UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

ÂNGELO MÁRIO VIEIRA AMORIM

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL DE UMA UTI ADULTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE SÃO PAULO POR MEIO DOS DOMÍNIOS: SEGURANÇA, EFETIVIDADE, EFICIÊNCIA E CENTRALIDADE NO PACIENTE

São Paulo

2017

Ângelo Mário Vieira Amorim

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL DE UMA UTI ADULTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE SÃO PAULO POR MEIO DOS DOMÍNIOS: SEGURANÇA, EFETIVIDADE, EFICIÊNCIA E CENTRALIDADE NO PACIENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho - UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa

São Paulo

2017

AGRADECIMENTOS

A gratidão é a mãe de todas as outras virtudes, como afirmou Cícero, político e orador romano. Acreditando nesta citação, recordo-me e agradeço, primeiramente, a Deus, por ter me ajudado conforme meu esforço e ânimo.

Para que eu iniciasse, realizasse e concluísse este curso, houve a necessidade de muito esforço e ânimo, que emergiram a cada desafio, entre o trabalho, estudo e minha vida familiar.

Agraço também à minha família, que me serviu e me apoiou em todos os momentos de minha vida.

Nestes caminhos da vida tive, então, a oportunidade de conhecer pessoas com quem aprendi muito, tais como meus colegas de sala de aula, meus professores – sem exceção – e, em especial, o meu professor e orientador doutor Antônio Pires Barbosa, que com paciência me ajudou.

Recebi cooperação também do professor Evandro, de Estatística, que atendeu a todas as minhas solicitações, colaborando em meus trabalhos.

Assim termino, agradecendo e parabenizando a instituição de ensino UNINOVE, que também deve ser lembrada por promover este curso de qualidade, que certamente provocará grandes ou pequenas mudanças em indivíduos e em nossa sociedade.

RESUMO

Saúde constitui um sistema complexo de prestação de serviços, que tem entre suas premissas básicas a busca pela qualidade e a garantia da segurança aos usuários e pacientes. No entanto, algumas instituições hospitalares têm dificuldade em diagnosticar o que deve ser implementado para o atendimento destes requisitos. Em decorrência, avaliar o nível da assistência à saúde prestada em uma UTI em hospitais públicos – por meio dos domínios da qualidade: segurança, efetividade, eficiência e centralidade no paciente. O propósito do presente estudo foi analisar a qualidade e a segurança de pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos de um hospital público localizado na cidade de São Paulo e oferecer subsídios para a avaliação de seu desempenho, possibilitando à instituição questionar seus próprios resultados para tomadas de decisão. Como procedimento metodológico, houve o levantamento de indicadores de qualidade relacionados às dimensões de segurança, efetividade, eficiência e centralidade no paciente, bem como a aplicação de um questionário utilizando subdimensões da garantia da segurança do paciente em 52 trabalhadores de diversas categorias profissionais, atuantes na unidade pesquisada. Como resultados, foi possível a observação de altos índices de infecção de corrente sanguínea associada a cateteres venosos centrais. Ademais, com a utilização de análise de variância (ANOVA), foi possível identificar que as variáveis associadas às dimensões – apoio à gestão e respostas não punitivas – foram as mais relevantes do ponto de vista de significância estatística ($p>0,05$) como condicionantes de uma cultura para a assistência segura aos pacientes.

Palavras-chave: Qualidade e Avaliação da Assistência à Saúde, Segurança do Paciente, Unidade de terapia Intensiva e Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Health is a complex system of service rendering, which has among its basic premises the search for quality and the guarantee of safety to users and patients. However, some hospital institutions have difficulty in diagnosing what should be implemented to meet these requirements. As a result, evaluate the level of health care provided in an ICU in public hospitals - through the domains of quality: safety, effectiveness, efficiency and centrality in the patients. The purpose of the present study was to analyze the quality and safety of patients in an adult intensive care unit (ICU) of a public hospital located in the city of São Paulo, and provides subsidies for the evaluation of their performance, enabling the institution to question its own results for decision making. As a methodological procedure, quality indicators related to the dimensions of safety, effectiveness, efficiency and centrality in the patient were surveyed, as well as the application of a questionnaire using sub-dimensions of patient safety assurance in 52 workers from different professional categories, who work on the unit searched. As results, it was possible to observe high rates of bloodstream infection associated with central venous catheters. In addition, with the use of analysis of variance (ANOVA), it was possible to identify that the variables associated with dimensions - management support and non-punitive responses - were the most relevant from the point of view of statistical significance ($p > 0.05$) as conditioners for a safe care to patient.

Keywords: Quality and Evaluation of Health Care, Patient Safety, Intensive Care Unit and Quality Indicators in Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Composição dos tópicos de cada capítulo.....22
Figura 2. Medição da qualidade em saúde. 24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dimensões da qualidade sugeridas pela ANS, PROQUALISS, IOM e Donabedian 35
Tabela 2 - Indicadores de qualidade hospitalar 42
Tabela 3 - Comparação de indicadores de qualidade da UTI-A com indicadores do SAHE, DATASUS e outros estudos. 62
Tabela 4 - Tempo de trabalho dos colaboradores no hospital. 63
Tabela 5 - Tempo de trabalho dos colaboradores em UTI. 63
Tabela 6 - Quantidade de relatórios de eventos adversos preenchidos nos últimos três meses pelos respondentes. 64
Tabela 7 - Análise do questionário sobre segurança do paciente HSOPSC. 65
Tabela 8 - Resultado de nova especificação com variáveis estatisticamente significáveis do questionário HSOPSC..... 66
Tabela 9 - Correlograma de variáveis Pearson – estudo efetuado em UTI-A de um Hospital Geral Público de referência para traumatologia no município de São Paulo – 2016. 67

LISTA DE SIGLAS

Acom	Abertura para comunicação
AG	Apoio à gestão
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AO	Aprendizagem organizacional
AP	Adequação do profissional
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBA	Consórcio Brasileiro para Acreditação
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCHSA	*Canadian Council on Health Services Accreditation*
CMA	*Canadian Medical Association*
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNQPS	Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde
CQH	Controle de Qualidade Hospitalar
CSS	*Culture Safety Survey*
CVC	Cateter Venoso Central
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EA	Eventos Adversos
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GQT	Gestão da Qualidade Total
HSOPSC	*Hospital Survey on Patient Safety Culture*
IAC	Instituições Acreditadoras Credenciadas
ICICTS	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
ID-SUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IOM	*Institute of Medicine*
IPCS	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
IN	Instrução Normativa
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISQUA	Sociedade Internacional de Qualidade na Saúde
ISMP	*Institute for Safe Medical Practices*

ISO	*International Organization for Standardization*
ITU	Infecção do Trato Urinário
JCAH	*Joint Commission on Acreditation of Hospitals*
JCAHO	*Joint Comission Acreditation of Health Care Organization*
JCI	*Joint Commission International*
LPP	Lesão por pressão
MBA	Manual Brasileiro de Acreditação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NT	Processo de notificação
OMS	Organização Mundial da Saúde (*WHO*)
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OSS	Organização Social de Saúde
PAVM	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PBQP	Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade
PBAH	Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDCA	*Plan – Do – Check – Act*
PSP	Percepção de segurança do paciente
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPT	Passagem de plantão ou turno
PROADESS	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PROHASA	Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde
QSS	Qualidade em Serviços de Saúde
QUALISS	Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
Retro	Processo de retroalimentação
RNP	Cultura de respostas não punitivas
RN	Resolução Normativa
SAHE	Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SAQ	*Safety Atitudes Questionnaire*

SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
Super	Atitude do supervisor
SUS	Sistema Único de Saúde
SAPS	*Simplified Acute Physiology*
TE	Trabalho em equipe no departamento de trabalho
TEE	Trabalho em equipe com outros departamentos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI-A	Unidade de Terapia Intensiva para Adultos
VM	Ventilação Mecânica
ε	Erro

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**13**
1.1	APRESENTAÇÃO	13
1.2	PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.2.1	Questão de Pesquisa	19
1.3	OBJETIVOS	19
1.3.1	Geral	19
1.3.2	Específicos	19
1.4	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	20
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO	21
2	**REFERENCIAL TEÓRICO**	**23**
2.1	QUALIDADE	23
2.2	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	27
2.2.1	Dimensões / Domínios da Qualidade	34
2.2.2	Segurança	35
2.2.3	Acesso	36
2.2.4	Adequação ou tempo certo	36
2.2.5	Eficácia	37
2.2.6	Eficiência	37
2.2.7	Efetividade	38
2.2.8	Aceitabilidade	38
2.2.9	Continuidade	39
2.2.10	Equidade	39
2.2.11	Igualdade	39
2.2.12	Cuidado Centrado no Paciente/Respeito aos direitos dos pacientes	40
2.2.13	Indicadores de Qualidade Hospitalar	41
2.2.14	Escala de cultura de segurança	44
2.2.15	Taxa de infecção da corrente sanguínea associada à CVC	46
2.2.16	Taxa de mortalidade em UTI-A	46
2.2.17	Diretrizes e protocolos clínicos	46
2.2.18	Ocupação operacional	47
2.2.19	Média de permanência	47
2.2.20	Incidência de Lesão por pressão	47

2.2.21 Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica 48
2.2.22 Incidência de queda 49
2.2.23 Satisfação do cliente 49
2.2.24 Escala de gravidade – SAPS 3 50
2.2.25 SAHE e DATASUS 50
2.2.26 Unidades de Terapia Intensiva para Adulto 51
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 53
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA 53
3.1.1 Tipo de estudo 53
3.1.2 Local de estudo 53
3.1.3 Primeira fase do estudo 54
3.1.4 Segunda fase do estudo 54
3.1.5 Critério de inclusão 57
3.1.6 Amostra 57
3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS 58
3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS 59
4 RESULTADOS DA PESQUISA 60
4.1 Efetividade 60
4.2 Eficiência 60
4.3 Centralidade no Paciente 61
4.4 Segurança 61
4.5 Estatísticas descritivas do questionário 63
4.6 Análise Inferencial do questionário 64
4.7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA 71
5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS 72
REFERÊNCIAS 73
ANEXO A - QUESTIONÁRIO 81
ANEXO B – COMPROVANTE DE ENVIO DE PROJETO 91
APÊNDICE 92
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 92

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Com a Revolução Industrial e a introdução das máquinas na atividade profissional, a avaliação da produção de bens e serviços, que já existia, passou a ser motivo de atenção aos gestores das organizações. Inicialmente, essa avaliação visando à obtenção da qualidade se baseava apenas na percepção dos clientes (Caldana, Gabriel, Bernardes, Pádua, Vituri, & Rossaneis, 2013).

A busca pela qualidade no âmbito da saúde teve início, oficialmente, no ano de 1924, no Colégio Americano de Cirurgiões, quando foi estabelecido o Programa de Padronização Hospitalar, cujo intuito era garantir níveis mínimos de qualidade da assistência prestada aos pacientes (Feldman, Gatto, & Cunha, 2005).

Dentre diversos estudiosos da qualidade em saúde que se sobressaíram estão Donald Berwick – que demonstrou ser possível diminuir custos, melhorar a qualidade e aumentar a produtividade na área da saúde – e Avedis Donabedian, que adaptou a teoria dos sistemas e propôs a tríade "estrutura, processo e resultado" para o setor da saúde, composta respectivamente por: i) estrutura: recursos humanos, físicos, materiais, financeiros e equipamentos; ii) processo: composto por diagnósticos, tratamento e aspectos éticos de meio profissional; e iii) resultado: representado pelo produto final do serviço prestado, observando-se a satisfação, saúde e expectativas do usuário (Vituri & Évora, 2015).

Contudo, o setor da saúde foi um dos derradeiros a inserir em seu contexto a qualidade, mesmo em países adiantados em relação à saúde, tais como Estados Unidos e Inglaterra (Feldman & Cunha, 2006).

Atualmente, a assistência à saúde alcançou um nível de complexidade que desafia toda a cadeia produtiva do setor hospitalar. Esse setor tem como prioridade a qualidade por meio da diminuição de custos, a satisfação do paciente e a eficiência operacional (Runciman *et al*., 2009).

A saúde é um dos principais setores sociais em que se devem investir recursos, haja vista ter como objeto principal o cuidar da vida. Porém, as complexidades e os desafios em garantir a qualidade em saúde existem, como por exemplo, o progresso da indústria médica, que promoveu benefícios reais e, simultaneamente, aumentou as chances de ocorrerem danos aos pacientes, aumentando os custos e o sofrimento humano (Caixeiro, 2011). Outro desafio

diz respeito à “crise na saúde”, devida à escassez de investimentos e ineficiência ou desvio de recursos (Vituri & Évora, 2015).

Neste contexto, a qualidade em saúde tem sido motivo de preocupação para as organizações de saúde, pois envolve questões éticas, legais e sociais, além de constituir elemento importante na sobrevivência econômico-financeira de organizações privadas e, em hospitais públicos, ser critério fundamental para repasse de financiamento. Esse tema inclui desde a satisfação do cliente interno e externo até redução de custos e riscos inerentes à assistência à saúde, bem como requer compromisso da organização como um todo em processos de melhoria contínua (Vituri & Évora, 2015).

Existem vários conceitos sobre qualidade em saúde. Consoante Caldana *et al*. (2013), ela também pode ser compreendida como um atributo da assistência à saúde – que pode ser de baixo até alto nível – e seu objeto de estudo é um conjunto de atividades relativas aos profissionais e pacientes. A qualidade é um conceito dinâmico que se altera constantemente no tempo e espaço. O termo qualidade não pode ser conceituado de forma universal e ampla em relação a todas as atividades, pois depende de elementos individuais, culturais, religiosos e ambientais (Feldman & Cunha, 2006).

Segundo Donabedian (1980), qualidade é conceituada como o grau com o qual os serviços de saúde aumentam as chances de alcançar resultados esperados em conformidade com o conhecimento científico atualizado.

Outros pesquisadores, como por exemplo, Campbell *et al*., definem a qualidade em dois polos, quais sejam: genericamente interpretada como sinônimo de excelência, zero de falhas; e interpretada de maneira desagregada, entendendo que a assistência é complexa e necessita de abordagens com dimensões variadas que incluem um conjunto de atributos (Campbell, Singer, Kitch, Iezzoni, & Meyer, 2010).

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

A avaliação em saúde pode ser encontrada por diversas maneiras na literatura científica (Novaes, 2000). Existem diversos conceitos sobre qualidade e programas de avaliação, no entanto, a direção única é a melhoria contínua que está ativa modificando a cultura organizacional e proporcionando melhores processos, resultados, estratégias de competitividade e satisfação do cliente. A cultura de avaliação é desenvolvida após a atuação com base em parâmetros atingíveis e regulada a cada realidade (Feldman & Cunha, 2006). A

institucionalização da avaliação da qualidade em saúde favorece a formação de fragmentações no campo da saúde, com objetivos específicos de avaliar programas, tecnologias e serviços de saúde. Para cada uma dessas fragmentações é utilizada uma metodologia específica (Novaes, 2000). A medição desses parâmetros pode ser realizada, por exemplo, com o uso de indicadores de qualidade hospitalar (Feldman & Cunha, 2006). A mensuração da qualidade assistencial, tal como descrita pelos manuais dos programas de acreditação, geralmente parte de dados como a satisfação do cliente, dados de mortalidade, restabelecimento da saúde, orientações antes da alta e pós-alta hospitalar, porém, tais critérios parecem não ser suficientes para aferição da qualidade assistencial (Feldman & Cunha, 2006).

Os estágios da qualidade e da satisfação dos clientes são influenciados pela qualidade técnico-científica dos profissionais, tipo de atendimento, acesso e organização dos serviços de saúde. Não existe definição de pesos específicos para cada uma dessas variáveis no resultado final do cuidado, isto no que se refere ao sistema de saúde brasileiro, porém, na maioria das vezes a qualidade é mensurada pelo estado de saúde do paciente. É importante lembrar que a gestão hospitalar já reconhece que a qualidade dos serviços de saúde de nível ruim relaciona-se intimamente com os baixos índices de satisfação e com os elevados custos na instituição (Aiken *et al*., 2012).

Para Novaes (2000), é possível nomear avaliação da qualidade com títulos alternativos, como por exemplo, gestão da qualidade e garantia de qualidade em saúde. Já Donabedian (1992) assevera que existe um risco em nomear a avaliação como gestão da qualidade, pois poderia passar a ideia de que é aceitável dispensar serviço de saúde com menor qualidade, justificando-se pelos custos relativos ao sistema de saúde. Desta forma, é necessário diferenciar também os termos avaliação de qualidade e garantia da qualidade, ou seja, avaliação da qualidade busca identificar o nível de qualidade da assistência à saúde, já a garantia da qualidade refere-se às medidas utilizadas para proteger, manter e promover a melhoria da qualidade (Caldana *et al*., 2013).

O termo avaliação também pode ser conceituado como um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre seus componentes, objetivando subsidiar a tomada de decisão. A intervenção é um sistema organizado de ações que objetivam mudar o curso de uma situação sanando um problema. Esta avaliação da qualidade pode ser realizada utilizando-se o monitoramento de indicadores de desempenho. Utilizar essas ferramentas demanda obedecer à necessidade de gerar informações confiáveis e amplas. O uso desses dados administrativos é um método adotado por vários países. Esse modelo, se comparado a outros, mostra-se de fácil coleta, podendo esta ser de modo temporal, padronizada, de baixo

custo com cobertura mais abrangente das variáveis. Assim, para o uso de indicadores na avaliação da qualidade são necessários os fatores de completude, validade, consistência, temporalidade e precisão (Machado, 2014).

O uso de indicadores, assim como a acreditação hospitalar, são meios utilizados para se avaliar a qualidade objetiva das organizações. Os sistemas de acreditação hospitalar são muito utilizados para a avaliação da qualidade em saúde, de modo que se compõem de estratégias sistemáticas, periódicas, reservadas e voluntárias que seguem padrões pré-estabelecidos. Dentre seus objetivos principais, encontra-se a implementação de medidas de educação permanente, sem caráter fiscalizador (Oliveira & Matsuda, 2016).

A aderência de sistemas de mensuração do nível de qualidade dos serviços de saúde está ligada às análises de sistemas de saúde, como proposta a fim de mitigar as falhas e riscos inerentes a esse processo. O desenvolvimento da avaliação da qualidade diz respeito não só à pesquisa científica, mas, principalmente, à área técnica, favorecendo a tomada de decisões e aumentando a eficiência dos sistemas de saúde, bem como acrescentando valor aos poucos recursos dispensados, a partir de níveis de qualidade considerados como padrão (Machado, 2014).

O monitoramento do desempenho clínico no cuidado com os pacientes começou na década de 1980, em hospitais dos Estados Unidos e Inglaterra, com publicações oficiais sobre taxas de mortalidade hospitalar, passando para indicadores de processos e, atualmente, para indicadores de segurança do paciente (Machado, Martins, & Martins, 2013).

No Brasil, desde o início da década de 1990, com a abertura do comércio exterior, o brasileiro teve acesso a uma infinidade de produtos importados, de modo a induzir uma busca pela qualidade de produtos e serviços. Desde então, o selo de garantia de qualidade é tido como um diferencial e um *marketing* para a conquista e credibilidade junto aos clientes. A qualidade configura-se um investimento com grande retorno; ela não custa, pois o que representa maiores encargos aos produtos e serviços são os prejuízos, ou seja, a não qualidade ou a falta de qualidade a um nível inadequado (Machado *et al*., 2013).

A partir de 1994, surgiram no Brasil as primeiras iniciativas em prol da melhoria da qualidade, tais como o programa de acreditação hospitalar, o sistema integrado de gestão hospitalar, as auditorias de contas e riscos em prontuários, dentre outras, que abrangem vários setores, objetivos e profissionais da saúde (Feldman & Cunha, 2006). Outras formas de direcionar a melhoria contínua dos serviços prestados e dos parâmetros de desempenho estão disponíveis por meio dos métodos como os regidos pelas normas da certificadora

International Organization for Standardization (ISO) (Silva, Loureiro, Frota, Ortega, & Ferraz, 2013), e também por meio de acreditadoras credenciadas pela ONA (Machado, 2014).

No âmbito privado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde 2004, publica em seu *site* a pontuação, por qualidade, das operadoras de planos de saúde. Além disso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desenvolve ações voltadas à segurança do paciente e da qualidade em todos os serviços de saúde (Machado *et al*., 2013).

Donabedian, em um primeiro estudo, atribuiu três dimensões à qualidade, quais sejam: conhecimento técnico-científico; relações interpessoais entre profissionais e o paciente; e condições das instalações e equipamentos no ambiente laboral (Souza & Scatena, 2014). Em um segundo estudo, o mesmo autor classificou sete atributos ou pilares para a qualidade da atenção à saúde. São estes:

- Eficácia – melhorar o resultado do atendimento utilizando os meios mais favoráveis, considerando o estado de saúde do paciente;
- Efetividade – grau em que os resultados melhores são atingidos, na situação atual;
- Eficiência – capacidade de atingir o melhor resultado por menor custo;
- Otimização – conseguir o melhor equilíbrio entre custos e benefícios ao paciente;
- Aceitabilidade – interação entre assistência prestada pelo profissional em conformidade com a necessidade do paciente;
- Legitimidade – adequação e conformidade dos itens anteriores às preferências sociais; e
- Equidade – justiça na atenção à saúde, discernindo prioridades para atendimento (Donabedian, 1990).

Para cada situação, o foco do atributo poderá mudar dependendo do objetivo (Donabedian, 1992). Esses pilares foram recategorizados por outros autores, que pesquisam as dimensões da qualidade (Campbell *et al*., 2010).

Mundialmente, não existe consenso sobre a definição das dimensões ou atributos da qualidade, porém, frequentemente os indicadores utilizados são construídos com base na efetividade clínica, na segurança do paciente e na eficiência (Machado *et al*., 2013).

O Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS) é uma propositura do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICTS) em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz, cujo objetivo é avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro. Nessa proposta, aplicam-se as dimensões de qualidade mais próximas das aceitas internacionalmente. O PROADESS propõe as seguintes dimensões:

acesso, adequação, segurança, efetividade, eficácia, continuidade, aceitabilidade e direitos do paciente. Essas dimensões, segundo um estudo de revisão, mostraram-se as mais utilizadas em estudos brasileiros, seguindo, dessa forma, uma tendência internacional. O PROADESS – a despeito de suas dimensões serem baseadas em experiências de países como Canadá, Austrália e Inglaterra – apresenta de maneira adequada os elementos essenciais para a realidade brasileira (Machado *et al*., 2013).

A Agência Nacional de Saúde, por meio do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), divide os Indicadores Hospitalares em Recomendáveis e Essenciais. Cada um desses indicadores é subdivido em seis domínios, a saber: Segurança, Efetividade, Eficiência, Equidade, Acesso e Centralidade no Paciente (ANS, 2013).

Já para o Instituo de Medicina Americano, a qualidade em saúde é dividida em seis domínios: Segurança, Eficácia, Tempo Certo, Eficiência, Igualdade e Cuidados Centrados no Paciente (Corrigan, 2005).

No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, processos de avaliação e monitoramento ainda se encontram pouco desenvolvidos, pois, ainda que o uso de indicadores seja frequente, os dados gerados pouco servem para tomada de decisões, pouco contribuem para a qualificação dos serviços de saúde, para ações de promoção e prevenção à saúde e para a geração do conhecimento. Neste contexto, existe no SUS a carência de produção de informações para gestão, como dados bem estruturados, periódicos e contínuos (Reis, Oliveira, & Sellera, 2012).

Neste cenário, em que avaliar os serviços de saúde é um desafio, encontram-se as unidades de terapia intensiva (UTI). Fatores como o envelhecimento populacional e o aumento da tecnologia médica modificam a dinâmica das UTIs. Os pacientes que sobrevivem a enfermidades graves tornam-se crônicos e instáveis, criando um desequilíbrio entre a oferta de serviços e a utilização racional dos recursos. A ineficiência de mensuração da segurança e da qualidade da assistência ao paciente de uma UTI torna-se um problema, pois diminui a intensidade de criação de ações de melhoria (Fernandes, Pulsi, & Costa, 2010).

Em todo o mundo existe a preocupação em fornecer serviços de saúde com qualidade, atendendo o seu principal cliente – isto é, o paciente – e minimizando riscos e falhas. Uma assistência insegura pode comprometer o estado clínico ou até a vida do paciente, principalmente em uma unidade de terapia intensiva, pois neste setor o paciente se encontra, muitas vezes, em condições clínicas extremamente instável (Padilha, 2001).

1.2.1 Questão de Pesquisa

A utilização de indicadores de desempenho voltados à avaliação do resultado do cuidado constitui necessidade fundamental para subsidiar novas práticas e pesquisas. Levanta-se, portanto, a seguinte questão de pesquisa, de forma a direcionar a realização do presente estudo:

Qual o nível de qualidade assistencial oferecido na Unidade de Terapia Intensiva para Adultos (UTI-A) de um hospital público da cidade de São Paulo, baseando-se nos domínios: segurança, efetividade, eficiência e centralidade no paciente?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

- Avaliar a qualidade e o nível da assistência à saúde prestada na UTI adulto de um hospital público da cidade de São Paulo por meio dos seguintes domínios: segurança, efetividade, eficiência e centralidade no paciente. Realizar devolutiva da pesquisa aos gestores, auxiliando a instituição nas implementações e criação de ações de melhoria.

1.3.2 Específicos

- Conhecer a cultura de segurança percebida pelos profissionais que trabalham de forma direta e indireta na assistência prestada ao paciente, comparando população do estudo, bem como verificando a associação dos escores geral e por domínios;
- Analisar a taxa dos indicadores de segurança, efetividade, eficiência e centralidade no cliente da UTI-A desse hospital;
- Comparar com UTIs-A de outros hospitais por meio de dados do SAHE, DATASUS e outros estudos em Hospitais de Ensino.

1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Em muitos países, na atualidade, os prestadores de serviço de saúde estão sendo estimulados a oferecer uma assistência segura e de alta qualidade ao paciente, mesmo com as limitações referentes a recursos financeiros e humanos. Porém, algumas instituições têm dificuldade em diagnosticar o que deve ser implementado a fim de fornecer qualidade e segurança ao paciente (Caldana *et al*., 2013).

A assistência à saúde de forma insegura ou de qualidade inadequada gera grande preocupação, pois leva a números alarmantes de morbidade e mortalidade evitáveis, e também ao aumento do tempo de permanência hospitalar e dos custos. Assim, a segurança do paciente é um importante domínio da qualidade, já que busca a redução de riscos associados à assistência à saúde a um mínimo aceitável. Esses riscos podem causar danos ao paciente, aumentando a ocorrência de erros, falhas e violações de processos no que se refere à assistência prestada ao paciente (Caldana *et al*., 2013).

Atualmente, houve um aumento do desenvolvimento tecnológico e científico em todos os setores da sociedade, inclusive no setor da saúde, porém, paralelamente, os riscos e incidentes também aumentaram, comprometendo a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente (Murassaki *et al*., 2013). Com os avanços tecnológicos e o melhor acesso às informações, a sociedade sofreu grande transformação na área comportamental e no setor de serviços. Essas transformações fizeram com que os indivíduos exigissem mais qualidade em produtos e serviços. Neste contexto, todos os atores da saúde convivem com um constante desafio de garantir a qualidade na prestação de serviços de saúde, atendendo de maneira satisfatória e eficaz às necessidades e demandas do cliente. Tal asserção exige também que todos os envolvidos na prestação dos serviços em saúde – quer seja no setor privado, quer seja no público – realizem constantes investigações para a melhoria dos serviços e produtos (Bonato, 2011).

É consenso que se deve oferecer serviços com qualidade na área da saúde, sendo esse ato um imperativo técnico e social. Porém, principalmente no Brasil, existem muitos impasses, como por exemplo: a deficiência de investigações dos problemas na prestação de serviços; a pouca importância dada por parte dos gestores aos resultados de pesquisas em prol de melhorias da assistência; o não uso dos resultados de pesquisa para modificar as práticas em prol da clientela; e a falta de profissionais qualificados para incorporar investigações científicas nos serviços (Silva *et al*., 2013). Apesar de haver concordância de diversos atores acerca dos benefícios da qualidade em saúde, alguns estudos indicam que as operadoras de

planos de saúde no Brasil, ao executarem a microrregulação, estão mais preocupadas com fatores administrativos e financeiros do que com a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários. Esses estudos sugerem que são poucas as ações regulatórias das operadoras de planos de saúde que visam incentivar a qualidade por parte das prestadoras de serviço de saúde (Lisbôa, 2015).

A cultura e clima de segurança organizacional interferem no resultado do desempenho da organização. Esses resultados em instituições hospitalares incluem a qualidade do cuidado prestado ao paciente, traduzida pelos indicadores de qualidade hospitalar. Os indicadores de qualidade hospitalar são ferramentas utilizadas pelas instituições de saúde para melhorar seu desempenho (Guimarães, Rodrigues, & Menezes, 2013). Desta forma, o presente estudo, ao aplicar a escala de clima e realizar análise de indicadores de qualidade hospitalar, estará mensurando a qualidade e favorecendo às tomadas de decisões mais assertivas e pertinentes.

A presente pesquisa pode contribuir para o aprimoramento do conhecimento com foco na qualidade assistencial em uma UTI-A de um hospital público de grande porte da cidade de São Paulo – SP; assim como pode sugerir a todos os atores da saúde – desde profissionais, gestores e pesquisadores – acerca da importância do tema embasado em evidências científicas, e, destarte, fortalecer a melhoria contínua.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

A seguir são apresentados os tópicos que compõem a estrutura de cada capítulo (conforme Figura 1) na construção deste estudo e na obtenção dos objetivos propostos.

CAPÍTULO 1

Este capítulo contém a introdução – a qual apresenta o problema de pesquisa, a questão de pesquisa, os objetivos (geral e específico), a justificativa para o estudo do tema e a estrutura do trabalho.

CAPÍTULO 2

Neste capítulo é abordado o referencial teórico, procurando-se discorrer, após pesquisa bibliográfica, sobre os seguintes construtos: Qualidade em hospitais; Avaliação da assistência

à saúde; Segurança do Paciente; Indicadores de qualidade em hospitais; e Domínios da qualidade (segurança, efetividade, eficiência e centralidade no cliente).

CAPÍTULO 3

Neste capítulo são explanados os procedimentos metodológicos, o delineamento da pesquisa, o procedimento de coleta de dados, bem como a análise destes. Ademais, foram analisados dados secundários fornecidos pelo gestor da UTI-A e CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), e também indicadores de qualidade hospitalar segundo cada domínio, a saber: segurança, efetividade, eficiência e centralidade no cliente.

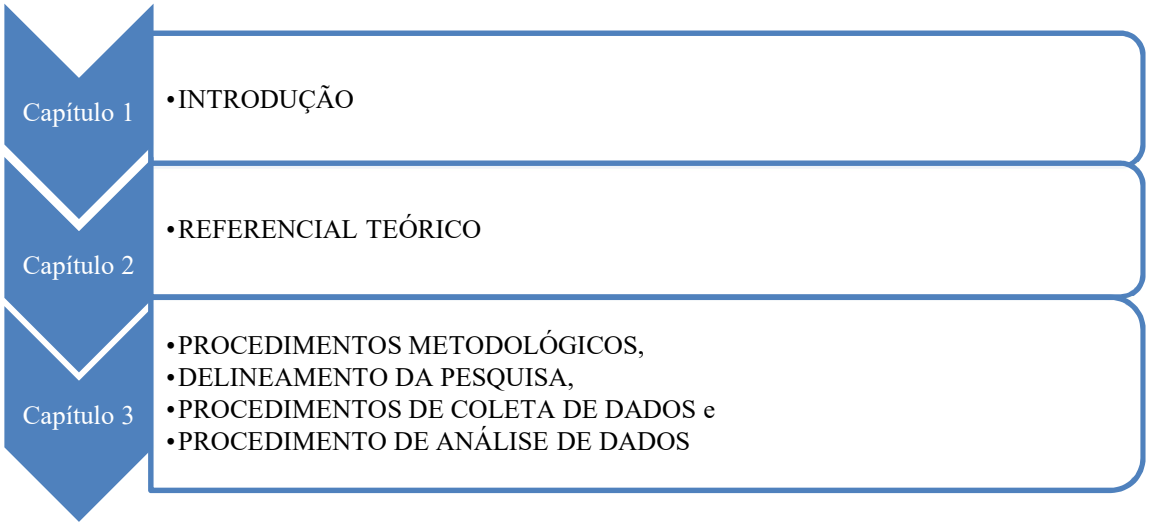

Figura 1. Composição dos tópicos de cada capítulo.
Autoria própria.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE

O vocábulo qualidade tem origem latina e significa propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas que possibilita diferenciá-las de outras; ou seja, qualidade é aquilo que permite avaliar numa escala de valores e, consequentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer pessoa ou coisa (Ribeiro *et al*., 2014).

A ideia de qualidade é antiga, pois já no Egito Antigo existiam dois tipos de trabalhadores: os que executavam as tarefas e os que fiscalizavam aqueles que realizavam as tarefas. Outro fato interessante relativo à qualidade é que durante o Império Babilônico, em 1700 a.C., existia a lei do direito de Talião; nessa lei, os trabalhadores que não realizassem satisfatoriamente o trabalho eram castigados, pois desta forma, todos sabiam que existia um padrão a ser cumprido (Rodrigues, 2015).

Ao se observar obras antigas, como por exemplo, as pirâmides do Egito e diversas obras arquitetônicas de extrema precisão, seja da Grécia ou de Roma, pode-se verificar a busca pela qualidade. No período pré-Revolução Industrial, a qualidade era definida pela fama do talento e destreza do artesão ou artífice executante do produto (Rodrigues, 2015).

Em tempos mais recentes, a qualidade na saúde resulta na satisfação do cliente e na redução – a um mínimo aceitável – dos riscos inerentes à assistência à saúde, o que requer o compromisso de todos os atores envolvidos no processo de melhoria contínua (Vituri & Évora, 2015). Muitos atores podem estar envolvidos nesse processo, constituindo equipes com diversos profissionais de diferentes graus de conhecimento e autonomia em relação à tarefa de prestar assistência à saúde. O trabalho desses profissionais envolve o conhecimento interdisciplinar, o que leva à reconfiguração permanente da realidade diária organizacional (Foguel & Souza, 1995).

No âmbito da saúde, a qualidade é medida pelos custos do cuidado, pela satisfação do cliente e pela eficiência operacional, com consequente preocupação nas organizações de saúde. Tal preocupação decorre da tarefa de garantir qualidade frente a consumidores cada vez mais exigentes. A qualidade envolve questões éticas e legais, sendo também um direito social. Também é por meio da qualidade que muitas organizações privadas têm sua sobrevivência econômica garantida e que organizações públicas obtêm repasse financeiro (Vituri & Évora, 2015).

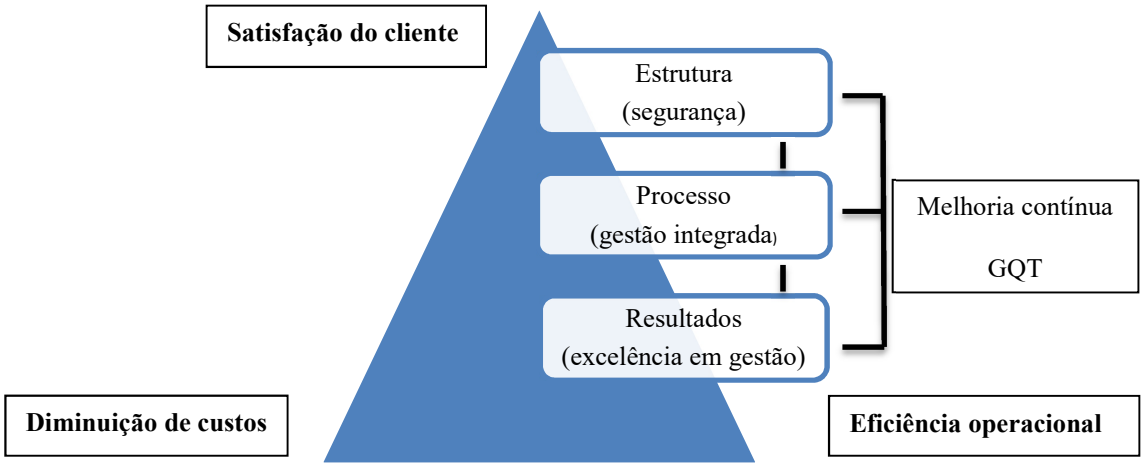

Figura 2. *Medição da qualidade em saúde.*
Autoria própria com base em Vituri e Évora (2015).

A qualidade não pode ser vista de maneira universal, pois engloba muitos setores sociais e ainda depende de fatores individuais, culturais, religiosos e ambientais. Em muitos setores da sociedade, é muito antiga a aderência à busca pela qualidade, mas é relativamente recente a aderência do setor da saúde ao propósito de garantir qualidade com melhora contínua, mesmo no que concerne a países como Canadá e Estados Unidos (Feldman & Cunha, 2006).

Apesar de existirem muitas definições sobre a qualidade relacionada à prestação de cuidados em saúde, frequentemente, a mais utilizada é a formulada pelo Instituto de Medicina Americano ou *Institute of Medicine* (IOM), que conceitua qualidade do cuidado em saúde como o grau em que os serviços prestados aos pacientes diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico atualizado (Aspden, Corrigan, Wolcott, & Erickson, 2004). Com a evolução da cultura para a qualidade, foram revisados e ampliados domínios, atributos e dimensões que definem o termo qualidade no cuidado (Reis, 2013).

Assim, a definição de qualidade sofreu muitas mudanças, adquirindo diversas formas de interpretação. Alguns autores abordam o tema em uma linha evolutiva da qualidade, tendo esta, passado por diversas eras, quais sejam: Era da inspeção; Era do controle estatístico da qualidade; Era da garantia da qualidade; e Era da gestão estratégica da qualidade (Fernandes, Souza, Casablanca, Soares, & Scalco, 2015).

Segundo Longo (1996), a Era da inspeção se voltava ao produto final, procurando apenas produtos defeituosos; a Era do controle estatístico surgiu com a produção em série, tendo sido nesta época implantadas técnicas como a de amostragem e o controle de qualidade;

a Era da garantia da qualidade ocorreu logo após a 2ª Guerra Mundial, com foco no sistema; e a partir da década de 50, a Era da gestão da qualidade total foi a que teve domínio, de modo que a qualidade deixou de ser uma questão apenas do produto e passou a ser uma responsabilidade de toda a empresa e de todos envolvidos em sua operação. Desta forma, a Era da gestão da qualidade total (GQT) busca: identificar e priorizar os pontos de melhoria; gerenciar os processos; valorizar os clientes e os profissionais; e prevenir erros e definir metas atingíveis, utilizando a estratégia da gestão participativa. Além dessas ações, a GQT busca a redução de desperdícios, o uso de instrumentos de medida, o comprometimento e a integração de todos trabalhadores da organização (Vituri & Évora, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) brasileiro assevera que qualidade em saúde é a marca da modernidade, sendo definida em relação ao grau de atendimento a padrões estabelecidos de acordo com normas e protocolos que organizam as ações práticas (Silveira, Prado Júnior, Siman, & Amaro, 2015).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da resolução da diretoria colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 – buscou instituir ações para a promoção da segurança do paciente e para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, amparando legalmente o usuário e obrigando os serviços a um atendimento com qualidade. Em relação à abrangência, essa Resolução se aplica aos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (RDC nº 36, 2013).

A Portaria nº 1.820 do Ministério da Saúde, de 13 de agosto de 2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. No parágrafo único, afirma ser direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento (Portaria nº 1820, 2009).

A RDC nº 63, da ANVISA, dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde tendo como objetivo estabelecer padrões para funcionamento dos serviços de atenção à saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, bem como na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. O serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade que envolva estrutura, processo e resultado em sua gestão dos serviços. Em seu parágrafo único, afirma que o serviço de saúde deve utilizar garantia da qualidade como ferramenta de gerenciamento (RDC nº 63, 2011).

A assistência à saúde, quando executada de forma insegura, gera grande preocupação, pois leva a números alarmantes de morbidade e mortalidade evitáveis, além de aumentar o

tempo de permanência hospitalar e dos custos; outra consequência diz respeito ao aumento de processos judiciais em saúde. Neste contexto, as organizações de saúde públicas ou privadas são levadas a prestar, ao paciente, uma segura assistência à saúde, apesar de suas limitações de recursos materiais, financeiros e humanos. No entanto, algumas organizações têm dúvidas acerca de como estruturar seus esforços a fim de atingir a qualidade da assistência e reduzir riscos ou cuidados inseguros (Caldana *et al.,* 2013).

A qualidade e o erro sem intenção, na saúde, já eram abordados há 2000 a.C., quando Hipócrates juramentou primeiramente não causar danos, porém, ainda é uma preocupação em nível global (Nunes & Brum, 2015). No âmbito internacional, diversas discussões têm ocorrido em torno do aumento dos eventos adversos (EA) ou incidente que gerou dano ao paciente, o que, por conseguinte, compromete a qualidade (Ventura, Alves, & Menezes, 2012).

Um dos primeiros estudos sobre a magnitude dos problemas de segurança do paciente foi o *The of Medical Practice Study*, realizado em 1984 em hospitais de Nova York. Esse estudo contribuiu para a publicação do livro "Errar é Humano", que impactou a sociedade norte-americana e, posteriormente, o mundo, mostrando que 44.000 a 98.000 pessoas morreram por ano devido aos eventos adversos (Mendes, Pavão, Martins, Moura, & Travasso, 2013).

Os diversos danos em decorrência da falta de qualidade e cuidados inseguros induzem as instituições de saúde a buscarem qualidade e assistência segura aos seus pacientes (Caldana *et al*., 2013). As organizações e pessoas que aderem à busca pela qualidade são favorecidas em vários aspectos. As pessoas que atuam em uma organização reconhecida como de bom desempenho dispõem de instrumentos que tornam o ambiente organizacional saudável e seguro, favorecendo o crescimento profissional atualizado, além de gerar possibilidade de retorno financeiro para a organização e para os trabalhadores. Neste mesmo sentido, trabalhadores que são beneficiados com qualidade no ambiente laboral têm mais facilidade de desenvolver melhor a assistência aos seus pacientes, lembrando que a qualidade na prestação de serviço é essencial para recuperação da vida. Essa qualidade deve ser diariamente medida e aperfeiçoada, de modo a gerar a satisfação do gestor, de trabalhadores e de clientes. Mas, aos gestores está incumbida a tarefa de criar e aperfeiçoar mecanismos que garantam a qualidade do serviço oferecido. Os mecanismos ou instrumentos mais utilizados para estímulo e busca da qualidade são: planejamento, padronização de processos (protocolos), verificação de falhas e mensuração de indicadores (Fernandes *et al*., 2015).

2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

É consenso que avaliar consiste em verificar, medir e determinar o valor de algo, de modo a respeitar parâmetros de legalidade, ética, padrão de referência, objetivo etc. Esta avaliação consiste, muitas vezes, em uma comparação com valores já estabelecidos. Monitorar é realizar análises que mostrem o curso ou o desenvolvimento de algo em um determinado tempo. Essas análises podem ser realizadas por meio de observação, registros, compilações ou medições. Assim, avaliar e monitorar são lados de um mesmo processo (Reis *et al*., 2012).

Em prática médico-assistencial, os primeiros relatos de avaliação da qualidade datam de 1910, nos Estados Unidos, com Ernest Amory Codman, cirurgião do hospital geral de Massachusetts, que desenvolveu uma pesquisa chamada *Systems of End Results* ou Sistemas de Resultados Finais, em que monitorava e mensurava resultados dos tratamentos e dos procedimentos cirúrgicos, com objetivo de identificar falhas nos processos e, em seguida, propor melhorias para se atingir a qualidade. Do resultado de seu trabalho foi possível desenvolver teorias definidas como *Outcomes Management* (Gerenciamento dos Resultados). Codman participou, em 1913, da criação do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), que adotou o Sistema de Resultados Finais como um de seus princípios, objetivando a melhoria da qualidade na prestação da assistência à saúde em hospitais. A partir de então, o Colégio de Cirurgiões Americanos (CAC) desenvolveu um trabalho, mais especificamente em 1917, chamado *Minimum Standards* ou Padrões Mínimos. Oficialmente, esses foram os primeiros padrões de qualidade associados a um programa de padronização em hospitais. A partir daí, foi criado, em 1926, o primeiro manual de padronização de procedimentos (Gaspary, 2014).

Em meados de 1950, o *American College of Surgeons* (ACS) e outras associações fundaram a *Joint Commission on Acreditation of Hospitals* (JCAH), uma organização privada (Mendes & Mirandola, 2015) cujo objetivo era inserir conceitos de qualidade para análise de casos por meio de auditorias. Logo o programa cresceu e, em 1950, atingiu mais de 3200 hospitais nos Estados Unidos. Esses hospitais em caráter voluntário, por admitirem que a padronização levava a benefícios reais, aderiram ao processo de avaliação (Gaspary, 2014).

A *Canadian Medical Association* (CMA), em 1959, buscou a JCAH com a intenção de formar uma organização própria no Canadá. A CMA, atualmente designada como *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), é vista pela Sociedade Internacional de Qualidade na Saúde (ISQua) como uma organização acreditadora de grande prestígio (Manzo, 2012).

Na década de 1960, a maioria dos hospitais norte-americanos já haviam sido acreditados pelos padrões mínimos de qualidade. Em 1970, a JCAH publicou o *Accreditation Manual for Hospital*, elevando o grau de exigências e incluindo processos e resultados da assistência nas avaliações (Mendes & Mirandola, 2015). Essa organização elaborou indicadores, padrões e critérios visando atingir a melhoria da assistência à saúde. Assim, o trinômio avaliação, educação e consultoria tornou-se foco em questões de garantia da qualidade. A JCAH, em 1988, cresceu, tornando-se a *Joint Comission Acreditation of Health Care Organization* (JCAHO). Nesse período, a *International Standards Organization* (ISO) elaborou alguns padrões de qualidade com normas de gestão de qualidade para diversas organizações (Silveira *et al*., 2015).

A teoria da Melhoria Contínua da Qualidade, desenvolvida por Edward Deming e Joseph Juran, no Japão, após a 2ª Guerra Mundial, tinha como princípios a procura contínua de pontos de melhoria de todos os processos na indústria, chamada de Qualidade Total. Essa teoria prontamente foi estendida ao setor da saúde por Berwik (Reis, 2013).

Entretanto, somente algum tempo depois, em meados da segunda parte do século XX (1960), a partir dos estudos de Avelis Donabedian, é que a avaliação da assistência à saúde se desenvolveu de forma conceitual e metodológica, difundindo-se internacionalmente por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS). O médico pediatra armênio radicado nos Estados Unidos introduziu o modelo segundo domínios de avaliação baseados em estrutura, processo e resultado, que passaram a nortear a avaliação sistemática da qualidade dos serviços em saúde. Essa tríade é oriunda da teoria Geral dos Sistemas ou *input-process-output* – sendo que na avaliação da estrutura é verificado o grau de organização dos serviços considerando a hierarquia do atendimento, padronização dos procedimentos, sistemas de informação, produção de serviços, recursos humanos, estrutura física e equipamentos, ou seja, a estrutura se refere ao ambiente em que os serviços de saúde são prestados. Os processos relacionam-se à identificação e supervisão dos padrões estabelecidos, envolvendo auditorias de prontuários, supervisões periódicas, pesquisa de opinião pública, entre outras; assim, o processo foi concebido como as fases envolvidas na prestação da assistência à saúde. E os resultados foram descritos como a medição de vários critérios, como por exemplo, indicadores de saúde e satisfação dos pacientes, entre outros. Esse modelo tem direcionado diversas metodologias de acreditação de qualidade (Ribeiro *et al*., 2014).

O pesquisador Donabedian (1978), em sua publicação *The quality of medical care*, propõe que:

> O objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de forma que desvios de padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

O monitoramento do desempenho clínico se tornou importante após a publicação das taxas de mortalidade hospitalar, entre 1986 e 1988, nos Estados Unidos e Inglaterra, agregando aos poucos indicadores do processo de cuidado e, atualmente, indicadores de segurança do paciente. A avaliação da qualidade dos serviços hospitalares tem sofrido diversos aperfeiçoamentos com a adoção de novas metodologias e uso de indicadores variados. Essas iniciativas servem não apenas para fins acadêmicos e científicos, mas também para direcionar programas de melhoria da qualidade, fornecer dados para subsidiar medidas regulatórias e vincular o sistema de pagamento pela qualidade (Machado *et al*., 2013).

Para se alcançar a qualidade, por meio de métodos avaliativos, é necessário fazer uso de algumas técnicas e ferramentas de qualidade que têm o objetivo de realizar definição, mensuração, análise e sugerir soluções para os pontos de melhoria que interferem no desempenho do serviço. Destarte, muitas ferramentas são utilizadas, como por exemplo: o PDCA (*Plan – Do – Check – Act*), o diagrama de causa e efeito (espinha de peixe), gerenciamento de leitos, gestão de segurança, protocolos clínicos, FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*), indicadores e outros (Manzo, 2012).

Para a mensuração dos resultados, os indicadores são muito utilizados. Com estes, é possível estimar resultados frente a medidas criadas ou implementadas, frequentemente, de forma quantitativa ou qualitativa. O processo avaliativo é imprescindível para o planejamento e aprimoramento do sistema de saúde; consiste em julgar e atribuir valor ao objeto investigado. Para que esse julgamento seja realizado de forma eficaz, é necessário o uso de indicadores válidos e confiáveis. Apesar do reconhecimento da necessidade do uso de indicadores, no Brasil, a mensuração e análise dos dados, na maioria das vezes, não são tratadas com a devida importância (Souza & Scatena, 2015).

Uma administração que faz uso dos indicadores é uma administração comprometida e se capacita no processo de melhoria contínua. E mesmo com a grande mobilização no sentido de ganhar os selos de qualidade das acreditações, a maioria dos gestores estão pouco preocupados com a qualidade dos serviços e produtos, visando à sobrevivência institucional e ao lucro (Manzo, 2012).

Avaliar permite planejar e esta é a etapa intelectual de um processo. A partir de então, começa a montagem estrutural conectando recursos humanos que trabalharão com recursos informacionais, financeiros e materiais para definir o que, o porquê, quando, quanto, como, onde e quanto vai custar. Estimando quantidade de atendimento que direciona recursos e instalações (Bittar, 2015).

O ambiente hospitalar chama a atenção devido à natureza e especificidade das atividades organizacionais envolvidas, bem como em virtude dos altos custos e complexidade da assistência prestada à saúde, tornando necessária a avaliação da qualidade. E a avaliação da qualidade de serviços de saúde obteve destaque, globalmente, sendo incentivada pela grande procura de financiadores, prestadores, profissionais e dos usuários. O aumento de implementação e desenvolvimento de metodologias nesse setor relaciona-se às ações que buscam clareza no destino dos gastos, controle dos crescentes custos assistenciais, oferta de assistência adequada e equânime e mitigação de variações na prática clínica. (Machado *et al*., 2013).

Porém, o Ministério da Saúde brasileiro ainda não tem oferecido o devido incentivo aos sistemas de acreditação e avaliação da qualidade em hospitais públicos. De modo que as principais iniciativas surgem do setor privado, como por exemplo: o Programa de Melhores Práticas da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), o Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), que tem apoio do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (PROHASA) do estado de São Paulo (Lisbôa, 2015).

A acreditação hospitalar nacional ganhou força, com o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH), na década de 1990. O PBAH é operacionalizado pela ONA, que é responsável pela disseminação da acreditação entre as prestadoras de serviços de saúde. A ONA publicou em seu *site*, no início de 2016, a informação de que menos de 5% dos hospitais brasileiros possuem algum certificado de acreditação. Alguns estudos sobre acreditação hospitalar mostram um quadro complexo e apontam para a necessidade de se realizar ainda mais pesquisas sobre os reais impactos da acreditação hospitalar. Algumas pesquisas revelam que os principais impactos da acreditação são: mudanças organizacionais e práticas hospitalares; comportamento dos profissionais de saúde; e impacto na satisfação de pacientes e no reconhecimento público. Apesar de haver uma percepção de melhora dos indicadores hospitalares após implantação de acreditação, estudos demonstram que não existe correlação entre essas variáveis (Mendes & Mirandola, 2015).

Em 1990, foi criado o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), cujo objetivo era incentivar o desenvolvimento de ações econômicas e sociais com foco na

qualidade dos serviços. E em 1991, foi criado o Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços em saúde dos hospitais de São Paulo, e posteriormente, abrangendo outros estados.

O Ministério da Saúde brasileiro criou, em 1994, o Programa de Qualidade e a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS), com a finalidade de disseminar a cultura da qualidade em serviços de saúde. Nesta época, a CNQPS foi criada a fim de desenvolver diretrizes de estratégia em garantia de qualidade, produção de consensos e diretrizes clínicas. Assim, definiu como planejamento estratégico prioritário do Ministério da Saúde, a avaliação e certificação dos serviços de saúde, para os anos de 1997 e 1998. Logo depois, foram desenvolvidas propostas para o Sistema Nacional de Acreditação, ou seja, foram definidas normas para credenciamento de instituições acreditadoras, qualificação e capacitação de avaliadores e código de ética. Ainda em 1998, foi criado o Consórcio Brasileiro para Acreditação (CBA) (Feldman *et al*., 2005; Machado *et al*., 2013).

Desde 1994, o MS, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), trabalha com o Plano Nacional de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (PNSP/QSS), realizando um conjunto de ações e parcerias em favor da aderência, por parte dos prestadores de serviços de saúde, às medidas de segurança e ao monitoramento da qualidade. Esse Plano publica manuais e materiais educativos, realiza cursos, treinamentos e coleta de informações de alguns prestadores de serviço de saúde. Algumas das informações são os indicadores, como por exemplo, o de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (ICS) associada ao cateter venoso central (CVC), que é um indicador nacional obrigatório que deve ser monitorado em todas as instituições do país com mais de dez leitos de UTI (Machado, 2015).

A Portaria Interministerial nº 1006/MEC/MS, de maio de 2004, em um dos seus itens, dispõe como meta física e de qualidade, que é assegurado o ingresso aos serviços de saúde pactuados ou contratados de maneira contínua e integral, dentro de metas qualitativas e quantitativas, assim como o imperativo para que os hospitais escola insiram dados continuamente no sistema informações dos MS e MEC, incluindo o CNES, SAI, SIH, Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e outros sistemas de informações.

Ainda em âmbito nacional, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização não governamental, criada em 1999, é o órgão responsável por regular e credenciar o desenvolvimento da melhoria da qualidade da assistência à saúde. No modelo dessa organização, existem três níveis de padrões de avaliação, a saber: o simples, o médio e o complexo, descrevendo os critérios que devem ser obedecidos integralmente por todos os

departamentos da instituição, a fim de ser classificado como “em conformidade” (Feldman & Cunha, 2006). O SUS firmou convênio com a Organização Nacional de Acreditação (ONA), desde 2004, visando dar apoio às ações de vigilância sanitária para a manutenção, ampliação, consolidação e divulgação do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA). Esse sistema tem como objetivo – utilizando-se de um indicador de desempenho – garantir a melhoria e a eficiência dos serviços dos prestadores de cuidados à saúde do SUS e do setor privado. A partir daí foram criados, revisados e atualizados manuais de acreditação, aplicados por Instituições Acreditadoras Credenciadas (IAC) pela ONA, conforme o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), lançado em 2005. O PNASS serviu para realizar avaliação qualitativa tanto dos prestadores de serviço de saúde e de ações em saúde como da satisfação do paciente, de modo que estava relacionado a repasse de financiamento aos gestores locais (Machado, 2015).

A qualidade mediada pela acreditação é apresentada nos seguintes níveis: Acreditado, Acreditado Pleno, Acreditado com Excelência e Não Acreditado. Os critérios que discriminam cada item desses níveis podem ser verificados no Manual Brasileiro de Acreditação, recomendado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Além da ONA, as instituições brasileiras também podem receber a visita de acreditadoras internacionais acionando a *Joint Commission International* (JCI) e a *Canadian Council on Health Services Accreditation* (Emidio, Alonso, Ferneda, & Hedler, 2013).

Para realizar uma avaliação, os avaliadores se baseiam em padrões pré-definidos de cada ramo de atividade e em padrões estabelecidos pela ONA e pelo Manual Brasileiro de Acreditação. O MBA é definido pelas suas instituições fundadoras, podendo também receber sugestões de conteúdo das organizações acreditadas, por meio de consulta pública (Ribeiro *et al*., 2014).

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é orientado pelos níveis de estrutura, processos e resultados. Em cada nível, avalia-se a visão sistema, liderança e estratégias operacionais, direção por processos, treinamento de pessoas, centralidade no cliente, atenção na prevenção e segurança, responsabilidade social e sustentabilidade, desenvolvimento de inovações, melhoria contínua e avaliação do desfecho. A instituição acreditadora tem a finalidade de inserir uma cultura de segurança e qualidade contínua no âmbito das organizações. Por meio das acreditações, as organizações se beneficiam elevando sua credibilidade diante dos clientes internos e externos; oferecendo um ambiente laboral com condições de segurança e eficiência, resultando em satisfação do profissional; possibilitando atender às necessidades dos pacientes e de familiares, orientando sobre direitos e deveres;

favorecendo colaboração no tratamento e segurança; criando a cultura de aprendizado e não a punitiva diante dos erros inerentes à assistência à saúde; e desenvolvendo também uma liderança participativa que preza pela qualidade contínua e segurança a todos os envolvidos (Gaspary, 2014).

Para ser Acreditada, segundo a ONA, uma instituição precisa comprovar a existência de elementos mínimos de segurança para o cuidado ao paciente e de estrutura; para ser Acreditada Plena, precisa tanto possuir um sistema de gestão, conforme seu planejamento estratégico, como cumprir os requisitos do nível anterior e utilizar protocolos de padronização de processos assistenciais e gerenciais; e para ser Acreditada com Excelência, deve cumprir todos os anteriores e comprovar que seus resultados são baseados em indicadores conforme seu planejamento, aplicando ações de melhoria a partir dos resultados obtidos (Oliveira & Matsuda, 2016).

Mas, somente em 2002 é que discussões sobre segurança do paciente e eventos adversos tiveram maior impacto, com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com intuito de notificar eventos adversos e queixas técnicas no que se refere à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (Duarte, Stripp Silva, & Oliveira 2015). Com as noções da Rede Sentinela, em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria n° 529, o Ministério da Saúde e a ANVISA lançaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tendo por objetivo mitigar a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde, o que interfere na qualidade (Pedreira, Brandão, & Reis, 2013).

Em 9 de maio de 2016, por meio da Resolução Normativa (RN) nº 405, foi criado, pela ANS, o Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS). Esse é um programa que consiste em mensurar e monitorar o desempenho dos prestadores de assistência à saúde no setor privado. Esse programa divulga ao público os resultados obtidos, por meio de um painel de indicadores (RN nº 405, ANS, de maio de 2016).

Diversas outras iniciativas foram criadas em favor da melhoria da qualidade, principalmente vindas do setor privado, como por exemplo, o programa de acreditação hospitalar, a certificação pela ISO, o sistema integrado de gestão em organizações hospitalares e a realização de auditorias de prontuários, de contas e de riscos. Tais iniciativas expandiram-se por diversos setores profissionais, atingindo diversos objetivos para avaliação dos serviços de saúde (Feldmam & Cunha, 2006).

É um consenso que a avaliação da qualidade é necessária para o planejamento, organização e avaliação de todas as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde (Silveira *et al*., 2015). Os sistemas de acreditação foram um marco no Brasil, pois estabeleceram critérios e padrões de avaliação, revelando a qualidade das instituições de saúde por meio de indicadores de cada dimensão específica (Vituri & Évora, 2015).

Ao gestor, cabe definir qual método utilizar para avaliação da qualidade e da segurança do paciente, qual a paridade das formas de mensuração e como obter os dados e interpretá-los. Os modelos disponíveis de avaliação da qualidade são restritos à monitorização e mensuração de processos e desfechos. As limitações para avaliação não impedem que as dimensões da qualidade forneçam subsídios para implementação de ações de melhoria nas unidades de terapia intensiva (Fernandes *et al*., 2010).

2.2.1 Dimensões / Domínios da Qualidade

A partir da categorização dos atributos ou dimensões da qualidade classificadas por Donabedian, diversas recategorizações foram criadas, tais como, por exemplo, a do PROADESS, da ANS (QUALISS) e a do Instituto de Medicina Americano (IOM).

Apesar de não haver consenso sobre as delimitações das dimensões da qualidade e suas medidas, o Projeto Avaliação de Desempenho dos Sistemas de Saúde (PROADESS) propôs as seguintes dimensões: Acesso, Continuidade, Aceitabilidade, Respeito aos direitos dos pacientes, Adequação, Efetividade, Segurança e Eficiência (PROADESS, n.d.). E, segundo Machado *et al*. (2013), na área de avaliação da qualidade hospitalar, essas dimensões são as mais utilizadas tanto em estudos brasileiros quanto em estudos internacionais.

Corrigan (2005), que publicou um trabalho intitulado *Crossing the Quality Chasm* (Transpondo o Abismo da Qualidade), abordou a qualidade em seis dimensões, a saber: Segurança, Eficiência, Efetividade, Adequação no tempo, Igualdade e Cuidado Centrado no Paciente; essas dimensões são utilizadas pelo IOM.

Já a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do QUALISS, divide os Indicadores Hospitalares Essenciais em seis domínios: Segurança, Efetividade, Eficiência, Equidade, Acesso e Centralidade no Paciente (ANS, 2013).

As dimensões já mencionadas estão agrupadas na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1
Dimensões da qualidade sugeridas pela ANS, PROQUALISS, IOM e Donabedian

Autor	**Dimensão**	**Fonte**
Donabedian	Eficácia **Efetividade** **Eficiência** Otimização Aceitabilidade Legitimidade Equidade	Donabedian, 1990
ANS (QUALISS)	**Segurança,** **Efetividade,** **Eficiência,** Equidade, Acesso e **Centralidade no Paciente**	ANS, 2013
PROQUALISS	Acesso, Continuidade, Aceitabilidade, **Respeito aos direitos dos pacientes**, Adequação, **Efetividade,** **Segurança** e **Eficiência**	PROADESS, n.d.
IOM	**Segurança,** **Eficiência,** **Efetividade**, Adequação no tempo, Igualdade e **Cuidado Centrado no Paciente**.	Corrigan, 2005

Fonte: Autoria própria.

2.2.2 Segurança

Segurança, para Corrigan (2005), é evitar danos aos pacientes por parte dos serviços de saúde, cujo propósito é reestabelecer a saúde.

A Organização Mundial da Saúde, em sua publicação *World Alliance for Patient Safety*, conceitua segurança do paciente como um conjunto de ações e atitudes que buscam

mitigar e evitar incidentes cujo dano em decorrência da assistência à saúde esteja a um mínimo aceitável (OMS, 2009).

O domínio segurança ou segurança do paciente pode ser conceituado, também, como o ato de prevenir, evitar e melhorar os resultados não esperados e os danos ocorridos em decorrência da prestação do cuidado em saúde. A segurança do paciente foca nos resultados prejudiciais ou eventos adversos, ao passo que a qualidade busca o padrão dos resultados (Santiago & Turrini, 2015).

Para a ANS (2013), segurança é a condição favorável para controlar o risco em potencial de uma intervenção ou do ambiente laboral, que pode causar dano para o paciente ou para o profissional de saúde.

Segurança do paciente, para o PROADESS (n.d.), é a capacidade do serviço de saúde de reconhecer, eliminar ou diminuir os riscos inerentes às intervenções de saúde ou ambientais.

2.2.3 Acesso

Acesso é receber assistência à saúde conforme a necessidade do paciente, no momento e local adequados, em quantidade suficiente e a um custo justo (ANS, 2013).

Acesso também pode ser conceituado como a capacidade do serviço de saúde em produzir cuidado e serviços adequados no tempo e lugar certo (PROADESS, n.d.).

Nos domínios do IOM não está presente o acesso, já que os domínios estão adaptados a cada realidade.

2.2.4 Adequação ou tempo certo

Adequação no tempo ou tempo certo se refere a ter tratamento ou diagnóstico no tempo hábil para melhora ou cura; reduzindo as demoras, às vezes prejudiciais, tanto para os beneficiários quanto para os prestadores de serviço (Corrigan, 2005).

No que concerne ao domínio tempo certo, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1820, de agosto de 2009, estabelece que seja direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento (Portaria nº 1820, MS, 2009).

Segundo o PROADESS (n.d.), adequação é o nível em que a assistência prestada está fundamentada no conhecimento técnico-científico atual.

2.2.5 Eficácia

O domínio eficácia diz respeito à capacidade de oferecer o melhor tratamento baseado nas melhores práticas evidenciadas sob as condições mais controladas e favoráveis (Portaria nº 1820, 2009).

Já segundo Bittar (1996), eficácia refere-se ao grau em que as intervenções voltadas à assistência à saúde são benéficas, em meio a ótimas práticas assistenciais. Para a Organização Mundial da Saúde, (2009) eficácia é referente à vantagem ou funcionalidade para o usuário dos serviços de forma controlada, preconizada ou aplicada.

2.2.6 Eficiência

Eficiência é a maximização dos recursos financeiros, tecnológicos e humanos a fim de se obter os melhores resultados de saúde possíveis, aplicando o uso racional (ANS, 2013).

Para Nunes, Santos, Barata e Vianna (2001), eficiência é proporcionar serviços pautados no conhecimento científico. Esse domínio refere-se à capacidade de se obter o máximo de melhora na saúde com o menor custo. Se duas estratégias em saúde são igualmente eficazes ou efetivas, a de menor custo configura-se como a mais eficiente.

Eficiência é a relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados (PROADESS, n.d.). Para Bittar (1996), eficiência se refere ao resultado, em porcentagem, do custo geral (tempo, dinheiro escasso ou recursos).

Para a Organização Mundial da Saúde (2009), eficiência diz respeito aos efeitos ou desfecho obtidos, relativo ao trabalho dispensado traduzido em tempo, recursos e dinheiro.

Alguns pesquisadores acreditam que os domínios eficiência e eficácia são temas muito presentes em instituições que possuem programas de melhoria contínua da qualidade, de modo que esses temas precisam ser destaques nas pautas de todos envolvidos nestes programas. Alguns setores, às vezes, são resistentes a tais programas, exigindo que se estabeleça um tempo de sensibilização e de diagnóstico da qualidade institucional. Posteriormente a esse tempo, são realizadas a avaliação e a discussão de processos que precisam de aperfeiçoamento. Destarte, para melhoria dos processos é necessário realizar:

planejamento estratégico, reformulação e integração informacional, padronização dos processos, assim como também a análise e melhoria contínua (Emidio *et al*., 2013).

2.2.7 Efetividade

Efetividade é a mensuração dos resultados decorrentes da aplicação de várias intervenções em conformidade com o conhecimento atual (ANS, 2013).

Segundo o PROADESS (n.d.), efetividade é buscar eliminar o mau uso de materiais, equipamentos, suprimentos, ideias e energia. Também pode ser conceituada como o nível em que os serviços, ações e assistência à saúde alcançam o resultado desejado.

Para Bittar (1996), efetividade refere-se ao grau em que as vantagens executadas em ótimas condições de assistência são realizadas na prática clínica atual.

A diversidade de categorização da qualidade de serviços de saúde induziu alguns autores a organizá-los apropriadamente em aceitabilidade e efetividade. A qualidade, então, a partir desses domínios, poderia ser aplicada em nível individual ou coletivo, sendo, na dimensão aceitabilidade, determinada pela capacidade de o usuário acessar o serviço de saúde de forma efetiva quando necessita. E na dimensão efetividade, a qualidade do cuidado é determinada pela forma eficiente e equitativa, potencializando o bem-estar da população. A efetividade é considerada por muitas organizações como dimensão-chave (Campbell *et al*., 2010).

2.2.8 Aceitabilidade

É o grau de aceitabilidade por parte dos usuários e da população em relação ao que é ofertado nos serviços de saúde (PROADESS, n.d.).

Para Donabedian (1990), a aceitabilidade diz respeito à adequação da assistência prestada de acordo com valores, expectativas e desejos do indivíduo e de sua família, de modo que engloba dimensões como o respeito aos direitos do paciente e acesso. É sugerida por Donabedian a utilização do termo legitimidade para conceituar aceitabilidade do cuidado pelas pessoas.

2.2.9 Continuidade

A continuidade pode ser conceituada como a capacidade do sistema em oferecer serviços de forma contínua e coordenada entre diversos níveis de atenção à saúde (PROADESS, n.d.).

Este domínio não está categoricamente conceituado na avaliação da qualidade do QUALISS da ANS ou do Instituto de Medicina Americano.

2.2.10 Equidade

Equidade refere-se a tratamento adequado, incluindo a agilidade com base nas necessidades dos pacientes (ANS, 2013).

Equidade é um princípio da justiça, reconhece que os cidadãos são diferentes e merecem tratamento diferenciado, priorizando os mais necessitados, de maneira a reduzir as desigualdades. Existem autores que definem equidade em dois tipos, quais sejam: horizontal, com tratamento igual para iguais; e vertical, com tratamento desigual para desiguais (Nunes *et al*., 2001).

2.2.11 Igualdade

Para Nunes *et al*. (2001), igualdade é o princípio que afirma que todos os cidadãos são iguais perante a lei, com direitos iguais. Porém, igualdade é diferente de equidade. Igualdade se refere à existência do nível de qualidade igual – ou comparado a outros centros de saúde – e de taxas dos indicadores de qualidade equiparados em diversos hospitais do mesmo porte. Assim, como também promover cuidados que não variem em qualidade devido a características pessoais, tais como gênero, grupo étnico, naturalidade ou *status* socioeconômico (Souza & Scatena, 2014).

O domínio igualdade refere-se ao princípio que afirma que todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos. Portanto, é o sistema que preconiza a igualdade de condições para todos os cidadãos. O princípio da igualdade baseia-se no conceito de cidadania, no qual todas as pessoas são iguais, tendo assim, os mesmos direitos (Nunes *et al*., 2001).

2.2.12 Cuidado Centrado no Paciente/Respeito aos direitos dos pacientes

No que tange ao cuidado centrado no paciente, apesar de ainda não haver uma definição única, todas buscam priorizar os valores e necessidades do paciente. Existem alguns instrumentos que mensuram esse domínio. Tais instrumentos são escalas desenvolvidas a fim de medir as seguintes competências da comunicação: ajudar na compreensão e validar os anseios do paciente; compreender o paciente tanto social quanto psicologicamente; permitir que o paciente conheça sua patologia e as respectivas opções de tratamento; e oferecer a ele uma participação na decisão e responsabilidade. Evidências levam a acreditar que a medicina centrada no paciente, realizada por meio da comunicação, está relacionada à diminuição da utilização de recursos de saúde, e consequentemente, à redução dos custos. Uma possível explicação para esse fato é que, com a comunicação estabelecida pelo médico, o paciente reduz sua ansiedade, compreendendo e participando do seu tratamento, sentindo que o médico entende seus sintomas. A medicina centrada no cuidado ao paciente – além de reduzir a utilização de recursos em saúde, como as consultas com especialistas, recorrências de serviços de urgência, reinternação e exames de diagnóstico – pode aumentar o conhecimento do médico sobre as necessidades do paciente (Pires, 2011).

Pires (2011) ainda assevera que o domínio dos cuidados centrados no paciente pode ser definido como a medicina centrada no paciente buscando atender às necessidades e aos desejos do paciente, não se restringindo apenas à doença. Então, medicina centrada no paciente considera as particularidades de individuais no tratamento da doença, opondo-se à preocupação de identificar as enfermidades de acordo com sua classificação e sem foco no doente.

Cuidados centrados no paciente, segundo Corrigan (2005), em sua publicação para a IOM é oferecer cuidados que valorizem e correspondam às expectativas, valores e necessidades individuais, garantindo que as preferências do paciente norteiem as decisões clínicas.

Para o PROADESS (n.d.), respeito aos direitos dos pacientes refere-se à capacidade de o sistema de saúde garantir que os prestadores de serviços respeitem o indivíduo e a comunidade em geral, de modo que suas ações sejam norteadas ao indivíduo.

Para cada dimensão, é necessária uma adaptação a cada contexto, respeitando uma coerência entre tais dimensões, sabendo que existe uma interdependência e uma movimentação do específico para o geral. Para cada avaliação, os critérios podem atingir

níveis mínimos e máximos de qualidade, podendo ser orientada conforme as prioridades do prestador de serviço, usuário ou sociedade (Novaes, 2000).

2.2.13 Indicadores de Qualidade Hospitalar

Qualidade configura-se um assunto complexo, devendo ser abordado por todos os atores de serviços de saúde a fim de se buscar melhores práticas de qualidade e de segurança. Em todo o mundo, as organizações de saúde estão sendo incentivadas a prestar uma assistência de qualidade e segura ao paciente. E, para que se comesse a implantar uma cultura de avaliação da qualidade, é preciso trabalhar com base em parâmetros mensuráveis, em forma de indicadores, que se mostram um importante instrumento gerencial (Caldana *et al*., 2013).

Visando à identificação de um incidente com ou sem dano são utilizados métodos que garantem maior confiabilidade dos resultados, como a pesquisa – retrospectiva e diária – em prontuários, assim como as notificações (Rozenfeld, Giordani, & Coelho, 2013). São esses métodos que gerarão dados para elaboração dos indicadores.

Os indicadores de qualidade têm a finalidade de transformar as informações, torná-las claras e transparentes de forma a servir para direcionar iniciativas de melhoria da qualidade. Mundialmente, não existe um consenso sobre a delimitação das dimensões da qualidade e respectivas medidas, mas frequentemente, para elaboração de indicadores de qualidade, inclui-se a efetividade clínica, a segurança do paciente e a eficiência (Machado *et al*., 2013).

Para Guimarães *et al*. (2013), os indicadores são instrumentos de medida utilizados para determinar, de forma temporal, o desempenho de rotinas, processos e resultados de uma organização. Esses instrumentos de medida são variáveis criadas a fim de interpretar dados passíveis de se converterem em informações, em sua forma primária ou secundária, tornando-a acessível. Também facilitam o entendimento de fenômenos complicados, deixando-os quantificáveis e de fácil compreensão, para que após a análise, sejam transmitidos aos diversos níveis da sociedade. Assim, favorecem as adequadas tomadas de decisões em políticas, bem como os avanços no crescimento organizacional. Ainda, os indicadores podem ser definidos como representação quantificava das peculiaridades de produtos e processos utilizados para garantir o bom desempenho ou qualidade de produtos, serviços ou processos. Como características de indicadores pode se citar: efetividade, eficiência, adequação, aceitação, continuidade, acessibilidade e segurança. Também deve ser de fácil aplicabilidade,

ser relevante e ter custo-efetividade. E para ter validade científica, o indicador deve ser confiável, exato, objetivo, simples, pertinente, válido, sensível e específico. A fim de se realizar essa comparação, utiliza-se o monitoramento de variáveis por meio dos indicadores que podem ser quantitativos e/ou qualitativos.

Os fatores limitantes para a construção de um indicador estão relacionados às fontes de informação e ao quanto essas informações estão disponíveis, pois se leva em consideração a possibilidade de que os dados podem ter sido omitidos, erroneamente armazenados ou coletados (Machado, 2015).

Segundo Souza e Scatena (2014), os indicadores hospitalares mais estudados são: índice de cesáreas; de cirurgias desnecessárias; de eventos adversos; de infecção hospitalar; de mortalidade geral hospitalar; de mortalidade materna hospitalar; de mortalidade operatória; de mortalidade pós-operatória; de mortalidade por anestesia; e de mortalidade transoperatória.

Para mensuração da qualidade em saúde, a *Joint Commission Internacional* (JCI) propõe o uso de 18 indicadores que contemplam segmentos referentes à avaliação do cliente; ao prontuário; ao uso de antibióticos e controle de infecção; ao gerenciamento de riscos; à satisfação do usuário e do profissional; à vigilância; e à segurança do usuário, família e do profissional envolvido no cuidado (Guimarães *et al*., 2013).

A Tabela 2 mostra os indicadores de qualidade hospitalar com seus respectivos domínios, utilizados nas avaliações hospitalares realizadas pela ANS/QUALISS. Alguns desses indicadores dos domínios segurança, efetividade, eficiência e centralidade no paciente foram selecionados para fazerem parte do recorte do presente estudo, sendo que os indicadores escolhidos são os coletados pela UTI-A.

Tabela 2
Indicadores de qualidade hospitalar

Segurança	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central na UTI adulto, neonatal e pediátrica
	Taxa de utilização de cateter venoso central na UTI adulto, neonatal e pediátrica
	Conformidade com os padrões de cirurgia segura
Efetividade	Implantação de diretrizes e protocolos clínicos
	Taxa de mortalidade institucional
	Taxa de mortalidade cirúrgica
	Taxa de mortalidade neonatal RN < 1500g
	Taxa de mortalidade neonatal RN 1500-2500g
Eficiência	Taxa de ocupação operacional Geral
	Taxa de ocupação operacional Maternidade
	Taxa de ocupação operacional UTI Adulto

	Média de permanência UTI Adulto e na UTI pediátrica
	Média de permanência Geral
	Média de permanência Maternidade
	Média de permanência na UTI Adulto e pediátrica
Equidade	Acessibilidade à pessoa com deficiência
	Medidas para garantir nos atendimentos a prioridade às pessoas vulneráveis (pessoas com deficiência, idosos, crianças, gestantes, lactantes), excluindo urgência/emergência.
Acesso	Acolhimento com classificação de risco
	Tempo de espera na Urgência e Emergência
Centralidade no Paciente	Satisfação do cliente
	Monitoramento da manifestação do cliente: avaliação de reclamações e sugestões

Fonte: Adaptado pelo autor, retirado de QUALISS (ANS, 2013).

Os indicadores, segundo Vaz (1994), podem ser divididos em simples ou compostos, de modo que os primeiros são de fácil interpretação, retratam parte da realidade (números de leitos hospitalares operantes ou o número de internações, por exemplo) e são muito utilizados para se realizar avaliações setoriais, pois permitem conclusões rápidas e objetivas. Já os indicadores compostos são os que representam sinteticamente uma série de aspectos da realidade (por exemplo, o índice de inflação, que sintetiza o preço de vários produtos). Desta forma, para determinar qualquer conclusão final, é preciso saber que determinados indicadores têm pesos diferentes.

Para Couto e Pedrosa (2003), os indicadores são valores que provêm do número total de eventos ocorridos, divididos por um denominador que é a população exposta ao evento. O resultado desta divisão é chamado de taxa, que pode ser expressa por porcentagem ou por 1.000, conforme cada situação.

Consoante a divisão dos indicadores por domínios da qualidade, realizada pela ANS/QUALISS: i) incidência de queda, lesão por pressão, pneumonia associada à ventilação mecânica e taxa de infecção associada ao cateter venoso central referem-se ao domínio segurança do paciente; ii) taxa de mortalidade e implantação de protocolos clínicos referem-se ao domínio efetividade; iii) ocupação operacional e média de permanência referem-se ao domínio eficiência e; iv) satisfação do cliente refere-se ao domínio centralidade no paciente.

Tais indicadores foram escolhidos para o presente estudo devido à disponibilidade na unidade de terapia intensiva, que é foco desta pesquisa. Outros indicadores poderiam se configurar como diferenciais para a avaliação da qualidade assistencial deste estudo de caso, porém, não são coletados.

2.2.14 Escala de cultura de segurança

A Organização Mundial da Saúde (OMS) decidiu tratar a segurança do paciente como prioridade em questões relativas à qualidade da assistência à saúde, desenvolvendo pesquisas com base em evidências científicas e também com a identificação de problemas relacionados à segurança, utilizando-se do Programa da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, em meio à 57ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2004 (MS, 2014).

Apesar de a qualidade no cuidado em saúde ser benéfica a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível. E para responder a esse problema, instituições especializadas no assunto sugeriram que as organizações de saúde aderissem a modelos de cultura de segurança (Rigobello, Carvalho, Cassiani, Galon, Capucho, & Deus, 2012). Ao se mensurar a percepção dos profissionais da saúde que lidam direta ou indiretamente com a assistência prestada ao paciente, considera-se que essa mensuração ou clima de segurança, pode servir como indicador de qualidade da assistência (Carvalho, 2011). No entanto, a qualidade nos serviços de saúde está diretamente relacionada ao tema segurança do paciente e, atualmente, é muito discutida em debates de prestadores de saúde, entidades de classe e pelos setores governamentais (Tase, Lourenção, Bianchini, & Tronchin, 2013).

Muitas instituições entenderam e aderiram à ideia de que é preciso instituir a segurança a partir de um processo cultural, incentivando seus profissionais a ter uma consciência e compromisso ético na identificação e eliminação de riscos, de modo a adquirir, desta forma, segurança para si e para o seu cliente (Oliveira *et al.,* 2014).

Um estudo realizado por Duarte *et al*. (2015) mostrou que a relevância dos eventos adversos tem magnitude no que tange ao setor financeiro e tempo de internação, sendo que os custos sobem para 200.5%, e o tempo de internação sobe para 28,3% nos casos de evento adverso. No Brasil, no período de 2009 a 2010, as consequências dos erros e eventos adversos (todos os tipos de eventos) levaram a desperdícios de R$ 6 milhões naquele ano. Tal fato mostra que os investimentos em atenção e recursos para prevenção devem ser muito maiores do que aqueles que já são empregados (Marinho *et al*., 2013).

Outro estudo mostrou que nos Estados Unidos, em 1999, houve mais de 100 mil óbitos de pacientes internados relacionados a evento adverso (EA) (Pedrosa & Couto, 2014). Já um estudo realizado em Portugal estimou que 10 em cada 100 pacientes internados em hospitais podem sofrer algum tipo de erro. Destes, 60% não causariam qualquer tipo de dano, mas, aproximadamente 35% causariam danos de forma ligeira ou moderada e os 5% restantes podem causar danos gravíssimos (Fragata, 2010). Diante desses estudos, os recentes

programas de aprimoramento na segurança do paciente estão voltados à criação de uma cultura com vistas à prevenção de qualquer tipo de incidente ou erro. Assim, procura-se desenvolver nos indivíduos a capacidade de perceber potenciais riscos e notificá-los, mesmo que de forma anônima, a fim de estimular essa prática (Claro, Krocockz, Toffollelo, & Padilha, 2011).

A segurança do paciente se tornou, então, nas últimas décadas, um tema de grande relevância na área da saúde. Conforme supracitado, apesar de a qualidade no cuidado em saúde ser benéfica a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível. Para uma resposta a esse problema, tem sido realizados diversos esforços, como o da *United Kingdom National Hearth Service*, da *Joint Commmission for the Acreditation of Healthcare Organizations*, da *Agency for Health Research and Quality* e do *United States National Quality Forum*, que sugeriram que as instituições de saúde aderissem a modelos de Cultura de Segurança (Rigobello *et al*., 2012).

A segurança do paciente é um tema muito abordado e gerador de muita preocupação, o que levou os sistemas de saúde a inserirem em seu contexto técnicas de gerenciamento de segurança iguais às adotadas pelas indústrias de alto risco. O método em questão é a utilização de instrumentos (questionários) a fim de avaliar o clima de segurança, ou seja, um questionário capaz de medir a percepção e atitudes dos trabalhadores em relação à segurança de si e do paciente nas instituições de saúde. Algumas medidas de avaliação de clima de segurança ainda não têm fundamentos teóricos da relação entre as percepções do clima de segurança e o comportamento dos trabalhadores, não considerando padrões psicométricos; mas outros modelos trazidos da indústria estão sendo muito utilizados (Flin, 2007).

A segurança do paciente não se restringe somente a uma assistência à saúde livre de danos, mas em uma assistência realizada no momento correto, de forma eficaz, baseada nos melhores conhecimentos científicos e atendendo às necessidades do paciente e de sua família. Com efeito, algumas organizações norte-americanas, como a *Joint Commissionon Accreditation of Helthcare Organizations* (JCAHO), o *Institute of Medicine* (IOM) e o *Institute for Safe Medical Practices* (ISMP) desenvolveram protocolos que visam garantir o aprimoramento de sistemas focando a prevenção de erros na manutenção da segurança do paciente. A partir deste ponto, a segurança do paciente passou a ganhar espaço, de modo que surgiram estudos utilizando instrumentos que mensuram a cultura de segurança (Rigobello *et al.*, 2012).

Em muitos países já existem vários instrumentos capazes de avaliar o clima de segurança em organizações de saúde, os mais utilizados são o *Culture Safety Survey* (CSS), o

Safety Atitudes Questionnaire (SAQ) (Rigobello *et al*., 2012) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Dentre esses instrumentos, até o momento, apenas o SAQ e HSOPSC estão adaptados e validados em hospitais brasileiros (Carvalho, 2011).

2.2.15 Taxa de infecção da corrente sanguínea associada à CVC

A Infecção da Corrente Sanguínea (ICS) é um tipo de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) que tem como causa principal os cateteres centrais de curta permanência, por serem mantidos por períodos superiores ao preconizado, permitindo várias conexões e manipulações. A importância da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central incentivou o desenvolvimento de padrões de monitoramento, investimento e aperfeiçoamento de novas tecnologias e técnicas de inserção e manutenção desses cateteres (Oliveira *et al.,* 2015).

2.2.16 Taxa de mortalidade em UTI-A

Um indicador tradicional de desempenho hospitalar diz respeito à mortalidade hospitalar, e, nas condições em que a morte não é evento raro dentro de uma UTI, representa ferramenta útil para indicar serviços com eventuais problemas de qualidade. Diferenças encontradas nas taxas de mortalidade entre hospitais podem ocorrer em função do perfil de gravidade da população atendida. Dessa forma, deve-se controlar e ajustar esse indicador por variáveis que não afetem o resultado (Gomes, Klück, Riboldi, & Fachel, 2010).

2.2.17 Diretrizes e protocolos clínicos

No ano de 2000, o Ministério da Saúde brasileiro, em consonância com o que vinha ocorrendo no mundo, desenvolveu, disseminou e implementou os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) com o intuito de melhorar a efetividade e qualidade da assistência à saúde. Os PCDT são instrumentos essenciais para coordenar as condutas diagnósticas e terapêuticas no SUS (Ronsoni, Pereira, Stein, Osanai, & Machado, 2015).

A prática médica sempre envolveu riscos, haja vista não ser uma matéria exata. Na década de 1990, essa inexatidão parecia ter chegado ao seu fim, pois surgia a medicina baseada em evidências. A seleção dos melhores resultados clínicos aliados ao crescimento da

biotecnologia pareciam colaborar para a medicina baseada em evidências e, consequentemente, para o controle da determinação da saúde do paciente. Assim, eram estruturadas as diretrizes terapêuticas e os protocolos clínicos. Desde então, baseados nas melhores práticas e tecnologia em saúde, as diretrizes e protocolos servem para formulação de políticas públicas, direcionadas a instituições públicas ou privadas. Nessas instituições, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) apoiam as análises econômicas, qualidade da assistência e controle dos custos. As limitações provenientes das bases de estruturação dos PCDT não impedem que estes sejam incorporados às tomadas de decisões da prática médica (Oliveira, 2014).

2.2.18 Ocupação operacional

A taxa de ocupação operacional é a relação percentual, em um dado período, entre o número de pacientes por dia e o número de leitos por dia. Avalia o modo como se comporta a utilização e gestão do leito operacional na UTI-A, e é ligado ao tempo de substituição e à média de utilização do leito na UTI-A (ANS, 2013).

2.2.19 Média de permanência

Este indicador representa o tempo médio de utilização do leito pelo paciente na UTI-A. Esse tempo determina o giro de leito, de modo que o atraso na alta ou o aumento de dias de internação pode atrasar a internação de outros pacientes críticos que necessitam de tratamento adequado para sua melhor sobrevida. O paciente crítico tratado em outras áreas não intensivas aumenta as taxas de mortalidade hospitalar. O aumento da utilização do leito de um paciente na UTI-A acarreta sobrecarga no setor de emergência, congestionando o centro cirúrgico e a unidade de recuperação anestésica. Os atrasos na alta do paciente da UTI-A podem ser ocasionados pela falta de leitos nas unidades de internação (ANS, 2013).

2.2.20 Incidência de Lesão por pressão

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) é uma organização reconhecida internacionalmente por se dedicar ao estudo da prevenção e do tratamento de lesões por pressão. Essa organização norte-americana, no dia 13 de abril de 2016, anunciou as novas

Diretrizes Internacionais sobre úlcera por pressão. Tais Diretrizes, após adaptação por cada país, são utilizadas no mundo todo, inclusive no contexto brasileiro. Nessas Diretrizes houve a mudança da terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão, bem como houve também a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação (Associação Brasileira de Estomaterapia, 2016).

A incidência e prevalência de leão por pressão, segundo estudos brasileiros, ocorrem em altos índices, o que se configura um problema para os serviços de saúde. As organizações internacionais *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) conceituam a lesão por pressão como uma lesão situada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão ou de associação entre esta e a ocorrência do cisalhamento (Campos, Figueiredo, Santos, Silva, Santos, & Mendes 2016).

Os fatores de risco para o surgimento de uma lesão por pressão podem ser classificados em intrínseco – que são relacionados às condições do paciente – e extrínseco, relacionados aos cuidados prestados ao paciente. A lesão por pressão é um fenômeno multifatorial, porém, as principais variáveis desse fenômeno estão relacionadas ao tempo e à intensidade da pressão exercida sobre determinada área da pele (Campos *et al*., 2016). Esse fenômeno pode ser agravado devido às condições de um paciente na UTI.

O desenvolvimento de uma lesão por pressão acarreta em sobrecarga física, emocional e social para o paciente e família. Quanto mais grave, ou mais avançada a categoria da lesão na pele, maiores os custos e tempo de internação (Lima, Castilho, Rogenski, Baptista, & Rogenski, 2016).

2.2.21 Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é considerada a infecção mais recorrente dentro de uma unidade de terapia intensiva (UTI). Essa infecção nosocomial tem morbidade em incidências significativas, especialmente relacionada ao prolongamento do tempo de ventilação mecânica. A PAVM pode ser evitada e muitos dos fatores de riscos para a sua ocorrência podem ser modificáveis. Atualmente, existem muitas estratégias para prevenir esse tipo de infecção, existindo pacotes de medidas ou os chamados *bundles* (pacotes). As infecções nosocomiais são consideradas um evento adverso passível de

prevenção, sendo utilizadas como indicador de qualidade nas UTIs e também para se realizar *benchmarking* (Lisboa, Barcelos, & Branco, 2013).

2.2.22 Incidência de queda

Queda é conceituada como a repentina e inexplicável alteração na posição do paciente, ocasionando contato com o solo de forma não proposital.

As estratégias dos programas de prevenção de queda têm surtido êxito e são constituídas por três itens, a saber: aplicação de técnicas de prevenção, reconhecimento de risco para queda e reavaliação periódica do paciente sob risco de queda. O êxito dessas prevenções se mostra na diminuição das taxas de quedas entre pacientes hospitalizados. Considerada como indicador de qualidade, a queda em hospitais é também monitorada pelo programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), que almeja a melhoria contínua da qualidade assistencial (Diccini, Pinho, & Silva, 2008).

2.2.23 Satisfação do cliente

Para o usuário, a satisfação ocorre quando suas expectativas e necessidades são acatadas, resultando no desfecho esperado e fazendo com que suas percepções se tornem positivas. Desta forma, a qualidade será percebida conforme o nível de expectativa do cliente (Souza & Scatena, 2014). A avaliação dos serviços de saúde por parte dos usuários é realizada por meio de uma ferramenta denominada pesquisa de satisfação. O usuário avalia cada atributo da pesquisa de satisfação de acordo com suas necessidades ao buscar a assistência à saúde. Assim, possibilita-se considerar o sujeito com suas particularidades, procurando adequar cuidados em conformidade com seus costumes (Inchauspe & Moura, 2015).

A qualidade dos serviços de saúde pode ser vista pelo ponto técnico ou funcional. Do ponto de vista técnico, a qualidade dos serviços está ligada a execução dos procedimentos, técnicas e diagnósticos. A qualidade funcional diz respeito à maneira como os serviços são entregues aos usuários. Desta forma, o usuário pode avaliar a qualidade dos serviços de saúde segundo suas expectativas. Essa avaliação do usuário ajuda a entendê-lo a fim de identificar e buscar formas de melhor atendê-lo. A percepção do cliente pode ser um importante indicador de qualidade, que possibilita identificar falhas para posteriores tomadas de decisões (Souza & Scatena, 2014).

2.2.24 Escala de gravidade – SAPS3

Existem várias escalas de índice de avaliação do estado clínico do paciente, como por exemplo: APACHE II e III, Ranson, SS, SSS, SAPS, MLR, MPM, LIS, ARPI, SAPS3, MPM II, ODIN, Ontário, MODS, SOFA e LOD. A utilização de escalas de gravidade vem se tornando a cada dia mais difundida em virtude da necessidade de avaliação da performance das unidades de terapia intensiva e da eficiência das terapias instituídas. Tais escalas são ferramentas que fornecem aos médicos subsídios que favorecem a identificação dos pacientes que necessitam de maior atenção, pois estas permitem uma avaliação criteriosa do estado clínico do paciente durante o período de admissão, permanência e alta. Elas facilitam a identificação de riscos para procedimentos específicos; ajudam a decidir acerca de limitar ou suspender medidas avançadas de suporte à vida; auxiliam no *benchmarking*; auxiliam na avaliação de novas tecnologias e terapias médicas; e ajudam a estimar o dimensionamento da equipe de enfermagem, melhorando a qualidade da assistência aos pacientes graves (Dias, Matta, & Nunes, 2006).

A escala SAPS3 (*New Simplified Acute Physiology*) é uma ferramenta utilizada para converter o estado clínico do paciente em índice de mortalidade hospitalar (Dias *et al*., 2006). Essa ferramenta ou sistema de prognóstico contém 20 variáveis diferentes, de fácil mensuração na admissão do paciente na UTI. As variáveis são separadas em três partes: demográfica, motivo de admissão e variáveis fisiológicas. Essas variáveis mensuram o nível de avanço da doença, bem como o estado clínico de pré-admissão hospitalar. O resultado desta avaliação resulta em um escore total, que é 16 para o menor escore, e 217 para o maior escore, indicando maior chance de morte (Silva *et al*., 2010).

2.2.25 SAHE e DATASUS

A base para análise de dados referente à média de indicadores a serem comparados com a UTI em estudo neste trabalho foi o SAHE, DATASUS e outros estudos em hospitais de ensino.

O Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) foi criado em 2004, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com a finalidade de coletar eletronicamente as informações e dados enviados por hospitais de ensino do Estado de São Paulo. Os hospitais participantes são os de gestão municipal ou estadual certificados ou que firmaram contratos

com o Sistema de Avaliação. Esse sistema é conduzido pela Portaria Interministerial nº 285, de março de 2015. O SAHE também visa disseminar e estimular o uso de indicadores a fim de identificar pontos de melhoria para aperfeiçoar e maximizar recursos utilizados na assistência à saúde (SAHE, 2016).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) foi criado em 1991 por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que tinha a função de controle e processamento de contas em saúde. Atualmente, o DATASUS tem a missão de munir os órgãos do SUS de informações e suporte de informática, indispensável para o processo de planejamento, operações e controle (DATASUS, n.d.).

2.2.26 Unidades de Terapia Intensiva para Adulto

Os modelos de unidades de terapia intensiva que atualmente conhecemos foram desenhados nos anos 1950, como forma de controle de epidemia de poliomielite. O objetivo da UTI é manter uma estrutura que forneça uma assistência adequada para pacientes graves, com risco de vida (Fernandes *et al*., 2010).

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui:

> área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma interrupta, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Sendo que a Unidade de Terapia Intensiva para Adulto é destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição (RDC nº 07, 2010).

Na UTI existe a maior probabilidade de ocorrerem incidentes, que comprometem a segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde prestada. Isso decorre das condições dos pacientes, tais como: imunossupressão, com instabilidade hemodinâmica e risco maior de morte; demanda de maior número de medicamentos, de uso de máquinas e equipamentos de alta tecnologia, e necessidade de cuidados complexos, atenção contínua e rápida tomada de decisão (Alves, Costa, Barros, Lima, & Santos, 2016). Assim, as UTIs têm características específicas, como a variedade tecnológica, situações de estresse em que os profissionais lidam diretamente com circunstâncias de sofrimento e morte (Silva *et al*., 2013).

Outro fator que interfere na qualidade diz respeito ao fato de que as UTIs, diferentemente de outros setores do hospital, apresentam globalmente altas taxas de morbimortalidade associada às infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), um dos desafios no cuidado à saúde. No entanto, nas unidades de terapia intensiva tem sido observada uma diminuição da taxa de mortalidade em torno de 2% por ano, a partir do ano de 2000. Tal diminuição está sendo relacionada às melhorias na assistência prestada ao paciente crítico (conhecimento baseado em evidências científicas, uso de tecnologias e aplicação de rotinas, protocolos assistenciais e clínicos), ao desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão e à importância dada às estratégias de comunicação entre todos os atores envolvidos (equipe multiprofissional, pacientes e familiares) (Vesz *et al*., 2013).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da Instrução Normativa (IN) nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os indicadores para avaliação de UTI. Também prescreve sobre os registros de avaliação de desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como sobre os registros dos incidentes que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência (IN n 4, 2010).

Essa Instrução Normativa afirma que na UTI-A devem ser monitorados mensalmente os seguintes indicadores: Taxa de mortalidade absoluta e estimada; Tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva; Taxa de reinternação em 24 horas; Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV); Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM); Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central; Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC); Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada ao cateter vesical; Trato Respiratório: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; Infecção do Trato Urinário: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; e Corrente Sanguínea: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IN nº 4, 2010).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da presente pesquisa, como o tipo de estudo, abordagem, estratégia e natureza, assim como também evidencia a amostra e o modo de análise dos dados.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

3.1.1 Tipo de estudo

A estratégia de pesquisa é o Estudo de Caso, muito utilizada em pesquisas científicas direcionadas por avaliações qualitativas. Este tipo de pesquisa é caracterizada pela descrição, compreensão e interpretação de fatos e fenômenos, em contraposição à avaliação quantitativa, na qual predomina mensurações. Os fenômenos são pesquisados em seu ambiente natural, não havendo qualquer interferência do pesquisador sobre eventos ou variáveis. O pesquisador apreende a situação e busca descrever, compreender e interpretar todo o contexto investigado (Martins & Theóphilo, 2009).

3.1.2 Local de estudo

O Hospital pesquisado, fundado em 1938, é um hospital geral, de ensino, integrante do SUS, de natureza pública estadual, o qual disponibiliza serviços médicos de alta complexidade, sendo referência em politraumatologia, com portas abertas à população. Possui em torno de 405 leitos hospitalares, de modo que 40 leitos são destinados para UTI-A. O hospital não possui nenhum tipo de acreditação ou certificação de qualidade. Participou, em 2000, de programas de avaliação pela CBA. Esse hospital possui duas UTIs para adultos – uma no segundo andar, com 20 leitos, voltada ao atendimento de pacientes clínicos – e a outra no sexto andar, preferencialmente ligada ao centro cirúrgico, que atende pacientes que se encontrem no pós-operatório.

A UTI-A desse hospital é administrada por uma empresa de caráter filantrópico, que tem a missão de contribuir para a melhoria dos serviços médicos oferecidos à população. A equipe multidisciplinar, contratada por meio de convênio com uma empresa sem fins lucrativos, é composta por profissionais como médicos intensivistas plantonistas e diaristas,

enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, auxiliares administrativos, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A empresa que administra a UTI-A mantém um contrato de trabalho com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo. Nesse contrato está estipulado que a empresa prestadora de serviço terá que cumprir metas e notificar os seus resultados referentes a indicadores quantitativos e qualitativos.

Os indicadores quantitativos são: Taxa de infecção hospitalar, com meta de até 6%; Tempo de permanência média na UTI, com meta de 7 dias; Taxa de mortalidade na UTI, com meta de 7%; Pneumonia associada à ventilação mecânica, com meta de até 6%; e Incidência de lesão por pressão, com meta de até 0,5%.

Os indicadores qualitativos são: Taxa de ocupação na UTI, com meta de 90%; Satisfação do usuário, com meta de 90%; Incidência de queda de paciente, com meta de até 0%; e Evolução no prontuário eletrônico, com meta de 100%.

Segundo informações do gestor de área, tais indicadores são coletados de forma periódica, por enfermeiros da UTI, escalados pelo gestor. A coleta de dados compreende ainda a notificação de eventos adversos, que é realizada por sistema eletrônico.

3.1.3 Primeira fase do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em três fases, sendo que na primeira, para o polo teórico, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre os construtos: qualidade em saúde, avaliação da qualidade, segurança do paciente, domínios da qualidade e indicadores em unidade de terapia intensiva. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa Médica da Instituição, junto à Secretaria Estadual de Saúde, na plataforma Brasil, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (número do CAAE 56334416.0.0000.5551), tendo sido aprovado pelo Comitê sob o parecer número 046490/2016.

3.1.4 Segunda fase do estudo

Nesta fase, a pesquisa foi transversal e descritiva, com aplicação do questionário HSOPSC (Reis, 2013), cujos itens foram estimados pela amostra por meio de uma escala de Likert de 5 pontos ancorados em 1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente. Outros detalhes serão apresentados nos tópicos seguintes.

A aplicação do questionário deu-se em um hospital público da cidade de São Paulo, de modo que foi aplicado aos profissionais da unidade de terapia intensiva (UTI-A), os quais prestam cuidados de forma direta ou indireta aos pacientes.

Nessa fase, buscou-se identificar o clima de segurança da unidade de terapia intensiva para adulto por meio do questionário HSOPSC. Por meio desse questionário é possível: identificar áreas em que a cultura necessita de aprimoramento; mensurar o desempenho de ações implementadas; realizar a busca e adesão de melhores desempenhos internos e externos; e identificar pontos de melhoria para fortalecimento da cultura de segurança. Desta forma, a escala possibilita mensurar a cultura de segurança pela percepção individual, por setor e pela organização. Esse questionário dura, em média, 10 minutos para ser preenchido (Reis, 2013).

Existem vários tipos de escalas para se medir atitudes. Atitudes são indicadores que sobre certas condições podem produzir condutas positivas ou negativas, com intensidade alta ou baixa (Martins & Theóphilo, 2009).

O HSOPSC contém 42 itens, que estão distribuídos em doze domínios, pontuados de 0 a 100%. Abaixo de 50%, são considerados frágeis; entre 50 e 75 são consideradas neutras e; acima de 75 escores, ou 75%, são considerados positivos para a cultura de segurança. Cada item do HSOPSC segue em uma escala de cinco pontos de *Likert*, ordenada e pontuada da seguinte forma: discorda totalmente/Nunca (0 %), discorda parcialmente/Raramente (25 %), neutro/Às vezes (50 %), concorda parcialmente/Quase sempre (75 %) e concorda totalmente/Sempre (100 %); a opção "não se aplica" não pontua. (Reis, 2013). A escala *Likert*, muito utilizada em pesquisas sociais, é um conjunto de itens de determinada dimensão, associada a um valor numérico de cada item. A somatória da pontuação indica a atitude favorável ou desfavorável em relação ao objeto que está sendo medido (Martins & Theóphilo, 2009).

Questionário é um importante e popular instrumento de coleta de dados para pesquisa social. A escala *Likert*, desenvolvida por Rensis Likert nos anos 1930, é muito utilizada em pesquisas sociais. Essa escala é capaz de transformar fatos considerados qualitativos em quantitativos por meio de um conjunto de itens de determinada dimensão. Cada conjunto de itens é apresentado em forma de afirmação, em que se pede ao sujeito que extreme sua reação, escolhendo um dos pontos da escala. Cada ponto é associado a um valor numérico. A somatória da pontuação indica a atitude que é uma predisposição apreendida pelo sujeito para responder de maneira favorável ou desfavorável frente a um objeto ou representação simbólica (Martins & Theóphilo, 2009).

As 12 dimensões da cultura de segurança são: Trabalho em equipe no âmbito das unidades, Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente, Aprendizado organizacional - melhoria contínua, Apoio da gestão para a segurança do paciente, Percepção geral da segurança do paciente, Retorno da informação e comunicação sobre o erro, Abertura da comunicação, Frequência de relato de eventos, Trabalho em equipe entre as unidades, Adequação de profissionais, Passagem de plantão ou de turno/transferências e Respostas não punitivas aos erros. Os resultados da pontuação dessa escala podem ser comparados com indicadores de qualidade de segurança do paciente. Também é útil para indicar fatores que necessitem de implementação ou que interfiram no clima de segurança, como: o trabalho em equipe, as condições no trabalho e a satisfação no trabalho (Carvalho & Cassiani, 2012).

Nos itens abaixo seguem as 12 dimensões do HSOPSC mostrando a que cada uma se refere:

- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes - pontua se os supervisores e gerentes levam em conta as opiniões dos colaboradores para melhorar a segurança do paciente.
- O aprendizado organizacional e melhoria contínua - mede a existência do aprendizado em decorrência dos erros que devem levar a mudanças de atitude efetivas.
- O trabalho em equipe dentro das unidades - avalia se os colaboradores trabalham em equipe com respeito e apoio mútuo.
- Abertura da comunicação - analisa se os colaboradores conversam naturalmente, entre seus pares e superiores, sobre erros que atingiram ou poderiam atingir o paciente.
- O retorno das informações e da comunicação sobre erro - avalia se os colaboradores percebem erros e possíveis erros, se todos relatam ou notificam, e se discutem medidas de mudança para melhoria.
- Respostas não punitiva aos erros - trata-se de como os colaboradores se sentem em relação aos erros, e se existe a ideia de que os erros cometidos podem ser usados contra eles ou colocados em suas fichas funcionais.
- Adequação de profissionais – analisa se os colaboradores estão lidando bem com sua carga horaria de trabalho e se o número de colaboradores está adequado a fornecer uma assistência segura.
- Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente – mede o quanto a gestão do hospital promove um clima de segurança e sinaliza que a segurança do paciente é prioridade.

- Trabalho em equipe entre as unidades – analisa a cooperação e coordenação das unidades do hospital entre si, a fim de promover uma assistência de qualidade.
- Passagens de plantão/turno e transferências internas – analisa se existe troca de informações pertinentes do paciente, entre unidades e durante a passagem de plantão.
- Percepção geral da segurança do paciente – analisa a existência de procedimentos e sistemas na unidade para evitar a incidência de erros e inexistência de problemas de segurança.
- Frequência de eventos notificados – está relacionado com a notificação e relato de incidentes com ou sem dano ao paciente, assim como incidente que não chegou a alcançar o paciente e foram interceptados previamente. (Reis, 2013).

O questionário, intrínseco no domínio segurança, é um instrumento para mensuração da cultura de segurança. O questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) ou Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente possui perguntas ordenadas e foi encaminhado à equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros), que responderam sem a presença do pesquisador. O pesquisador fez explicações prévias sobre o propósito e a finalidade da pesquisa, a fim de despertar interesse dos informantes para que respondam ao questionário sobre segurança do paciente. O questionário foi aplicado à equipe multiprofissional pelo próprio pesquisador, em ambiente reservado e no horário de trabalho. Os respondentes (participantes voluntários) também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

3.1.5 Critério de inclusão

Foi considerado como critério de inclusão: o funcionário que trabalha 20 horas semanais ou mais no setor.

3.1.6 Amostra

Uma amostra, segundo Martins e Theóphilo (2009), é uma parte da população que é selecionada para análise, de modo que a população constitui a totalidade dos itens, objetos ou pessoas.

A população ou número total de funcionários que prestam assistência direta ou indireta aos pacientes desta UTI-A é de 180. A equipe multiprofissional da UTI-A desse hospital é composta por 14 médicos, 20 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogos, 1 nutricionista, 22 enfermeiros, 120 auxiliares e técnicos em enfermagem, os quais se dividem em turnos de 6 horas diárias nos períodos da manhã e da tarde e 12 horas no período noturno, com cargas horárias de 36 horas semanais. Há ainda 4 copeiras e 4 auxiliares administrativos que trabalham 12 horas no período diurno. A maioria do efetivo é composta pela equipe de enfermagem.

Os questionários foram dirigidos à equipe multiprofissional nos meses de agosto e setembro de 2016.

As amostras podem ser classificadas como probabilísticas e não probabilísticas. As probabilísticas acontecem quando há possibilidades para que o respondente seja selecionado. Já as amostras não probabilísticas ocorrem quando não há possibilidades de os respondentes serem selecionados (Malhotra, 2012). A amostra deste estudo pode ser classificada como de conveniência e não probabilística. Neste tipo de amostragem existe uma escolha deliberada dos elementos da amostra. Assim, as amostras não probabilísticas não garantem representatividade da população (Martins & Theóphilo, 2009).

O questionário sobre segurança do paciente foi entregue a 150 profissionais de diversos cargos que prestam assistência direta ou indireta ao paciente na UTI-A em horário de trabalho e que se mostraram com tempo disponível para respondê-lo, porém, apenas 53 devolveram o HSOPSC com preenchimento mínimo completo.

A amostra total dos respondentes foi de 53 profissionais, porém, foi excluído 01 profissional médico, por trabalhar menos que 20 horas semanais, restando, então, 52 respondentes.

3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

É importante lembrar que em qualquer fase desta pesquisa não existiu qualquer tipo de risco à instituição, aos pacientes ou aos profissionais participantes.

Nesta fase do estudo houve uma investigação realizada por meio de evidência documental, ocorrendo a análise de dados secundários fornecidos pelo gestor da unidade e CCIH, dados estes referentes ao mês de dezembro de 2015 até setembro de 2016, dos

indicadores de qualidade dos domínios: segurança, efetividade, eficiência e centralidade no paciente.

No domínio segurança foram analisados indicadores de taxa de infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC), incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica, queda e lesão por pressão na UTI-A. No domínio efetividade, foram analisados dados de taxa de mortalidade na UTI-A e implantação de diretrizes e protocolos clínicos. No domínio eficiência, foram analisados dados de ocupação operacional de UTI e média de permanência UTI adulto. E no domínio centralidade no paciente foram analisados dados sobre a satisfação do cliente.

3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Nesta fase foi analisada a escala de clima de segurança (HSOPSC), correlacionando-a a indicadores de qualidade da UTI adulto, nos domínios: segurança, efetividade eficiência e centralidade no paciente. Esses indicadores foram comparados às médias de padrões pré-estabelecidos, disponíveis no *site* do SAHE, DATASUS e artigos científicos que inferiram tais indicadores em hospitais de ensino.

A análise estatística descritiva e inferencial foi realizada por meio do *software* estatístico *Stata* e interpretação quantitativa.

As pesquisas quantitativas são aquelas em que os dados podem ser quantificados e/ou mensurados. Tais dados são organizados e tabulados para serem aplicados em testes estatísticos. Os dados e números pedem descrição, compreensão, interpretação e análise (Martins & Theóphilo, 2009).

.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 Efetividade

No domínio efetividade foram analisados dados de taxa de mortalidade na UTI-A e implantação de diretrizes e protocolos clínicos.

Em relação ao coeficiente de mortalidade geral observado na unidade estudada e no período em que foi aplicado o estudo, observaram-se taxas que variaram entre 21% e 29 % (média de 23%), sendo que a previsão de mortalidade pelo SAPS3 da mesma unidade variou entre 52% e 56% (média 54%), o que pode estar correlacionado a uma assincronia entre a classificação anotada em prontuário e a real condição crítica dos pacientes internados. Importa lembrar no estudo que a mortalidade observada não difere substancialmente dos dados disponíveis no DATASUS, que dão conta que o coeficiente de mortalidade geral no ano de 2014 foi de 26,30% para Unidades de Terapia Intensiva de porte e características semelhantes à estudada.

Com relação à existência de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, o que se observou foi à inexistência de protocolos clínicos de formatação original de condutas médicas comuns em unidades de terapia intensiva. Foram identificados apenas protocolos gerais de enfermagem e do serviço de nutrição clínica, tais como o de insulinoterapia e protocolo de progressão de dieta enteral, inexistindo, portanto, protocolos e rotinas médicas específicas para atendimento das principais patologias e condições críticas na unidade.

4.2 Eficiência

A taxa de ocupação operacional que a unidade exibiu no período dez meses, variou entre a média de 94%. Se for levada em consideração características de demanda de sua unidade de emergência do pronto socorro que se apresenta como um centro regional de referência para atendimentos de traumatologia, essa média poderia ser maior.

O tempo médio de permanência foi de 8,7 dias, o que corrobora os estudos de Cyrino e Dell'Acqua (2012), que constataram média de permanência similar em uma UTI de adultos de um hospital escola com perfil semelhante.

4.3 Centralidade no Paciente

Considera-se que em um ambiente de UTI, a satisfação do paciente é ainda mais subjetiva, pois se deve levar em conta o estado clínico do paciente, que muitas vezes se encontra inconsciente. Desta forma, o questionário de satisfação foi direcionado aos familiares ou a pacientes que se encontravam conscientes durante o período de internação.

Neste domínio, a satisfação do cliente segundo dados obtidos por questionário simples, oferecido pelos auxiliares administrativos pós-alta da UTI-A, resultou em 90% de clientes/pacientes satisfeitos. Entretanto, dadas as características do contrato de gestão estabelecido entre a Organização Social de Saúde (OSS), que inclui cláusula de remuneração adicional por esse indicador, este ponto mereceria melhor análise.

4.4 Segurança

No domínio segurança, foram analisados dados fornecidos pelo gestor de área e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): indicadores de taxa de infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central com confirmação laboratorial, incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica, queda, lesão por pressão e aplicação um questionário sobre segurança do paciente.

Com relação à densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada ao uso de cateter venoso central com confirmação laboratorial, conforme dados fornecidos pelo CCIH, a unidade estudada apresentou uma taxa de 8,9%, índice bastante superior ao descrito pelo Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), em 2014, cuja taxa foi 4,07%.

Já a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica foi de 2%, ao passo que a mesma taxa descrita no SAHE foi de 13,56%. Esse dado apresenta média muito abaixo da descrita pelo SAHE.

Semelhantemente, ao se avaliar os dados relativos à presença de lesões por pressão de decúbito, o que se observou na unidade foi o relato de casos em 4%, número bem menor que aqueles descritos por Rogenski (2011), que concluiu que a prevalência geral de lesão por pressão é de 19,5% em unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Em uma revisão bibliográfica realizada por Santos (2014), a incidência de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva para adultos foi de 23 a 35%.

Com referência a quedas na unidade, o que se observou foi uma frequência de 0,02% desses eventos, contra uma média de incidência de queda na UTI-A, segundo outro estudo, de 0,05%. (Nascimento, Toffoletto, Gonçalves, Freitas, & Padilha, 2008).

Desta forma, ao se comparar dados do SAHE, DATASUS e outros estudos em hospitais de ensino com os dados obtidos da UTI-A objeto deste estudo de caso, sobre os domínios segurança, efetividade, eficiência e centralidade no paciente, foram encontrados os seguintes resultados, expressos na Tabela 3.

Tabela 3
Comparação de indicadores de qualidade da UTI-A com indicadores do SAHE, DATASUS e outros estudos.

Indicadores	**Média do Hospital analisado**	**Padrão**	**Fonte**
Taxa de infecção de corrente sanguínea associada à CVC com confirmação laboratorial (IPCSl X 1000 / CVC)	8,9%	4,07%	SAHE, 2014
Tempo de permanência na UTI	8,7 dias	9 dias	Cyrino & Dell'Acqua, 2012
Mortalidade na UTI	23%	36,30%	DATASUS, 2014
Mortalidade prevista para SAPS3	55%	Dado não disponível nas bases de dados	
Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. Dispositivo no ano/dispositivos no dia X 1000 / VM	2%	13,56%	SAHE, 2014
Incidência de Lesão por pressão N° de casos novos X 100 / de pessoas expostas	4%	19,5%	Rogenski, 2011
Taxa de ocupação	94%	Dado não disponível nas bases de dados	
Satisfação do usuário	90%	Dado não disponível na base de dados	
Incidência de queda do paciente	0,02%	0,05%	Nascimento *et al*., 2008

Fonte: Autoria própria.

Foram distribuídos 150 questionários para todos os profissionais presentes na UTI-A, de modo que retornaram apenas 53 questionários respondidos. Desta forma, obteve-se uma amostra total de 53 respondentes, sendo que 1 foi excluído por não atender ao critério de inclusão, que é trabalhar no mesmo setor por mais de 20 horas semanais; restou então, uma amostra total de 52 respondentes.

4.5 Estatísticas descritivas do questionário

A estatística descritiva é uma sumarização, organização e descrição de um conjunto de dados que podem ser descritos por meio de tabelas ou gráficos (Martins & Theóphilo, 2009). Na análise descritiva, encontraram-se os seguintes resultados quanto às seguintes variáveis.

Do grupo de respondentes do questionário aplicado, (52) 86,5% trabalhavam na unidade há menos de 1 ano, 7,7% entre 1 e 5 anos, e 5,7% mais do que 5 anos, tal como pode ser observado na Tabela 4.

Quando questionados acerca do tempo de atuação em UTI, os respondentes apresentaram distribuição semelhante, qual seja: 84,6% com menos de um ano, 1,9% entre um e cinco anos, 5,7% acima de 5 anos, sendo que 7,6% do grupo não responderam a essa questão, como pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 4
Tempo de trabalho dos colaboradores no hospital.

Tempo total	Colaboradores	Porcentagem
Menos de 1 ano	45	86.5%
1 a 5 anos	04	7,7%
6 a 10 anos	01	1,9%
16 a 20 anos	02	3,8%

Fonte: Autoria própria.

Tabela 5
Tempo de trabalho dos colaboradores em UTI.

Tempo total	Colaboradores	Porcentagem
Menos de 1 ano	44	84,6%
1 a 5 anos	01	1,9%
6 a 10 anos	01	1,9%
16 a 20 anos	02	3,8%

Não responderam	04	7,6%

Fonte: Autoria própria.

Do grupo pesquisado, 13,4% eram profissionais médicos, 11,5% enfermeiros, 53,8% técnicos de enfermagem, 15,3 % outros profissionais de saúde (fisioterapeutas e fonoaudiólogos) e 5,7% profissionais de apoio administrativo. Quanto à carga de trabalho, 43 (82,69%) respondentes atuavam entre 20 e 40 horas semanais, enquanto 9 (17,26%) excediam essa jornada.

Foi possível concluir também que 22 (42,4%) dos respondentes são do sexo masculino e 30 (57,6%) do sexo feminino, e destes profissionais, 90, 3% prestava assistência direta com os pacientes, ao passo que para 9,7% esse contato foi indireto. Ademais, 32,2% dos respondentes tinham nível educacional superior, enquanto 51,9% nível secundário e 5,7% primário.

Ao serem questionados acerca do preenchimento de notificações sobre eventos ou ocorrências adversas aos pacientes, os respondentes, em sua maioria 78,8%, notaram a baixa frequência dessa prática, conforme apresentado na Tabela 6, o que pode significar a ausência de instrumentos formais de gerenciamento desse tipo de risco à segurança.

Tabela 6
Quantidade de relatórios de eventos adversos preenchidos nos últimos três meses pelos respondentes.

Relatórios	**Respondentes**	**Porcentagem**
Nenhum	41	78,8%
1 a 2	07	13,4%
3 a 5	02	3,8%
11 a 15	02	3,8%

Fonte: Autoria própria.

4.6 Análise Inferencial do questionário

A análise estatística inferencial é o método que torna possível a estimação de características de uma população tendo como base, resultados de amostras (Martins & Theóphilo, 2009).

A Tabela 7 mostra a análise estatística do questionário de segurança do paciente (HSOPSC), em 12 dimensões. Para facilitar a analise foi identificado cada dimensão pelas

seguintes siglas: TE - Trabalho em equipe dentro das unidades ou no departamento de trabalho, Super - Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente ou atitudes do supervisor chefe, AO - Aprendizado organizacional - melhoria contínua, AG - Apoio da gestão para segurança do paciente, PSP - Percepção geral da segurança do paciente, Retro - Retorno da informação e comunicação sobre o erro ou processo de retroalimentação, Acom - Abertura da comunicação, NT - Frequência de relato de eventos ou processo de notificação, TEE - Trabalho em equipe entre as unidades/ departamentos, AP - Adequação de profissionais, PPT - Passagem de plantão ou de turno/transferências e RNP - Cultura de respostas não punitivas aos erros.

A melhor especificação do modelo segue a equação: $PSP = \alpha\ TE + \beta\ AO + \gamma\ AP + \delta\ RNP + \zeta\ Super + \mu\ Retro + \eta\ Acom + \theta\ NT + \iota\ AG + \kappa\ TEE + \lambda\ PPT + \varepsilon$.

O número total de respondentes observados nesta análise foi de 52, porém, foi eliminado 1, devido ao fato de suas respostas não serem congruentes.

Tabela 7
Análise do questionário sobre segurança do paciente HSOPSC.

Source	SS	df	MS		
Model	138.528607	11	12.5935097	Number of obs =	52
Residual	164.702162	40	4.11755406	F(11, 40) =	3.06
Total	303.230769	51	5.94570136	Prob > F =	0.0047
				R-squared =	0.4568
				Adj R-squared =	0.3075
				Root MSE =	2.0292

PSP	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
TE	-.0079579	.1718695	-0.05	0.963	-.3553191	.3394033
AO	-.1682109	.2126936	-0.79	0.434	-.5980808	.2616589
AP	.169077	.1608307	1.05	0.299	-.1559739	.4941279
RNP	.4298905	.1625667	2.64	0.012	.1013309	.7584501
Super	-.1210288	.1434636	-0.84	0.404	-.4109795	.168922
Retro	-.0237237	.1490472	-0.16	0.874	-.3249594	.2775119
Acom	-.1981943	.2256157	-0.88	0.385	-.6541806	.257792
NT	.2240886	.1210669	1.85	0.072	-.0205967	.4687739
AG	.3764821	.1780856	2.11	0.041	.0165577	.7364065
TEE	.0355637	.1382679	0.26	0.798	-.2438861	.3150134
PPT	.1864898	.1080804	1.73	0.092	-.031949	.4049285
_cons	3.183953	2.302265	1.38	0.174	-1.469098	7.837005

Legenda: PSP - percepção de segurança do paciente, TE - trabalho em equipe no departamento de trabalho, AO - aprendizagem organizacional, AP - adequação do profissional, RNP - cultura de respostas não punitivas, Super - atitude do supervisor, Retro - processo de retroalimentação, Acom - abertura para comunicação, NT - processo

de notificação, AG - apoio à gestão, TEE - trabalho em equipe com outros departamentos, PPT - passagem de plantão ou turno e ε - erro.

A capacidade explicativa da melhor especificação possível é conjuntamente significativa a $p<0.01$. (Teste F de significância conjunta). O modelo possui uma capacidade explicativa de 0.4569, o que significa que 45.68% da variação na percepção de segurança dos pacientes podem ser explicadas pelas dimensões incluídas no modelo.

No entanto, quando analisadas individualmente, somente as variáveis - Apoio à Gestão e Respostas não Punitivas são significativas a $p<0.05$. As variáveis - Passagem de plantão ou turno e Processo de Notificação são estatisticamente significativas a $p<0.10$.

O modelo foi rodado novamente incluindo somente as variáveis estatisticamente significativas. Matematicamente, a especificação ficou: $PSP = \delta\ RNP + \theta\ NT + \iota\ AG + \lambda\ PPT + \varepsilon$.

A Tabela 8 mostra o resultado da nova especificação: perde potência explicativa, tanto de forma conjunta quanto em nível individual, o que demonstra que as demais variáveis, apesar de não serem individualmente significativas, são fatores *confounding*.

Tabela 8
Resultado de nova especificação com variáveis estatisticamente significáveis do questionário HSOPSC.

Source	SS	df	MS		
Model	111.209843	4	27.8024607	Number of obs =	52
Residual	192.020926	47	4.08555163	F(4, 47) =	6.81
				Prob > F =	0.0002
Total	303.230769	51	5.94570136	R-squared =	0.3667
				Adj R-squared =	0.3129
				Root MSE =	2.0213

PSP	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
RNP	.3103869	.1372705	2.26	0.028	.0342342	.5865395
NT	.1297903	.0792211	1.64	0.108	-.029582	.2891626
AG	.2271229	.1417065	1.60	0.116	-.0579538	.5121997
PPT	.1595368	.0932985	1.71	0.094	-.0281556	.3472293
_cons	4.048908	1.617066	2.50	0.016	.7957909	7.302026

Legenda: PSP - percepção de segurança do paciente, TE - trabalho em equipe no departamento de trabalho, AO - aprendizagem organizacional, AP - adequação do profissional, RNP - cultura de respostas não punitivas, Super - atitude do supervisor, Retro - processo de retroalimentação, Acom - abertura para comunicação, NT - processo de notificação, AG - apoio à gestão, TEE - trabalho em equipe com outros departamentos, PPT - passagem de plantão ou turno e ε - erro.

Comumente, *confounding variables* são fortemente correlacionadas com variáveis explicativas estatisticamente significativas. Para ter mais *insight* a respeito da relação entre as variáveis explicativas, um correlograma foi montado usando correlações de Pearson (Tabela 9).

Tabela 9
Correlograma de variáveis Pearson – estudo efetuado em UTI-A de um Hospital Geral Público de referência para traumatologia no município de São Paulo – 2016.

	TE	AO	AP	RNP	Super	Retro	Acom	NT	AG	TEE	PPT
TE	1										
AO	0.6461	1									
AP	0.4053	0.3258	1								
RNP	0.2968	0.504	0.1623	1							
Super	0.2463	0.3347	0.0177	0.2842	1						
Retro	0.2707	0.5267	0.1487	0.0894	0.4219	1					
Acom	0.5712	0.6477	0.2379	0.2928	0.406	0.7391	1				
NT	0.23	0.4533	0.3084	0.0288	0.2872	0.7327	0.6969	1			
AG	0.4558	0.5726	0.2609	0.2471	0.5796	0.5272	0.5463	0.5184	1		
TEE	0.2659	0.4493	0.2415	0.2059	0.4697	0.3969	0.3843	0.3514	0.48	1	
PPT	0.2353	0.2569	0.1861	0.3478	0.2538	-0.155	0.144	-0.109	0.1217	0.136	1

Legenda: PSP - percepção de segurança do paciente, TE - trabalho em equipe no departamento de trabalho, AO - aprendizagem organizacional, AP - adequação do profissional, RNP - cultura de respostas não punitivas, Super - atitude do supervisor, Retro - processo de retroalimentação, Acom - abertura para comunicação, NT - processo de notificação, AG - apoio à gestão, TEE - trabalho em equipe com outros departamentos, PPT - passagem de plantão ou turno e ε – erro.

Correlações menores que 0.5 (em módulo) são consideradas fracas. Entre 0.5 e 0.75, neutras, e acima de 0.75 são consideradas fortes. Algumas correlações valem menção: Processo de retroalimentação e abertura para comunicação, processo de retroalimentação e processo de notificação, abertura para a comunicação e processo de notificação, trabalho em equipe e abertura para comunicação e abertura para comunicação e apoio organizacional.

Testes para três ou mais grupos independentes utilizados na analise dos dados de pesquisa em que exista três ou mais variáveis independentes, o pesquisador necessita saber, se estas variáveis são procedentes da mesma população. Quase sempre os resultados amostrais são diferentes e a dificuldade existe em saber se a diferença entre as populações indicam uma real diferença ou apenas casuais variações previsíveis (Martins & Theóphilo, 2009).

A Análise de variância é técnica paramétrica mais utilizada para testar se diversas amostras, provém da mesma população. A possibilidade para o uso da ANOVA são que as observações tenham sido extraídas, independentemente, de população normalmente distribuída (Martins & Theóphilo, 2009).

A ANOVA pode ser usada quando possivelmente as observações tenham sido captadas, independentemente, de população normalmente distribuída com igual variância. É

necessário também que se obedeça a um intervalo na mensuração da variável a ser estudada. No caso de o pesquisador entender que as suposições não condizem com a realidade do problema, ou que a mensuração de sua variável não atinge a escala intervalar terá a opção de empregar outros testes (Martins & Theóphilo, 2009).

Análise de variância - ANOVA – é então, um método estatístico que por meio de um teste de igualdade de médias é possível verificar se as variáveis independentes afetam de maneira sistemática alguma variável de interesse (variável de estudo ou dependente) (Martins & Theóphilo, 2009).

As variáveis independentes (fatores) podem ser quantitativas ou quantitativas, já as variáveis de interesse (de estudo ou dependentes) devem ser quantitativas, intervalar e observada em cima das classes dos fatores. Como por exemplo: saber quais fatores interferem no consumo de combustível; marca ano etc (Martins & Theóphilo, 2009).

O Coeficiente de Correlação Linear de Pearson é um indicador do grau de relação linear entre duas variáveis intervalares. E é uma mediada de associação que não depende das unidades de medida das variáveis (Martins & Theóphilo, 2009).

O coeficiente próximo do zero significa que não há associação linear, porém quanto maior associação linear, mais próximo de + 1 ou – 1 estará o valor de coeficiente r. Esta interpretação é puramente matemática, isenta de fatores de causa e efeito. Desta forma, outras variáveis podem influenciar o diminuir ou o aumentar de certas variáveis causando correlações (Martins & Theóphilo, 2009).

4.7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De uma forma geral, a unidade estudada apresenta indicadores de desempenho de seus processos funcionais bastante irregulares. Isso porque todos os indicadores estão muito abaixo ou acima até mesmo do que é descrito como meta pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, como o de lesão por pressão e pneumonia associada a ventilação mecânica. Estes se encontram em patamares bastante inferiores aos observados nas bases de dados pesquisados, o que pode estar relacionado à baixa notificação de eventos observada neste estudo.

Porém, a infecção de corrente sanguínea por cateter venoso central com confirmação laboratorial, apresenta-se em média superior (8,9%) a média disponível no site do SAHE que é de 4,07%. Este se encontra em patamar bastante superior aos observados nas bases de dados

pesquisadas, o que pode estar relacionado à relativa pequena experiência do corpo de colaboradores ou à inexistência de boas práticas de prevenção e garantia de segurança.

De outra parte, ao se avaliar os dados relativos à média de permanência, observa-se que esta se mantém próxima da média relatada por Cyrino e Dell'Acqua (2012), ou seja, 8,7 dias, enquanto que os indicadores de mortalidade relativos ao indicador SAPS3 apresentaram média de 23%, bem menor que a prevista originalmente. Nesse sentido, há duas possibilidades a serem consideradas, quais sejam: a primeira é a de que a unidade é altamente efetiva no cuidado de seus pacientes internados, possivelmente pela presença de pacientes mais jovens vítimas de acidentes com veículos automotivos; e a segunda, de que o preenchimento do instrumento preditor do SAPS3 esteja sendo realizado de forma incorreta.

Ambas as considerações apresentam argumentos fortes para seu questionamento, a saber: a elevada frequência de infecção de corrente sanguínea, já citada, que constitui indicadores de práticas inadequadas de manipulação das tecnologias invasivas utilizadas na unidade (isto na primeira situação) e a utilização deste indicador no rol de indicadores avaliados para a remuneração da OSs (Organização Social de Saúde) contratada. Tais possibilidades merecem estudos mais aprofundados, por parte da entidade contratante, sobre os mecanismos de aferição dos indicadores e regulação dos contratos.

Com referência aos demais indicadores de processos, quais sejam, lesão por pressão, observado 4% face ao referido por Rogenski (2011), de 19,5%; e incidência de queda em pacientes internados, observado de 0,02% em face de 0,05% descrito por Nascimento *et al*. (2008), o que se pôde inferir foi que a unidade pode se caracterizar como um centro de assistência que tem seus quadros completos e habilitados nas práticas de prevenção e manejo desses eventos, resultando em indicadores favoráveis quanto à qualidade dos serviços prestados.

Outro ponto importante a ser considerado se refere aos índices de satisfação dos usuários e pacientes egressos da unidade, cuja apuração é procedida pela entidade gestora e apresentou-se em níveis de 90% de satisfação. Em relação a este item, entretanto, não há dados apurados diretamente pelos gestores do Hospital estudado – tampouco pela Secretaria de Estado da Saúde – que permitam a validação da real impressão de que os serviços prestados pela unidade estejam em conformidade com padrões aceitáveis de qualidade.

A segunda vertente de análise se concentra, com maior especificidade, nos dados informados pelos questionários HSOPSC, composto pelas seguintes dimensões: Percepção de segurança do paciente (PSP), Trabalho em equipe no departamento de trabalho (TE), Aprendizagem organizacional (AO), Adequação do profissional (AO), Cultura de respostas

não punitivas (RNP), Atitude do supervisor (Super), Processo de retroalimentação (Retro), Abertura para comunicação (Acom), Processo de notificação (NT), Apoio a gestão (AG), Trabalho em equipe com outros departamentos (TEE), Passagem de plantão ou turno e ε erro (PPT).

Os dados apresentados permitiram a inferência de que as dimensões mais relevantes para os profissionais respondentes em nível de p>0,05 foram o Apoio à gestão e Respostas não punitivas, e em nível de p>0.10 foram Passagem de plantão ou turno e Processo de notificação. Tais observações se contrapõem ao descrito por Silva, Barbosa, Padilha e Malik (2016), que estabeleceram em pesquisa realizada em 11 hospitais que as dimensões Aprendizagem organizacional e Percepção sobre a segurança do Paciente são as mais relevantes para o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Tais observações podem levar a inferências acerca do grau de maturidade das equipes que atuam na unidade, seus elementos de cooperação e trabalho em equipe, bem como do modelo de gestão de risco implantado na unidade quanto à sua assertividade e resolubilidade. Novamente, identificam-se fatores alheios aos controles desses processos pelas instâncias executivas que deveriam ser as responsáveis pela sua execução, não assegurando padrões de continuidade dos cuidados, qualidade e garantia de segurança.

Por fim, ao se analisar as correlações entre as dimensões estudadas, aparecem como importantes as estabelecidas entre processo de retroalimentação e abertura para comunicação, processo de retroalimentação e processo de notificação, abertura para a comunicação e processo de notificação, trabalho em equipe e abertura para comunicação e abertura para comunicação e apoio organizacional, essencialmente ligadas ao ambiente interno da unidade estudada.

Porém, o resultado mostrado pode ter sofrido interferência, já que a maioria dos respondentes do setor possuem menos de um ano no setor, e segundo Reis (2013), funcionários com menos de três meses de experiências com contratos por CLT (Consolidação das Leis Trabalhista) tendem a avaliar de forma positiva a unidade de trabalho.

As inferências possíveis se relacionam, em princípio, ao exíguo tempo de existência do contrato de gestão (6 meses), ao tempo de trabalho das equipes contratadas, menos de 1 ano, e às possíveis interferências culturais existentes entre o Hospital e a OSs (Organização Social) contratada para a operação da unidade. Importa salientar que essas questões somente poderão ser resolvidas com a identificação da cultura de ambas organizações e o decurso do contrato com a Organização Social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

O presente trabalho buscou abordar o modo como as questões de qualidade assistencial e práticas que garantem maior segurança aos pacientes e usuários se apresentavam em uma UTI-A pertencente a um grande hospital geral de ensino do município de São Paulo.

Nesse sentido, foi identificado, por meio da análise de indicadores gerais de qualidade, que a unidade estudada encontrava-se em determinado estado em que melhorias importantes poderiam ser implementadas em seus processos assistenciais e de apoio. Como exemplo, é possível citar procedimentos rotinizados, implantação de protocolos clínicos e o desenvolvimento de um vigoroso programa de treinamento em serviço, tendo como base os resultados obtidos, os quais podem vir a se constituir em elemento importante de melhoria da qualidade assistencial.

Outra questão importante se refere às prerrogativas de controle de execução de contrato, tal como aquele existente na unidade estudada, que por princípio de boa prática de gestão, deveriam ser executadas pelas instâncias contratantes. Não se pode tomar como assertiva a afirmação, mas a impressão que se assenta aos pesquisadores é que um volume razoável de variáveis críticas que são acompanhadas unicamente pelo prestador de serviços, de modo que deve se rever esse procedimento em pesquisas futuras.

O que se percebeu, ademais, foi uma percepção neutra de segurança por parte dos profissionais que prestam cuidados diretos e indiretos ao paciente. Percepção de fatores que podem levar a uma assistência insegura.

Como contribuições adicionais, espera-se que os resultados aqui obtidos sejam de utilidade aos gestores e a autoridades do setor de saúde na reorganização de seus serviços de atenção aos pacientes críticos e na melhoria das condições de atendimento à população usuária do Hospital.

Desta forma, os objetivos geral e específico desta pesquisa foram alcançados ao avaliar a qualidade e o nível da assistência à saúde prestada em uma UTI adulto por meio dos seguintes domínios: segurança, efetividade, eficiência e centralidade no paciente. Sendo direcionados ao gestor, tais resultados para possíveis implementações de melhorias.

5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Um fator limitante para o presente estudo diz respeito à circunstância de que atitude e valor são difíceis de serem avaliados e, conforme já mencionado, as escalas não podem ser interpretadas isoladamente. Outro fator limitante é o fato de que o hospital pesquisado ainda não possui uma cultura de segurança e ainda existe a subnotificação de incidentes, que pode alterar os resultados da coleta de dados. Em algumas situações, a subnotificação existe devido à cultura punitiva que leva à omissão de notificação de incidentes, ainda muito recorrente no Brasil.

Ainda outro fator limitante para a pesquisa é a forma de coleta dos dados para os indicadores e sistema de notificação da empresa que administra a unidade de terapia intensiva, alterando a completa confiabilidade, pois a coleta de dados não é realizada de forma contínua e periódica por profissionais devidamente treinados. Não existe, na UTI em questão, treinamento e cobrança para a realização de notificação de eventos adversos no sistema eletrônico disponível.

A despeito da utilização de técnica estatística que permitem análises mais robustas acerca das dimensões e variáveis que influenciam a qualidade a ser medida, o resultado observado acerca das taxas mais gerais de qualidade e garantia de segurança – tais como a existência de altos índices de densidade de infecção da corrente sanguínea em portadores de cateteres venosos centrais com confirmação laboratorial – não permitiu o estabelecimento de correlações entre esses dados e os obtidos com a aplicação do questionário. Em decorrência, a análise dos resultados permite duas abordagens específicas, quais sejam: a primeira, envolvendo esses indicadores e dados de prática profissional dos respondentes; e a segunda, analisando-se os resultados da análise de variância do questionário.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2013). *QUALISS - Indicadores Hospitalares Essenciais*. Brasília, DF. Recuperado em 31 maio 2016, de http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude/monitoramento-da-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/modulos-e-indicadores/qualiss-indicadores-hospitalares-essenciais-2013/14?highlight=WyJpbmRpY2Fkb3JlcyJd.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., … & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, *344*, e 1717.

Alves, K. Y. A., Costa, T. D. da, Barros, A. G. de, Lima, K. Y. N. de, & Santos, V. E. P. (2016). Patient safety in intravenous therapy in the intensive care unit. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, *8*(1), 3714–3724.

Aspden, P., Corrigan, J. M., Wolcott, J., & Erickson, S. M. (Eds.). (2004). *Patient safety: achieving a new standard for care*. National Academies Press.

Associação Brasileira de Estomaterapia (2016). Classificação das lesões por pressão - consenso NPUAP 2016 - adaptada culturalmente para o Brasil. Recuperado em 22 de outubro de 2016, de http://www.sobest.org.br/textod/35.

Bittar, O. J. N. V. (2015). Saúde e Administração. Opinião. *Boletim Epidemiológico Paulista, 12*(139), 13-14.

Bittar, O. J. N. V., (1996). Hospital: qualidade & produtividade. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *1*(3), 255–256.

Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *Mundo Saúde*, *35*(5), 319-31.

Caixeiro, F. T. O. (2011). *Aplicação do método análise dos modos de falha e seus efeitos (FMEA) para a prospecção de riscos nos cuidados hospitalares no Brasil.* Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Caldana, G., Gabriel, C. S., Bernardes, A., Pádua, R. X., Vituri, D. W., & Rossaneis, M. A. (2013). Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, *34*(2), 187–194.

Campbell, E. G., Singer, S., Kitch, B. T., Iezzoni, L. I., & Meyer, G. S. (2010). Patient safety climate in hospitals: act locally on variation across units. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources*, *36*(7), 319–326.

Campos, L. L., Figueiredo, V. F., Santos, J. M., Silva, A. B. O., Santos, M. C. R. & Mendes J. E. (2016). Análise do tratamento com laser de baixa potência em pacientes com úlcera por pressão. *Revista de Saúde da Faciplac,* 1(1).

Carvalho, R. E. F. L. (2011). *Adaptação transcultural do* Safety Attitudes Questionnaire *para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança* (Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto).

Carvalho, R. E. F. L. de, & Cassiani, S. H. D. B. (2012). Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *20*(3), 575–582.

Claro, C. M., Krocockz, D. V., Toffolleto, M. C., & Padilha, K. G. (2011). Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Revista Escola Enfermagem da USP, 45*(1), 167-72.

Corrigan, J. M. (2005). Crossing the quality chasm. In P. P. Reid, W. D. Compton, J. H. Grossman, & Gary Fanjiang (Eds.), *Building a Better Delivery System* (pp. 95-98). Washington DC, National Academies Press.

Couto, R. C., & Pedrosa, T. M. G. (2003). *Hospital: gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade viabilizando a sobrevivência*. Rio de Janeiro: Medsi.

Cyrino, C. M. S., & Dell'Acqua, M. C. Q. (2012). Sítios assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva e relação do nursing activities score com a infecção hospitalar. *Escola Anna Nery*, 712-718. https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400010.

DATASUS (s.d.). Portal da Saúde – SUS. Ministério da Saúde - Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF.

Dias, A. T., Matta, P. O. & Nunes, W. A. (2006). Índices de gravidade em unidade de terapia intensiva adulto: avaliação clínica e trabalho da enfermagem. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *18*(3), 276-281.

Diccini, S., Pinho, P. G. de, & Silva, F. O. da. (2008). Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16(4), 752-757. https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400016.

Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science*, *200*(4344), 856-864.

Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. *AHRQ Patient Safety Network*.

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, *114*(11), 1115–1118.

Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB. Quality Review Bulletin*, *18*(11), 356–360.

Duarte, S. D. C. M., Stipp, M. A. C., Silva, M. M. D., & Oliveira, F. T. D. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *68*(1), 144-154.

Emidio, L., Alonso, L. B. N., Ferneda, E. & Hedler, H. C. (2013). Acreditação Hospitalar: Estudo de Casos no Brasil. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, *3*(1), 98–113.

Feldman, L. B., & Cunha, I. C. K. O. (2006). Identification of result evaluation criteria for nursing service in hospital accreditation programs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *14*(4), 540–545.

Feldman, L. B., Gatto, M. A. F., & Cunha, I. C. K. O. (2005). Hospital quality evolution history: from patterns to accreditation. *Acta Paulista de Enfermagem*, *18*(2), 213–219.

Fernandes, C. T., Souza, R. C. de, Casablanca, R. S., Soares, R. I., & Scalco, S. V. (2015). Importância da qualidade nos serviços hospitalares. *Maiêutica - Cursos de Gestão*, *3*(1).

Fernandes, H. S., Pulsi, S. A. J. & Costa, R. F. (2010). Qualidade em terapia intensiva. *Rev Bras Clin Med*, *8*, 37-45.

Flin, R. (2007). *Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. Safety Science, 45*(6), 653–667.

Foguel, S., & Souza, C. C. (1995). *Desenvolvimento organizacional*. São Paulo: Atlas.

Fragata, J. I. G. (2010). A Segurança dos Doentes - Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 26*(6), 564-570.

Gaspary, L. V. (2014). Processo de acreditação hospitalar internacional de um hospital geral público da Grande São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*, *16*(62), 3-16.

Gomes, A. S., Klück, M. M., Riboldi, J., & Fachel, J. M. G. (2010). Mortality prediction model using data from the Hospital Information System. *Revista de Saúde Pública*, *44*(5), 934–941.

Guimarães, Z. B., Rodrigues, G. R. S., & Menezes, I. G. (2013). Indicadores como instrumento de qualidade para a prática da enfermagem: relato de experiência. *Revista Baiana de Enfermagem*, *27*(1).

Inchauspe, J. A. F., & de Moura, G. M. S. S. (2015). Applicability of the results of a user satisfaction survey by nursing. *Acta Paulista de Enfermagem*, *28*(2), 177–182.

Instrução Normativa 04, de 24 de fevereiro de 2010 (2010). Diário Oficial da União, n. 37, de 25 de fevereiro de 2010, seção 1, p. 52. Recuperado em 13 de maio de 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/int0004_24_02_2010.html.

Lima, A. F. C., Castilho, V., Rogenski, N. M. B., Baptista, C. M. C., & Rogenski, K. E. (2016). Custos da implantação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *17*(4), 1-9.

Lisbôa, R. M. (2015). *Regulação e qualidade assistencial: o Programa QUALISS da ANS na perspectiva das operadoras de planos de saúde* (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro).

Lisboa, T., C. D. C., Barcelos, R. R., & Branco, R. (2013). Definindo pneumonia associada à ventilação mecânica de infecção Hospitalar: um conceito em (des) construção. *Rev Bras Ter Intensiva*, *25*(2), 81-86.

Longo, R. M. J. (1996). *Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação*. Texto para discussão n. 397. Seminário "Gestão da Qualidade na Educação: Em Busca da Excelência". Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Machado, J. P. (2014). *O arranjo público-privado no Brasil e a qualidade da assistência hospitalar em São Paulo e no Rio Grande do Sul* (Tese de Doutorado, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro).

Machado, J. P., Martins, A. C. M., & Martins, M. S. (2013). Quality assessment of hospital care in Brazil: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(6), 1063–1082.

Malhotra, N. K. (2012). *Pesquisa de marketing*: uma orientação aplicada (6a. ed.). São Paulo: Bookman.

Manzo, B. F. (2012). *Assistência Multiprofissional em Unidades de Terapia Intensivas Neonatais Acreditadas em Nível de Excelência* (Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte).

Marinho, A., Barata, F., Bordalo, I., Tavares, L., Trindade, L., Lage, M. J., & Ramos, S. (2013). 11 Anos Depois: A Evolução de um Sistema de Relato de Incidentes num Centro Hospitalar de Lisboa. In *3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente* (p. 9). Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL).

Martins, G. A. & Theóphilo C. R. (2009), *Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas* (2a. ed.). São Paulo: Atlas.

Mendes, G. H. de S., & Mirandola, T. B. de S. (2015). Hospital accreditation as an improvement strategy: impacts and difficulties in six accredited hospitals. *Gestão & Produção*, *22*(3), 636–648.

Mendes, W., Pavão, A. L. B., Martins, M., Moura, M. D. L. O., & Travassos, C. (2013). Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista Associação Médica Brasileira*, 59(5), 421-428.

Ministério da Saúde (2014). *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Recuperado em 20 julho 2015, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

Murassaki, A. C. Y., Versa, G. L. G. S., Bellucci Júnior, J. A., Meireles, V. C., Vituri, D. W., & Matsuda, L. M. (2013). Evaluation of care in intravenous therapy: a challenge for quality in nursing. *Escola Anna Nery*, *17*(1), 11–16.

Nascimento, C. C. P., Toffoletto, M. C., Gonçalves, L. A., Freitas, W. G., & Padilha, K. G. (2008). Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Latino-am Enfermagem*, *16*(4), 746-51.

Novaes, H. M. D. (2000). Evaluation of health programs, services and technologies. *Revista de Saúde Pública*, *34*(5), 547–549.

Nunes, P. S. R., & Brum, A. K. R.. (2015). Qualidade e Segurança do paciente em pré-operatório: proposta de instrumento de avaliação para clientela pediátrica. Recuperado em 12 de março de 2016, de http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7762/pdf_8606.

Nunes, A., Santos, J. R. S., Barata, R. B., & Vianna, S. M. (2001). Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. *Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*.

Oliveira, F. G. C. de S. e. (2014). *Protocolos e diretrizes clínicas: uma análise moral na tomada de decisão* (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro).

Oliveira, F. J. G., Caetano, J. A., Silva, V. M., Almeida, P. C., Rodrigues, A. B., Siqueira, J. F., Siqueira, J. F. (2015). Use of clinical indicators in the evaluation of prevention and control practices for bloodstream infection. *Texto & amp; Contexto - Enfermagem*, *24*(4), 1018–1026. https://doi.org/10.1590/0104-07072015000040040014

Oliveira, J. L. C. de, & Matsuda, L. M. (2016). Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. *Escola Anna Nery,* 20(1), 63–69.

Oliveira, R. M., Leitão, I. M. T. de A., Silva, L. M. S. da, Figueiredo, S. V., Sampaio, R. L., & Gondim, M. M. (2014). Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Escola Anna Nery*, *18*(1), 122–129.

OMS – Organização Mundial da Saúde - World Health Organization (2009). The conceptual framework for the international classification for patient safety. *More than words. Final Technical Report*

Padilha, K. G. (2001). Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *9*(5), 91-96.

Pedreira, L. C., Brandão, A. S., & Reis, A. M. (2013). Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (3), 429-436.

Pedrosa, T. M. G., & Couto, R. C. (2014). Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. *Revista Médica de Minas Gerais, 24*(2), 216-222.

Pires, P. (2011). Medicina centrada no paciente: melhor qualidade com menores custos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *27*(5), 482–486.

Portaria 1820, de 13 de agosto de 2009, (2009). Recuperado em 21 de abril de 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html.

PROADESS (n.d.). Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Fiocruz. Recuperado 24 de julho de 2016, de http://www.proadess.icict.fiocruz.br/.

RDC 36 de 25 de julho de 2013 (2013). Legislações RDCs Segurança do Paciente. Recuperado em 12 novembro 2015, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

RDC 63, de 25 de novembro de 2011. (2011). Boas Práticas em Serviços de Saúde Legislações RDCs. Recuperado em 30 abril 2016, de http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011.

RDC 7, de 24 de fevereiro de 2010 (2010). Boas Práticas em Serviços de Saúde Legislações RDCs. Recuperado em 13 maio 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html.

Reis, A. T. dos, Oliveira, P. de T. R. de, & Sellera, P. E. (2012). Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde*, *6*(2).

Reis, C. T. (2013). *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro* (Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro).

Resolução Normativa 405, de 9 de maio de 2016. (2016). Diário Oficial da União, n. 88, de 10 de maio de 2016, seção 1, p. 92. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Ribeiro, C., Teodoro, H. C., Campos, L. I., Manzo, B. F., Brito, M. J. M., & Alves, M. (2014). A Study of Nonconformities in Nursing Work: Evidence Relevant to Improving Hospital Quality. *Aquichán*, *14*(4), 582–593.

Rigobello, M. C. G., Carvalho, R. E. F. L., Cassiani, S. H. D. B., Galon, T., Capucho, H. C., & Deus, N. N. (2012). The climate of patient safety: perception of nursing professionals. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 728–735.

Rodrigues, M. V. (2015). *Qualidade e acreditação em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Rogenski N. M. B. (2011). *Avaliação da implementação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão* (Tese de doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Ronsoni, R. D. M., Pereira, C. C. de A., Stein, A. T., Osanai, M. H., & Machado, C. J. (2015). Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, *31*(6), 1157–1162.

Rozenfeld, S., Giordani, F., & Coelho, S. (2013). Eventos adversos a medicamentos em hospital terciário: estudo piloto com rastreadores. *Revista de Saúde Pública, 47*(6), 1102-1111.

Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H., & Lewalle, P. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, *21*(1), 18–26.

SAHE (2016). Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino. Secretaria da Saúde, Governo do Estado de São Paulo. Recuperado em19 de novembro de 2016, de http:??sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/.

Santiago, Thaiana Helena Roma, & Turrini, Ruth Natalia Teresa. (2015). Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *49*(spe), 123-130.

Silva Júnior, J. M., Malbouisson, L. M S., Nuevo, H. L, Barbosa, L. G. T, Marubayashi, L. Y., Teixeira, I. C., ... & Costa, J. O. (2010). Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado (SAPS 3) em hospitais brasileiros. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *60*(1), 20-31.

Silva, N. D. M., Barbosa, A. P., Padilha, K. G., & Malik, A. M. (2016). Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 50*(3), 487-494. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016.

Silva, R. B., Loureiro, M. D. R., Frota, O. P., Ortega, F. B., & Ferraz, C. C. B. (2013). Quality of nursing care in intensive care unit at a university hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *34*(4), 114–120.

Silveira, T. V. L., Prado Júnior, P. P. do, Siman, A. G., & Amaro, M. de O. F. (2015). Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *36*(2), 82–88.

Souza, P. C., & Scatena, J. H. G. (2014). Satisfação do Usuário da Assistência Hospitalar no Mix Público-Privado do SUS do Estado de Mato Grosso. Espaço para a Saúde - *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 15(3), 30–41.

Souza, P. C., & Scatena, J. H. G. (2015). Construção e Utilização de um Indicador Sintético para avaliar a qualidade de hospitais do estado de Mato Grosso. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*, *16*(3), 64–72.

Tase, T. H., Lourenção, D. C. de A., Bianchini, S. M., & Tronchin, D. M. R. (2013). Patient identification in healthcare organizations: an emerging debate. *Revista Gaúcha de Enfermagem,* 34(3), 196–200.

Vaz, J. C. (1994). *Avaliando a gestão. Dicas: ideias para ação municipal*. São Paulo: Instituto Pólis.

Ventura, C. M. U., Alves, J. G. B., & Meneses, J. D. A.(2012). Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem, 65*(1), 49-55.

Vesz, P. S., Costanzi, M., Stolnik, D., Dietrich, C., Freitas, K. L. C. de, Silva, L. A., & Teixeira, C. (2013). Functional and psychological features immediately after discharge

from an Intensive Care Unit: prospective cohort study. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *25*(3), 218–224.

Vituri, D. W., & Évora, Y. D. M. (2015). Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *68*(5), 945–952.

"As citações contidas no texto e na listagem de referências foram automatizadas por meio do software Zotero ".

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO

Instruções sobre HSOPSC

Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos na UTI-A e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida. Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um "incidente" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, evento, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados (OMS, 2009).

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho.

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como área de trabalho, departamento, ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

☐ a. Diversas unidades do hospital/ Nenhuma unidade específica.	☐ h. Reabilitação
☐ b. Medicina (não cirúrgica).	☐ i. Farmácia
☐ c. Cirurgia	☐ j. Laboratório
☐ d. Obstetrícia	☐ k. Radiologia
☐ e. Pediatria	☐ l. Psiquiatria/saúde mental
☐ f. Emergência	☐ m. Anestesiologia

Continuação... ☐ g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo).	☐ n. Outra, por favor, especifique.....

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Continuação... 7. Utilizamos mais profissionais temporário/terceirizado do que seria desejável para o cuidado do paciente	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) consideram que suas falhas podem ser usadas contra eles	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14. Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Continuação... 15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Continuação 1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para melhoria da segurança do paciente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/Chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas".	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

SEÇÃO C: Comunicação.
Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

Continuação... 1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

1. Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são relatadas?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Continuação... 2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

1- Excelente ☐	2- Muito Boa ☐	3- Regular ☐	4- Ruim ☐	5- Muito Ruim ☐

SEÇÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense em seu hospital	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Continuação... 3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Continuação... 9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

SEÇÃO G: Número de eventos relatados

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

A. Nenhum relatório ☐	b. 1 a 2 relatórios ☐	c. 3 a 5 relatórios ☐	d. 11 a 15 relatórios ☐	e. 16 a 20 relatórios ☐	f. 21 relatórios ou mais ☐

SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

a. Menos de 1 ano ☐	b. 1 a 5 anos ☐	c. 6 a 10 anos ☐	d. 11 a 15 anos ☐	e. 16 a 20 anos ☐	f. 21 anos ou mais ☐

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

a. Menos de 1 ano ☐	b. 1 a 5 anos ☐	c. 6 a 10 anos ☐	d. 11 a 15 anos ☐	e. 16 a 20 anos ☐	f. 21 anos ou mais ☐

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

a. Menos que 20 horas por semana. ☐	b. 20 a 39 horas por semana ☐	c. 40 a 59 horas por semana ☐	d. 60 a 79 horas por semana ☐	e. 80 a 99 horas por semana ☐	f. 100 horas por semana ou mais ☐

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital?
Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

☐ a. Enfermeiro	☐ h. Fisioterapeuta/Terapeuta Respiratório/Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo.
☐ b. Técnico de Enfermagem.	☐ i. Administração/Direção
☐ c. Auxiliar de Enfermagem.	☐ j. Auxiliar Administrativo/Secretário
☐ d. Médico do Corpo Clínico/ Médico Assistente	☐ k. Odontólogo
☐ e. Médico Residente/Médico em Treinamento	☐ l. Psicólogo
☐ f. Nutricionista	☐ m. Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia).
☐ g. Assistente social	☐ n. Outro, especifique:.....

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?
a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes. ☐

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?.....anos

7. Qual seu grau de instrução? ..... 8. Qual sua idade?.....

9. Qual seu gênero?
☐ Feminino
☐ Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários
Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital.

OBRIGADO POR PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO E FAZER PARTE DESTA PESQUISA (Reis, 2013).

ANEXO B – COMPROVANTE DE ENVIO DE PROJETO

CONJUNTO HOSPITALAR DE MANDAQUI - CHM

Plataforma Brasil

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de uma uti de um hospital público da cidade de São Paulo, por meio dos domínios: segurança, efetividade e eficiência

Pesquisador: Ângelo Mário Vieira Amorim

Versão: 1

CAAE: 56334416.0.0000.5551

Instituição Proponente: SAO PAULO SECRETARIA DA SAUDE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 046490/2016

Patrocionador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Avaliação da qualidade de uma uti de um hospital público da cidade de São Paulo, por meio dos domínios: segurança, efetividade e eficiência que tem como pesquisador responsável Ângelo Mário Vieira Amorim, foi recebido para análise ética no CEP Conjunto Hospitalar de Mandaqui - CHM em 23/05/2016 às 09:38.

Endereço: VOLUNTARIOS DA PATRIA 4301 - Prédio 4 - Casa Azul
Bairro: SANTANA **CEP:** 02.401-400
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (19)2281-5147 **Fax:** (19)2281-5179 **E-mail:** cepchm@gmail.com

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário (a) da pesquisa "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL DE UMA UTI ADULTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE SÃO PAULO, POR MEIO DOS DOMÍNIOS: SEGURANÇA, EFETIVIDADE E EFICIÊNCIA".

Essa pesquisa integra o Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Sistemas de Saúde, pela Universidade Nove de Julho. O objetivo primário da pesquisa é avaliar o nível da qualidade da assistência à saúde, prestada nesta UTI-Adulto, por meio dos domínios: segurança, efetividade e eficiência. O objetivo secundário é mensurar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde, por meio do instrumento (questionário) "Hospital *Survey on Patient Safety Culture*" (HSOPSC). Este questionário que convido você a preencher possui 42 itens em uma disposição de 12 dimensões de cultura de segurança. Para preencher este questionário o tempo médio é de 10 minutos.

A pesquisa não oferece riscos à sua dignidade ou condições físicas e sua participação não traz nenhuma complicação legal. Esta pesquisa obedece aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Caso concorde em participar, você contribuirá para que seja possível: conhecer a percepção de segurança do paciente de forma individual e setorial; identificar pontos de melhoria e despertar ou fortalecer a cultura de segurança da UTI-A. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os resultados serão utilizados para fins acadêmicos, congressos, revistas, reuniões técnico-científicas ou simpósios. Não haverá sua identificação em nenhum momento.

Você tem liberdade de se recusar a participar ou de continuar participando, sem qualquer prejuízo de qualquer natureza. Não haverá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Caso você concorde em fazer parte deste estudo, assine ao final desse documento, o qual possui duas vias: uma delas é sua, e a outra do pesquisador responsável.

_____

Ângelo Mário Vieira Amorim (Pesquisador responsável)

Contatos do pesquisador: Celular: 985677389 ou e-mail: a.vieiramorim@hotmail.com
Comitê de Ética em Pesquisa: Conjunto Hospitalar do Mandaqui, situado na Rua Voluntários da Pátria, 4301 – Prédio 4 – Casa azul, Santana – CEP: 02.401-400 - São Paulo, Brasil. Telefone: (11) 2281-5147. E-mail: cepchm@gmail.com.

Eu li e de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que entendi a pesquisa e autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

_____

Participante da pesquisa