

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Elaboração de perfil de indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem em cirurgia de ambulatório

Development of a nursing-sensitive quality indicators profile in ambulatory surgery

Elaboración de perfiles de indicadores de calidad sensibles a las intervenciones de enfermería en cirugía ambulatorial

Joana Pinto ¹ <https://orcid.org/0000-0003-1095-0088>Luís Sá ¹ <https://orcid.org/0000-0001-9687-413X>António Amaral ² <https://orcid.org/0000-0001-9386-207X>João Amado ¹ <https://orcid.org/0000-0002-5330-779X>

¹ Universidade Católica Portuguesa,
Faculdade de Ciências da Saúde e
Enfermagem, Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde, Porto, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra, Coimbra, Portugal

Autor de correspondência

Joana Pinto

E-mail: joanaraqp@esenfc.pt

Recebido: 16.05.23

Aceite: 31.10.23

Resumo

Enquadramento: A cirurgia de ambulatório tem sofrido um forte crescimento nos últimos anos. Existe pouca literatura relativamente à qualidade dos cuidados neste contexto e menos ainda sobre os indicadores de qualidade sensíveis às intervenções do enfermeiro.

Objetivo: Elaborar um perfil de indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem em cirurgia de ambulatório.

Metodologia: Para encontrar o consenso sobre os melhores indicadores, utilizou-se a metodologia de e-Delphi modificada através de questionários online, em duas rondas.

Resultados: Um painel de 27 peritos avaliou 58 indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem em cirurgia de ambulatório, divididos pelas dimensões de estrutura, processo e resultado. Foram validados 45 indicadores.

Conclusão: Este estudo evidencia o papel do enfermeiro neste contexto de prestação de cuidados perioperatórios e poderá subsidiar a construção de ferramentas para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem em cirurgia de ambulatório.

Palavras-chave: enfermagem perioperatória; cuidados de enfermagem; indicadores de qualidade em assistência à saúde; técnica Delfos

Abstract

Background: Ambulatory surgery has increased significantly in recent years. Literature is scarce regarding the quality of care in this setting, particularly regarding nursing-sensitive quality indicators.

Objective: To develop a nursing-sensitive quality indicators profile in ambulatory surgery.

Methodology: The modified e-Delphi methodology was used to find consensus on the best indicators. Online questionnaires were used in two rounds.

Results: A panel of 27 experts evaluated 58 nursing-sensitive quality indicators in ambulatory surgery, including structure, process, and outcome indicators. Forty-five indicators were validated.

Conclusion: This study highlights nurses' role in perioperative care and may support the development of tools to assess the quality of nursing care in ambulatory surgery.

Keywords: perioperative nursing; nursing care; quality indicators, health care; Delphi technique

Resumen

Marco contextual: La cirugía ambulatoria ha experimentado un fuerte crecimiento en los últimos años. Existe poca literatura relativa a la calidad de los cuidados en este contexto y aún menos sobre indicadores de calidad sensibles a las intervenciones del enfermero.

Objetivo: elaborar un perfil de indicadores de calidad sensibles a las intervenciones de enfermería en cirugía ambulatoria.

Metodología: Para llegar a un consenso, se utilizó la metodología e-Delphi modificada mediante cuestionarios en línea, en dos rondas.

Resultados: Un panel de 27 expertos evaluó 58 indicadores de calidad sensibles a las intervenciones de enfermería en cirugía ambulatoria, divididos por las dimensiones estructura, proceso y resultado. Se validaron 45 indicadores.

Conclusión: Este estudio evidencia el papel de los enfermeros en este contexto de la prestación de cuidados perioperatorios y puede apoyar el desarrollo de herramientas para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería en cirugía ambulatoria.

Palabras clave: enfermería perioperatoria; atención de enfermería; indicadores de calidad de la atención de salud; técnica Delfos



Como citar este artigo: Pinto, J., Sá, L., Amaral, A., & Amado, J. (2024). Elaboração de perfil de indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem em cirurgia de ambulatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3, Supl. 1), e31223. <https://doi.org/10.12707/RV123.63.31223>



Introdução

A cirurgia de ambulatório (CA) tem revolucionado a prestação de cuidados perioperatórios no século XXI, tendo sido observado um crescimento marcado em todo o mundo desta modalidade de cuidados cirúrgicos. De facto, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, cada vez mais complexos, são realizados em CA (Nunes et al., 2018). Diversas razões estão na base do sucesso crescente da CA. Por um lado, a evolução de técnicas anestésicas e surgimento de novos fármacos, assim como o desenvolvimento da cirurgia minimamente invasiva. Por outro lado, a CA é, por definição, centrada no doente, uma vez que permite estadias hospitalares mais curtas, é altamente eficaz a nível organizacional, tem várias vantagens económicas e está associada a reduzidas taxas de complicações pós-operatórias e de infeção associada aos cuidados de saúde (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021; Pinto et al., 2020).

Apesar das vantagens associadas à CA, pouco se sabe sobre a qualidade dos cuidados prestados neste contexto ou sobre quais os indicadores de qualidade que são sensíveis às intervenções de enfermagem.

É imperativo compreender de que forma os enfermeiros influenciam a qualidade dos cuidados prestados em CA para, posteriormente, projetar estratégias de gestão e liderança para melhorar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação perioperatória.

Com este estudo procurou-se o consenso entre peritos com o objetivo de criar um perfil de indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem (IQSIE) em CA.

Enquadramento

Os IQSIE são a base para a monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem, podendo ser importantes para a realização de *benchmarking*, fornecer evidência sobre o custo-efetividade dos cuidados de enfermagem e planear projetos de melhoria da qualidade. Estes indicadores são baseados no domínio da disciplina e da prática, para os quais existe evidência empírica que relaciona as intervenções de enfermagem com os resultados. Ou seja, IQSIE, são os critérios para a mudança no estado de saúde de uma pessoa que o cuidado de enfermagem pode diretamente influenciar (Afaneh et al., 2021).

Os IQSIE têm alguns atributos essenciais. Em primeiro lugar, estes indicadores medem a qualidade de pelo menos um dos domínios do modelo teórico de Donabedian. Isto é, os recursos necessários para estabelecer um sistema de enfermagem (estrutura), as intervenções de enfermagem (processo) e o efeito das intervenções de enfermagem (resultado). Por outro lado, os IQSIE estão relacionados com pelo menos um dos seis eixos para a qualidade em saúde descritos pelo *Institute of Medicine* em 2001: segurança, efetividade, cuidados centrados no doente, cuidados prestados atempadamente, eficiência dos cuidados e equitabilidade. Finalmente, os IQSIE são aplicáveis a todos

os intervenientes, como por exemplo enfermeiros, pessoa alvo dos cuidados, familiares e administração hospitalar (Afaneh et al., 2021).

O objetivo dos IQSIE é medir os aspetos da prática de enfermagem que são claramente identificados como metas de qualidade.

É necessário reforçar que os cuidados de enfermagem representam cerca de 90% dos cuidados de saúde (David, 2012). No contexto de CA, o papel do enfermeiro está em destaque, pois tem uma presença transversal a todo o percurso perioperatório do doente (Pinto et al., 2020). Avaliar a qualidade dos cuidados é absolutamente imprescindível e a contribuição dos cuidados de enfermagem não deve ser discriminada nas tomadas de decisão ao nível da gestão (Aiken et al., 2002).

Apesar da influência considerável das intervenções de enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde, medir a qualidade dos cuidados de enfermagem e os seus efeitos nos resultados dos doentes e no próprio sistema de saúde continua um desafio (Afaneh et al., 2021). A medição de resultados é o fundamento para a prática baseada na evidência e monitorização da qualidade dos cuidados.

É essencial reconhecer a natureza multidisciplinar dos cuidados de saúde, enfatizando que os resultados em saúde refletem as contribuições dos diversos elementos da equipa, e não apenas de uma disciplina integrante dessa mesma equipa (Doran & Pringle, 2011). Efetivamente, é difícil identificar indicadores que reflitam apenas a contribuição da enfermagem. Ainda que os indicadores possam não ser exclusivos à enfermagem, eles podem refletir os contributos únicos da enfermagem para a qualidade.

De forma a dar resposta ao crescente volume cirúrgico em ambulatório e evitar um aumento proporcional da morbilidade perioperatória, devem ser implementados e analisados sistemas de monitorização da qualidade.

A monitorização da qualidade em CA deveria ser uma preocupação efetiva para o planeamento de políticas em saúde, sendo este um processo dinâmico que pretende avaliar os resultados e subsidiar o crescimento desta modalidade cirúrgica.

Atualmente, em Portugal, estão em uso os indicadores da Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Na literatura consultada, é referido que apesar destes indicadores estarem alinhados com os indicadores utilizados em CA numa escala global, estes não avaliam os resultados dos cuidados, uma vez que são indicadores de processo (Nunes et al., 2018).

A Ordem dos Enfermeiros, nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação perioperatória, refere que esses enunciados devem servir de referencial na definição de indicadores que permitam identificar o contributo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Perioperatórios (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A correta definição, monitorização e interpretação de indicadores de qualidade em CA sensíveis às intervenções de enfermagem irá subsidiar um incremento na qualidade dos cuidados prestados neste contexto cirúrgico.

Questão de investigação

Quais os indicadores de qualidade em CA sensíveis às intervenções de enfermagem?

Metodologia

O presente estudo foi desenvolvido com recurso à metodologia de Delphi, tendo sido seguidos os passos e recomendações descritos por Beiderbeck et al. (2021) e Borel et al. (2021). A técnica de Delphi é um método científico para organizar e gerir a comunicação e a discussão entre um grupo de peritos com o objetivo de obter *insights* sobre assuntos sobre os quais não existe consenso ou existe conhecimento limitado (Beiderbeck et al., 2021). Pretende-se, assim, fomentar a comunicação anónima entre indivíduos com perícia num determinado tópico, procurando a sua opinião de forma interativa e estruturada, com o objetivo de encontrar uma posição consensual (Borel et al., 2021).

Recorreu-se a uma técnica de e-Delphi modificada para a consecução deste estudo. Na fase preparatória foi realizada uma revisão de literatura (RL; Pinto et al., 2022) e um grupo focal para discussão e validação do primeiro questionário a utilizar no estudo, justificando assim a designação de técnica modificada. Optou-se pela realização de duas rondas via eletrónica (*online*) pela facilidade de utilização, rentabilização de tempo, facilidade na organização e tratamento dos dados e garantia da anonimidade dos participantes (Nasa et al., 2021).

Relativamente aos critérios de amostragem, foram consideradas as propostas metodológicas de Keeney et al. (2010) e Borel et al. (2021) que recomendam a constituição de painéis de especialistas com diferentes níveis de perícia. Esta composição garante um maior espectro de opiniões (*collective wisdom*), devendo dar preferência a indivíduos com conhecimento e experiência prática do assunto em estudo, não sendo imperativa a existência de qualificações académicas diferenciadas para todos os peritos. A inclusão de vários intervenientes, com diferentes pontos de vista sobre a qualidade dos cuidados enriquece os resultados do estudo (Boulkedid et al., 2011). Foi, desta forma, constituído um painel de peritos heterogéneo quanto à profissão e tempo de serviço. O painel inicialmente proposto era constituído por médicos, enfermeiros (enfermeiro diretor, enfermeiros coordenadores, enfermeiros especialistas e enfermeiros), professores de enfermagem, gestores hospitalares e diretor de departamento da ERS. A seleção destes peritos foi realizada através de amostragem intencional.

Não existe um consenso na literatura em relação ao número de peritos a integrar no painel, contudo os autores consultados aconselham um painel com 10 a 30 peritos (Beiderbeck et al., 2021; Borel et al., 2021; Nasa et al., 2021; Keeney et al., 2010). Foram selecionados 27 peritos, tendo estes recebido o convite eletrónico para participar em ambas as rondas.

Com base no trabalho preparatório realizado, foi construída uma versão do questionário para a primeira ronda que

contemplava três secções: 1) consentimento informado para participar no estudo; 2) caracterização sociodemográfica do participante; 3) indicadores de qualidade em CA sensíveis às intervenções de enfermagem. Na secção 3 foram disponibilizados campos de resposta de texto livre para que os peritos pudessem deixar comentários, opiniões e/ou sugestões acerca da temática em estudo. Foi utilizada uma escala de *likert* de 5 pontos, em que 1 = *Nada sensível*; 2 = *Pouco sensível*; 3 = *Moderadamente sensível*; 4 = *Sensível* e 5 = *Muito sensível*.

A fase preparatória do presente estudo decorreu no período de novembro de 2021 a maio de 2022, tendo-se iniciado com a conceptualização inicial e a definição dos objetivos a atingir com o painel de Delphi. Definiu-se como estrutura conceptual de enfermagem o *Nursing Role Effectiveness Model* e a técnica de Delphi a utilizar (colheita de dados via eletrónica e de forma sequencial, isto é, em várias rondas). Foi realizada uma RL de forma a mapear os indicadores de qualidade utilizados em CA (Pinto et al., 2022). Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a cinco peritos. O painel selecionado para estas entrevistas iniciais teve como objetivo ser representativo dos profissionais envolvidos no processo subjacente à realização de uma cirurgia eletiva em regime de ambulatório. As entrevistas foram analisadas e os seus principais achados resumidos de forma a complementar os resultados da RL e ajudar na formulação das questões para a primeira ronda.

A segunda fase do estudo decorreu no período de abril de 2022 a dezembro de 2022, correspondendo à condução do estudo com a metodologia de Delphi e a análise dos dados de cada ronda. Inicialmente procedeu-se à seleção do software a utilizar, tendo-se optado pela plataforma *Qualtrics*, e programação do questionário. Foi endereçado um convite aos peritos através de correio eletrónico para participar no estudo, juntamente com o link de acesso ao questionário, sendo este válido por 4 semanas. No final deste tempo foi realizada a análise qualitativa e quantitativa das respostas.

Uma vez que foi fornecida aos peritos a possibilidade de resposta através de texto livre, procedeu-se à análise de conteúdo dos comentários efetuados, tendo sido criadas categorias de maneira a identificar contributos para o estudo (Bardin, 2014).

A análise quantitativa dos dados foi realizada no programa IBM SPSS *Statistics*, versão 28.0. Para cada um dos itens de resposta foi calculada a média, a mediana, o desvio padrão, o coeficiente de variação (CV), o índice de validade de conteúdo (IVC) e o percentual de respostas 1 e 2. O CV permite determinar a estabilidade das respostas de cada item e é calculado dividindo o desvio padrão pela média (Gracht, 2012). Esta medida é reportada sob a forma de percentagem, considerando-se que existe consenso quando há baixa dispersão nos resultados (baixa dispersão se $CV \leq 15\%$, média dispersão de CV está entre 15% e 30% e alta dispersão de $CV \geq 30\%$). O IVC mede a percentagem de concordância de cada item e foi calculado somando o número de respostas “3”, “4” e “5”, dividindo pelo número total de respostas, sendo também reportando sob a forma de percentagem. Definiu-se que

haveria consenso se o IVC $\geq 80\%$. A equipa de investigação considerou que caso algum dos peritos realizasse comentários que expressassem dúvidas ou incompreensão de qualquer item, independentemente

da sua análise estatística, esse item passaria para a ronda seguinte. Os critérios de consenso definidos para incluir ou excluir os itens foram definidos tal como se encontra na Tabela 1.

Tabela 1

Crítérios definidos para consenso

Crítérios para consenso	
Consenso para incluir item (critérios cumulativos)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 80% das respostas com classificação ≥ 3 (IVC $\times 100 \geq 80\%$) ✓ Mediana ≥ 3; ✓ Não foi referida nenhuma dúvida ou incompreensão do item pelos peritos.
Consenso para excluir itens (não cumulativos)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 80% das respostas com classificação ≤ 2; ✓ Mediana ≤ 2.
Sem consenso	Todos os itens que não se enquadram nas classificações anteriores.

Nota. IVC = Índice de validade de conteúdo.

Foi feita a análise dos dados do painel completo e outra análise só com os dados relativos ao subgrupo dos enfermeiros, sendo comparada a estatística referente às respostas do painel *versus* apenas dos enfermeiros. Desta forma, quando se observou alta dispersão dos resultados recorreu-se à comparação dos dois grupos de forma a apoiar a decisão de incluir, passar a segunda ronda ou não incluir itens (Gracht, 2012).

Os resultados da primeira ronda foram analisados e compilados num relatório, com o objetivo de dar aos peritos *feedback* dessa ronda. O segundo questionário resultou da eliminação dos itens que obtiveram consenso para incluir e excluir itens, mantendo os que não obtiveram consenso e os que suscitaram dúvidas nos peritos. Manteve-se a opção de resposta de texto livre no final de cada secção do questionário. O relatório da primeira ronda e o *link* para o segundo questionário foram enviados para o mesmo grupo de peritos, estando o *link* acessível durante 4 semanas. Os resultados da segunda ronda foram analisados da mesma forma descrita para a primeira ronda. Os indicadores que não obtiveram consenso foram discutidos no seio da equipa de investigação de forma a decidir sobre a sua inclusão no perfil de indicadores, fundamentando-se a mesma com a pesquisa bibliográfica e análise estatística efetuadas. O painel de peritos foi informado dos resultados da segunda ronda.

Após o protocolo de investigação ter sido estruturado e revisto pela equipa de investigação, este foi apresentado à Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tendo sido emitido um parecer favorável do mesmo.

Todos os participantes tiveram acesso ao formulário de consentimento livre e esclarecido na primeira página do

questionário, sendo a sua leitura obrigatória, assim como este ser aceite para poder avançar para o questionário.

Resultados

Relativamente ao painel de peritos, na primeira ronda participaram 17 peritos (taxa de resposta de 62,9%) com uma idade média de 46,53 anos e tempo médio de experiência profissional de 22,88 anos. A segunda ronda do painel de Delphi contou com a participação de 22 peritos (taxa de resposta de 81,4%), sendo que a média de idades se situou em 47,18 anos e a média do tempo de experiência profissional em 23,27 anos.

Relativamente à profissão dos inquiridos, em ambas as rondas a maioria da amostra era enfermeiro ($n = 11$ na primeira ronda e $n = 17$ na segunda), cinco dos participantes da primeira ronda eram médicos e na segunda apenas 4, tanto na primeira ronda como na segunda um participante era gestor. Na primeira ronda houve sete participantes com licenciatura, seis com mestrado e quatro com doutoramento. Já na segunda ronda, metade dos participantes tinham licenciatura, oito mestrado e três doutoramento. As características socioprofissionais dos peritos estão apresentadas na Tabela 2. A recolha de dados incluiu profissionais dos seguintes locais: Centro Hospitalar de Leiria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central, Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Hospital da Luz Coimbra, Hospital Senhora da Oliveira, ERS e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Na segunda ronda 72,7% dos peritos tinham participado na ronda anterior ($n = 16$) e os restantes não tinham participado.

Tabela 2*Características socioprofissionais dos peritos*

Variáveis	Ronda 1	Ronda 2
Idade (média)	46,53	47,18
Tempo de experiência profissional (média)	22,88	23,27
Profissão		
Enfermeiro (%)	64,7	77,3
Gestor (%)	5,9	4,5
Médico (%)	29,5	18,2
Grau académico		
Doutoramento (%)	23,5	13,6
Mestrado (%)	35,3	36,4
Licenciatura (%)	41,2	50,00

Na RL foram identificados 42 indicadores de qualidade em CA, tendo estes sido revistos e agrupados em indicadores de estrutura, de processo e de resultado, de acordo com o modelo de Donabedian (1992). Das reuniões da equipa de investigação e entrevistas iniciais a peritos, percebeu-se que havia necessidade de esclarecer alguns dos indicadores encontrados, passando a haver 58 indicadores para análise. Na primeira ronda não houve consenso entre o painel de peritos e os enfermeiros relativamente aos indicadores “Existência de protocolos relativos a informação clínica cedida ao doente”, “Taxa de ocorrência hipertensão arterial pós-operatória”, “Taxa de Infecção do local cirúrgico” e “satisfação dos profissionais”, pelo que passaram para a segunda ronda. Foi identificada incompreensão de três itens, pelo que foram prestados os devidos esclarecimentos no relatório da primeira ronda e estes passaram para a ronda seguinte (“*Skill mix* dos profissionais”, “Ambientes de prática favoráveis” e “Taxa de realização de consulta pré-operatória de enfermagem”). Assim, houve consenso para incluir ou excluir 35 indicadores, passando 23 para a segunda ronda.

Na segunda ronda, o indicador de estrutura “Taxa de cumprimento da vacinação da gripe entre os profissionais de saúde” não obteve consenso entre o painel de peritos. O indicador de processo “Cedência de fármacos na alta” também não obteve consenso entre os peritos, assim como os indicadores de resultado “Taxa de ocorrência hematoma pós-operatório”, “Taxa de ocorrência isquemia no período pós-operatório”, “Taxa de ocorrência hipertensão arterial pós-operatória”, “Taxa de ocorrência hipoxemia no período pós-operatório” e “Tempos de espera após entrada na UCA”. Estes indicadores e as respostas dos peritos foram analisadas individualmente pela equipa de investigação para determinar a sua inclusão ou exclusão no perfil de indicadores.

Tendo em conta a análise das duas rondas e a sua análise pela equipa de investigação, foi estabelecido um painel de 45 indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem em CA.

Na Tabela 3 pode observar-se a análise realizada na ronda 1 e na Tabela 4 a análise realizada na segunda ronda do painel de Delphi.

Tabela 3*Resultados da análise quantitativa da Ronda 1*

Indicador	Média	Mediana	Desvio padrão	CV (%)	IVC (%)	Respostas 1 ou 2 (%)	Decisão
Indicadores de estrutura							
Existência de protocolos relativos a informação clínica cedida ao doente e acompanhante	4,00	4,00	1,118	27,951	82,35	17,6	Incluir
Taxa de cumprimento da vacinação da gripe entre os profissionais de saúde	2,71	3,00	1,359	50,206	52,94	47,1	Sem consenso
Existência de plataforma de registos uniformizada	4,18	5,00	1,131	27,083	94,12	5,9	Incluir
Existência de orientações para a segurança dos profissionais	4,12	4,00	1,166	28,325	88,24	11,8	Incluir
<i>Skill mix</i> dos profissionais	3,82	4,00	1,074	28,101	76,47	11,8	Sem consenso
Existência de manual de qualidade	4,12	4,00	0,993	24,106	94,12	5,3	Incluir
Ambientes de prática favoráveis	4,29	5,00	0,920	21,414	94,12	5,3	Sem consenso
Indicadores de Processo							
Número de atrasos e incidentes pré-operatórios	3,71	3,00	1,312	35,395	76,471	23,5	Sem consenso
Cedência de fármacos na alta	3,12	3,00	1,219	39,091	70,588	23,4	Sem consenso
Ensino e orientação na alta	4,82	5,00	0,529	10,959	100,000	0	Incluir
Avaliação pós-operatória nas 24 horas após a alta	4,35	5,00	1,057	24,287	94,118	5,3	Incluir
Taxa cancelamentos no próprio dia	2,94	2,00	1,435	48,785	41,176	58,5	Não incluir
Seleção do doente para administração da profilaxia das náuseas e vômitos	2,76	3,00	1,251	45,266	52,941	47,1	Sem consenso
Seleção da profilaxia das náuseas e vômitos	2,65	2,00	1,320	49,870	17,647	52,9	Não incluir
Registos regulares da intensidade da dor em cirurgia de ambulatório	4,71	5,00	0,849	18,039	94,118	5,9	Incluir
Dor moderada a máxima em doentes submetidos a cirurgia de ambulatório	3,94	5,00	1,197	30,382	88,235	11,8	Incluir
Remoção dos pelos no local da cirurgia	3,18	3,00	1,185	37,308	76,471	23,5	Sem consenso
Cumprimento das orientações para a segurança dos profissionais	3,82	3,00	1,074	28,101	94,118	5,9	Incluir
Taxa de realização de consulta pré-operatória de enfermagem	4,47	5,00	1,007	22,532	94,118	5,9	Sem consenso
Taxa de utilização da Lista de Verificação Cirúrgica nos momentos adequados	4,24	4,00	1,091	25,769	94,118	5,9	Incluir
Taxa de incidência de eventos de segurança	4,18	5,00	1,015	24,293	100,000	0	Incluir
Taxa de reporte de eventos de segurança	4,18	5,00	1,185	28,375	88,235	11,8	Incluir
Taxa de incidência erros de medicação	4,35	5,00	1,057	24,287	94,118	5,9	Incluir
Taxa de doentes a quem é administrada a anti-bioterapia profilática endovenosa atempadamente	3,88	5,00	1,364	35,131	82,353	17,6	Incluir
Indicadores de Resultado							
Taxa de ocorrência hemorragia pós-operatória	2,88	2,00	1,453	50,350	35,294	64,7	Não Incluir
Taxa de ocorrência hematoma pós-operatório	3,06	3,00	1,197	39,220	58,824	41,2	Sem consenso
Taxa de ocorrência deiscência de sutura	2,82	2,00	1,380	48,940	47,059	52,9	Não Incluir
Taxa de ocorrência isquemia no período pós-operatório	3,12	3,00	1,576	50,640	58,824	41,2	Sem consenso

Taxa de ocorrência hipertensão arterial pós-operatória	2,53	2,00	1,375	54,150	41,176	58,8	Não Incluir
Taxa de ocorrência hipoxemia no período pós-operatório	2,76	3,00	1,480	53,620	52,941	47,1	Sem consenso
Taxa de ocorrência Síndrome Tóxica do Segmento Anterior	2,41	2,00	1,004	41,490	47,059	52,9	Não Incluir
Taxa de incidência de eventos tromboembólicos	3,53	3,00	1,375	38,810	76,471	23,5	Sem consenso
Taxa de Infecção do local cirúrgico	3,88	5,00	1,269	32,730	82,353	17,6	Incluir
Taxa de Morbidade a 30 dias	2,82	3,00	1,237	43,970	58,824	41,2	Sem consenso
Taxa de mortalidade a 30 dias	2,71	2,00	1,263	46,490	47,059	52,9	Não Incluir
Número de re-operações não planejadas	3,00	2,00	1,620	54,000	47,059	52,9	Não Incluir
Taxa de Readmissão hospitalar não planejada	3,29	3,00	1,611	48,940	64,706	35,3	Sem consenso
Número de transferências de hospital	2,76	2,00	1,393	50,360	41,176	58,8	Não Incluir
Número de admissões no próprio dia com internamento superior a 24 horas	3,12	3,00	1,364	43,590	58,824	41,2	Sem consenso
Número de pernoitas não planejadas	3,18	3,00	1,334	41,820	64,706	35,3	Sem consenso
Experiência do doente na UCA	3,82	5,00	1,380	36,130	82,353	17,6	Incluir
Incidência de queimaduras	3,82	3,00	1,185	31,150	88,235	11,9	Incluir
Incidência de quedas	4,12	5,00	1,111	26,940	94,118	5,9	Incluir
Incidência de lesões relacionadas com posicionamento cirúrgico	3,94	3,00	1,029	26,140	100,000	0	Incluir
Incidência de cirurgia com local errado	4,53	5,00	0,874	19,210	100,000	0	Incluir
Incidência de cirurgia com lateralidade errada	4,41	5,00	0,939	21,320	100,000	0	Incluir
Incidência de cirurgia com doente errado	4,29	5,00	0,985	23,080	100,000	0	Incluir
Incidência de cirurgia com procedimento errado	4,12	5,00	1,111	26,940	94,118	5,9	Incluir
Incidência de cirurgia com implante errado	4,18	5,00	1,185	28,470	88,235	0	Incluir
Taxa de Retenção urinária	3,29	3,00	1,213	36,780	70,588	29,4	Sem consenso
Número de idas ao Serviço de Urgência nos 30 dias seguintes à cirurgia	2,47	2,00	1,179	47,770	41,176	58,8	Não Incluir
Número de idas ao Centro de Saúde nos 30 dias seguintes à cirurgia	2,59	2,00	1,37	52,90	47,059	52,9	Não Incluir
Número de idas não planejadas a consulta da especialidade cirúrgica nos 30 dias seguintes à cirurgia	2,47	2,00	1,18	47,77	41,176	58,8	Não Incluir
Satisfação dos profissionais	3,76	5,00	1,48	39,36	82,353	17,6	Incluir
Tempos de espera após entrada na UCA	3,12	3,00	1,41	45,19	64,706	35,3	Sem consenso
Número de dias até o doente retomar as suas atividades de vida diária após a cirurgia	3,24	3,00	1,30	40,12	70,588	29,4	Sem consenso
Manutenção da normotermia	3,88	3,00	1,11	28,61	94,118	5,9	Incluir
Qualidade de vida relacionada com a saúde	3,65	3,00	1,22	33,42	82,353	17,6	Incluir

Tabela 4*Resultados da análise quantitativa da Ronda 2*

Indicador	Média	Mediana	Desvio padrão	CV (%)	IVC (%)	Respostas 1 ou 2 (%)	Decisão
Indicadores de estrutura							
Existência de protocolos relativos a informação clínica cedida ao doente e acompanhante	4,55	5	0,858	18,873	95,455	4,5	Incluir
Taxa de cumprimento da vacinação da gripe entre os profissionais de saúde	2,68	3	1,323	49,343	54,545	45,5	Sem consenso
<i>Skill mix</i> dos profissionais	4,55	4,5	0,800	17,610	100	0	Incluir
Ambientes de prática favoráveis	4,36	5	0,727	16,654	100	0	Incluir
Indicadores de processo							
Número de atrasos e incidentes pré-operatórios	4,23	4,5	0,973	23,007	90,909	9,1	Incluir
Cedência de fármacos na alta	3,64	4	1,329	36,547	77,273	22,7	Sem consenso
Seleção do doente para administração da profilaxia das náuseas e vômitos	3,55	4	1,184	33,404	81,818	18,2	Incluir
Remoção dos pelos no local da cirurgia	4,05	4	0,722	17,853	100	0	Incluir
Taxa de realização de consulta pré-operatória de enfermagem	4,77	5	0,612	12,821	100	0	Incluir
Indicadores de resultado							
Taxa de ocorrência hematoma pós-operatório.	3,32	3	1,211	36,482	72,727	27,3	Sem consenso
Taxa de ocorrência isquemia no período pós-operatório	3,36	3	1,217	36,174	72,727	27,3	Sem consenso
Taxa de ocorrência hipertensão arterial pós-operatória	3,09	3	1,269	41,056	59,091	40,9	Sem consenso
Taxa de ocorrência hipoxemia no período pós-operatório	3,50	3,5	1,185	33,864	72,727	27,3	Sem consenso
Taxa de incidência de eventos tromboembólicos	3,73	4	1,077	28,898	86,364	13,6	Incluir
Taxa de Infecção do local cirúrgico	4,36	4,5	0,790	18,094	95,455	4,5	Incluir
Taxa de Morbidade a 30 dias	3,86	4	0,990	25,629	86,364	13,6	Incluir
Taxa de Readmissão hospitalar não planeada	3,95	4	1,133	28,649	86,364	13,6	Incluir
Número de admissões no próprio dia com internamento superior a 24 horas	3,77	4	1,152	30,532	81,818	18,2	Incluir
Número de pernoitas não planeadas	3,68	4	1,211	32,878	81,818	18,2	Incluir
Taxa de Retenção urinária	3,95	4	0,999	25,260	90,909	9,1	Incluir
Satisfação dos profissionais	4,41	5	0,734	16,651	100	0	Incluir
Tempos de espera após entrada na UCA	3,50	4	1,225	34,993	68,182	31,8	Sem consenso
Número de dias até o doente retomar as suas atividades de vida diária após a cirurgia	3,91	4	1,019	26,075	90,909	9,1	Incluir

Discussão

A utilização da técnica de Delphi neste estudo permitiu a elaboração de um perfil de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em CA.

Até ao momento apenas tinha sido mapeado o conhecimento relativo a quais os indicadores de qualidade são utilizados nesta modalidade cirúrgica (Pinto et al., 2022), sendo que este estudo evidencia quais desses indicadores são sensíveis às intervenções de enfermagem.

Inicialmente foram apresentados 58 indicadores aos peritos, distribuídos pelas três dimensões do modelo de Donabedian (1992). Na primeira ronda houve consenso para incluir ou excluir 35 itens, havendo necessidade de esclarecer os peritos sobre 3. Na segunda ronda, os peritos avaliaram 23 indicadores, sendo que aqueles para os quais não houve consenso foi feita a análise pela equipa de investigação para decidir sobre a sua inclusão ou exclusão no perfil de indicadores.

Relativamente aos indicadores de estrutura, na primeira

ronda os peritos referiram incompreensão dos itens “*Skill mix* dos profissionais” e “Ambientes de prática favoráveis”. No relatório enviado aos peritos com os resultados da primeira ronda do estudo foram feitos os esclarecimentos relativamente aos indicadores que suscitaram dúvidas, revelando ambiguidade ou incompreensão dos itens. *Skill mix* refere-se ao número, preparação académica dos enfermeiros e à sua experiência profissional num determinado contexto de prática clínica. O *Skill mix* indica que o número adequado de enfermeiros com diferentes níveis de habilitações académicas, competências e experiência, estão presentes ao longo de todo o período de cuidados ao doente, garantindo que todas e quaisquer necessidades são satisfeitas (Kushemerwa et al., 2020).

O termo *ambientes de prática* é definido como as características organizacionais que facilitam ou limitam a prática profissional de enfermagem. Por exemplo, o tipo de relação que os enfermeiros estabelecem com os gestores e médicos, ou a posição que ocupam dentro da hierarquia hospitalar (Lake, 2002). Os ambientes de prática podem ser avaliados através da versão portuguesa do *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (Amaral et al., 2012).

Na segunda ronda ambos os indicadores cumpriram os critérios para serem incluídos no perfil de indicadores. O indicador “Taxa de cumprimento da vacinação da gripe entre os profissionais de saúde” não obteve consenso em nenhuma das rondas. Foi também analisada a estatística referente a este indicador comparando os resultados o painel de especialistas e os resultados apenas dos enfermeiros pertencentes ao painel, não cumprindo os critérios definidos para incluir ou excluir o item. Deste modo, por decisão da equipa de investigação retirou-se o indicador do perfil de indicadores.

No que diz respeito aos indicadores de processo, o indicador “Cedência de fármacos na alta” não cumpriu os critérios para consenso em nenhuma das rondas do painel, nem entre o subgrupo dos enfermeiros em nenhuma das rondas. Este indicador de qualidade é um dos indicadores em uso em Portugal, definido pela ERS (ERS, 2022), no entanto, a cedência de medicação foi entendida pela equipa de investigação como uma questão mais burocrática ao invés de uma intervenção do enfermeiro. A intervenção do enfermeiro vai além da cedência de medicação e do “ensino e orientação na alta”. O que qualifica a intervenção autónoma do enfermeiro é a reconciliação da medicação e a capacitação do doente e/ou cuidador para efetuar uma gestão adequada do regime terapêutico que lhe é instituído após a CA. Assim, por decisão da equipa de investigação, sugere-se a inclusão da reconciliação da medicação como indicador de qualidade (de processo) sensível às intervenções de enfermagem em CA, transformando os critérios descritos na Norma n.º 018/2016 da Direção-Geral da Saúde nas métricas para a sua avaliação.

Também o indicador “Seleção do doente para administração da profilaxia das náuseas e vómitos” é um dos indicadores definidos pela ERS (ERS, 2022) e apesar de ter cumprido os critérios para consenso na segunda ronda da técnica de Delphi, a equipa de investigação optou pela

não inclusão deste indicador. Considerou-se que a sua avaliação é dicotómica (*sim/não*) e é redundante com o indicador de processo “Taxa de utilização da Lista de Verificação Cirúrgica nos momentos adequados”, pois já está aí incluído. Por outro lado, não houve estabilidade nas respostas do painel a este indicador que diz respeito a uma intervenção interdependente de enfermagem.

Finalmente, em relação aos indicadores de resultado, os itens “Taxa de ocorrência hematoma pós-operatório”, “Taxa de ocorrência isquemia no período pós-operatório”, “Taxa de ocorrência hipertensão arterial pós-operatória” e “Taxa de ocorrência hipoxemia no período pós-operatório” não cumpriram os critérios para inclusão ou exclusão do perfil de indicadores, sendo os resultados do painel de peritos e do subgrupo dos enfermeiros sobreponíveis. Fica a reflexão relativa às intervenções autónomas de enfermagem para mitigar estas possíveis complicações pós-operatórias e a sua visibilidade perante os intervenientes da CA e os próprios enfermeiros. Está descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória, que o enfermeiro deve adotar uma postura profissional proativa face à prevenção de complicações, gerindo protocolos terapêuticos complexos em todo o período perioperatório e implementando mecanismos de monitorização e intervenção adequados (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Também faz parte das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, monitorizar sinais e sintomas, analisar os resultados e intervir com base no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional. Desta forma, a equipa de investigação considerou que as complicações pós-operatórias são influenciadas pela intervenção autónoma do enfermeiro, devendo estes indicadores ser incluídos no perfil de indicadores.

O indicador “Tempos de espera após entrada na UCA” ainda que seja um indicador de qualidade válido e bastante útil, citado várias vezes na literatura (Brökelmann & Bäcker, 2010; Lemos et al., 2009; Williams et al., 2003), neste estudo não foi considerado como um indicador de qualidade sensível às intervenções de enfermagem. Este indicador não obteve consenso entre o painel de peritos em nenhuma das rondas, nem entre o subgrupo dos enfermeiros, havendo um elevado percentual de respostas 1 e 2, assim como CV superiores a 30%, revelando alta dispersão das respostas. Neste sentido, decidiu-se que este indicador seria eliminado do perfil de indicadores. É necessário considerar algumas limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, foi utilizada uma amostra não randomizada. Apesar de o painel de especialistas constituído ser heterogéneo, nenhum dos peritos participou na qualidade de pessoa em situação perioperatória, pelo que, apenas o ponto de vista dos participantes formais, em todo o processo de CA, foi tido em conta.

Além disso, toda a análise de dados e subsequente interpretação foi baseada em critérios definidos pela equipa de investigação, uma vez que não existe na literatura uma definição clara dos critérios para consenso, do tamanho

e características do painel de especialistas, assim como do número de rondas a realizar. Por outro lado, houve peritos que não participaram em ambas as rondas, pelo que se considera que teria havia um maior contributo da sua participação para a obtenção do consenso caso todos tivessem participado em ambas as rondas do estudo.

Conclusão

O estudo apresentado permitiu elaborar um perfil de indicadores de qualidade em CA sensíveis às intervenções de enfermagem. A monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem é um pré-requisito para a melhoria da qualidade do sistema de saúde, sendo que os IQSIE devem ser vistos como uma prioridade na prática diária de enfermagem. Para medir a qualidade dos cuidados de enfermagem é necessária uma abordagem conceptual que utilize IQSIE relevantes no contexto clínico.

Na tomada de decisões clínicas, de gestão e financeiras adequadas e com vista ao incremento da qualidade em CA, é necessário compreender que métricas existem para avaliar e que constrangimentos precisam de ser abordados. A medição e avaliação de indicadores de qualidade em CA mostra um compromisso para a melhoria da qualidade nas Unidades de Cirurgia de Ambulatório e são de importância primordial para a segurança dos doentes.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar a construção de um instrumento de medida para avaliar os indicadores de qualidade em CA sensíveis às intervenções de enfermagem. Assim, será dada visibilidade aos cuidados de enfermagem neste contexto, permitindo cuidados cada vez mais eficientes, com mais qualidade e centrados no doente

Contribuição de autores

Conceptualização: Pinto, J., Sá, I., Amaral, A.

Tratamento de dados: Pinto, J.

Análise formal: Pinto, J., Amado, J.

Investigação: Pinto, J.

Metodologia: Pinto, J., Sá, I., Amaral, A.

Administração do projeto: Pinto, J.

Recursos: Amado, J.

Software: Amado, J.

Supervisão: Sá, I., Amaral, A.

Validação: Sá, I., Amaral, A.

Visualização: Sá, I., Amaral, A.

Redação - rascunho original: Pinto, J.

Redação - análise e edição: Pinto, J.

Referências bibliográficas

- Aiken, L., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288(16), 1987-1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Afaneh, T., Abu-Moghli, F., & Ahmad, M. (2021). Nursing-sensitive indicators: A concept analysis. *Nursing Management*, 28(3), 28-33. <https://doi.org/10.7748/NM.2021.E1982>
- Amaral, A. F., Ferreira, P. L., & Lake, E. (2012). Validation of the practice environment scale of the nursing work index (PESNWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280-288. <https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/7.%20%20Original%20Paper.pdf>
- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo* (4th ed.). Edições 70.
- Beiderbeck, D., Frevel, N., Gracht, H. A. Von Der, Schmidt, S. L., & Schweitzer, V. M. (2021). Preparing, conducting, and analyzing Delphi surveys: Cross-disciplinary practices, new directions, and advancements. *MethodsX*, 8, 101401. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2021.101401>
- Borel, M., Lopes, R., Thofhem, M., Nóbrega, M., Arreguy-Sena, C., & Brandão, M. (2021). Guideline for incorporating the Delphi method in the evaluation of nursing theories. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 29, e3387. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4157.3387>
- Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Albetri, C. (2011). Using and reporting the Delphi Method for selecting healthcare quality indicators: A systematic review. *PLoS ONE*, 6(6), e20476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
- Brökelmann, J., & Bäcker, K. (2010). Clinical indicators for ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*, 16(2), 34-37.
- David, S. (2012). *Why nurses are the unsung heroes of global health*. https://www.huffpost.com/entry/international-nurses-week_b_1499802
- Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18(11), 356-360. [https://doi.org/10.1016/s0097-5990\(16\)30560-7](https://doi.org/10.1016/s0097-5990(16)30560-7)
- Doran, D., & Pringle, D. (2011). Patient outcomes as accountability. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science* (2nd ed., pp. 1-23). Jones & Bartlett Learning.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2022). *Resultados da segunda avaliação de 2021*. <https://apch2.ers.pt/pages/594>
- Gracht, H. A. (2012). Technological forecasting & social change consensus measurement in Delphi studies review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting & Social Change*, 79(8), 1525-1536. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.04.013>
- Hitchcock, M., & Ogg, T. W. (1994). A quality assurance initiative in day case surgery: General considerations. *Ambulatory Surgery*, 2(4), 181-192. [https://doi.org/10.1016/0966-6532\(94\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0966-6532(94)90016-7)
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2010). The Delphi technique in nursing and health research. *Wiley Online Library*. <https://doi.org/10.1002/9781444392029>
- Kushemererwa, D., Davis, J., Moyo, N., Gilbert, S., & Gray, R. (2020). The association between nursing skill mix and mortality for adult medical and surgical patients: Protocol for a systematic review. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8604. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228604>
- Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lemos, P., Pinto, A., Morais, G., Pereira, J., Loureiro, R., Teixeira, S., & Nunes, C. S. (2009). Patient satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21(3), 200-205. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2008.08.016>
- Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World Journal of Methodology*, 11(4), 116-129. <https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116>
- Nunes, J., Gomes, R., Povo, A., & Alves, E. (2018). Quality indicators



- in ambulatory surgery: A literature review comparing Portuguese and international systems. *Acta Médica Portuguesa*, 31(7-8), 425-430. <https://doi.org.10.20344/amp.10416>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica: Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa: Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória: Na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Health at a glance: Health at a glance 2021: Ambulatory surgery*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_dd4f4919-en
- Pinto, J., Matias, A., & Sarnadas, L. (2020). Avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia ambulatória pelos enfermeiros: Protocolo de scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20059. <https://doi.org.10.12707/RV20059>
- Pinto, J., Matias, A. C., Sá, L., & Amaral, A. (2022). Quality indicators in ambulatory care surgery: A scoping review. *Nursing Economic\$,* 40(5), 215–229. <http://hdl.handle.net/10400.14/39670>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos enfermeiros. (2018). *Diário da República: II série*, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2016). *Norma n.º 018/2016 de 30/12/2016*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/reconciliacao-da-medicacao.pdf>
- Williams, A., Ching, M., & Loader, J. (2003). Assessing patient satisfaction with day surgery at a metropolitan public hospital. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 35–41.