Enfermagem “parece deixar de ser um procedimento, uma intervenção para ser uma relação onde a ajuda é no sentido da qualidade do outro ser ou de vir a ser, respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o de forma mais afetiva”. Com base nesta definição, Ceccato e van der Sand (2001, p. 1) destacam que:

o cuidado além de princípio da assistência de Enfermagem, necessita ser a filosofia da instituição, permitindo as condições indispensáveis para desenvolvê-lo. Essas condições são recursos os humanos qualificados, materiais e tecnologia, bem como a apropriada estrutura física.

Segundo Barbosa (2008, p. 367), “o enfermeiro é o profissional que coordena e gerencia todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente e tudo o que o envolve no contexto da instituição hospitalar”. O gerenciamento é um processo intrínseco ao cuidar e subsidia a atuação direta dos enfermeiros em sua prática diária, ao oportunizar atenção integral e segura das necessidades humanas básicas.

Donabedian (1980, p. 5) define “a qualidade como a medida em que o cuidado prestado atinge o equilíbrio mais favorável entre riscos e benefícios”. Donabedian propôs três abordagens para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde: a) estrutura - corresponde aos insumos, recursos físicos, financeiro, localização geográfica, equipamentos, acessibilidade e a qualificação/especialização da mão de obra, que possibilitam a prestação do serviço; b) processos (atualmente denominado performance) - execução de ações mediante um conjunto pressuposto de critérios, regras, padrões, procedimentos e de protocolos, a partir de uma imagem objetivo, para alcançar a melhor assistência; c) resultados (*outcome*) - corresponde a avaliação do êxito/efetividade dos objetivos do cuidado em saúde e satisfação do usuário ou população (cura, impedir progressão da doença, restauração da capacidade funcional e alívio da dor/sofrimento).

O *Institute of Medicine* - IOM (1990, p. 21) define qualidade do cuidado como “o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de ocorrerem resultados desejados na saúde de indivíduos e populações e que sejam consistentes com o conhecimento profissional vigente”. Essa definição possui como principais características: o uso de um instrumento que possibilite a mensuração da qualidade; identifica os indivíduos e populações como o público alvo dos esforços para a promoção da qualidade; é orientada por objetivos; reconhece a probabilidade da ocorrência de eventos indesejáveis; ressalta a importância de se estabelecer uma relação entre os processos e resultados; e a necessidade de atualização constante do conhecimento técnico-científico.

Ao avaliar se um dado cuidado possui qualidade ou não, torna-se necessário o estabelecimento de parâmetros e critérios determinados por Organizações Reguladoras (Organização Mundial da Saúde – OMS; Organização Pan Americana da Saúde – OPAS; Ministério da Saúde – MS; Agência Nacional de Saúde - ANS), e organizações não-governamentais (ONG's) nacionais ou internacionais que promovam processos de avaliação e certificação da qualidade, como a acreditação hospitalar (Organização Nacional de Acreditação – ONA e *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO). Além disso, tal avaliação pode ocorrer pelo prestador do serviço e pelo próprio usuário, com estudos sobre sua satisfação, enquanto componente da relação entre o profissional e o usuário (DONABEDIAN, 1980). No Brasil, segundo Esperidião e Trad (2006, p. 1268), os estudos sobre satisfação do usuário começaram a se desenvolver “na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação”.

A avaliação da qualidade do cuidado difere da qualidade do âmbito industrial, pois esse utiliza de “*Standards*” e normas, como a ISO 9000, sendo que sua preocupação recai sobre a redução de custos, aumento da produtividade, competitividade do mercado e, diferente dos serviços de saúde, seu produto final é material e resultante da transformação de insumos.

O indivíduo internado em uma UTI está exposto a diversos riscos que, segundo Carpenito (2007), são classificados em risco de lesão, infecção por aspiração, hemorragias por desconexão de drenos e queda, evidenciados por permanência no leito, realização de procedimentos invasivos, presença de drenos,

tubos e cateteres, padrão respiratório ineficaz, uso de ventiladores mecânicos, uso de sedativos, agitação psicomotora e desequilíbrio.

No Brasil têm sido freqüentes estudos sobre a utilização de indicadores de resultado, principalmente o de evento adverso (EA), definido como “ocorrências clínicas desfavoráveis que resultem em morte, risco de morte, hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente, incapacidade significativa, persistente ou permanente” (BRASIL, 2006, p. 3) na avaliação da qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI (PADILHA, 2006; TOFFOLETTO M. C., 2006; SILVA, 2003; PADILHA, KITAHARA, *et al.*, 2002; MANENTI, CHAVES, *et al.*, 1988).

A partir da análise dos fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas em UTI, Padilha (2006) constatou que, considerando a natureza de tais ocorrências, dos 113 eventos notificados naquela pesquisa, as relacionadas aos cateteres, tubo endotraqueal, sondas e drenos foram responsáveis por 40,7% (46), medicações 27,4% (31), equipamentos 18,6% (21), procedimentos 11,5% (13) e outros 1,8% (2). Dessa forma, ao internar-se em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o indivíduo fica sob cuidados de uma equipe de Enfermagem, e deposita não só confiança, mas também, sua vida nas mãos de pessoas que ela não conhece.

Uma pesquisa conduzida nos Estados Unidos por Kohn, Corrigan, & Donaldson (1999) demonstrou que, quando acontece um evento adverso grave ou qualquer outro desvio da qualidade do cuidado esperado, além dos custos em termos de vida humana, estima-se que despesas adicionais, perda de produtividade e incapacidade permanente alcançam algo em torno de 17 a 29 bilhões de dólares. Estes desvios da qualidade do cuidado também implicam em ônus que podem ser representados pela perda da confiança na equipe de Enfermagem da UTI e a sensação de ansiedade e impotência dos profissionais envolvidos (PADILHA, KITAHARA, *et al.*, 2002).

De um modo geral, a qualidade do cuidado tem sido avaliada a partir do indicador de resultado, como por exemplo, avaliar o êxito de um cuidado de enfermagem a partir da ocorrência de um evento adverso. Entretanto, a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI deve ser estudada como um produto entre as condições ideais de trabalho (estrutura e processo), derivadas de recomendações nacionais e internacionais de promoção da qualidade e segurança do paciente em UTI e os riscos e benefícios decorrentes da falibilidade do ser humano ao prestar o cuidado (Reason, 2000). Tal falibilidade pode ser proveniente de diferentes

percepções que os enfermeiros possuem acerca do seu ambiente de trabalho e protocolos de cuidado, e que podem interferir em suas atitudes sobre as condições que podem predispor a ocorrência do evento adverso. Para Allport (1935, p. 810), uma “atitude é um estado mental e neural de prontidão que exerce uma influencia direta sobre a resposta do indivíduo a todos os objetos e situações com as quais se relaciona”. No contexto deste trabalho, a atitude consiste em uma disposição para uma ação ou omissão, que influencia diretamente a qualidade do cuidado prestado pelo enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Compreender a ocorrência de tais eventos, levando em conta a inerência do erro em toda atividade humana, entender a complexidade da assistência de Enfermagem em um ambiente crítico como a UTI, estimular o registro e utilização dos indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem para planejar e implantar estratégias que discutam as estruturas, processos e resultados do cuidado constituem os desafios do gestor de terapia intensiva e podem resultar no desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem mais segura e reconhecidamente confiável pelo usuário.

Tendo por base as três abordagens possíveis para a avaliação da qualidade do cuidado definidas por Donabedian (1980), Contandriopoulos e colaboradores (1997, p. 34) definem que a avaliação normativa “consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas”. Portanto, nesta concepção de avaliação da qualidade, nota-se que o julgamento, expresso pelas atitudes dos enfermeiros, possui um papel importante o qual influencia as condições que contribuem para a ocorrência do E.A.

Face à ausência de trabalhos sobre a avaliação da qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI realizados no estado da Bahia e a carência na literatura de estudos que tenham como objeto a análise das atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que comprometem a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso, o presente estudo se mostra relevante por contribuir com o conhecimento científico, auxiliar o processo de planejamento e tomada de decisão durante o cuidado de Enfermagem e a possibilidade de fortalecer as políticas públicas de qualidade do cuidado em UTI.

Evidencia-se ainda, por insuficiência teórico-metodológica, a necessidade de construção de uma escala que avalie a atitude dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que comprometem a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso.

Assim, o presente estudo busca responder o seguinte questionamento: quais são as atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI? Para responder a este questionamento apresenta-se como objetivo geral: construir, validar e padronizar uma escala para avaliação das atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso (EA).

Considerando tal objetivo foi proposto o seguinte modelo teórico:

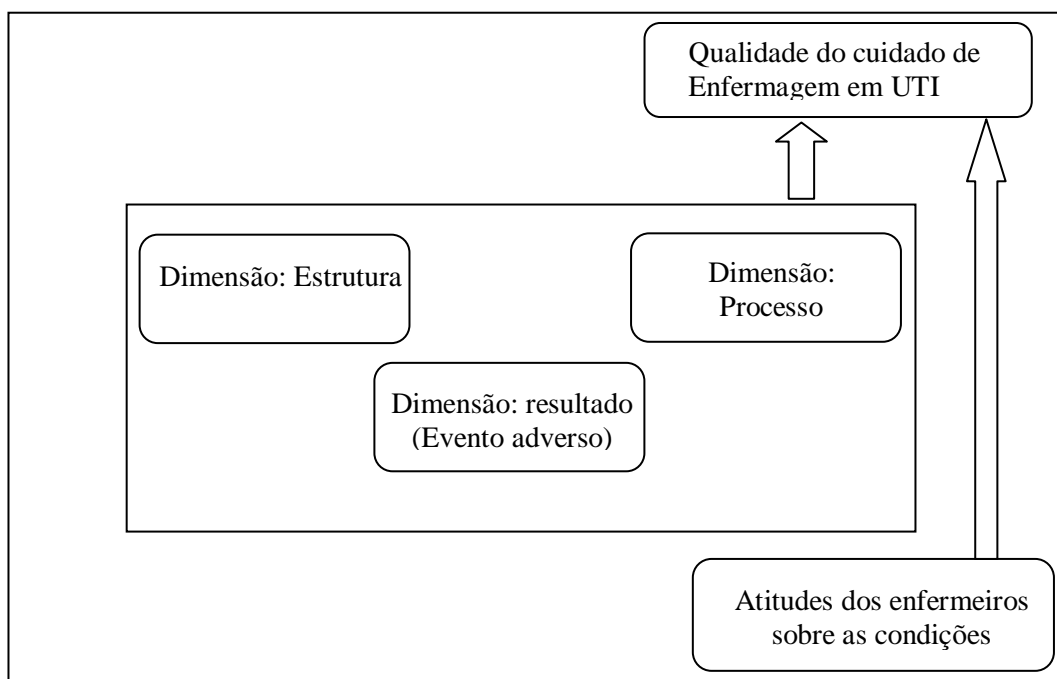


Figura 1 - Modelo teórico de investigação

Espera-se com isso contribuir com a gestão dos serviços de Enfermagem em terapia intensiva, subsidiado pela utilização dos dados advindos da monitorização de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem, a obter uma assistência de Enfermagem qualificada e segura, que corroborado por Silva (2003, p. 116) resultará em:

- Maior reconhecimento da capacidade de trabalho da Enfermagem;
- Mais respeito profissional, maior influência política no hospital;

- Controle do desperdício;
- Equipes melhores informadas;
- Maior taxa de ocupação hospitalar;
- Menor tempo de internação;
- Maior rotatividade de leitos;
- Racionalização de custos;
- Melhora da auto-estima e da credibilidade da Enfermagem;
- Melhoria da qualidade da assistência;
- Aumento da satisfação do cliente externo e interno;
- Estabelece um banco de dados da produtividade da Enfermagem;
- Contribui para melhorar a imagem do hospital.

Estruturada em seis capítulos, a presente dissertação apresenta no primeiro capítulo considerações gerais sobre o tema eventos adversos no cuidado de Enfermagem em UTI e aponta para a existência de lacunas, tanto em relação à ausência de pesquisas realizadas na Bahia, quanto de instrumentos válidos que permitam avaliar a atitude dos Enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que comprometem a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso.

O segundo capítulo está dividido em cinco subcapítulos. O primeiro caracteriza a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI a partir da concepção teórica de Donabedian (1993) e defende a utilização do indicador de evento adverso como indicador de resultado. No seguinte, são expostos os principais aspectos teóricos da avaliação e indicadores de qualidade do cuidado. No terceiro subcapítulo são discutidos a segurança do cuidado de Enfermagem em UTI e a importância do relatório “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” publicado pelo IOM em 1999. Ainda nessa seção, foi discutido o modelo de gestão do erro humano proposto por Reason (2000). O quarto subcapítulo discute os aspectos teóricos sobre a abordagem atitudinal a partir da definição de Allport (1935). No quinto subcapítulo são discutidos os fundamentos da medida de fenômenos psicológicos segundo Pasquali (2010) e os preceitos teóricos e metodológicos da psicometria e de como medir fenômenos psicológicos. Estes pressupostos subsidiaram a concepção e o desenvolvimento da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA).

No terceiro capítulo foi descrito o delineamento metodológico, o qual busca caracterizar as etapas da construção e validação da EPEA, mostrando o perfil dos participantes, os instrumentos utilizados para coleta de dados, os passos

metodológicos que foram seguidos para a elaboração de itens, e, por fim, os procedimentos seguidos para coleta e análise de dados.

O quarto capítulo é destinado à comunicação de todos os resultados das etapas de validação de conteúdo e validação de construto, e discussão dos parâmetros de confiabilidade da EPEA.

No quinto capítulo serão descritas as técnicas adotadas para normatização dos escores da EPEA.

No sexto e último capítulo, são realizadas as conclusões da validação da escala e as considerações finais sobre o estudo do tema.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UTI

Em 1951, Armand V. Feigenbaum defendeu a idéia de que as empresas deveriam criar um departamento para cuidar exclusivamente da qualidade. Uma das idéias mais importantes levantadas por ele foi a necessidade de mudar a ênfase da correção para a prevenção de defeitos, sintetizada pela frase “fazer certo da primeira vez”, que viria a influenciar profundamente o estudo e a prática da administração da qualidade (MAXIMINIANO, 2004).

Segundo Korniewicz e Duffy (2001, p. 2) “os serviços de saúde passaram de um sistema orientado para o processo a um sistema baseado no desempenho e nos resultados”. Essa mudança resultou de uma maior conscientização dos usuários, do custo e da livre concorrência de mercado e, por fim, da necessidade dos profissionais envolvidos quantificarem e avaliarem o impacto do seu cuidado sobre a saúde e a qualidade de vida do paciente. Outros fatores preponderantes, segundo as mesmas autoras, foram:

“a necessidade de se determinar as práticas de trabalho, o número de prestadores de cuidados de saúde disponíveis, as políticas associadas a cuidados de qualidade aos doentes [...] a diversidade encontrada nos tratamentos médicos de uma região para outra, a frequência de procedimentos cirúrgicos e a competência dos prestadores dos cuidados à saúde” (KORNIEWICZ e DUFFY, 2001, p. 3).

Wachter (2010, p. 48) define que “o primeiro passo na melhoria da qualidade começa com a mensuração da qualidade”, fato que recentemente vem sendo incentivado por diversas organizações, “inclusive fontes pagadoras (Centers of Medicare & Medical Services - CMS), acreditadores e reguladores (JCAHO) e sociedades Médicas”, e cita como principais barreiras à prestação de cuidados de saúde de forma confiável e de qualidade, a falta de informação sobre o desempenho profissional e das instituições de saúde, falta de incentivo para a melhoria da qualidade dos serviços, dificuldade de atualização do profissional a partir de estudos baseados em evidências e a ausência de um sistema de suporte (tecnologia da informação) que facilite o acesso/utilização ao conhecimento para a construção de uma assistência mais qualificada.

Para Donabedian (1993, p. 96) “a busca da qualidade constitui a dimensão ética da vida profissional. Com ela todos os esforços razoáveis de monitoria da qualidade terão êxito e sem ela o mais engenhoso dos sistemas de monitoramento fracassará”. Para tanto, ele formula os sete atributos da qualidade do cuidado em saúde:

1. Eficácia: capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias;
2. Efetividade: melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis;
3. Eficiência: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;
4. Otimização - torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.
5. Aceitabilidade - sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
6. Legitimidade - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
7. Eqüidade - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A eqüidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade (DONABEDIAN, 2003, p. 6).

O programa de qualidade do cuidado de Enfermagem ao estabelecer padrões, normas, critérios e indicadores, e definir em seu modelo lógico os resultados esperados, foca suas ações prioritariamente sobre a prevenção da ocorrência de não conformidades no cuidado, aperfeiçoando os processos e objetivando garantir a segurança do paciente e a melhora contínua do desempenho da organização.

Neste contexto, o enfermeiro, presente em todos os momentos do cuidar, e na função gerencial da unidade, exerce papel de suma importância ao assegurar a qualidade da assistência de Enfermagem estará somando esforços aos gestores da

organização, para proporcionar ao usuário do serviço o atendimento integral de suas necessidades humanas básicas.

Ferramentas de gestão, como os indicadores de qualidade do cuidado de Enfermagem, são, portanto, úteis para a gerência ao fornecem subsídios para o aprimoramento de processos administrativos e assistenciais, apontarem aspectos do cuidado ao paciente crítico que podem ser incrementados e a melhorar a qualidade da assistência ao tornar o cuidado de Enfermagem mais seguro e com a menor possibilidade de ocorrer eventos adversos, proporcionando serviços ao usuário livre de riscos e prejuízos, e assegurando-lhe satisfação e segurança.

Em UTI devido à complexidade das intervenções e os cuidados prestados, estas ferramentas permitem, mediante a análise de dados coletados, a comparação da evolução da qualidade em momentos ou gestões distintas e oferecer como produto desta estratégia um serviço de qualidade que assegure, dentro dos limites tecnológicos e éticos, um balanço positivo entre benefícios, riscos e custos.

2.2 AVALIAÇÃO E INDICADORES DE QUALIDADE DO CUIDADO

O ato de avaliar, conferir valor ou mérito, vem corroborando, junto com a capacidade do raciocínio, para o sucesso e a evolução do homem ao longo dos anos a partir do acúmulo de conhecimentos e experiências que permitiram adaptar-se aos desafios impostos pela natureza e tomar decisões vitais a sua sobrevivência e evolução, garantindo o sucesso em suas investidas em um meio ambiente ainda desconhecido. A partir do acréscimo de critérios como a objetividade e a utilização de metodologia rigorosa, este ato cotidiano obtém caráter e rigor científico, possibilitando a obtenção de resultados válidos, confiáveis e eficientes.

Contandriopoulos e colaboradores (1997, p. 31) conceituam avaliação “como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer de seus componentes com o objetivo de auxiliar a tomada de decisões”. Em ciências sociais, no contexto das políticas públicas, programas e serviços de saúde, freqüentemente se objetiva demonstrar o sucesso de intervenções da gestão atual, legitimar ou retardar a tomada de decisão, fornecer subsídios para o aprimoramento dos processos administrativos e assistenciais que impliquem melhorar a qualidade da assistência e/ou cumprir exigências de organismos financiadores, auxiliar o processo de planejamento e tomada de decisão, aperfeiçoar o programa, prestar contas à

sociedade e contribuir para o conhecimento científico. E, além disso, permite, mediante análise de dados coletados, a comparação da evolução da qualidade de um dado serviço em momentos ou gestões distintos (HARTZ e VIEIRA DA SILVA, 2005).

De acordo com Paim (2006, p. 91), o interesse internacional pela avaliação dos serviços de saúde tornou-se mais evidente devido “às restrições econômicas que têm levado os organismos financiadores a exigirem estudos de avaliação numa perspectiva eficientista” pela consciência de responsabilização (*accountability*) que tem resultado no aumento do grau de exigência por parte dos usuários e, conseqüente, elevação na incidência de processos éticos.

O processo de avaliação da qualidade do cuidado de Enfermagem está inserido no planejamento e na gestão, implica executar ações “técnico-administrativas [destinadas] à tomada de decisão e envolve momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor” (TANAKA e MELO, 2001, p. 13), e objetiva assegurar qualidade a partir do planejamento ou reestruturação das ações de Enfermagem. Como um juízo de valor destinado à tomada de decisão, a avaliação pode ser realizada por qualquer membro da equipe do serviço de saúde desde que considere como princípios fundamentais a oportunidade e audiência, sendo que este se refere a quem se destina a avaliação. Por esse motivo, para se obter a qualidade em serviços de saúde, torna-se necessário a participação de todas as pessoas inseridas direta e indiretamente na assistência prestada ao usuário.

A avaliação da qualidade do cuidado de Enfermagem configura-se então como um julgamento de mérito e valor de um cuidado tendo como referência parâmetros explicitamente estabelecidos por organizações nacionais e internacionais que descrevem o nível esperado de desempenho de uma dada organização. Assim, o processo de avaliação norteia a tomada de decisão de modo a assegurar que os resultados dos cuidados planejados e implementados estejam em conformidade com as expectativas do usuário/família e com os objetivos traçados pela gestão.

De acordo com Hartz e Silva (2005, p. 53),

a implementação da avaliação de um programa requer o desenho de uma matriz [modelo lógico] que apresente os critérios/indicadores e parâmetros que serão utilizados, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas. Segundo Donabedian (1986), o critério pode ser definido como componente ou aspecto da estrutura

de um serviço/sistema de saúde, processo ou resultado de um cuidado que dá suporte à qualidade do [cuidado] prestado. O parâmetro é uma especificação quantitativa precisa do nível de um critério que conferirá qualidade em um grau determinado.

De acordo com Bohomol (2006, p. 75), os indicadores possibilitam a medida das variações no comportamento de critérios e padrões de qualidade e, tornam-se úteis ao conferir “informações necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença do serviço ou assistência”.

O indicador é um parâmetro que possibilita estabelecer a diferença entre uma situação desejada e uma situação real. Pode ser expresso como uma razão entre variáveis ou critérios, taxa ou coeficiente, índice, número absoluto ou um fato (HARTZ e VIEIRA DA SILVA, 2005; BITTAR, 2001, p. 22). No contexto da avaliação da qualidade, os indicadores, “além de representarem a medida do impacto dos serviços sobre a saúde das populações, precisam considerar a mensuração da adequação, da infra-estrutura dos serviços e da efetividade dos processos” (MEDINA, SILVA, *et al.*, 2005, p. 55).

Portanto, as variáveis/indicadores e os parâmetros nortearão a construção e avaliação de desempenho e alcance dos objetivos propostos para a assistência de Enfermagem voltada para a qualidade. As mesmas autoras ressaltam ainda que “os indicadores isolados não são capazes de prover um quadro conclusivo acerca do desempenho dos serviços de saúde, sendo necessária a definição de conjuntos de indicadores relevantes para conduzir uma determinada avaliação” (HARTZ e VIEIRA DA SILVA, 2005, p. 54).

Os indicadores de qualidade podem ser qualitativos ou quantitativos e a utilização efetiva dos mesmos serve como norteador à tomada de decisão nos níveis estratégico, tático e operacional. É uma ferramenta útil para a gerência de Enfermagem e fornece subsídios para o aprimoramento dos processos administrativos e assistenciais que impliquem melhorar a qualidade da assistência de Enfermagem. Além disso, permite, mediante análise de dados coletados, a comparação da evolução da qualidade de um dado serviço em momentos distintos.

Dessa forma, percebe-se que um indicador de qualidade, em si, é apenas um dado, uma razão ou proporção entre as dimensões da qualidade utilizadas para a avaliação sendo “finitos em si próprios, e só possuem significados à medida que são

capazes de gerar informação para o processo de decisão, com a finalidade de melhoria contínua da qualidade” (LEÃO, SILVA, *et al.*, 2009, p. 1).

Ballard (2003, p. 1) no *Online Journal of Issues in Nursing* conceitua segurança do paciente como “um componente essencial e vital da qualidade do cuidado”. Para colaborar com a promoção da qualidade, a *American Nurses Association* – ANA propõe a utilização de um Banco de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade de Enfermagem (NDNQI) que fornece um fluxo trimestral de informações, permitindo aos gestores rever seus dados e comparar e avaliar o alcance dos objetivos traçados. O NDNQI possibilita ainda a criação de relatórios de gestão de qualidade, oportunizando a realização de estudos que podem auxiliar o enfermeiro a tornar suas ações mais seguras e com melhor qualidade (ANA, 2001).

Indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem são importantes por representarem os critérios a partir dos quais se constrói a imagem-objeto da qualidade do serviço de Enfermagem, norteando a construção de modelos assistenciais seguros, e por contribuírem no processo de acreditação hospitalar, na medida em que possibilitam a avaliação da qualidade do cuidado prestado.

A acreditação é um processo formal de avaliação e certificação, voluntário, periódico e reservado, realizado a partir de um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais com enfoque em garantir a qualidade da assistência, por meio de padrões previamente estabelecidos, em todos os níveis dos serviços hospitalares (BRASIL, 2002; LEÃO, SILVA, *et al.*, 2009).

Segundo Leão (2009, p. 9), “a transformação dos dados coletados sistematicamente em indicadores, monitorados ao longo do tempo, é essencial para a construção do *benchmarking* interno ou externo”. *Benchmarking* é uma ferramenta administrativa que vem sendo utilizada na área de saúde que foi introduzida nos Estados Unidos pela Companhia Xerox nos anos 80, aplicada como estratégia de aperfeiçoamento de práticas empresariais a partir da coleta e comparação de indicadores de qualidade, com o objetivo de se identificar uma “melhor prática” que possa ser empregada pelas organizações participantes para aprimorar seus processos e alcançar o melhor resultado (BHAVNANI, 2000, p. 13).

A construção do conhecimento científico em Enfermagem, pautado na utilização desses indicadores para a mensuração da qualidade do cuidado e do

benchmarking das informações obtidas, poderão proporcionar meios para a identificação/construção de modelos assistências do cuidar que configurem uma assistência de Enfermagem em UTI mais segura e próxima do ideal hipocrático “*primum non nocere*”¹.

2.3 A SEGURANÇA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UTI

A construção de modelos assistenciais voltados à qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI parte da necessidade de se garantir a segurança do paciente, tendo em vista que a ocorrência de um evento adverso durante qualquer momento do processo interfere negativamente sobre o resultado esperado, podendo comprometer a vida do paciente, seu tempo de permanência no hospital, a confiança na equipe e o aumento dos gastos relativos ao seu cuidado. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO), os erros em saúde afetam um em cada dez pacientes em todo o mundo e que, “o conhecimento mais importante no campo da segurança dos pacientes é a forma de impedir que o dano aconteça durante o tratamento e cuidados (WHO, 2007, p. 1)”.

De acordo com Pedreira (2006, p. 3), “o erro pode ser definido como o uso, não-intencional, de um plano incorreto para alcançar um objetivo, ou a não-execução a contento de uma ação planejada”. Essa mesma autora chama atenção para a importância do relato da ocorrência dos eventos adversos como estratégia no desenvolvimento dos sistemas de segurança.

A preocupação com a segurança do paciente começa a se tornar mais evidente após a publicação, pelo Instituto de Medicina (IOM) em 1999, do relatório “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 1999). Ele foi elaborado a partir de dados de duas pesquisas que constataram a ocorrência de 2,9% de eventos adversos nas internações hospitalares no Colorado e Utah, e de 3,7% das internações ocorridas nos hospitais de Nova York. Além disso, também foi evidenciado, por estas pesquisas, que 6,6% dos eventos adversos que ocorreram no Colorado e Utah, e 13,6% dos que ocorreram em Nova York levaram à morte dos pacientes. Ao extrapolar estes dados para o total de 33.600.000 internações que ocorreram nos

¹ Princípio da não-maleficência: acima de tudo não causar qualquer dano

EUA em 1997, este relatório aponta para o fato de que pelo menos 44.000 pacientes morreram no Colorado e em Utah, e 98.000 pacientes morreram em Nova York em decorrência de erros na assistência à saúde.

Esta preocupação implicou na inclusão da segurança nas seis dimensões para a qualidade dos sistemas de saúde definidos pelo IOM no relatório “*crossing the quality chasm*” (IOM, 2001): “segurança do paciente, objetivos centrados no paciente, efetividade, eficiência, oportunidade e equidade” (WACHTER, 2010, p. 45).

Este relatório assume a inerência do erro em toda atividade humana, e estabelece que os erros na atenção à saúde podem ser evitados projetando-se sistemas que dificultem sua ocorrência e facilitem que os profissionais tomem decisões corretas. Ele parte do princípio de que, por exemplo, do mesmo modo que os horários de trabalho na aviação civil são concebidos de forma que os pilotos não trabalhem horas consecutivas sem descanso, para que não comprometa seu estado de alerta e desempenho, na área de saúde deve-se projetar processos de cuidado que assegurem ao paciente um tratamento livre de lesões acidentais e garanta a oportunidade de alcançar o resultado desejado (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 1999).

A segurança do paciente passou então a integrar a agenda de diversas organizações internacionais como a OMS que lançou, em maio de 2007, “as nove soluções de segurança para o paciente”, com o objetivo de ajudar a reduzir o número de vítimas de danos relacionados aos cuidados de saúde [eventos adversos] que afetam milhões de pacientes no mundo inteiro. A *American Nurses Association* (ANA), a partir de 1994, vem desenvolvendo e utilizando o “*The National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI)”, com o objetivo de promover a segurança e a qualidade, e de explorar as relações entre o cuidado de Enfermagem proposto e os resultados alcançados pelo paciente. Da mesma forma, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) publicou em 2011 o “*National Patient Safety Goals*” em que discute a necessidade de melhorar a precisão da identificação do paciente e a comunicação entre os cuidadores, o uso seguro de medicações, a prevenção de infecções e a conferência das medicações usadas pelo paciente.

Nacionalmente, o programa “Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH)” publicou em 2006 o manual de indicadores de Enfermagem com o intuito de validar indicadores, que tornem possível avaliar a qualidade da assistência de

Enfermagem e “que sejam passíveis de comparabilidade nos âmbitos intra e extra-institucional e que reflitam os diferentes contextos de sua prática profissional” (NAGEH, 2006, p. 8). Em 2010, o COREN de São Paulo (COREN-SP; REBRAENSP, 2010) divulgou os “10 passos para a segurança do paciente”. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (RÉA-NETO, CASTRO, *et al.*, 2010) publicou o “Guia da UTI segura – GUTIS”, e a ANVISA-MS estabeleceu a partir da publicação da RDC-7 (BRASIL, 2010) os requisitos mínimos para o funcionamento de unidades de terapia intensiva.

As recomendações destas organizações que deram origem aos itens da EPEA podem ser visualizadas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Organizações, recomendações e indicadores para a segurança do paciente

(continua)

ORGANIZAÇÕES	RECOMENDAÇÕES E INDICADORES
Programa compromisso com a qualidade Hospitalar – CQH (Manual de indicadores de Enfermagem – NAGEH)	Incidência de Queda de paciente;
	Incidência de extubação acidental;
	Incidência de perda de sonda nasogastroenteral;
	Incidência de úlcera por pressão;
	Incidência de não conformidade relacionada à administração de medicamentos pela Enfermagem;
	Incidência de flebite;
	Horas de enfermeiro / cuidado intensivo;
	Horas de técnicos de Enfermagem / cuidado intensivo;
	Taxa de absenteísmo de Enfermagem;
COREN-SP (10 passos para a segurança do paciente)	Índice de treinamento de profissionais de Enfermagem;
	Taxa de acidentes de trabalho de profissionais de Enfermagem;
	Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (Turn Over);
	Identificação do Paciente;
	Cuidado limpo e cuidado seguro;
	Cateteres e sondas – conexões corretas;
	Cirurgia segura;
	Sangue e hemocomponentes – administração segura;
	Paciente envolvido com sua segurança;
	Comunicação efetiva;
	Prevenção de queda;
	Prevenção de úlcera por pressão;
	Segurança na utilização da tecnologia;
AMIB (GUTIS: guia da UTI segura)	Estabelecer uma cultura de segurança;
	Manter uma equipe quantitativa e qualitativamente capacitada para atender às demandas de sua UTI;
	Identificar e aferir seus principais problemas de segurança e estabelecer um plano para corrigi-los;
	Avaliar seu desempenho rodando ciclos de PDCA;
	Estabelecer e treinar, em conjunto com a equipe, protocolos e rotinas;

Quadro 1 – Organizações, recomendações e indicadores para a segurança do paciente

(continuação)

ORGANIZAÇÕES	RECOMENDAÇÕES E INDICADORES
AMIB (GUTIS: guia da UTI segura)	Garantir que o que deve ser feito está sendo feito com <i>checklists</i> ;
	Garantir uma continuidade de cuidados 24/7;
	Garantir segurança durante o suporte tecnológico. “Tecnologia de ponta no ponto”;
	Estabelecer comunicação efetiva entre todos da equipe;
	Tratar sem lesar;
ANVISA (RDC-7)	Art. 8º A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser:
	I - elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
	II - aprovadas e assinadas pelo Responsável Técnico e pelos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia;
	III - revisadas anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias;
	IV - disponibilizadas para todos os profissionais da unidade;
	Art. 12 <i>As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI;</i>
	Art. 13 <i>Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos;</i>
	Art. 14 III - <i>Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno;</i>
	Art. 17 <i>A equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada;</i>
	Art. 21 <i>Todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar;</i>
Art. 37 <i>Devem ser cumpridas as medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) definidas pelo Programa de Controle de Infecção do hospital;</i>	
Art. 48 <i>Devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos;</i>	

Quadro 1 – Organizações, recomendações e indicadores para a segurança do paciente

(conclusão)

ORGANIZAÇÕES	RECOMENDAÇÕES E INDICADORES
OMS (“As nove soluções de segurança para o paciente”)	Eliminar medicações com nomes e embalagens semelhantes;
	Identificar corretamente o paciente;
	Melhorar a comunicação durante o cuidado ao paciente
	Realizar o procedimento correto no local correto;
	Controle rigoroso na distribuição e armazenagem de soluções hipertônicas;
	Garantir o uso correto de medicações durante a transição dos cuidados;
	Prevenir desconexões acidentais de tubos e drenos;
	Fornecer dispositivo injetáveis de uso único;
	Implementar a higienização correta das mãos como forma de prevenir a infecção hospitalar;
ANA (“The National Database of Nursing Quality Indicators - NDNQI”)	Horas de Enfermagem por paciente dia;
	Queda de pacientes;
	Queda de pacientes com lesão;
	Prevalência de úlceras de pressão;
	Prevalência de contenção de pacientes;
	RN Educação / Certificação;
	Satisfação dos enfermeiros;
Joint Comission International (“Seis metas nacionais de segurança do paciente em hospitais de acesso crítico”)	Infecções Hospitalares (Cateter vesical e Acesso central venoso);
	Pneumonia associada à ventilação mecânica;
	Identificação correta do paciente;
	Implementar medidas que melhorem a comunicação durante o cuidado ao paciente;
	Uso correto de medicações;
	Prevenção de infecções;
Prevenção de erros durante a realização de cirurgias;	
Checar as medicações que os pacientes faziam uso previamente ao internamento;	

Fonte: Pesquisa Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

Essas organizações passaram a definir padrões e critérios que visam garantir a segurança e o melhor desempenho organizacional a partir de estratégias como: utilização de fluxogramas assistenciais baseados em evidências (*Clinical Pathways*), o *benchmarking* de informações, o compartilhamento de melhores práticas assistenciais, treinamentos realísticos e diretrizes (*Guidelines*) que proporcionem a uniformidade do cuidado e a redução do risco da ocorrência de eventos adversos.

Reason (2000) distingue duas perspectivas ou modelos de gestão do erro humano: a abordagem tradicional e a abordagem sistêmica. A abordagem tradicional, comumente encontrada na área de saúde, tem seu foco voltado para os erros dos indivíduos e se concentra nos atos inseguros – erros e violações de

procedimentos – e considera-os “como decorrentes principalmente de processos mentais aberrantes como o esquecimento, a desatenção, baixa motivação, desleixo, negligência e imprudência” (REASON, 2000, p. 1). Neste modelo, que tem sido chamado pelos psicólogos de “modelo do mundo justo”, o erro é tratado como uma questão moral, conseqüente de comportamentos indesejáveis e é abordado em campanhas educativas que apelam para o sentimento de medo, ameaça litigiosas, medidas disciplinares, treinamentos e reciclagens, culpando e envergonhando as pessoas envolvidas na ocorrência do erro.

Na abordagem sistêmica, que tem como princípio a falibilidade do ser humano em suas atividades e a possibilidade da ocorrência do erro até mesmo nas melhores organizações, “os erros são vistos como conseqüências e não causas, tendo suas origens não tanto na perversidade da natureza humana, mas em fatores sistêmicos acima deles” (REASON, 2000, p. 1). As medidas defensivas são então baseadas no pressuposto de que embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar suas condições de trabalho para dificultar a ocorrência do erro, criando barreiras e salvaguardas. Reason (2000) conclui que no momento em que ocorre um evento adverso, a questão mais importante não deveria ser quem errou, mas como e porque as defesas falharam.

Nesse modelo, de abordagem sistêmica, barreiras de defesa possuem um papel fundamental, como camadas de proteção sobrepostas. Os sistemas de alta tecnologia possuem diversas camadas defensivas sendo algumas de engenharia (alarmes, barreiras físicas e desligamento automático), alguns contam com pessoas (cirurgiões, enfermeiros, anestesistas, pilotos e controladores de tráfego aéreo) e outros dependem de procedimentos e controles administrativos. Todas elas têm a função de proteger vítimas em potencial e recursos de riscos locais, e na maior parte das vezes fazem isso de modo muito eficaz. Mas, entretanto, na prática cotidiana estas camadas apresentam pontos fracos, que são descritos por Reason (2000) como os orifícios das camadas de um queijo suíço (Figura 2) que, diferente do queijo, estão continuamente se abrindo, fechando e mudando de localização.

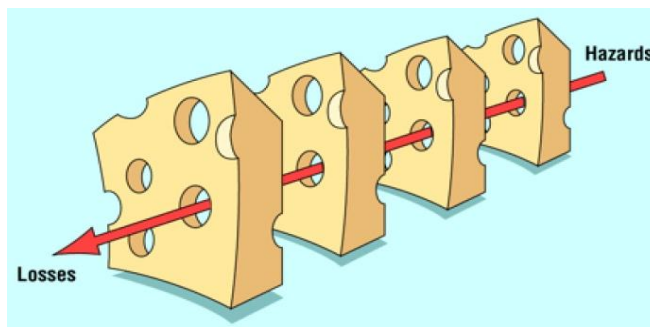


Figura 2 - Modelo do queijo suíço (Reason, 2000)

Reason chama à atenção que a presença isolada de um destes orifícios ou falhas no sistema, normalmente não causaria um resultado ruim, pela própria sobreposição das camadas de segurança, porém quando estas falhas se alinham permitem a possibilidade de um acidente trazendo riscos ou danos às vítimas. Dessa forma, um evento adverso não pode ser analisado isoladamente, tendo em vista a confluência de fatores determinantes à sua ocorrência.

Segundo Reason (2000) as falhas nas defesas surgem por duas razões: falhas ativas e condições latentes. Falhas ativas são os atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o paciente ou sistema (deslizes, lapsos, erros e violações processuais), normalmente possuem impacto direto e de vida curta sobre a integridade das defesas. Seguidores desta abordagem freqüentemente não avançam na investigação e estudo do evento adverso após a identificação de um culpado.

As condições latentes são patógenos inevitáveis residentes dentro do sistema que surgem a partir de decisões estratégicas tomadas pelos projetistas, construtores, idealizadores de processos e gestores de alto nível do sistema. Podem ser representadas por dois tipos de efeitos adversos: situações que provocam erros dentro do local de trabalho (decisões importantes tomadas sob pressão de tempo, recursos humanos insuficientes, equipamentos inadequados, fadiga e inexperiência) e, condições que podem criar pontos fracos na defesa e buracos de longa duração (indicadores e alarmes não confiáveis, procedimentos impraticáveis e irregularidades no projeto e implantação).

Dessa forma, as condições latentes podem permanecer adormecidas por muitos anos dentro do sistema, aguardando somente que falhas ativas desencadeiem a ocorrência de um evento adverso. Reason (2000, p. 2), chama à atenção para o fato de que “ao contrário das falhas ativas, cujas formas específicas

são difíceis de prever, as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes que um evento adverso ocorra” e que a compreensão destes dessa dinâmica levará à construção de uma gestão de risco proativa e não reativa.

Um estudo de corte transversal realizado na Califórnia e conduzido por Aiken e colaboradores (2002) entre 01 de abril de 1998 e 30 de novembro de 1999, entrevistou 10.184 enfermeiros com o objetivo de determinar a relação entre a quantidade de pacientes por enfermeiro, e a ocorrência de complicações e mortalidade ajustada após a implementação de uma legislação local que limitava a taxa do contingente profissional ao número de pacientes. Os resultados deste estudo apontaram que pacientes cirúrgicos possuíam 31% de chance maior de morte quando cuidados por enfermeiros responsáveis por mais de sete pacientes e que para cada paciente acrescentado houve aumento da carga média de trabalho, aumento da mortalidade dos pacientes em 7%, do *burnout* em 23% e da insatisfação dos enfermeiros em 15%. Concluíram assim, que em hospitais com elevada taxa de pacientes por enfermeiro, os pacientes cirúrgicos foram expostos à maior risco de mortalidade ajustada em 30 dias e complicações dos procedimentos realizados.

Outra pesquisa realizada com uma amostra de 232 hospitais que prestam cuidados a pacientes graves na Califórnia investigou 124.204 pacientes em 20 grupos de diagnósticos cirúrgicos relacionados, provenientes de dois bancos de dados de planejamento e financiamento em saúde da década de 1990.

Este estudo teve como objetivo examinar os efeitos dos recursos humanos de Enfermagem sobre a ocorrência de eventos adversos, a morbidade, a mortalidade e os custos médicos. Os achados evidenciaram que um acréscimo de uma hora de trabalho por enfermeiros por paciente/dia estava associado a uma diminuição de 8,9% (OR = 0,911) na probabilidade da ocorrência de pneumonia. A ocorrência de cada evento adverso foi associada com o prolongamento significativo da permanência no hospital e aumento nas despesas médicas (CHO, KETEFIA e BARKAUSKAS, 2003).

Estes dois estudos demonstram claramente a forte relação existente entre as condições latentes, no caso o número de enfermeiros por pacientes (um componente da estrutura), e a ocorrência de eventos adversos e mortalidade de pacientes (indicador de resultado).

Considerando o entendimento da co-participação das condições latentes na gênese do evento adverso e da inerência do erro à espécie humana, pode-se

investir em uma cultura de segurança que associe uma liderança firme e respeitosa, uma comunicação aberta, espírito de equipe, reação rápida e eficiente aos desafios, e estabelecimento de medidas de prevenção do risco com a adoção de processos claros e definidos, e que incentive o relato voluntário e sistemático da ocorrência do evento adverso com foco no aprendizado e não na repreensão, conseguiremos proporcionar um cuidado de Enfermagem mais seguro e de melhor qualidade (RÉA-NETO, CASTRO, *et al.*, 2010, p. 10).

Tendo impacto direto sobre a percepção e capacidade de julgamento dos enfermeiros sobre os distintos aspectos do seu ambiente de trabalho, as condições latentes podem influenciar as atitudes dos enfermeiros sobre os fatores predisponentes à ocorrência de eventos adversos no sentido de comprometer a qualidade do cuidado de enfermagem em unidades de terapia intensiva.

2.4 O CONSTRUTO ATITUDE

A percepção é um processo psicológico básico, e é conceituada por Sternberg (2008, p. 115) como “um conjunto de processos pelos quais reconhecemos, organizamos e entendemos as sensações que recebemos dos estímulos ambientais”. A partir dessas informações constrói-se um objeto perceptual interno que irá refletir as propriedades do mundo externo. Sternberg (2008, p. 117) chama a atenção para o fato de que “a existência de ilusões perceptuais [como as ilusões de ótica], sugere que aquilo que sentimos (em nossos órgãos sensoriais) não é necessariamente o que percebemos (em nossas mentes)”.

Dentre os processos da percepção, as atitudes são definidas por Fishbein e Ajzen (1975, apud Fraser, 2001) como:

uma combinação de uma série de crenças-chave ou expectativas sobre o objeto de atitude e as avaliações correspondentes aos valores das crenças. As crenças são consideradas pela pessoa em termos de verdade ou mentira e as avaliações como a análise de um componente, em termos de bom ou mau.

Segundo Fraser (FRASER, p. 235) para compreender a noção do conceito-chave de atitude os psicólogos sociais a princípio utilizaram três questões de importância fundamental:

1. Até que ponto as atitudes mentais internas estão relacionadas ao comportamento manifesto? Diz respeito, portanto a relação atitude-comportamento;
2. Em que medida, os indivíduos têm suas visões de mundo internamente organizadas a partir de uma seleção sistemática de pontos de vista?
3. Por que em algum momento pessoas diferentes partilham da mesma opinião sobre questões específicas?

A definição de atitude de Allport (1935), enquanto um estado mental e neural de prontidão que influencia diretamente o comportamento do indivíduo, ou seja, uma real disposição para ação tornou-se o paradigma da psicologia social e opõe-se a concepção probabilística do modelo behaviorista, que defende o comportamento como um possível resultado da influência de estímulos ambientais específicos.

A despeito desta discussão, segundo Fraser (2001, p. 238) “a visão dominante é que a atitude é um processo latente, relativamente estável e psicologicamente verdadeiro” e para formular tal concepção os Psicólogos sociais propõem três componentes:

- a) Componente um (atitude como avaliação): uma atitude é sempre em relação a algo, como uma pessoa ou grupo ou idéia, e esse algo é convencionalmente conhecido como o objeto de atitude;
- b) Componente dois (crença-avaliação ou análise de valor esperado - aceitação): a atitude de uma pessoa sobre um assunto é uma combinação de uma série de crenças fundamentais ou expectativas sobre o objeto da atitude. As crenças são vistas pelas pessoas em termos de ‘verdadeiro ou falso’ e as avaliações em termos de ‘bom ou ruim’;
- c) Componente três: a concepção tripartite defende que uma atitude tem três componentes distintos – o cognitivo que envolve as crenças das pessoas, o afetivo ou emocional que corresponde aos sentimentos do indivíduo em direção ao objeto, e o componente conativo que corresponde ao desejo de fazer algo. (FRASER, 2001, p. 239-240)

Menezes (2006, p. 53) chama atenção para o fato de que as atitudes possuem tanto um componente afetivo quanto de crenças, e que as atitudes e comportamentos devem ser congruentes, isto é, pessoas com atitudes positivas devem se comportar de forma positiva em relação ao objeto da atitude, ou seja, seus comportamentos são conseqüências de suas atitudes (abordagem atitudinal).

Richardson e Wanderley (1985, p. 24), discutem que “as atitudes são predisposições para reagir negativa ou positivamente a certos objetos, instituições, conceitos ou outras pessoas” e que essas, são similares tanto aos interesses quanto às opiniões. Por serem mais gerais que as opiniões, uma pessoa pode expressar

claramente sua opinião e não estar totalmente consciente de sua atitude (RICHARDSON e WANDERLEY, 1985). Segundo Menezes (2006, p. 39) um dos atributos mais importantes das atitudes é a sua subjetividade, por refletir a forma como as pessoas vêem um objeto e não necessariamente como ele realmente existe. Portanto, por fazer parte da subjetividade do indivíduo, as atitudes estão associadas a pensamentos, sentimentos e ações que dirigem o modo como as pessoas vivem.

Embora haja diferentes estratégias de investigação utilizadas para o estudo das atitudes, tem sido comum o uso de técnicas de *survey*, com a adoção de escalas para a mensuração das atitudes dos indivíduos.

2.5 A MEDIDA DE FENÔMENOS PSICOLÓGICOS

Ao discutir o conhecimento enquanto mecanismo de compreensão do mundo e fundamentação para a ação, Luckesi e colaboradores (2000, p. 41) afirmam que “na medida em que agimos, buscamos compreender o mundo no qual e com o qual agimos e, na medida em que o compreendemos, cuidamos de reordenar e reorientar nossa ação, ‘iluminados’ pelo conhecimento conseguido”. Essa afirmação é corroborada pelo conceito de avaliação enquanto julgamento sobre intervenções ou sobre quaisquer de seus componentes com o objetivo de guiar o processo de tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, CHAMPAGNE, *et al.*, 1997, p. 31).

Creswell (2007, p. 161) define que “um projeto de levantamento [*survey*] dá uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população ao estudar uma amostra dela”. Dessa forma um *survey* permite uma coleta de dados por meio de um questionário estruturado que possibilita efetuar generalizações a partir de uma amostra significativa ou, no nosso estudo, de uma população específica (BABBIE, 2001).

Segundo Pasquali (2010, p. 54), “as escalas psicofísicas têm como objetivo estabelecer uma relação de função entre estímulos ambientais (físicos, sociais) e o comportamento do indivíduo”, tendo como tarefa o papel de definir em que medida um dado estímulo consegue imprimir respostas no comportamento de um organismo.

De acordo com a taxonomia proposta por Pasquali (2003), os instrumentos psicológicos classificam-se em três categorias:

- Referentes a conteúdos: diferente dos testes referentes a critérios, esses especificam um conteúdo e não um tipo específico de pessoas a partir de critérios previamente estabelecidos, como por exemplo, os testes utilizados no âmbito educacional e de aprendizagem;
- Referentes aos critérios: objetivam discriminar grupos-critério, e são, portanto úteis quando se quer discriminar sujeitos quanto ao pertencimento ou não a uma classe psicológica. Como por exemplo, o teste MMPI aplicado com o objetivo de diagnosticar psicopatias e o teste de orientação acadêmica e profissional;
- Referentes a construtos: estes partem de uma teoria psicológica e não de qualquer dado empírico. “Pretendem representar no nível dos comportamentos (itens) os traços latentes, os construtos, os conceitos psicológicos ou os processos psíquicos (PASQUALI, 2003, p. 52)”. Este teste constitui uma hipótese empírica, representando um traço latente, que será validada por meio de uma metodologia científica. Exemplos de tal tipo de medida são os testes de inteligência e aptidão, os inventários de personalidade e as escalas de atitude.

No intuito de estabelecer uma taxonomia ainda mais detalhada das formas de medida de objetos empíricos, Pasquali estruturou a seguinte classificação (PASQUALI, 2003):

1. Medida fundamental: também pode ser chamada de medida direta, onde se pode estabelecer diretamente a medida dos atributos de um objeto a partir de um instrumento que possua uma unidade-base natural específica semelhante. Por exemplo, a medida do comprimento de um objeto em centímetros utilizando-se uma régua graduada com a mesma unidade;
2. Medida derivada: é utilizada quando, por não possuir uma unidade-base ou não permitir uma medida extensiva, necessita-se empregar relações entre medidas fundamentais para se estabelecer uma medida de um objeto. Como exemplos têm-se a medida da densidade (kg/m^3) de um objeto dada pela relação existente entre sua massa (expressa em quilos) e seu volume (expresso em m^3);

3. Medida por teoria: existem atributos nas ciências psicossociais que não permitem a utilização da medida fundamental por não poderem ser expressos em termos de dimensão extensiva ou de unidade-base, não possibilitando a relação entre seus atributos e, portanto, a utilização da medida derivada.
4. Medida por lei: “a medida da resposta se faz em função de sua relação com o estímulo, estabelecida por uma lei empiricamente demonstrada” (PASQUALI e COLS, 2010, p. 71), sendo assim, não redutíveis a medidas fundamentais, como por exemplo, as medidas de massa, comprimento e duração temporal. Este é o caso da propriedade física viscosidade dos fluídos e a lei do reforço em psicologia;

Na psicologia, distinguem-se três enfoques teóricos relativos à medida por teoria:

1. Teoria dos jogos: trabalha basicamente com “a probabilidade objetiva de ganhos e perdas associado à escolha” (PASQUALI e COLS, 2010, p. 72) e com a utilidade, expressa em termos de preferência subjetiva do indivíduo por uma dada alternativa;
2. Teoria psicofísica: estuda em que medida a presença de um estímulo implica em uma resposta específica, é o caso da teoria clássica que trabalha com os limiares sensoriais e a teoria da detecção do sinal que discute a relação entre o sinal e a disposição do indivíduo em identificá-lo;
3. Teoria psicométrica: discute a relação entre a resposta-comportamento do indivíduo e os critérios por ele empregados. Distinguem-se duas principais abordagens: “teoria clássica dos testes (TCT) que entende o critério como comportamento (futuro), e a teoria de resposta ao item (TRI), que entende como critério o traço latente” (PASQUALI e COLS, 2010, p. 73).

2.5.1 A Psicometria: como medir fenômenos psicológicos

Segundo Pasquali (2003), ao contrário do que acontece nas ciências sociais e humanas, a medida assume uma maior precisão nas ciências exatas. Isto porque, diferente dessas que se ocupam em estudar e estabelecer relações e expressões quantitativas a partir de medições baseadas em um sistema métrico pré-

estabelecido, as ciências sociais, em especial a psicologia, propõe-se a investigar construtos psicológicos, nem sempre passíveis de observação direta, necessitando, por vezes a construção de instrumentos destinados a viabilizar tal processo.

Dessa forma, a Psicometria, é o ramo das ciências empíricas “cuja preocupação central é a construção e a verificação de hipóteses científicas” (PASQUALI e COLS, 2010, p. 104) que, ao tencionar obter uma medida quantitativa da força e duração de fenômenos mentais com o objetivo de avaliá-los, em sua práxis, faz uso de métodos e técnicas científicos que possibilitem o estudo do comportamento humano e, mais precisamente dos construtos que perpassam as teorias psicológicas (MENEZES, 2006).

Para tanto, a psicometria, enquanto uma forma de medida psicológica por teoria e referente a construto, faz uso dos testes psicológicos, que são procedimentos sistemáticos para avaliação, mensuração e descrição de comportamentos e atitudes a partir de escalas numéricas de categorias fixas.

A psicometria é fundamentada nos postulados da teoria da medida em geral e por ter sido “desenvolvida por estatísticos, ela usa símbolos que expressam parâmetros, os quais representam variáveis de caráter abstrato, o que é suficiente para desenvolver o modelo matemático da teoria” (PASQUALI e COLS, 2010, p. 100). Dessa forma, por derivar-se da natureza da medida, possui segundo Pasquali (2010, p. 57), alguns problemas básicos que merecem consideração:

- Isomorfismo: “trata-se do teorema da representação, isto é, representar com números (objeto da matemática) as propriedades dos fenômenos naturais (objeto da ciência)” (PASQUALI e COLS, 2010, p. 58);
- Unicidade da representação: envolve a discussão acerca da capacidade do número em representar as propriedades dos objetos naturais. “Essa problemática da unicidade da representação e de seus níveis gera os níveis da escala da medida, ou seja, define se a escala obtida será ordinal, intervalar, etc” (PASQUALI e COLS, 2010, p. 58).
- O problema do erro: durante a observação de fenômenos empíricos podem ocorrer erros devidos tanto às características inerentes do próprio observador, quanto às relativas aos instrumentos utilizados e condições aleatórias. Uma das razões para estes erros deve-se ao fato de que na matemática o número está sempre solitário, enquanto na medida, pelo fato

de se tornar um intervalo, ele vem acompanhada da variância, indicando o erro.

Apesar destes problemas, relativos à natureza da medida, segundo Pasquali (2010, p. 59) “há legitimidade no uso do número na descrição dos fenômenos naturais se, e somente se, as propriedades estruturais, tanto do número quanto dos fenômenos naturais forem salvaguardadas neste procedimento”, devendo, portanto, manter um isomorfismo estrito entre as propriedades matemáticas do número e os aspectos dos atributos da realidade empírica.

Além dos cuidados relativos a estes problemas, segundo Pasquali (2010, p. 59), como uma medida consiste fundamentalmente em atribuir números a propriedades, uma medida psicológica deve salvaguardar, pelo menos os dois primeiros dos três axiomas da medida:

- Identidade: define o conceito de igualdade, desta forma um número é idêntico somente a si mesmo;
- Ordem: Tal propriedade se baseia na desigualdade entre os números, tanto na qualidade quanto em termo de magnitude, assim, não é somente diferente como também maior que o outro;
- Aditividade: assegura que os números podem ser somados e que o produto desta soma, excetuando ao zero, será sempre diferente que os anteriores.

Segundo o autor, “se somente os axiomas de identidade forem salvos (escala nominal), a operação propriamente não chega a ser uma medida, mas se trata apenas de uma classificação, pois a única característica salva é a sua identidade” (PASQUALI e COLS, 2010, p. 61), dado que o número é apenas um rótulo para o objeto. Pode-se então concluir que quanto maior o nível do axioma alcançado pela medida maior será o isomorfismo entre suas operações empíricas e os números que as representam.

Logo, a EPEA ao possibilitar o conhecimento das atitudes dos Enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem nas UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso, possibilitará, devido ao isomorfismo da medida, uma melhor compreensão dessas ocorrências adversas e podendo auxiliar, a partir do compartilhamento de

experiências bem sucedidas, na consolidação de uma cultura voltada à segurança do paciente em UTI.

3 MÉTODO

3.1 MODELO GERAL DE PESQUISA

Tratou-se de um estudo exploratório, analítico, descritivo de abordagem quantitativa, de corte transversal. Este tipo de pesquisa fundamenta-se na realidade objetiva evidenciada pela ocorrência dos fatos possibilitando, com a utilização de técnicas estatísticas, “generalizar os achados a partir de uma amostra para a população, de forma que possam ser feitas inferências sobre características, atitudes ou comportamentos dessa população (BABBIE, 1990, apud CRESWELL, 2007, p.163)”.

Segundo Creswell (2007, p. 35) a técnica quantitativa

“é aquela em que o investigador usa primariamente alegações pós-positivistas para desenvolvimento de conhecimento (raciocínio de causa e efeito, redução de variáveis específicas e hipóteses e questões, uso de mensuração e observação e teste de teorias), emprega estratégias de investigação (como experimentos, levantamentos e coleta de dados, instrumentos pré-determinados que geram dados estatísticos)”.

Creswell (2007, p. 25), ao examinar o papel dos dados, provas e considerações na modulação do conhecimento, define que “na prática, o pesquisador coleta informações com instrumentos baseados em medidas, completados pelos participantes ou pelas observações registradas pelo pesquisador”.

3.2 LOCAIS DE INVESTIGAÇÃO E PARTICIPANTES

Os locais da investigação foram seis (06) unidades de terapia intensiva de alta complexidade de Hospitais gerais e de ensino, sendo três (03) hospitais públicos e três (03) hospitais Filantrópicos localizados no município de Salvador, Bahia. Essas

UTI possuíam em média 14,54 (DP=6,08) leitos, com uma média de 4,03 (DP=1,58) enfermeiros por turno.

A média de leitos por enfermeiros 3,60 (DP=1,03), obtida a partir da relação entre as médias do número de leitos e de enfermeiros por turno, se mostrou superior à recomendada pelo IOM, de um Enfermeiro para cada dois pacientes, contudo, ajustada a um enfermeiro para cada oito leitos, definida pela RDC N°7-2010.

A escolha das unidades de terapia intensiva destes hospitais obedeceu aos seguintes critérios, atenderem predominantemente a pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, pacientes conveniados a empresas de seguro saúde e serem voltados para o ensino e pesquisa.

Destaca-se ainda o fato de possuírem alta rotatividade, alta complexidade e se tratarem de unidades de referência no atendimento à politraumatizados, internação de pacientes no pós-operatório de cirurgias nas áreas de neurocirurgia, ortopedia, cirurgia geral, vascular e de cardiologia. Além disso, estas UTI prestam atendimento a pacientes clínicos portadores de doenças cardiovasculares, hemorragia digestiva assim como os demais pacientes em estado grave/instável ou de risco que requerem assistência médica e de Enfermagem ininterruptas. Para isso, utilizam recursos humanos especializados, equipamentos específicos destinados à monitorização, diagnóstico, tratamento e suporte avançado de vida ao paciente grave.

Abaixo (Tabela 1) estão apresentados os dados de caracterização sócio-demográfica dos Enfermeiros e das UTI que fizeram parte do estudo.

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica dos Enfermeiros e das UTI, Salvador-Ba, outubro de 2011

(continua)

VARIÁVEIS PESSOAIS (n=128)			
SEXO	%	TEMPO DE FORMAÇÃO	%
% de homens	9,4	1 a 2 anos	8,7
% de mulheres	90,6	2 a 4 anos	20,5
IDADE	%	4 a 6 anos	22,0
20 a 30 anos	33,6	6 a 8 anos	20,5
30 a 40 anos	49,2	Mais de 8 anos	28,3
40 a 50 anos	17,2	FORMAÇÃO ACADÊMICA	%
VÍNCULO EMPREGATÍCIO	%	Graduação	7,8
Estatutário Estadual	29,1	Especialista em UTI	43,7
Estatutário Federal	8,7	Residência em UTI	18,8

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica dos Enfermeiros e das UTI, Salvador-Ba, outubro de 2011

(conclusão)

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	%	FORMAÇÃO ACADÊMICA	%		
CLT	52,8	Especialização/residência incompleta em UTI	7,0		
Temporário	5,5	Outra especialidade	18,0		
CLT e Estatutário	3,9	Mestrado	4,7		
Quanto a Natureza da UTI	%	TEMPO DE ATUAÇÃO	%		
Pública	49,2	1 a 2 anos	11,0		
Filantrópica	50,8	2 a 4 anos	20,5		
TURNO DE TRABALHO	%	4 a 6 anos	22,0		
Matutino (M)	7,9	6 a 8 anos	15,7		
Vespertino (T)	0,8	Mais de 08 anos	30,8		
Noturno (SN)	16,7	DESGASTE PROFISSIONAL	%		
Matutino e Vespertino (MT)	34,1	Pouco desgastante	14,2		
Vespertino e Noturno	0,8	Muito desgastante	85,8		
Matutino, vespertino e noturno	34,9				
Matutino, noturno	4,8				
ESTATÍSTICA DESCRITIVA (n=128)					
	Média	DP		Média	DP
Enfermeiros por turno	4,03	1,58	Número de leitos	14,54	6,08
Jornada semanal de trabalho	38,43	8,02	Quantidade de vínculos	1,69	0,57

Fonte: Pesquisa Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

A proposta inicial do estudo de validação da EPEA era de base populacional, contudo, pelo fato do limitado número de UTI públicas e filantrópicas do município de Salvador que concordaram em participar da pesquisa, juntamente ao múltiplo vínculo empregatício dos enfermeiros que atuavam nessas unidades, associado à impossibilidade de participar da pesquisa mais de uma vez, optou-se por um método amostral por conveniência. Assim, a amostra do estudo de validação da EPEA compreendeu 128 Enfermeiros, sendo a grande maioria do sexo feminino (90,6%), com idade entre 30 a 40 anos (49,2%), 28,3% possuíam mais de 8 anos de formação e 30,8% destes atuavam em UTI à mais de 8 anos.

Em relação ao vínculo empregatício mais da metade trabalhava sob o regime CLT (52,8%) e, destes, 63 (49,2%) trabalhavam em UTI Públicas e 65 (50,8) nas UTI Filantrópicas.

Quando questionados em relação ao turno de trabalho, 34,1% dos Enfermeiros referiram trabalhar em escalas de MT, 16,7% em escala de SN, 34,9% nos três turnos e, apenas, 8,7% trabalharem em turnos de seis horas (manhã ou tarde).

Em relação ao nível de formação profissional, o fato da grande maioria dos profissionais possuírem especialização (43,7%) ou residência em UTI (18,8%) reflete, além do investimento pessoal em qualificação, a exigência do mercado por profissionais especializados. Contudo, a proporção de profissionais que possuíam mestrado (4,7%) pode representar, ainda, uma carência no investimento no ensino e pesquisa nessas organizações.

Uma avaliação do stress profissional relacionado ao trabalho em UTI revelou que 109 (85,8%) Enfermeiros consideraram-no muito desgastante.

3.3 INSTRUMENTOS

Segundo Sampieri e colaboradores (1997, p. 242). “um instrumento de medição adequado é aquele que registra os dados observados [e] que representa verdadeiramente os conceitos ou variáveis que o pesquisador tem em mente”. O processo de elaboração de um instrumento psicométrico parte de uma teoria sobre um atributo psicológico, considerando-o como uma construção puramente mental ou processo psíquico que, para ser objeto de estudo empírico, necessita de um aporte teórico consistente, dado que, ao contrário da estatística, o objeto em estudo aqui são processos psicológicos e não parâmetros abstratos representados de forma a quantificar objetos.

A construção da EPEA baseou-se em três grandes pólos (PASQUALI e COLS, 2010):

- O pólo teórico: na psicometria, esta etapa refere-se à teoria sobre o construto, que deve subsidiar a construção do instrumento. Um construto, enquanto uma construção puramente mental ou processo psíquico, para ser objeto de estudo empírico necessita de um aporte teórico consistente, dado que, ao contrário da estatística, o objeto em estudo aqui são processos psicológicos e não parâmetros abstratos representados de forma a quantificar objetos;

- O pólo empírico: É momento em que ocorrem os procedimentos em que são definidas as “etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta válida da informação para proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento” (2010, p. 165). Compreende dois passos: o planejamento da aplicação, que envolve a definição da amostra e de como aplicar o instrumento; e a coleta propriamente dita da informação;
- Pólo analítico: Estabelece os procedimentos de análise estatística a serem empregados em um instrumento psicométrico, com fins de testar sua validade de construto. Segundo Pasquali (2010), em um estudo de validade de construto busca-se testar a hipótese de que um teste mede aquilo que se propõe. Para tanto, uma das técnicas mais largamente utilizadas é a análise fatorial, que busca investigar a dimensionalidade de um construto, ou seja, quantos fatores realmente o instrumento está medindo. Este procedimento foi responsável por conferir validade ao instrumento a partir da análise de seus itens, possibilitando avaliar a sua qualidade psicométrica;

Segundo Richardson e Wanderley (1985, p. 25) “no caso da medição de atitudes, o pesquisador formula uma série de itens baseados em manifestações que se supõem correlacionados com a atitude em questão (propriedade critério)”. Dessa forma, a construção da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA) baseou-se em três pressupostos.

O primeiro pressuposto diz respeito à abordagem teórica proposta por Donabedian (1980) para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde, ou seja, componentes da estrutura, processo e resultado. Os indicadores dessas abordagens podem ser visualizados a seguir.

- Indicador de estrutura:
 - Insumos, recursos físicos, instalações, equipamentos, mão de obra qualificada, manuais de normas, rotinas e procedimentos;
- Indicador de processo:
 - Protocolos assistenciais;
 - Sistematização da Assistência de Enfermagem;

- Escala de Coma de Glasgow (ECG) – escala utilizada para avaliar o nível de consciência de vítimas de traumatismo crânio-encefálico;
- Escala de Ramsay – escala utilizada para avaliar o grau de sedação;
- Indicador de resultado: Como o evento adverso é um indicador de resultado e a construção de todos os itens das dimensões estrutura e processo baseou-se em medidas de segurança do paciente de forma a prevenir a ocorrência de tais eventos, tal abordagem foi investigada associada à dimensão processo com seus itens iniciados por verbo no infinitivo.

O segundo pressuposto baseia-se na abordagem sistêmica do erro proposta por Reason (2000) que tem como preceito a falibilidade do ser humano em suas atividades e a possibilidade da ocorrência do erro nas mais diversas organizações. Nesse modelo as barreiras de proteção ocupam um papel fundamental e quando ocorre um evento adverso (EA) a questão mais importante não é identificar o culpado pelo erro e sim descobrir porque as defesas falharam ou se houve uma violação de conduta.

O último pressuposto para a construção da EPEA apóia-se nos critérios e recomendações de organizações nacionais e internacionais de promoção à qualidade do cuidado a citar:

- Compromisso com a Qualidade Hospitalar (NAGEH, 2006): manual de indicadores de Enfermagem;
- Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP; REBRAENSP, 2010): 10 passos para a segurança do paciente;
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira (RÉA-NETO, CASTRO, *et al.*, 2010): Guia da UTI segura – GUTIS
- ANVISA-MS estabelece a partir da publicação da RDC-7 (BRASIL, 2010) os requisitos mínimos para o funcionamento de unidades de terapia intensiva.
- OMS (WHO, 2007): nove soluções de segurança para o paciente;
- American Nurses Association (ANA, 2001): “The National Database of Nursing Quality Indicators(NDNQI)”;
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2011): “National Patient Safety Goals”;

A EPEA foi construída como uma escala do tipo likert, buscando avaliar o nível de importância que os enfermeiros atribuem aos aspectos da estrutura e processo (nível ideal), assim como a percepção sobre a existência destes aspectos no seu ambiente de trabalho (nível real). Os seus itens foram construídos, a partir das recomendações e pressupostos acima citados, articulando atitudes e comportamentos que funcionam como preditores dos eventos adversos. Para a avaliação dessas atitudes, os Enfermeiros foram solicitados a se posicionar frente a essas situações que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI ao predispor a ocorrência de eventos adversos.

Para a avaliação dos itens da EPEA foi utilizada a escala Likert como técnica de escalonamento. Segundo Pasquali (2010, p. 116), “a medida escalar constitui-se uma das várias formas que a medida psicométrica pode assumir” sendo principalmente utilizadas na psicologia social no estudo das atitudes. Em sua abordagem teórica, “Likert sustenta que uma atitude (propriedade psicológica) constitui uma disposição para ação” (PASQUALI e COLS, 2010, p. 129) e sua escala, dispõe-se então a “verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico (2010, p. 130)”. Para o estudo da EPEA foram escolhidos cinco intervalos de resposta, os quais variaram de discordo totalmente a concordo totalmente.

A versão utilizada para o estudo da validade de conteúdo ficou assim composta por duas partes, sendo:

- Dados de identificação da unidade de terapia intensiva com preservação da razão social da organização, e dados sócio-demográficos de identificação do respondente com garantia do anonimato tais como sexo, faixa etária, tempo de formação dentre outros.
- Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA) que conteve originalmente 90 itens dispostos sem identificação referente à qual componente da avaliação da qualidade - estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980) – pertenciam, de forma a assegurar a dimensionalidade através da análise de juízes. Para a mensuração das atitudes foi utilizada a escala Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

A EPEA é uma medida que possibilita, devido à sua uniformidade, a categorização/comparação das respostas entre os diferentes respondentes, o que facilita a sua análise, tem menor custo operacional e exige menor tempo para administração, o que se justifica no fato de que o mesmo não interferirá na rotina de serviço das unidades investigadas.

3.4 COLETA DE DADOS

Existem diferentes técnicas para conhecer e avaliar as atitudes dos indivíduos dentro do contexto das ciências sociais empíricas. Os três principais métodos utilizados para tal fim são: observar o comportamento que ocorre naturalmente no âmbito real (*observação*); criar situações artificiais e observar o comportamento ante tarefas definidas para essas situações (*experimento*); ou perguntar às pessoas sobre o que fazem e pensam (*survey*). Fink e Kosecoff (1985 apud Günther, 1999), definem *survey*, termo inglês geralmente traduzido como *levantamento de dados*, como um método para coletar informações de pessoas acerca de suas idéias, sentimentos, planos, crenças, bem como origem social, educacional e financeira.

O *questionário*, muitas vezes confundido com o *survey*, é o instrumento utilizado no *survey*, ou seja, enquanto o *survey* é uma técnica de investigação, o questionário é a ferramenta que consubstancia esta técnica. Günther (1999) define *questionário* como sendo “um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do correspondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidades e informação bibliográfica”.

Para esta pesquisa, o *survey* foi escolhido como a técnica mais adequada, ao se objetivar a análise das atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que comprometem a qualidade da assistência de Enfermagem em UTI.

No que diz respeito ao planejamento da coleta de dados, as instruções ao preenchimento do instrumento estão localizadas após os dados sócio-demográficos e logo acima dos itens da EPEA, de forma que favoreça a correta interpretação da medida e o entendimento adequado da técnica de escalonamento tipo Likert que será adotada.

Quanto à coleta, foi utilizado um instrumento estruturado, auto-administrado individualmente em local tranquilo e livre de distrações, salvo os casos de enfermeiros que por alguma razão estiverem impossibilitados de responder ao instrumento nessa modalidade, como descrito, anteriormente, a esses sujeitos, será aplicada a EPEA em forma de entrevista.

3.5 ASPECTOS ETICOS

Foram atendidas todas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os princípios da bioética (autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça) foram descritos tanto no projeto a ser submetido à avaliação de um Comitê de Ética em pesquisa como no TCLE (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia, protocolo Nº 14/2011 – FR 412506, tendo sido considerado aprovado sem restrições (Anexo A).

O relatório final da pesquisa será entregue ao Comitê de Ética e a cada organização participante após a conclusão do estudo.

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A validade de um teste, segundo Anastasi e Urbina (2000), diz respeito tanto ao fato de um teste medir aquilo que se propõe, como ao grau com que essa mensuração pode ser alcançada. Todo processo de validação de um teste psicológico busca garantir o isomorfismo, ou seja, a equivalência entre as propriedades do atributo psicológico e a representação desse objeto na forma de um instrumento de medida.

Cronbach e Meehl (1955) destacam que a validade de um teste pode ser estudada a partir de três tipos distintos: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto. A validade de conteúdo envolve uma análise sistemática do conteúdo e da semântica dos itens que compõem o instrumento de medida. Tais

itens devem estar situados dentro de uma determinada abordagem teórica, de modo que a validade de conteúdo possa determinar se o teste abrange com clareza uma amostra significativa do universo de comportamentos que propõe estudar. Esta etapa, no caso da EPEA, compreendeu a análise de juízes e a análise semântica.

Anastasi (2000) define a validade de critério de um teste como sendo a qualidade de uma escala ou teste funcionar como preditor presente ou futuro de uma variável, operacionalmente independente, chamada critério. O critério que se utiliza para o estabelecimento de tal tipo de validade pode ser um comportamento exibido em uma situação experimental ou não-experimental, um desempenho futuro dentro de uma determinada área ou profissão, ou outro instrumento já validado e que avalie o mesmo construto. Como não existem outros instrumentos validados para avaliar as atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, assim como não existem comportamentos diretamente observáveis que sirvam como avaliadores dessas atitudes, não foram empregadas técnicas de validade de critério para o exame da EPEA.

A validade de construto considera o grau com que um determinado instrumento psicológico avalia o construto o qual foi designado teoricamente. Dentre as diferentes técnicas estatísticas utilizadas para o estudo da validade de construto, destaca-se a análise fatorial (AF), a qual permite determinar quantas e quais seriam as dimensões propostas para a caracterização do construto. Sendo assim, a análise fatorial é uma técnica apoiada no pressuposto de que uma série de variáveis observáveis pode ser explicada por um número menor de variáveis hipotéticas, não-observáveis, chamadas de fatores ou dimensões.

A análise fatorial é uma técnica estatística multivariada que tem como objetivo determinar a quantidade real de fatores que o instrumento está medindo, resultando na dimensionalidade do instrumento. Segundo Bezerra (2007, p. 74) esta técnica objetiva identificar as “dimensões de variabilidade comuns existentes em um conjunto de fenômenos, com o intuito de desvendar estruturas existentes, mas que não são observáveis diretamente (FATOR)”. Bezerra (2007, p. 74), conclui que a “análise fatorial permite detectar a existência de certos padrões subjacentes nos dados, de maneira que possam ser reagrupados em um conjunto menor de dimensões ou fatores”.

Associado a isso, esta técnica forneceu para cada item do instrumento, a carga fatorial (saturação) que indica em forma percentual a covariância ou grau de representação do item em relação ao fator/traço latente (atitude), “de forma que quanto mais próximo de 100% de covariância item-fator, melhor será o item, pois ele se constitui em um excelente representante comportamental do fator”(PASQUALI e COLS, 2010, p. 188).



Figura 3 – Variável latente e formação dos fatores - Adaptado de (BEZERRA, 2007, p. 75)

Sendo a EPEA um instrumento novo, que se propõe a avaliar as atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, carecendo da validação para identificar um possível padrão de correlacionamento foi utilizada a Análise Fatorial (AF) e a técnica de interdependência que visa “identificar uma estrutura de correlacionamento que permita a explicação das variações ocorridas nas variáveis analisadas” (BEZERRA, 2007, p. 77) isoladamente para cada uma das abordagens (estrutura e processo) da avaliação da qualidade do cuidado em saúde, conforme definido por Donabedian (1980).

Embora em termos técnicos exista uma diferença entre Análise Fatorial (que considera apenas a variância comum entre as variáveis) e análise de componentes principais (que utiliza a variância compartilhada entre as variáveis), este trabalho denominou a análise de componentes principais (ACP) como análise fatorial, ao passo que a análise fatorial pode ser entendida de um modo geral como uma técnica de redução de dados. Sendo assim, embora o método de extração dos componentes tenha sido realizado pela análise de componentes principais, a terminologia adotada na análise de dados será análise fatorial.

A EPEA por constar de duas escalas politômicas (graduadas) paralelas (ideal e real) para cada item, nessa análise, o primeiro passo constou da ordenação dos

itens segundo as duas escalas distintas para que, posteriormente, cada item pudesse ser correlacionado com o escore total, e pudesse ser determinado o grau em que mede a mesma atitude que se supõe estão medindo os outros itens.

Após a reordenação, os itens que possuíam resposta invertida (proc20, proc31, proc34, proc37, proc38) foram recodificados, de modo que uma resposta assinalada como: discordo totalmente (escore 1) foi transformado em concordo totalmente (escore 5); discordo levemente (escore 2) em concordo levemente (escore 4); a resposta não concordo, nem discordo, que assinala uma posição neutra (escore 3) não foi modificada; concordo levemente (escore 4) foi convertido em discordo levemente (escore 2); e as respostas assinaladas como concordo totalmente (escore 5) foram recodificadas em discordo totalmente (escore 1).

O passo seguinte foi a construção das variáveis dif_est_“x” (x= 1 a 18) e dif_proc_“x” ” (x= 1 a 43), para os itens das escalas estrutura e processo respectivamente, que representam a diferença dos resultados entre o ideal e o real para cada um dos itens das abordagens. Dessa forma, os escores totais puderam ser obtidos para cada indivíduo através da soma dos escores de cada item (RICHARDSON e WANDERLEY, 1985, p. 31).

Para o estudo da validade de construto da EPEA, ou seja, determinar se os itens do instrumento de fato representam o construto para o qual foi designado medir, foi conduzida uma análise dos componentes principais para os 64 itens, com rotação ortogonal varimax individualmente para uma das duas abordagens (estrutura e processo), com o objetivo de maximizar a variância das cargas dentro dos fatores e encontrar fatores independentes, confirmando o pressuposto teórico de que os fatores não estão correlacionados, e identificar a estrutura fatorial que responde pela melhor variância explicada do construto. Este enfoque é corroborado pela teoria clássica dos testes (TCT) que busca definir a qualidade psicométrica dos mesmos, enquanto estímulos comportamentais, em termos de critérios como os comportamentos (variáveis) presentes ou futuros (PASQUALI, 2003). Por ser orientada pelo comportamento ($\tau = \text{tau}$), a TCT estuda realidades físicas observáveis como resultado dos testes empregados (critério da medida).

Além da análise fatorial, o exame da fidedignidade traz igualmente contribuições para a validação de uma medida. A fidedignidade, conhecida também como confiabilidade, corresponde à consistência dos escores obtidos pelas mesmas

pessoas quando elas são reexaminadas com o mesmo teste em diferentes ocasiões, ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes, ou sob outras condições variáveis de exame (PASQUALI, 2003). Diz respeito também ao grau de precisão da medida ou ao nível de consistência interna (correlação item-total) entre os itens de um teste.

Para medida do nível da consistência interna, que é baseada na correlação entre os diferentes itens do mesmo teste, foi utilizado o Alfa de Cronbach, que avalia se os itens propostos a medir o mesmo construto produzem resultados semelhantes. De acordo com Hair e colaboradores (1998), um valor para o alpha de Cronbach superior a 0,70 já pode ser considerado satisfatório.

O SPSS 18 foi utilizado para todas estas análises, o resultado apresentado através de gráficos e tabelas construídos no Microsoft Excel e, posteriormente, contextualizadas a partir das três possíveis abordagens para avaliação da qualidade propostos por Avedis Donabedian (1980).

4. RESULTADOS

4.1. ETAPA I – VALIDADE DE CONTEÚDO

Após a construção, a EPEA foi submetida a uma análise de juízes com o objetivo de determinar a sua qualidade psicométrica e a fidedignidade dos critérios selecionados em avaliar os aspectos da estrutura, processo e resultado e, portanto validar a hipótese de que representam adequadamente o construto. Foram selecionados como juízes quatro especialistas com diferentes perfis, a saber: segurança do paciente com enfoque em eventos adversos; em gestão de unidade de terapia intensiva; e no cuidado e conforto em Enfermagem e retardo pré-hospitalar face às síndromes coronarianas agudas.

Foi solicitado às participantes que julgassem os itens do instrumento quanto à pertinência ao construto atitude e a uma única dimensão avaliada (estrutura, processo e resultado). Também foi solicitado aos juízes, caso considerassem necessário, que modificassem a redação dos itens seguida de justificativa.

Posteriormente, com o objetivo de analisar a compreensão dos itens pelos profissionais que constituem a amostra, realizou-se uma análise semântica. Para essa etapa foram escolhidos quatro enfermeiros que atuam em emergência e terapia intensiva. O instrumento foi respondido na presença do autor, que interveio quando solicitado a fim de esclarecer dúvidas. Os Enfermeiros sugeriram mudança no cabeçalho e em apenas dois itens da escala de forma que favorecesse uma melhor compreensão. As sugestões foram avaliadas e posteriormente adotadas, considerando o alcance do objetivo desta etapa da construção.

A análise de juízes e a análise semântica, embora possam ser caracterizadas como parte dos procedimentos de construção de um instrumento de medida, são também consideradas como etapas da validade inicial do teste, chamada de validade de conteúdo. Assim, ao passo que se cumpre com essa etapa de construção garante-se a validade de conteúdo da escala.

Foi solicitado às participantes desta etapa que julgassem os itens do instrumento (Quadro 2) quanto à pertinência ao construto atitude do enfermeiro sobre a qualidade do cuidado em UTI (Quadro 3) e a relação do mesmo a uma única

dimensão avaliada (Quadro 4). Também foi solicitado aos juízes, caso considerassem necessário, que tecessem comentários e sugestões para aperfeiçoamento dos itens.

Quadro 2 - Instrumento utilizado na análise de juízes

Itens a serem avaliados	A frase refere-se à avaliação do cuidado em Enfermagem? Consultar Quadro 1	O item pertence a qual dimensão? Consultar Quadro 2	Aponte aqui sugestões ou observações
-------------------------	---	--	--------------------------------------

Fonte: Pesquisa Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

Quadro 3 - Critérios para definição do item como constituinte da dimensão

A frase (item) refere-se à avaliação da qualidade do cuidado de Enfermagem?	
1	Sim, a frase refere-se à avaliação da qualidade do cuidado de Enfermagem
2	Não, a frase <u>não</u> se refere à avaliação da qualidade do cuidado de Enfermagem

Fonte: Pesquisa Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

Quadro 4 - Critérios para classificação do item

O item pertence a qual dimensão?	
A	Estrutura (EST): corresponde aos insumos, recursos físicos, financeiro, localização geográfica, equipamentos, acessibilidade e a qualificação/especialização da mão de obra, que possibilitam a prestação do serviço.
B	Processo (atualmente denominado performance) (PROC): execução de ações mediante um conjunto pressuposto de critérios, regras, padrões, procedimentos e de protocolos, a partir de uma imagem objetivo, para alcançar a melhor assistência.
C	Resultado (outcome) (RES): - corresponde a avaliação do êxito/efetividade dos objetivos do cuidado em saúde e satisfação do usuário ou população (cura, impedir progressão da doença, restauração da capacidade funcional e alívio da dor/sofrimento).

Fonte: Pesquisa Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

A. Análise descritiva dos pareceres dos juízes

A análise descritiva dos pareceres emitidos pelos juízes que constou de um quadro (Quadro 5) onde foram consolidados os dados provenientes dos mesmos, verificando-se as frequências e porcentagens da concordância com o construto e com a pertinência do item à dimensão avaliada. Neste momento foi definido que o consenso interjuízes seria representado para cada item por uma porcentagem acima

de 75%. Os itens que obtiveram concordância de 50% e que possuíam sugestões dadas pelas juízas foram mantidos após correção e adequação. Para o cálculo da medida da porcentagem de concordância (%C) foi utilizado a seguinte fórmula:

$$\% C = \frac{N^{\circ} \text{ de juízes que concordaram}}{N^{\circ} \text{ total de juízes}} \times 100.$$

Quadro 5 - Modelo usado para consolidar as informações na análise de juízes

Itens a serem avaliados	A frase refere-se à avaliação do cuidado em Enfermagem?				O item pertence a qual dimensão?				Aponte aqui sugestões ou observações Y: Possui sugestões				Cons. 100%	Cons. >50%
	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4		

Fonte: Pesquisa Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

Assim, dos 90 itens iniciais, conforme a tabela abaixo (Tabela 2), foram retirados: 04 itens por não corresponderem à avaliação do cuidado de Enfermagem; 04 itens por repetição semântica, 18 itens por não apresentarem concordância com a avaliação do construto ou não avaliarem a dimensão que teoricamente foi destinado. Foram mantidos 34 itens por corresponderem ao construto e, portanto, avaliarem a dimensão a que se destinavam, 25 itens após serem adaptados seguindo sugestões dos juízes e 5 itens por se destinarem à validação das respostas.

Tabela 2 - Análise descritiva dos pareceres dos juízes Salvador-Ba, outubro de 2011
(continua)

Item	% Concordância com o construto	% Concordância com as dimensões			Decisão sobre o item
		Estrutura	Processo	Resultado	
01	50%	100%	0%	0%	Mantido↑
02	100%	0%	100%	0%	Mantido☼
03	100%	*	50%	25%	Mantido☼
04	25%	75%	25%	0%	Mantido↑
05	25%	25%	50%	*	Retirado□
06	75%	100%	0%	0%	Mantido☼
07	50%	75%	25%	0%	Retirado #
08	75%	50%	50%	0%	Mantido☼
09	75%	100%	0%	0%	Retirado #
10	50%	75%	25%	0%	Mantido↑
11	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
12	100%	25%	75%	0%	Mantido↑

Tabela 2 - Análise descritiva dos pareceres dos juízes Salvador-Ba, outubro de 2011
(continuação)

Item	% Concordância com o construto	% Concordância com as dimensões			Decisão sobre o item
		Estrutura	Processo	Resultado	
13	100%	0%	100%	0%	Retirado #
14	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
15	75%	25%	75%	0%	Mantido↑
16	50%	25%	75%	0%	Mantido↑
17	50%	50%	50%	0%	Mantido☼
18	75%	0%	100%	0%	Mantido↑
19	100%	0%	100%	0%	Mantido☼
20	50%	100%	0%	0%	Mantido☼
21	25%	100%	0%	0%	Mantido☼
22	75%	50%	50%	0%	Mantido☼
23	50%	100%	0%	0%	Mantido☼
24	50%	100%	0%	0%	Mantido☼
25	75%	100%	0%	0%	Mantido☼
26	75%	50%	50%	0%	Mantido☼
27	50%	75%	0%	25%	Retirado #
28	50%	75%	25%	0%	Retirado #
29	50%	50%	50%	0%	Retirado #
30	75%	100%	0%	0%	Retirado◇
31	75%	25%	25%	25%	Retirado#
32	25%	75%	25%	0%	Retirado #
33	75%	25%	75%	0%	Mantido↑
34	100%	100%	0%	0%	Mantido↑
35	75%	0%	100%	0%	Mantido↑
36	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
37	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
38	50%	75%	*	*	Mantido↑
39	75%	100%	0%	0%	Mantido↑
40	75%	100%	0%	0%	Mantido↑
41	50%	100%	0%	0%	Retirado#
42	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
43	50%	0%	50%	0%	Retirado#
44	50%	25%	25%	50%	Mantido☼
45	50%	*	25%	50%	Mantido☼
46	25%	25%	*	50%	Retirado#
47	25%	25%	*	50%	Retirado#
48	100%	0%	75%	25%	Mantido↑
49	100%	0%	75%	25%	Mantido↑
50	100%	0%	75%	25%	Mantido↑

Tabela 2 - Análise descritiva dos pareceres dos juízes Salvador-Ba, outubro de 2011
(continuação)

Item	% Concordância com o construto	% Concordância com as dimensões			Decisão sobre o item
		Estrutura	Processo	Resultado	
51	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
52	100%	0%	100%	0%	Retirado◊
53	100%	50%	50%	0%	Mantido↑
54	50%	75%	25%	0%	Retirado#
55	50%	100%	0%	0%	Retirado◊
56	75%	25%	75%	0%	MantidoΔ
57	100%	0%	100%	0%	Mantido☼
58	100%	0%	100%	0%	Mantido☼
59	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
60	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
61	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
62	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
63	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
64	100%	0%	100%	0%	Mantido☼
65	75%	*	75%	*	Mantido☼
66	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
67	50%	*	75%	*	MantidoΔ
68	100%	50%	50%	0%	Retirado#
69	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
70	0%	75%	*	*	Retirado□
71	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
72	25%	*	75%	*	MantidoΔ
73	50%	75%	25%	0%	Retirado#
74	25%	100%	0%	0%	Retirado□
75	25%	100%	0%	0%	Mantido☼
76	75%	25%	75%	0%	Retirado#
77	50%	75%	*	*	Retirado#
78	100%	100%	0%	0%	Mantido☼
79	100%	100%	0%	0%	Mantido↑
80	25%	*	25%	*	Retirado□
81	75%	*	75%	*	Mantido Δ
82	25%	*	75%	*	Mantido Δ
83	100%	0%	50%	50%	Mantido☼
84	75%	0%	100%	0%	Retirado◊
85	75%	0%	100%	0%	Retirado#
86	100%	0%	100%	0%	Mantido↑
87	100%	0%	100%	0%	Mantido☼
88	100%	0%	100%	0%	Mantido↑

Tabela 2 - Análise descritiva dos pareceres dos juízes Salvador-Ba, outubro de 2011
(conclusão)

Item	% Concordância com o construto	% Concordância com as dimensões			Decisão sobre o item
		Estrutura	Processo	Resultado	
89	100%	0%	50%	50%	Mantido☀
90	100%	0%	50%	50%	Mantido☀

Fonte: Pesquisa Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

Quadro 6 - Legenda usada na interpretação da análise de Juízes

Símbolo	Descrição	Total
*	Não opinou;	-
Δ	Mantido ou convertido para item de resposta invertida	5
↑	Mantido por apresentar concordância com a avaliação do construto ou avaliarem a dimensão que teoricamente foi destinado	34
☀	Mantido após correção;	25
#	Não apresentarem concordância com a avaliação do construto ou não avaliarem a dimensão que teoricamente foi destinado	18
◇	Retirado por repetição semântica	4
□	Retirado por não corresponder à avaliação do cuidado de Enfermagem	4

Fonte: Pesquisa Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

Quadro 7 – Itens excluídos após a análise de juízes

(continua)

Item	Descrição
05	Prescrição médica informatiza utilizando software de apoio à decisão
07	Equipe de enfermagem coordenada por um enfermeiro gestor
09	Escala de serviço de enfermagem assegura o cuidado nas 24 horas
13	Humanização do cuidado à saúde
27	Existência de um comitê de ética de Enfermagem no Hospital
28	Instrumento padronizado para registro das informações do paciente
29	Gestor de enfermagem participa do processo seletivo dos profissionais subordinados
30	Capacitação dos profissionais no uso de novos dispositivos e equipamentos antes de serem introduzidos na unidade
31	Monitorização da ocorrência de eventos adversos
32	Treinamento sistemático dos profissionais quanto à prevenção de acidentes
41	Evitar o uso de ponto decimal nas prescrições
43	Preparação de soluções intravenosas hipertônicas pelo farmacêutico clínico
46	Compartilhamento interno dos indicadores obtidos com outros setores do hospital
47	Compartilhamento externo dos indicadores obtidos com outras UTI (benchmarking)
52	Aplicação de protocolos para identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob sedação
54	Manutenção periódica das camas e grades

Quadro 7 – Itens excluídos após a análise de juízes

(conclusão)

Item	Descrição
55	Disponibilidade de insumos em quantidade e qualidade para favorecer medidas de prevenção às lesões de pele
68	Checar o funcionamento correto dos alarmes dos equipamentos para o caso de queda de energia
70	Estocar grande quantidade de ampolas de cloreto de potássio na UTI
73	Manutenção preventiva dos equipamentos da UTI
74	Disponibilidade de dispositivos específicos de fixação dos equipamentos para evitar acidentes
76	Utilizar ácidos graxos essenciais (AGE) para hidratação da pele do paciente
77	Possuir apenas um vínculo empregatício sem perda salarial (manter renda atual)
80	Utilização do zero redundante (ex: 1,0 mg X 10 mg)
84	Utilização rotineira dos infusores laterais nos sistemas arteriais, venosos, peridurais e intratecais
85	Aquecer os hemoderivados em banho-maria antes de administrar

Fonte: Pesquisa Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

B. Análise Semântica

Nessa etapa, solicitou-se que os participantes respondessem o instrumento e, à medida que foram surgindo dúvidas, realizou-se uma discussão onde o autor do instrumento procurou esclarecê-las. Após o esclarecimento o autor questionou os sujeitos se permaneciam as dúvidas e convidou-os a apontar sugestões que melhorasse a compreensão dos itens. Os participantes não referiram dificuldades em responder ao instrumento e apontaram apenas uma sugestão para modificação de um item de forma a contribuir para melhor compreensão do mesmo.

4.2. ETAPA II – VALIDADE DE CONSTRUTO

Considerando que estrutura e processo são abordagens distintas da perspectiva de Donabedian, foram realizadas análises de componentes principais (ACP) individuais para cada uma das dimensões, sendo testada assim a estrutura unidimensional para as abordagens. Dessa forma, após a criação das variáveis

calculadas a partir da diferença entre as escalas “ideal” e “real”, foram realizadas duas análises de componentes principais distintas. A primeira, envolvendo os itens da dimensão estrutura e, a segunda, com os itens da dimensão processo.

Os resultados da análise fatorial para a dimensão estrutura apresentaram um determinante da matriz de correlação de $\approx 0,003$, possibilitando a sua inversão e a utilização da matriz de correlação para a análise fatorial. O uso da análise fatorial foi corroborado pelo teste KMO, o qual foi de 0,726, mostrando uma boa adequação da amostra utilizada. O Teste de esfericidade de Bartlett apresentou valor significativo com $\chi^2 (153) = 614,477$ e $p < 0,001$, indicando que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise. A variância explicada para uma dimensão foi de 22,85%.

Utilizando-se a análise de componentes principais como método de extração e considerando os dezoito itens inicialmente propostos para avaliar a dimensão estrutura, foram retirados seis itens por apresentarem cargas fatoriais inferiores a 0,30 (Tabela 2).

Tabela 3 - Comunalidades para os 18 itens da dimensão estrutura

ITEM	FATOR	H ²
dif_est_1	0.31	0.10
dif_est_2	0.43	0.18
dif_est_3	0.66	0.43
dif_est_4	0.71	0.50
dif_est_5	0.57	0.33
dif_est_6	0.51	0.26
dif_est_7	0.63	0.39
dif_est_8	0.17	0.03
dif_est_9	0.35	0.13
dif_est_10	0.58	0.33
dif_est_11	0.31	0.10
dif_est_12	0.78	0.61
dif_est_13	0.78	0.60
dif_est_14	0.09	0.01
dif_est_15	-0.25	0.06
dif_est_16	-0.21	0.04
dif_est_17	0.00	0.00
dif_est_18	0.09	0.01

Fonte: Pesquisa - Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

O determinante da matriz apontou a fatorabilidade da dimensão processo apresentando um valor diferente de zero ($d \approx 0,001$), o teste de Kaiser-Meyer-Olkin

verificou a adequação amostral para a análise (KMO = 0,714) e o Teste de esfericidade de Bartlett apresentou valor significativo com $\chi^2(903) = 2381,566$ e $p < 0,001$, indicando que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise. A variância explicada para uma dimensão foi de 23,89%.

No método de extração da análise de componentes principais, a partir dos quarenta e três itens inicialmente propostos para avaliar a dimensão processo, foram retirados nove itens por apresentarem cargas fatoriais inferiores a 0,30.

Tabela 4 - Comunalidades para os 43 itens da dimensão processo

(continua)

ITEM	FATOR	H ²
dif_proc_1		0,05
dif_proc_2	0,511	0,26
dif_proc_3		0,07
dif_proc_4	0,432	0,19
dif_proc_5	0,536	0,29
dif_proc_6	0,658	0,43
dif_proc_7	0,514	0,26
dif_proc_8	0,439	0,19
dif_proc_9	0,313	0,10
dif_proc_10	0,332	0,11
dif_proc_11	0,498	0,25
dif_proc_12	0,426	0,18
dif_proc_13	0,728	0,53
dif_proc_14	0,793	0,63
dif_proc_15	0,623	0,39
dif_proc_16	0,803	0,65
dif_proc_17	0,806	0,65
dif_proc_18	0,401	0,16
dif_proc_19	0,678	0,46
dif_proc_20		0,04
dif_proc_21	0,567	0,32
dif_proc_22	0,664	0,44
dif_proc_23	0,587	0,35
dif_proc_24	0,334	0,11
dif_proc_25	0,633	0,40
dif_proc_26	0,318	0,10
dif_proc_27	0,473	0,22
dif_proc_28	0,411	0,17
dif_proc_29	0,46	0,21
dif_proc_30	0,437	0,19
dif_proc_31		0,06
dif_proc_32		0,08
dif_proc_33	0,488	0,24
dif_proc_34		0,00
dif_proc_35	0,327	0,11

Tabela 4 - Comunalidades para os 43 itens da dimensão processo

ITEM	FATOR	H ²
dif_proc_36	0,361	0,13
dif_proc_37		0,01
dif_proc_38		0,01
dif_proc_39	0,463	0,21
dif_proc_40	0,369	0,14
dif_proc_41		0,08
dif_proc_42	0,619	0,38
dif_proc_43	0,658	0,43

(conclusão)

Fonte: Pesquisa - Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

Os itens que foram excluídos das dimensões estrutura e processo (Quadro 8), apesar de estarem ajustados teoricamente ao construto e à dimensão estudada, possuíam como característica o fato de apresentarem carga fatorial inferior a 0,3 e, portanto, baixa saturação dos mesmos com as dimensões estudadas.

Quadro 8 – Itens excluídos após a análise Fatorial

Item	Descrição
dif_est_8	Disponer de válvula com sistema fechado de pressão positiva para infusão (EX: Interlink, Ultrasite)
dif_est_14	Jornada de 30 horas semanais de trabalho para os profissionais de Enfermagem sem perda salarial (manter renda atual)
dif_est_15	Proporção de 04 pacientes por Enfermeiro
dif_est_16	Proporção de 02 pacientes por técnico de Enfermagem
dif_est_17	Disponer de grades de segurança nos leitos
dif_est_18	Disponer de colchão piramidal (caixa de ovo) para todos os pacientes
dif_proc_1	Utilizar os cinco certos no preparo e administração dos medicamentos
dif_proc_3	Identificação do paciente através de pulseira e placa no leito
dif_proc_20	Utilizar a idade, o sexo, o diagnóstico e o número do leito para identificar o paciente
dif_proc_31	Utilizar luvas com água em substituição aos dispositivos de prevenção das úlceras por pressão
dif_proc_32	Troca diária da fixação do tubo orotraqueal (TOT) e da traqueostomia (TQT) ou quantas vezes forem necessárias
dif_proc_34	Utilizar como rotina a Prescrição médica verbal
dif_proc_37	Utilizar siglas e abreviações não padronizadas
dif_proc_38	Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga
dif_proc_41	Manter infusão do hemoderivado por no máximo 4 horas

Fonte: Pesquisa - Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

4.3. CONFIABILIDADE DA EPEA

Uma vez garantida a validade de construto pela TCT, procedeu-se ao exame da fidedignidade através do alpha de Cronbach, que avalia a correlação entre os escores obtidos em cada item do teste (consistência interna). A medida do nível da consistência interna da EPEA obteve como resultados os seguintes coeficientes: 0,796 indicando confiabilidade aceitável para 12 itens da escala estrutura (Tabela 5), e 0,919 indicando boa confiabilidade para 34 itens da escala processo (Tabela 6), tais resultados demonstram um bom nível de consistência interna do instrumento, isto é, existe relação entre os resultados dos itens semelhantes.

Outro dado que corroborou com definição da correlação para as duas dimensões, foi a análise da tabela de correlação item-total a partir do critério estabelecido pela *Educational Testing Service (ETS)* de que valores inferiores a 0,2 indicam que o item avaliado não se correlaciona muito bem com a escala como um todo e deve, portanto, ser excluído (EVERITT, 2002; FIELD, 2005).

Tabela 5 – Correlação Item-total para a dimensão estrutura

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dif_est_1	16,22	79,87	0,27	,80
dif_est_2	14,99	75,05	0,35	,79
dif_est_3	15,62	72,93	0,56	,77
dif_est_4	16,08	71,24	0,60	,77
dif_est_5	16,60	77,98	0,48	,78
dif_est_6	15,82	74,84	0,37	,79
dif_est_7	15,74	70,16	0,47	,78
dif_est_9	14,46	75,40	0,28	,80
dif_est_10	16,25	74,59	0,46	,78
dif_est_11	15,90	76,12	0,26	,80
dif_est_12	15,20	66,46	0,65	,76
dif_est_13	15,09	66,68	0,66	,76

Fonte: Pesquisa - Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

Tabela 6 – Correlação Item-total para a dimensão processo

(continua)

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dif_proc_2	47,32	619,18	0,48	,92
dif_proc_4	47,42	619,43	0,42	,92

Tabela 6 – Correlação Item-total para a dimensão processo

(conclusão)

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dif_proc_5	48,27	629,62	0,48	,92
dif_proc_6	46,88	604,53	0,62	,92
dif_proc_7	47,28	619,62	0,43	,92
dif_proc_8	47,09	619,66	0,42	,92
dif_proc_9	47,88	635,91	0,22	,92
dif_proc_10	48,11	637,60	0,28	,92
dif_proc_11	48,37	633,63	0,43	,92
dif_proc_12	48,43	640,29	0,35	,92
dif_proc_13	46,51	601,63	0,69	,91
dif_proc_14	46,85	597,59	0,75	,91
dif_proc_15	47,05	613,03	0,55	,92
dif_proc_16	46,43	587,39	0,78	,91
dif_proc_17	46,83	585,38	0,77	,91
dif_proc_18	47,75	625,55	0,37	,92
dif_proc_19	46,55	603,75	0,65	,91
dif_proc_21	47,71	622,09	0,50	,92
dif_proc_22	46,88	600,81	0,61	,92
dif_proc_23	46,65	605,19	0,56	,92
dif_proc_24	48,36	639,43	0,29	,92
dif_proc_25	46,54	602,89	0,61	,92
dif_proc_26	47,50	628,17	0,30	,92
dif_proc_27	46,70	614,85	0,45	,92
dif_proc_28	47,27	626,46	0,38	,92
dif_proc_29	47,00	617,74	0,40	,92
dif_proc_30	48,11	632,54	0,39	,92
dif_proc_33	47,78	619,59	0,44	,92
dif_proc_35	47,44	623,77	0,33	,92
dif_proc_36	47,35	620,35	0,37	,92
dif_proc_39	48,15	625,17	0,42	,92
dif_proc_40	48,32	635,70	0,32	,92
dif_proc_42	47,01	600,89	0,59	,92
dif_proc_43	47,34	601,61	0,62	,92

Fonte: Pesquisa - Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

5. NORMALIZAÇÃO DOS ESCORES DA EPEA

Segundo o Aurélio (FERREIRA, 2010), a palavra norma refere-se a “aquilo que se adota como base ou medida para a realização ou avaliação de algo”. Na estatística, o termo “norma” provém do modelo de distribuição normal, ideal teórico de uma distribuição probabilística, que pressupõe uma distribuição dos escores obtidos pelos sujeitos em torno da média geral da característica estudada e dos seus desvios padrões, que indicam os graus de dispersão em torno da média.

A normalização, ou padronização, é a última etapa metodológica para a validação de instrumentos psicométricos e refere-se ao conjunto de técnicas empregadas a fim de uniformizar a interpretação dos escores obtidos pelos indivíduos ao responder um teste, e envolve o desenvolvimento de critérios para interpretação dos resultados obtidos.

Segundo Menezes (2006, p. 223) “a normalização representa a busca de uniformidade nos procedimentos de correção, pontuação e atribuição de significado aos escores de um sujeito” possibilitando a comparação entre os escores do mesmo indivíduo em diferentes momentos ou, entre diferentes pessoas quanto a uma determinada característica. Além da possibilidade da comparação de resultados, a normalização proporciona a atribuição de sentido aos escores obtidos pelos indivíduos e permite determinar a posição que ele ocupa no traço medido pelo teste que produziu tal escore.

Para estabelecer os padrões de desempenho (linhas de corte) da EPEA, foi utilizada uma norma intragrupo, fundamentada pela TCT, por possibilitar a avaliação do desempenho de indivíduo em termos do desempenho do grupo, com a definição de três faixas percentílicas (Quadro 8). Para a composição das faixas percentílicas, utilizou-se a variável média produzida a partir da diferença entre as escalas ideal e real. A definição dos valores associados às faixas percentílicas foi então realizada a partir da frequência acumulada dessa variável média. Sendo assim, valores abaixo do percentil 50 representam uma baixa percepção sobre as condições que podem predispor a ocorrência de eventos adversos; entre os percentis 50 e 75, uma média percepção, e acima do percentil 75, uma elevada percepção.

A partir da interpretação destas faixas percentílicas, os escores do grupo adquirem um significado quantitativo uniforme e claramente definido, podendo assim, ser empregados apropriadamente na maioria das análises estatísticas. Dessa

forma, se, por exemplo, um Enfermeiro obtiver um escore de 1,20 para a média da diferença entre suas respostas na escala ideal e real da abordagem estrutura, isso demonstra que ele possui uma baixa percepção das condições que predisõem a ocorrência dos eventos adversos durante o cuidado de Enfermagem em unidade de terapia intensiva. Já um profissional que obtém um escore maior de que 1,97 para essa abordagem apresenta uma alta percepção dessas condições, podendo resultar em atitudes proativas que impliquem na adoção de uma cultura voltada para a segurança do paciente em UTI.

Quadro 9 – Faixas percentílicas da normatização da EPEA

Nível	Percentil	Estrutura
Baixa percepção	< 50	$< 1,27$
Média percepção	$50 \leq x \leq 75$	1,27 a 1,92
Alta percepção	$x > 75$	$> 1,92$
Nível	Percentil	Processo
Baixa percepção	< 50	$< 1,41$
Média percepção	$50 \leq x \leq 75$	1,41 a 1,97
Alta percepção	$x > 75$	$> 1,97$

Fonte: Pesquisa - Eventos Adversos em UTI: atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência, Salvador-Ba, outubro de 2011

6. DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo construir, validar e padronizar uma escala para avaliação das atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso (EA). Apesar de não constituir proposta deste estudo a discussão do perfil sócio-demográfico dos enfermeiros que participaram da pesquisa, considerou-se importante a discussão dos mesmos confrontando-os com os resultados da literatura.

A partir da análise dos dados referentes à carga horária semanal por emprego, média de 38,4 (DP=8,03), associado à média de empregos de 1,69 (DP=0,57), verifica-se um acúmulo semanal de horas trabalhadas que pode superar às 60 horas semanais, representando um risco para o desenvolvimento da síndrome de esgotamento profissional ou *burnout*, resultando, segundo Aiken et al (2002), no aumento do risco para a ocorrência de eventos adversos.

Esta jornada de trabalho semanal possivelmente irá gerar períodos de trabalho superiores há 24 horas em pelo menos um dia da semana, contrariando a recomendação do IOM (2003) de que para reduzir a possibilidade do erro causado por fadiga, os órgãos reguladores estatais deveriam proibir qualquer combinação de horas de trabalho que superem 12 horas diárias, e ou, mais do que 60 horas semanais. Esta carga horária excessiva de trabalho é apontada como um dos aspectos do trabalho do enfermeiro que mais representam ameaças à segurança do paciente, devido aos efeitos da fadiga causada por longos períodos de vigília (Ex: 17 horas sem dormir) sobre o desempenho humano, comparando-a inclusive com os efeitos da intoxicação etílica (IOM, 2003). Contudo, essa condição latente (REASON, 2000), pode ser identificada e corrigida, a partir de uma atitude pró-ativa, antes que se torne um gatilho e deflagre a ocorrência do evento adverso.

Em relação aos itens excluídos após a análise de componentes principais (ACP), apesar de terem sido construídos e demonstrarem através da validação de conteúdo que representam uma amostra significativa do universo de comportamentos que se propôs estudar, possuíram baixa saturação em relação ao fator. Chamou à atenção o fato de que entre estes itens estava presente uma questão política de grande importância para a profissão que é o caso da jornada semanal de 30 horas para os profissionais de Enfermagem. Contudo este item em

particular ainda está em discussão no Congresso Nacional e não representa uma realidade vivida pelos profissionais que participaram da pesquisa.

A exclusão dos itens est_15 e est_16 pode estar relacionada ao fato de já ser condição de trabalho comum aos participantes, evidenciada pela média de 3,6 (DP=1,03) leitos por enfermeiro, e não ter sido então avaliada pelos participantes como fator de predisposição à ocorrência de eventos adversos.

Alguns estudos (AIKEN, CLARKE, et al., 2002; CHO, KETEFIA e BARKAUSKAS, 2003) têm relacionado estes fatores com o *burnout* e a insatisfação no trabalho que resultam em alta rotatividade, aumento da mortalidade por complicações (*failure to rescue*), maior incidência de infecções e de eventos adversos.

Os itens de validação (proc20, proc31, proc34) que foram excluídos por baixa saturação pode representar que os enfermeiros responderam à escala da maneira prevista, isto é, espera-se encontrar tal padrão de comportamento destes itens, visto que eles foram formulados de modo a apresentar uma conotação negativa, ao passo que os demais itens da escala apresentam uma conotação favorável ou positiva.

A baixa saturação de alguns itens da dimensão estrutura (est_8, est_17 e est_18) e da dimensão processo (proc_32) pode ser justificada pelo fato de que os conteúdos destes itens estavam ligados a aspectos já disponibilizados como rotina para todos os pacientes nas UTI, não sendo assim avaliados como características que, quando ausentes, podem comprometer a qualidade do cuidado de enfermagem.

A ACP identificou que os itens da EPEA comportaram-se de acordo com o modelo original proposto, ou seja, as duas dimensões estrutura e processo, individualmente, possuíam características que lhe asseguravam a consistência interna suficiente para lhes proporcionar a possibilidade de medirem as atitudes dos Enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI.

A normatização da EPEA possibilitou a interpretação uniforme dos escores obtidos pelos indivíduos ao responder o teste, e, assim, determinar a atitude dos enfermeiros frente às condições que podem favorecer a ocorrência de eventos adversos. Assim, uma elevada percepção destas condições durante o cuidado de enfermagem em UTI poderia resultar em atitudes proativas que impliquem na adoção de uma cultura de segurança do paciente, ao passo que, uma baixa

percepção destas condições poderia resultar numa atitude reativa frente às ocorrências dos eventos adversos em UTI.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção e validação da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA), ao possibilitar o conhecimento das atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso, preenche uma lacuna no campo das medidas atitudinais dos Enfermeiros em UTI.

A EPEA, ao ter como pressupostos teóricos a abordagem proposta por Donabedian (1980) para avaliação da qualidade do cuidado e a abordagem sistêmica do erro proposta por Reason (2000), discute a qualidade do cuidado como um equilíbrio entre riscos e benefícios considerando a falibilidade do ser humano e propõe a utilização do evento adverso enquanto indicador de resultado. Dessa forma, a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI torna-se o produto entre as condições ideais de trabalho (estrutura e processo), derivadas de recomendações nacionais e internacionais de promoção da qualidade e segurança do paciente em UTI, e as atitudes dos enfermeiros intensivistas sobre as condições que podem predispor a ocorrência do evento adverso (indicador de resultado).

A validade de conteúdo da EPEA foi considerada satisfatória, tendo em vista o processo de seleção dos seus itens e a criteriosa avaliação com sugestões para aperfeiçoá-los tanto na análise dos juízes quanto na análise semântica, assegurando que os itens do instrumento estão situados dentro da abordagem teórica qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI.

A EPEA resultante do processo de análise fatorial contendo dois fatores (estrutura e processo) e 46 itens (12 da dimensão estrutura e 34 da dimensão processo) mostrou-se confiável, ao demonstrar, a partir dos resultados obtidos através da análise psicométrica, apresentar boa correlação (consistência interna) entre seus diferentes itens. Também vale ressaltar que em relação aos dados obtidos a partir da análise fatorial não ocorreram itens com valores absolutos de carga fatorial inferiores a 0,30. Da mesma forma que não existiram cargas fatoriais similares em dois ou mais fatores em um mesmo item e as diferenças entre seus valores absolutos das cargas fatoriais dos itens foram maiores do que 0,10.

A validade de construto confirmou a hipótese de que os itens da EPEA medem a atitude dos Enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, e lhe confere a capacidade de realizar inferências e interpretações corretas das pontuações que serão obtidas a partir de sua aplicação, proporcionando uma relação fidedigna com o construto e, a sua confiabilidade lhe permite ser aplicada em diferentes UTI e momentos, com a garantia de obtenção de resultados semelhantes.

A EPEA mostrou-se, dessa forma, confiável para a avaliação das atitudes dos Enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso. Os resultados obtidos através da análise psicométrica da escala demonstraram um satisfatório índice de confiabilidade (precisão) e a validade da mesma foi comprovada, a partir dos pressupostos da TCT, com a realização da validação de conteúdo (análise de juízes e análise semântica) e da validade de construto.

Aponta-se como limitações que, mesmo não existindo entre os autores consultados a determinação metodológica de um número exato de juízes, pelo fato desta etapa ter sido realizada com apenas quatro integrantes devido à desistência de um dos juízes, isso resultou em situações em que obteve-se empate na avaliação interna dos itens. Compreende-se assim que seria melhor a utilização de um número ímpar de árbitros para o estudo da validade de conteúdo em estudos futuros.

Outra limitação do estudo diz respeito ao tamanho restrito da população, ao qual gerou um tamanho amostral limitado ($n=128$). Uma das possíveis razões de não se conseguir uma quantidade maior de enfermeiros deve-se ao fato de que um mesmo profissional trabalha em mais de uma UTI pesquisada, o que pode ser verificado a partir da variável média de vínculos (1,69). Além disso, o tamanho da amostra foi prejudicado pela recusa de participação de um hospital filantrópico de grande porte, que reunia uma quantidade significativa de enfermeiros.

A dificuldade de se encontrar hospitais na cidade de Salvador, a partir dos critérios estabelecidos, que notifiquem e monitorem de forma sistemática a ocorrência de eventos adversos, também pode ser considerada uma das limitações desse estudo, por impossibilitar a comparação entre o índice de eventos adversos no cuidado de Enfermagem em UTI e a atitude dos enfermeiros sobre os fatores que podem predispor a ocorrência de tais eventos.

Com o objetivo de verificar a validade da EPEA para além da amostra utilizada, considera-se a necessidade de submetê-la a outras UTI, de hospitais tanto públicos quanto privados, que participaram ou não de processos de acreditação e em outros estados, a fim de estabelecer uma comparação entre os resultados obtidos e possibilitar, uma ampliação da compreensão da atitude dos Enfermeiros frente aos aspectos da estrutura e processo que podem deflagrar a ocorrência do evento adverso durante o cuidado de Enfermagem em UTI. Dessa forma, seria possível criar barreiras mais eficazes de proteção ao paciente, possibilitar uma investigação sobre as causas das falhas latentes, investigar os erros de forma sistêmica e consolidar uma cultura de segurança do paciente ao invés da cultura do erro da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. **Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 47-55, maio-dez 1995. Disponível em Acesso em 17 Jun 2010.
- AIKEN, L. H. et al. **Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction**. Journal of the American Medical Association, v. 288, n. 16, p. 1987-93, October 23/30 2002. Disponível em <http://198.66.202.157/documents/HospitalNurseStaffing_Jama2002.pdf>. Acesso em 15 de mar. 2011.
- ALLPORT, G. W. **Attitudes**. In C. Murchison (Ed) **Handbook of Social Psychology**. Worcester, MA: Clark University Press, 1935.
- ANA. **The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)**. American Nurses Association. Kansas City. 2001. Disponível em. Acesso em 18 de jun. 2010.
- ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- ANDRADE, M. T. S. **Guias práticos de enfermagem: Cuidados Intensivos**. Tradução de Maria Teresa R. Teixeira. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 2000. 580p.
- BABBIE, E. **Métodos de Pesquisas de Survey**. Belo Horizonte, MG: UFMG, 2001.
- BALLARD, K. A. **Patient Safety: A Shared Responsibility**. No. 3, 2003. Manuscript 4. Disponível em Online Journal of Issues in Nursing, v. 8, n. 3, Sept 2003. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No3Sept2003/PatientSafety.aspx>>. Acesso em: 17 jun. 2010.
- BARBOSA, R. L. . M. M. R. A. C. **Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 2, p. 366-370, Mai./Jun. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>> Acesso em 25/10/2010.
- BEZERRA, F. A. Análise Fatorial. In: CORRAR, L. J.; PAULO, E.; DIAS FILHO, J. M. **Análise Multivariada Para os Concursos de Administração Ciências Contábeis e Economia**. São Paulo: ATLAAS S.A., 2007. Cap. 2, p. 73-130.
- BHAVNANI, S. M. **O emprego do Benchmarking na área de saúde**. American Journal Health – Syst Pharm, n. 57(supl.2), p. 13-20, 2000. Disponível em <<http://www.ccih.med.br/benchmarking.html>> Acesso em 02 nov. 2010.
- BIANCHI, E. R. F. **Escala Bianchi de Stress**. Rev Esc Enferm USP, 43(Esp), 2009. 1055-62. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a09v43ns.pdf> >. Acesso em 20 de out. 2011.

BITTAR, O. J. N. V. **Indicadores de qualidade e quantidade em Saúde**. RAS, v. 3, n. 12, Jul-Set 2001. Disponível em < http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/05.pdf> Acesso em 02 nov. 2010.

BOHOMOL, E. **Padrões para avaliação da qualidade da assistência de Enfermagem**. In: D'INNOCENZO, M., et al. (Coord.). Indicadores, Auditorias, Certificações: Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde. São Paulo: Martinari, 2006. p. 73 - 86.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. **Erros de medicação: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 41-48, 2003. Disponível em Acesso em 17 jun. 2010.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. **Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 1, Jan./Fev. 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100006 > Acesso em 17 jun. 2010.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. D. A. L. M. **Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 40, Março 2006. Disponível em: Acesso em: 20 maio 2011.

BRASIL. **CNS Resolução 196, 10 de outubro de 1996**. Ministério da Saúde. Brasília. 1996. Disponível em. Acesso em: maio 2011.

BRASIL. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2002. Disponível em < http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf> Acesso em 05 de out. 2010.

BRASIL. **D.O.U de 28/04/2006. Regulamento Técnico para Funcionamento de Serviços de Atenção ao Paciente Crítico e Potencialmente Crítico**. Ministério da Saúde. Brasília. 2006.

BRASIL. **RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010**. ANVISA. Brasília. 2010.

CARPENITO, L. J. **Manual de diagnóstico de Enfermagem**. 10ª Edição. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. **Erros de medicação: Análise de situações relatadas pelos profissionais de Enfermagem**. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, n. 33, Jul./Set. 2000. 322-330. Disponível em Acesso em 17 jun. 2010.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. **Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, 15, n. 2, Abr./Jun. 2002. 45-54. Disponível em Acesso em 17 jun. 2010.

CASSIANI, S. H. B. **A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 58, n. 1, Jan./Fev. 2005. 95-99. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf> > Acesso em 17 jun. 2010.

CECCATO, S. R.; VAN DER SAND, I. C. P. **O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares.** Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, 3, n. 1, Jan-Jun. 2001. Disponível em < http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/cuidado.html >. Acesso em: 10 mar. 2011.

CHIERICATO, C.; CASSIANI, SHDB; CARVALHO, V.T. **Instrumento de registro dos erros nas medicações segundo a revisão da literatura.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, 14, n. 2, Maio-Ago. 2001. 79-90. Disponível em < http://www.unifesp.br/denf/acta/2001/14_2/pdf/art9.pdf >. Acesso em: 17 jun. 2010.

CHO, S. H.; KETEFIA, S.; BARKAUSKAS, V. H. **The Effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs.** Nursing Research, 52, n. 2, March/April 2003. 71-79. Disponível em: < <http://www.pennanurses.org/pac/PDFs/Effects%20of%20RN%20Staffing%20on%20ADEs%20-%20Costs.pdf> >. Acesso em: 23 mar. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. **A avaliação na área de saúde.** In: HARTZ, Z. M. D. A.; (ORG.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-48.

COREN-SP; REBRAENSP. **10 Passos para a segurança do paciente.** Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN- SP); Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). São Paulo. 2010.

CORREA, C. R. P.; JUNIOR, M. M. C. **Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais.** Produção, 17, n. 1, Jan./Abr. 2007. 186-198. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prod/v17n1/12.pdf> >. Acesso em 18 Fev. 2011.

CRESWELL, J. W. Métodos quantitativos. In: CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Tradução de Luciana de Oliveira Rocha. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 9, p. 161-183.

CRONBACH, L. J.; MEEHL, P. E. **Construct Validity in Psychological Tests.** Psychological Bulletin, v. 52, p. 281-302, 1955.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.** Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press, v. I, 1980. p. 3-31.

_____. **Criteria and Standards for quality assesment and monitoring.** QRV - Quality Review Bulletin, v. 2, n. 3, p. 99-108, March 1986.

_____. **The seven pillars of quality.** Arch Pathol, Michigan, n. 114(11), p. 1115-8, Nov. 1990.

_____. **Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención.** Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, México, v. 35, n. 1, p. 94-97, 1993. Disponível em < <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001269> > Acesso em 07 jul. 2010.

_____. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Health Administration Press, Ann Arbor (MI), 1999.

_____. **An introduction to quality assurance in health care.** Oxford University Press, Oxford, 2003.

ESPERIDIÃO, M. A. . T. L. A. B. **Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, Junho 2006. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf> >. Acessado em 12 mar. 2011.

EVERITT, B. S. **The Cambridge Dictionary of Statistics.** 2nd Edition. ed. [S.l.]: Cambridge University Press, 2002.

FADEL, M.A.V., FILHO, G.I.R. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso.** RAP, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 7-22, JAN./FEV. 2009. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n1/a02v43n1.pdf> >. Acessado em 25 nov. 2010.

FERREIRA, A. B. D. H. **Dicionário da Língua Portuguesa.** 8ª. ed. [S.l.]: Positivo, 2010. Edição Eletrônica - POSITIVO INFORMÁTICA LTDA.

FIELD, A. **Discovering Statistics Using SPSS.** 2nd edition. ed. [S.l.]: Sage Publications Ltd, 2005.

FINK, A. **How to conduct surveys: a step-by-step guide.** 4th. ed. California: SAGE, 2009. Disponível em< http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ca9E1H08PrEC&oi=fnd&pg=PR7&dq=HOW+TO+CONDUCT+SURVEYS&ots=U8bbpJKqxe&sig=jfEe_B--FDcKqX-DWd0jFKdSx4o#v=onepage&q&f=false >. Acesso em: 9 Mai. 2011.

FRASER, C. B. J. & B. B. **Introducing Social Psychology.** Cambridge: Polity, 2001.

GÜNTHER, H. **Como elaborar um questionário.** In: PASQUALI, L. (.). Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM / IBAPP., 1999. p. 197-226.

HAIR, J. F. et al. **Multivariate data analysis.** New Jersey: Prentice Hall, 1998.

HARADA, M. D. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente.** 2ª Edição. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2006.

HARTZ, Z. M. D. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Orgs.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005.

HELMREICH, R. **On error management: lessons from aviation.** BMJ, v. 320(7237), p. 781-85, 2000. Disponível em < <http://www.bmj.com/content/320/7237/781.full> >. Acesso em 08 jun. 2011.

HELMREICH, R. L. **Error Management as Organisational Strategy.** In: _____ Proceedings of the IATA Human Factors Seminar. Bangkok, Thailand: University of Texas, 1998. p. 1-17. Disponível em: Acesso em 03 nov. 2011.

HINRICHSEN, S. L. **Princípios da Administração de Qualidade e o Controle de Infecções. Gerenciamento de Riscos.** Prática Hospitalar. Ano X., v. 60, p. 57-63, Nov-Dez 2008. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2060/pag/artigos%2060.html>. Acesso em 07 Jun 2010.

IOM. **Medicare: A Strategy for Quality Assurance.** Washington, D.C: National Academy Press, v. 1, 1990. Disponível em < <http://www.nap.edu/catalog/1547.htm> >. Acesso em: 02 Dez. 2010.

_____. **CROSSING THE QUALITY CHASM: A NEW HEALTH SYSTEM FOR THE 21ST CENTURY.** Institute of Medicine. Washington, DC. 2001. Disponível em: < <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf> >. Acesso em 04 nov. 2011;

_____. **Keeping Patients Safe: Transforming the Environment for Nurses.** Institute of Medicine of the National Academies. Washington, DC. 2003. Disponível em: < <http://www.wha.org/workForce/pdf/IOMrecommendations11-5-03.pdf> >. Acesso em 04 nov. 2011;

JCAHO. **Accreditation Program: Critical Access Hospital.** Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. [S.l.]. 2011. Disponível em < http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_NPSGs_CAH.pdf >. Acesso em: 25 Fev. 2011.

JÚNIOR, J. G. B.; GARrafa, V. **Bioética e biossegurança: uso de biomateriais na prática odontológica.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, SP, v. 41, n. 2, Abr. 2007. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102007000200008&script=sci_arttext >. Acesso em 02 Nov. 2010.

KNOBEL, E.; LASELVA, C. R.; JÚNIOR, D. F. M. **Terapia intensiva: Enfermagem.** São Paulo, SP: Atheneu, 2005.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is Human: building a safer health system.** Washington DC: National Academy Press, 1999. Disponível em: < <http://iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf> >. Acesso em 17 Fev. 2011.

KORNIWICZ, D. M.; DUFFY, J. **Essential Concepts for Staff Nurses: The Outcomes Imperative.** Nursingworld. Severn, Md, p. 1-18. 2001. Disponível em <

<http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod551/outcomes.pdf> >. Acesso em 18 Fev. 2011.

LEÃO, E. R. et al. (Orgs.). **Qualidade em Saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yends, 2009.

LOPES, J. D. L. et al. **Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP., v. 22, n. 2, p. 136-141, 2009. Disponível em Acesso em 17 jun. 2010.

LUCKESI, C. et al. **O conhecimento como compreensão do mundo e como fundamentação da ação**. In: LUCKESI, C., et al. Fazer Universidade: Uma proposta metodológica. 11ª Edição. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 47-59.

MADALOSSO, A. R. M. **Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional**. Rev.Latino-am.Enfermagem, Ribeirão Preto, SP., v. 8, n. 3, p. 1-17, Julho 200. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300003&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 11 Jun. 2010.

MANENTI, S. et al. **Ocorrências adversas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: análise da administração de soluções hidroeletrólíticas e antibióticos**. Rev.Esc.Enf. USP, v. 32, n. 4, p. 369-376, Dez. 1988. Disponível em <
<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/453.pdf> >. Acesso em 17 jun. 2010.

MAXIMINIANO, A. C. A. **Introdução a Administração**. 6ª. ed. São Paulo, SP.: ATLAS, 2004.

MEDINA, M. G. et al. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais**. In: HARTZ, Z. M. D. A.; SILVA, L. M. V. D.; (ORG.) Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Editora Fiocruz, 2005. Cap. 2, p. 41-64.

MENEZES, I. G. **Escalas de Intenções Comportamentais de Comprometimento Organizacional(EICCO): concepção, desenvolvimento, validação e padronização**. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - UFBA. Salvador, p. 335. 2006. Obtido com autorização do autor.

MENEZES, I. G.; PASIAN, R. S.; SILVA FILHO, H. D. J. **Atualização de normas do Raven avançado: discussão de modelos normativos e desenvolvimento do modelo ponderado de normatização de escores via TRI**. Dialógica - Revista Eletrônica da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, v. 1, n. 4, 2008.

MEZONO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. 1ª Edição. ed. São Paulo, SP.: Manole, 2001.

MOTA, N. V. Y. V. P. D.; MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. **A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato de experiência do Programa de Qualidade Hospitalar**. RAS, v. 9, n. 34, Jan./Mar. 2007. Disponível em <
http://www.cqh.org.br/files/RAS34_a%20construção.pdf >Acesso em 17 jun. 2010.

NAGEH. **Manual de Indicadores de Enfermagem**. Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH. São Paulo, SP., p. 40. 2006. Disponível em < <http://www.cqh.org.br/?q=home> > Acesso em 17 jun. 2010.

NASCIMENTO, C. C. P. et al. **Indicadores de resultado da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar**. Revista Latino americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP., v. 16, n. 4, Julho-Agosto 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_15.pdf >. Acesso em 07 jul. 2010.

OLIVEIRA, R. C. D.; CAMARGO, A. E. B. D.; CASSIANI, S. H. D. B. **Estratégias para prevenção de erros na medicação no setor de emergência**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF., v. 58, n. 4, p. 399-404, Jul./Ago. 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a04v58n4.pdf> > Acesso em 17 jun. 2010.

PADILHA, K. G. **Ocorrências Iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Análise dos Fatores Relacionados**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, SP., v. 25, n. 1, p. 18-23, Mar. 2006. Disponível em < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475688&indexSearch=ID> >. Acesso em 11 Jun. 2010.

PADILHA, K. G. et al. **Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros**. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, SP., v. 36, n. 1, p. 50-57, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a07.pdf> >. Acesso em 11 Jun. 2010.

PAIM, J. S.; VIEIRA DA SILVA, L. M. **Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; (ORGS.) Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. 1ª Edição. ed. Rio de Janeiro, RJ.: CEPESC, 2006. p. 91-111.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação**. São Paulo: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. **Psicometria**. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 43(Esp), p. 992-9, 2009. Disponível em. Acesso em: 11 nov. 2011.

PASQUALI, L.; COLS. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEDREIRA, M. D. L. G. **Errar é humano: estratégias para a busca da segurança do paciente**. In: HARADA, M. D. J. C. S., et al. O erro humano e a segurança do paciente. 2ª Edição. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2006. Cap. 1, p. 2-18.

PETERLINI, M. A. S.; PEREIRA, S. R. **Erro de medicação** - Editorial. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 7-8, Jun. 2002. Disponível em < http://www.unifesp.br/denf/acta/2002/15_2/editorial.htm > Acesso em 17 jun. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Tradução de Ana Thorell. 5ª Edição. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RÉA-NETO, Á. et al. **GUTIS: guia da UTI segura**. 1ª Edição. ed. São Paulo, SP.: AMIB, 2010.

REASON, J. **Human error: models and management**. BMJ, n. 30, p. 768-770, 2000. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/320/7237/768.full> > Acesso em 17 Fev. 2011.

RICHARDSON, R. J.; WANDERLEY, J. C. V. **Medição de atitudes**. In: RICHARDSON, R. J.; WANDERLEY, J. C. V. Medição de atitudes nas ciências da conduta. João Pessoa, PB: Editora Universitária/UFPb, 1985. Cap. 3, p. 25-69.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodología de la investigación**. 2ª Edición. ed. México: McGraw Hill, 1997.

SANTOS, A. E.; PADILHA, K. G. **Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros**. Revista Brasileira de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF., v. 58, n. 4, p. 429-433, Jul./Ago 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a09v58n4.pdf> > Acesso em 17 jun. 2010.

SILVA, C. P. R.; LACERDA, R. A. **Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação**. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 128-131, Abr./Jun. 2007. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1lugar_mestrado_avaliacao_programas.pdf >. Acesso em 26 mar. 2011.

SILVA, D. O. D. et al. **Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e informações da equipe de enfermagem**. Revista Latino-americana de Enfermagem, n. 15(5), Set./Out. 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a19.pdf > Acesso em 17 jun. 2010.

SILVA, L. D. **Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva**. Revista da Escola de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 111-116, 2003. Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a18.pdf> >. Acesso em 23 Jun. 2010.

SILVA, L. M. V. D. **Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde**. In: HARTZ, Z. M. D. A.; SILVA, L. M. V.; (ORGS.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Editora Fiocruz, 2005. Cap. 1, p. 15-39.

STERNBERG, R. J. **Psicologia cognitiva**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. 4ª Edição. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STRALEN, C. J. V. et al. **Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v. 11 n° 3, p. 621-632, Jul.-Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30978.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2011.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. In: TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação dos programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP, 2001. Cap. 1, p. 11-18.

TOFFOLETTO M. C., P. K. G. **Conseqüências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, SP., v. 40, n. 2, p. 247-252, Junho 2006. < Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/12.pdf>>. Acesso em 11 Jun. 2010.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, Nov-Dez 2002. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>>. Acessado em 10 Fev. 2011.

URBINA, S. **Fundamentos da Testagem Psicológica**. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VALLA, V. V. **Sobre participação popular: uma questão de perspectiva**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 14(Sup. 2), p. 7-18, 1998. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>>, acesso em 20 Abr. 2011.

VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. **Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100002&script=sci_arttext > Acesso em 17 jun. 2010.

VUORI, H. **A qualidade da saúde**. Divulgação em Saúde para Debate, 3: Caderno de Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, RJ, fev. 1991. 17-24.


WACHTER, R. M. **Segurança versus qualidade**. In: WACHTER, R. M. Compreendendo a segurança do paciente. Tradução de Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 3, p. 45-56.

WALDOW, V. R. **DEFINIÇÕES DE CUIDAR E ASSISTIR: UMA MERA QUESTÃO DE SEMÂNTICA?** Revista Gaucha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 19, n. 1, Jan. 1998. Disponível em < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4170/2208> > Acesso em 10 mar. 2011.

WALDOW, V. R. **Atualização do cuidar**. Aquichan, Colombia, 8, n. 1, 2008. 85-96. Disponível em. Acesso em 21 out. 2010.

WHO. **Nine patient safety solutions: Solutions to prevent health care-related harm**. World Health Organization. Washington, DC. 2007. Disponível em < <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/index.html> >. Acessado em 15 mar. 2011.

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM UFBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
	E-mail dos responsáveis pela Pesquisa: willobao@gmail.com e igorgmenezes@gmail.com Coordenação da Pesquisa: Prof Dr. Igor Gomes Menezes Pesquisador: Mestrando William Mendes Lobão

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Igor Gomes Menezes (pesquisador-responsável) e William Mendes Lobão (pesquisador-orientando) estamos convidando você a participar de uma pesquisa de dissertação de mestrado, que tem como objetivo analisar as atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que comprometem a qualidade da assistência de Enfermagem em UTI. Dentre as principais contribuições dessa pesquisa, destacam-se a promoção da qualidade da assistência de Enfermagem em UTI ao tornar o cuidado de Enfermagem mais seguro e com a menor possibilidade de ocorrer eventos adversos. Busca-se assim possibilitar a oferta de serviços ao usuário, livre de riscos e prejuízos, e assegurando-lhe satisfação e segurança e, a construção de uma escala que avalie a atitude dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que comprometem a qualidade da assistência de Enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso. Queremos também conhecer dados pessoais sócio-demográficos, referentes à sua formação profissional e vínculo com organização. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que concedeu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Você poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Caso decida, o questionário respondido por você lhe será devolvido para que dê o destino que julgar necessário. Os pesquisadores e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo. Todos os protocolos de pesquisa serão guardados por cinco anos, aos cuidados do Núcleo de Instrumentos e Medidas (ISP/UFBA) e ao final você poderá ter acesso ao seu protocolo ou autorizar a destruição deste.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através do telefone **(71)3283-6486**, no Núcleo de Instrumentos e Medidas (ISP/UFBa) da Universidade Federal da Bahia ou através dos e-mails pessoais acima citados.


Após ter sido informado sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Salvador, ____ de ____ de 2011.

Entrevistado

Pesquisador

APENDICE B – Versão operacional da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA)

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM UFBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
	E-mail dos responsáveis pela Pesquisa: willobao@gmail.com e igorgmenezes@gmail.com
	Coordenação da Pesquisa: Prof Dr. Igor Gomes Menezes

Atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência dos EA

Nº do Quest.	Data:	Enfermeiros por turno (MT ou SN) : __	Seu turno de Trabalho:
Natureza da UTI:	Nº de Leitos: __		1. Matutino () 2. Vespertino () 3. MT () 4. SN 5. Escala mista ()
1 – Pública () 2 – Filantrópica ()			

Dados sócio-demográficos

Faixa etária: 1. 20 a 30 anos () 2. 30 a 40 anos () 3. 40 a 50 anos () 4. Mais de 50 anos ()	Sexo: 1- Feminino () 2- Masculino ()	Qual a sua carga horária de trabalho semanal? __ horas
		Tempo de formação: __ anos
Formação acadêmica: 1. Graduação() 2. Especialista em UTI () 3. Residência em UTI () 4. Especialização/residência incompleta em UTI () 5. Outra especialidade () 6. Mestrado () 7. Doutorado ()	Qual o seu vínculo empregatício: 1. Estatutário Estadual () 2. Estatutário Federal () 3. CLT () 4. Temporário () 5. Terceirizado () 6. CLT e estatutário ()	Tempo de atuação em UTI: __ anos
		Quantos vínculos de trabalho você tem? __
		Quanto ao trabalho em UTI você considera: 1. Sem desgaste () 2. Pouco desgastante () 3. Muito desgastante ()

ESCALA DE PREDISPOSIÇÃO À OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS – EPEA (VERSÃO OPERACIONAL)

Esta pesquisa busca investigar a qualidade do cuidado de saúde a partir de três dimensões (Donabedian, 1980):

a) **estrutura** - corresponde aos insumos, recursos físicos, financeiro, localização geográfica, equipamentos, acessibilidade e a qualificação/especialização da mão de obra, que possibilitam a prestação do serviço;

b) **processos** - execução de ações mediante um conjunto pressuposto de critérios, regras, padrões, procedimentos e de protocolos, a partir de uma imagem objetivo, para alcançar a melhor assistência;

c) **resultados** (outcome) - corresponde a avaliação do êxito/efetividade dos objetivos do cuidado em saúde e satisfação do usuário ou população (cura, impedir progressão da doença, restauração da capacidade funcional e alívio da dor/sofrimento).

Avalie, com base na escala abaixo, cada um dos itens que descrevem a predisposição da ocorrência dos eventos adversos durante o cuidado de Enfermagem em unidade de terapia intensiva. Na primeira coluna, indique o nível em que você considera que o item expressa algo importante e que deveria existir em uma organização (**Coluna Ideal**). Em seguida, avalie o quanto tal característica existe em sua UTI (**Coluna Real**).

1- Discordo totalmente	2- Discordo levemente	3- Não discordo, nem concordo	4- Concordo levemente	5- Concordo totalmente
-------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	-------------------------------


DEVERIA EXISTIR ●—————●
EXISTE ●-----●

Dimensão: Estrutura	Ideal	Real
1. Iluminação adequada para a execução das atividades		
2. Distribuição dos leitos de forma que favoreça a visualização direta dos pacientes internados		
3. Capacitação permanente da equipe de Enfermagem no uso dos equipamentos biomédicos		
4. Disponibilidade no posto de Enfermagem de manual de normas, rotinas e procedimentos atualizados anualmente		
5. Disponibilizar padronização de soluções e diluição de drogas		
6. Disponibilizar de cateteres, sondas e seringas com dispositivos que previnam conexão incorreta ou desconexão acidental (EX: Luer Lock; conector de sistema fechado de pressão positiva)		
7. Possuir um formulário próprio para notificação de eventos adversos		
8. Disponibilizar de válvula com sistema fechado de pressão positiva para infusão (EX: Interlink, Ultrasite)		
9. Disponibilizar de um sistema de monitorização multi-paramétrica com acompanhamento através de central no Balcão de Enfermagem		
10. Disponibilizar de dispensadores de Álcool gel entre os leitos e na entrada da UTI		
11. Disponibilizar de equipos de cores diferentes de acordo com a finalidade		
12. Disponibilizar de uma comissão de educação permanente		
13. Disponibilizar de um programa de qualidade do cuidado no hospital		
14. Jornada de 30 horas semanais de trabalho para os profissionais de Enfermagem sem perda salarial (manter renda atual)		
15. Proporção de 04 pacientes por Enfermeiro		
16. Proporção de 02 pacientes por técnico de Enfermagem		
17. Disponibilizar de grades de segurança nos leitos		
18. Disponibilizar de colchão piramidal (caixa de ovo) para todos os pacientes		
Dimensão: Processo	Ideal	Real

19. Utilizar os cinco certos no preparo e administração dos medicamentos		
20. Estimular a equipe de Enfermagem a notificar a ocorrências de eventos adversos		
21. Identificação do paciente através de pulseira e placa no leito		
22. Utilização do indicador de incidência de úlcera por pressão		
23. Higienizar as mãos		
24. Gerenciamento de risco de acordo com um protocolo específico (Ex: RDC-07-2010)		
25. Sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e identificada por paciente		
26. Utilizar checklists (Montagem de leitos, passagem de plantão e pendência de exames diagnósticos)		
27. Utilizar no mínimo dois identificadores para identificação do paciente (nome e data de nascimento)		
28. Monitorização freqüente do paciente analisando a compatibilidade com os dados obtidos pelos monitores multiparamétricos		
29. Identificar equipos com o rótulo das soluções e data de troca (Soluções, sedação e drogas vaso-ativas)		
30. Identificar bombas de infusão (Soluções, sedação e drogas vaso-ativas)		
31. Utilizar de índice de gravidade ou índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente (Ex: APACHE 2)		
32. Utilizar protocolos clínicos baseados em evidência (Ex: extubação e desmame da VM)		
33. Não utilizar siglas que possibilitem interpretação ambígua (ex: IU X IV; u X O)		
34. Utilizar o indicador de incidência de extubação acidental		
35. Utilizar do indicador de incidência de queda do leito		
36. Utilizar a escala de sedação de Ramsay ou RASS		
37. Aplicar protocolos para identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob sedação		
38. Utilizar a idade, o sexo, o diagnóstico e o número do leito para identificar o paciente		
39. Aplicar as etapas da SAE		
40. Utilizar a dor como 5º sinal vital		
41. Utilizar a escala de avaliação de risco de queda (Ex: escala de Morse)		
42. Utilizar a escala de coma de Glasgow		
43. Utilizar escala de avaliação da intensidade da dor		
44. Utilizar a escala de Braden no diagnóstico de risco para o desenvolvimento de úlcera por decúbito		
45. Discussão clínica diária dos quadros clínicos dos pacientes entre os enfermeiros assistenciais e a coordenação de Enfermagem da UTI		
46. Realizar mudança sistemática de decúbito a cada 2 horas nos pacientes com Braden <17		
47. Utilizar protocolo de dupla-verificação para a administração de medicamentos		
48. Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento		
49. Utilizar luvas com água em substituição aos dispositivos de prevenção das úlceras por pressão		
50. Troca diária da fixação do tubo orotraqueal (TOT) e da traqueostomia (TQT) ou quantas vezes forem necessárias		
51. Utilizar protocolo de insulino-terapia		

52. Utilizar como rotina a Prescrição médica verbal		
53. Utilizar protocolo de banho no leito para paciente em ventilação mecânica		
54. Utilizar protocolo de banho no leito para paciente em uso de droga vaso-ativa		
55. Utilizar siglas e abreviações não padronizadas		
56. Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga		
57. Utilização criteriosa de contenção mecânica em caso de agitação psicomotora		
58. Infusão de hemoderivado em via exclusiva ou com o SF 0,9%		
59. Manter infusão do hemoderivado por no máximo 4 horas		
60. Utilizar o indicador de incidência de não conformidade na administração de medicações		
61. Utilizar o indicador de incidência de infecção hospitalar		
Dimensão: Resultado	Ideal	Real
62. Publicação periódica dos indicadores de qualidade do cuidado de Enfermagem		
63. Discussão periódica dos resultados dos indicadores de qualidade do cuidado de Enfermagem com a equipe		
64. Discutir com a equipe as metas de melhoria dos indicadores de qualidade do cuidado de Enfermagem		

APÊNDICE C - Versão Final da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA)

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM UFBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
	E-mail dos responsáveis pela Pesquisa: willobao@gmail.com e igorgmenezes@gmail.com
	Coordenação da Pesquisa: Prof Dr. Igor Gomes Menezes

Atitude dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência dos EA

Nº do Quest.	Data:	Enfermeiros por turno (MT ou SN) : __	Seu turno de Trabalho:
Natureza da UTI:	Nº de Leitos: __		6. Matutino ()
1 – Pública ()			7. Vespertino ()
2 – Filantrópica ()			8. MT ()
			9. SN
			10. Escala mista ()

Dados sócio-demográficos

Faixa etária: 5. 20 a 30 anos () 6. 30 a 40 anos () 7. 40 a 50 anos () 8. Mais de 50 anos ()	Sexo: 3- Feminino () 4- Masculino ()	Qual a sua carga horária de trabalho semanal? __ horas Tempo de formação: __ anos
Formação acadêmica: 8. Graduação() 9. Especialista em UTI () 10. Residência em UTI () 11. Especialização/residência incompleta em UTI () 12. Outra especialidade () 13. Mestrado () 14. Doutorado ()	Qual o seu vínculo empregatício: 7. Estatutário Estadual () 8. Estatutário Federal () 9. CLT () 10. Temporário () 11. Terceirizado () 12. CLT e estatutário ()	Tempo de atuação em UTI: __ anos Quantos vínculos de trabalho você tem? __ Quanto ao trabalho em UTI você considera: 4. Sem desgaste () 5. Pouco desgastante () 6. Muito desgastante ()

ESCALA DE PREDISPOSIÇÃO À OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS – EPEA (VERSÃO FINAL)

Esta pesquisa busca investigar a qualidade do cuidado de saúde a partir de três dimensões (Donabedian, 1980):

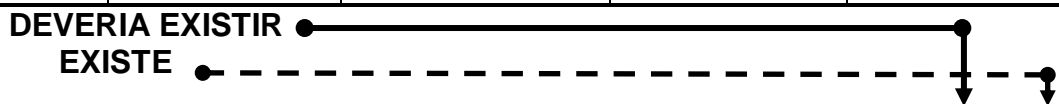
a) **estrutura** - corresponde aos insumos, recursos físicos, financeiro, localização geográfica, equipamentos, acessibilidade e a qualificação/especialização da mão de obra, que possibilitam a prestação do serviço;

b) **processos** - execução de ações mediante um conjunto pressuposto de critérios, regras, padrões, procedimentos e de protocolos, a partir de uma imagem objetivo, para alcançar a melhor assistência;

c) **resultados** (outcome) - corresponde a avaliação do êxito/efetividade dos objetivos do cuidado em saúde e satisfação do usuário ou população (cura, impedir progressão da doença, restauração da capacidade funcional e alívio da dor/sofrimento).

Avalie, com base na escala abaixo, cada um dos itens que descrevem a predisposição da ocorrência dos eventos adversos durante o cuidado de Enfermagem em unidade de terapia intensiva. Na primeira coluna, indique o nível em que você considera que o item expressa algo importante e que deveria existir em uma organização (**Coluna Ideal**). Em seguida, avalie o quanto tal característica existe em sua UTI (**Coluna Real**).

1- Discordo totalmente	2- Discordo levemente	3- Não discordo, nem concordo	4- Concordo levemente	5- Concordo totalmente
-------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	-------------------------------



Dimensão: Estrutura	Ideal	Real
1. Iluminação adequada para a execução das atividades		
2. Distribuição dos leitos de forma que favoreça a visualização direta dos pacientes internados		
3. Capacitação permanente da equipe de Enfermagem no uso dos equipamentos biomédicos		
4. Disponibilidade no posto de Enfermagem de manual de normas, rotinas e procedimentos atualizados anualmente		
5. Dispor de padronização de soluções e diluição de drogas		
6. Dispor de cateteres, sondas e seringas com dispositivos que previnam conexão incorreta ou desconexão acidental		
7. Possuir um formulário próprio para notificação de eventos adversos		
8. Dispor de um sistema de monitorização multi-paramétrica com acompanhamento através de central no balcão de Enfermagem		
9. Dispor de dispensadores de Álcool gel entre os leitos e na entrada da UTI		
10. Dispor de equipos de cores diferentes de acordo com a finalidade		
11. Dispor de uma comissão de educação permanente		
12. Dispor de um programa de qualidade do cuidado no hospital		
Dimensão: Processo	Ideal	Real
1. Estimular a equipe de Enfermagem a notificar a ocorrências de eventos adversos		
2. Utilização do indicador de incidência de ulcera por pressão		
3. Higienizar as mãos		
4. Gerenciamento de risco de acordo com um protocolo específico (Ex: RDC-07-2010)		
5. Sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e identificada por paciente		
6. Utilizar checklists (Montagem de leitos, passagem de plantão e pendência de exames diagnósticos)		

7. Utilizar no mínimo dois identificadores para identificação do paciente (nome e data de nascimento)		
8. Monitorização freqüente do paciente analisando a compatibilidade com os dados obtidos pelos monitores multiparamétricos		
9. Identificar equipos com o rótulo das soluções e data de troca (Soluções, sedação e drogas vaso-ativas)		
10. Identificar bombas de infusão (Soluções, sedação e drogas vaso-ativas)		
11. Utilizar de índice de gravidade ou índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente (Ex: APACHE 2)		
12. Utilizar protocolos clínicos baseados em evidência (Ex: extubação e desmame da VM)		
13. Não utilizar siglas que possibilitem interpretação ambígua (ex: IU X IV; u X 0)		
14. Utilizar o indicador de incidência de extubação acidental		
15. Utilizar do indicador de incidência de queda do leito		
16. Utilizar a escala de sedação de Ramsay ou RASS		
17. Aplicar protocolos para identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob sedação		
18. Aplicar as etapas da SAE		
19. Utilizar a dor como 5º sinal vital		
20. Utilizar a escala de avaliação de risco de queda (Ex: escala de Morse)		
21. Utilizar a escala de coma de Glasgow		
22. Utilizar escala de avaliação da intensidade da dor		
23. Utilizar a escala de Braden no diagnóstico de risco para o desenvolvimento de úlcera por decúbito		
24. Discussão clínica diária dos quadros clínicos dos pacientes entre os enfermeiros assistenciais e a coordenação de Enfermagem da UTI		
25. Realizar mudança sistemática de decúbito a cada 2 horas nos pacientes com Braden <17		
26. Utilizar protocolo de dupla-verificação para a administração de medicamentos		
27. Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento		
28. Utilizar protocolo de insulino-terapia		
29. Utilizar protocolo de banho no leito para paciente em ventilação mecânica		
30. Utilizar protocolo de banho no leito para paciente em uso de droga vaso-ativa		
31. Utilização criteriosa de contenção mecânica em caso de agitação psicomotora		
32. Infusão de hemoderivado em via exclusiva ou com o SF 0,9%		
33. Utilizar o indicador de incidência de não conformidade na administração de medicações		
34. Utilizar o indicador de incidência de infecção hospitalar		

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Escola de Enfermagem
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem (CEPEE-UFBA)
Protocolo nº. 14/2011

PARECER CONJUNTO

Identificação

Título do Projeto de Pesquisa: “Eventos Adversos: Atitude dos Enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência”.

Autor: William Mendes Lobão

Orientador: Prof. Dr. Igor Gomes Menezes

Local onde se realiza o estudo: 1ª etapa: 2 (duas) unidades de terapia intensiva para adultos do Hospital Geral do Estado (HGE). 2ª etapa: 5 (cinco) unidades de terapia intensiva de alta complexidade de hospitais gerais e de ensino, sendo três públicos e dois filantrópicos localizados no Município de Salvador (BA).

Área de Conhecimento: Ciência da Saúde - Enfermagem

Questão de Estudo: Quais as atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e do processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI?

Objeto de Estudo: avaliação de atitude dos enfermeiros em UTI diante da estrutura e processo.

Objetivo geral: construir e validar uma escala para avaliação das atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processo que podem comprometer a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI.

Método: o tipo de pesquisa abordado foi o estudo exploratório, analítico, descritivo de abordagem quantitativa, de coorte transversal. Será efetuado na primeira etapa, um pré-teste do instrumento com 2 (duas) profissionais atuantes com a pesquisa de avaliação de qualidade do cuidado e com 5 (cinco) enfermeiros atuantes na área de gestão de UTI.

Foram definidos como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa as seguintes condições: a) exercício profissional pelo mínimo de 2 (dois) anos; b) concordância em participar do estudo mediante assinatura do TCLE.

Coleta de dados e sua análise: A coleta de dados será em formato estruturado e autoadministrado sob a forma de entrevista com aplicação de questionário.

Aspectos éticos envolvidos: analisando o protocolo, as informações constantes nos autos do processo administrativo permitem concluir que serão atendidos os princípios da Resolução 196/96 do CNS que trata da pesquisa com seres humanos.

Parecer do Relator:

Trata-se de protocolo de pesquisa denominado “Eventos Adversos: Atitude dos Enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência”, projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA.

O projeto apresenta todos os elementos metodológicos e formais que compõem o protocolo de pesquisa. O projeto tem aderência à linha de pesquisa do orientador.

A introdução apresenta objeto, questão de pesquisa, objetivo com coerência e consistência com o título.

A revisão da literatura apresenta referencial da avaliação e qualidade em UTI, segurança do cuidado de enfermagem em UTI, avaliação em saúde, metodologia da pesquisa, atitudes na área de enfermagem, mensuração de atitudes, sendo farta em referências estrangeiras.

O TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) atende a todos os requisitos previstos na Resolução nº. 196/96 do CNS, estando adequado em linguagem e conteúdo.

Por fim, as demais considerações metodológicas e formais se encontram mencionadas no item identificação deste parecer.

Situação do Projeto: APROVADO.

Salvador, 26/05/11.

Darci Santa Rosa

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenadora do CEPEE

*Aprovado em Reunião
Quarta dia 26/5/11
Darci Santa Rosa*

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenadora do CEP-EEUFBA
COREN-BA 20011



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

TERMO DE APROVAÇÃO

Comunicamos que o Protocolo Nº 14/2011 – FR 412506 Título do Projeto: Eventos adversos em UTI: Atitude de enfermeiros sobre as condições que contribuem para ocorrência, considerando o atendimento as diretrizes da Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos de autoria :

Pesquisadoras Responsáveis: William Mendes Lobão

Demais Pesquisadores: Igor Gomes Menezes

Data da apreciação do CEPEE/UFBA: 26.05.2011

CONSIDERADO PELO Plenário APROVADO

OBSERVAÇÃO:

Os pesquisadores devem atentar para as novas diretrizes da resolução 196/96 sobre a entrega do parecer a instituição e pegar o modelo da declaração para a instituição. Após a coleta de dados lembrar a entrega do relatório final.

Salvador, 31 de maio de 2011.

Darci Oliveira Santa Rosa
Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-BA 10.