

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

SANDRA DENISE DE OLIVEIRA CLINCO

**PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO SEU CUIDADO:
REALIDADE OU FICÇÃO?**

SÃO PAULO

2013

SANDRA DENISE DE OLIVEIRA CLINCO

**PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO SEU CUIDADO:
REALIDADE OU FICÇÃO?**

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutora em Administração de Empresas

Área de concentração: Administração em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2013

Clinco, Sandra Denise de Oliveira. Participação do usuário no seu cuidado: realidade ou ficção? Sandra Denise de Oliveira Clinco. 2013. 93 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais - Controle de qualidade - São Paulo (SP). 2. Cuidados médicos. 3. Participação do paciente. 4. Segurança do paciente. I. Malik, Ana Maria. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8(816.11)

SANDRA DENISE DE OLIVEIRA CLINCO

**PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO SEU CUIDADO:
REALIDADE OU FICÇÃO?**

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutora em Administração de Empresas

Área de concentração: Administração em Saúde

Data de aprovação: 28/02/2013

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)
FGV - EAESP

Prof. Dr. João Mario Csillag
FGV - EAESP

Profa. Dra. Laura Maria César Schiesari
IEP - SBSHSL

Profa. Dra. Maria Laiz Zanardo
GVsaúde – FGV - EAESP

Prof. Dr. Linus Pauling Fascina
SEPACO

Este trabalho é dedicado a:

Luiz, Marcos e Amanda - meus amados filhos, razão de minha vida

Oswaldo - meu amor, amigo e companheiro de todas as horas

Minha mãe e meu pai - meus exemplos de honestidade, caráter, dignidade e amor

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço a minha querida orientadora e amiga, Prof. Ana Maria Malik, pela dedicação, paciência, carinho e ensinamentos. Obrigada por me ajudar a ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Às minhas amigas Adriana, Andrea e Bete pelo incentivo e força.

À Grazia e Mariana, obrigada pelas dicas, conversas e especialmente, pelo ombro amigo, tão importante nos momentos mais difíceis.

À Leila, meu anjo da guarda. Obrigada por tudo!

Ao Dr. Clóvis A. Sousa, Dra. Norma Araujo e todos os integrantes do Instituto de Pesquisa e Ensino Armênio Crestana (IEPAC) do SECONCI-SP, obrigada por terem confiado em meu trabalho.

Ao Dr. Evandro Felix, obrigada pelo apoio e orientações.

À Débora, obrigada pelos conselhos.

Ao Walter, meu amigo, obrigada pelos conselhos e incentivo.

Aos meus amigos de Doutorado da FGV e do GVSaúde obrigada pelas conversas e apoio, sempre valiosos.

Aos meus queridos professores da EAESP-FGV, obrigada por todos os ensinamentos.

Aos hospitais que participaram desta amostra, que por motivos éticos não posso divulgar os nomes, obrigada por abrirem as portas para esta pesquisa.

A todos os profissionais dos hospitais que participaram de alguma maneira desta pesquisa, meu muito obrigada.

RESUMO

A participação do paciente no cuidado é uma importante ferramenta para melhoria dos processos em uma organização hospitalar, pois aumenta a segurança do paciente. Este estudo teve como objetivo analisar se o paciente participa de seu cuidado. Esta análise foi feita por meio de entrevistas estruturadas com 243 pacientes internados em quatro hospitais com certificado de qualidade da Grande São Paulo e com a aplicação de questionário com perguntas abertas a três gestores destas organizações. Os resultados demonstram que os pacientes tem alta participação no cuidado, porém 17,3% dos pacientes referem que participaram do cuidado menos do que queriam e 43,6% não sabiam o nome do médico responsável pelo seu tratamento. Os gestores hospitalares reconhecem que a participação do paciente é importante, mas não há ações proativas efetivas nestas organizações hospitalares para identificar as necessidades dos pacientes.

Palavras-chave: participação do paciente, segurança do paciente, qualidade em saúde.

ABSTRACT

The patient participation in care is an important tool for improving processes in a hospital organization, it increases patient safety. This study aimed to assess if the patient participates in their care. This analysis was done by structured interviews with 243 patients in four hospitals with quality certificate at the greater São Paulo region and with a questionnaire with open questions to three managers of these organizations. The results demonstrate that patients have high participation in care, but 17,3% of patients report that their participated care was less what they wanted and 43,6% did not know the name of the their attending physician. The hospital managers recognize that the participation of the patient is important, but no effective proactive actions were taken in these hospital organizations to identify the patients' needs.

Key words: patient participation, patient safety, healthcare quality.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Hospitais da amostra agrupados segundo as caracterizações quanto a tipo de unidade, esfera administrativa e natureza da organização. São Paulo, 2012	44
Quadro 2 – Trâmite do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil com respectivas situação e data. São Paulo, 2013	47
Quadro 3 –Respostas dos hospitais à solicitação para realização da pesquisa. São Paulo, 2013	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de hospitais no Brasil segundo tipo de hospital. São Paulo, 2012	42
Tabela 2 –Quantidade de hospitais no Estado de São Paulo segundo tipo de hospital. São Paulo, 2012	43
Tabela 3 –Quantidade de hospitais na Grande São Paulo segundo tipo de hospital. São Paulo, 2012	43
Tabela 4 – Identificação do hospital e respectivos números de recusas dos pacientes em responder o questionário. São Paulo, 2013	53
Tabela 5 – Identificação do hospital e número de questionários válidos aplicados. São Paulo, 2013	53
Tabela 6 – Respostas dos pacientes ao questionário aplicado. São Paulo, 2013	54
Tabela 7 – Número de respostas positivas ao questionário. São Paulo, 2013	56
Tabela 8 – Nível de participação do paciente em seu cuidado. São Paulo, 2013	57
Tabela 9 – Características demográficas e respostas ao questionário segundo o nível de participação no cuidado. São Paulo, 2013	61

LISTA DE SIGLAS

ACS	<i>American College of Surgeons</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREN SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
EA	Evento adverso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEPAC	Instituto de Ensino e Pesquisa Armenio Crestana
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
RECLAR	Relatório de Classificação Hospitalar
SECONCI	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo
SES	Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 Definição da pergunta de pesquisa	15
2.2 Pergunta de pesquisa	15
2.3 Objetivo geral	15
2.4 Objetivos específicos	15
3 DESENVOLVIMENTO DO REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Qualidade para o cliente/paciente	16
3.2 Qualidade em saúde	18
3.3 Histórico da qualidade em instituições de saúde, no Brasil e no mundo	19
3.4 Eventos adversos e segurança do paciente	22
3.5 Dados sobre eventos adversos e segurança do paciente no mundo	24
3.6 Dados sobre eventos adversos e segurança do paciente no Brasil	27
3.7 Erros de medicação: um tipo de evento adverso	28
3.8 A participação de paciente e a melhoria da segurança	28
3.9 O Brasil e a segurança do paciente	36
3.9.1 Ações do governo federal	36
3.9.2 Ações do Estado de São Paulo	37
3.9.3 Ações de entidades privadas	38
4 METODOLOGIA	40
4.1 Pesquisa bibliográfica	40
4.2 Seleção das variáveis e construção do instrumento de pesquisa	40
4.3 Seleção da amostra de hospitais	42
4.4 Seleção dos pacientes respondentes	44
4.4.1 Critérios de inclusão de pacientes	44
4.4.2 Critérios de exclusão de pacientes	45
4.5 Submissão do projeto de pesquisa ao CONEP e aos Comitês de Ética em Pesquisa	45
4.6 O processo de entrevistas	47
4.7 Aplicação do questionário para dirigentes hospitalares	49
4.8 Compilação e análise dos dados	50

4.9 Tratamento estatístico dos dados	50
5 Problemas metodológicos encontrados e limitações do estudo	51
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
8 APÊNDICES	87
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
APÊNDICE B – Questionário para dirigentes hospitalares	88
APÊNDICE C – Folheto explicativo	89
9 ANEXOS	90
ANEXO A – Questionário para pacientes	90

1 INTRODUÇÃO

Quando um indivíduo necessita de cuidados médicos e procura um hospital em busca de diagnóstico, melhoria na saúde e/ou tratamento, certamente não espera que algo errado aconteça. Com frequência temos conhecimento, por intermédio das diferentes formas de mídia, que erros relacionados à assistência ocorrem em hospitais. Estes erros podem ter consequências variando de nenhuma ou mínimas a letais. Por exemplo, o caso ocorrido em dezembro de 2010 e amplamente divulgado, de uma criança de quatro anos que morreu após receber vaselina líquida intravenosa no lugar de soro fisiológico (RIBEIRO, 2010), e um mais recente de duas crianças que tiveram queimaduras graves após receberem por via oral um medicamento contendo ácido tricloracético, utilizado em procedimentos dermatológicos, no lugar de sedativo líquido (AZANHA, 2012) e ainda os três pacientes que morreram após a realização de exame de ressonância magnética em um hospital de Campinas (BRANDT, 2013). A revisão de literatura entre 1991 e 2012, principalmente em periódicos internacionais, permite constatar que vários autores se referem aos eventos adversos como um problema grave e que os serviços de saúde precisam cada vez mais melhorar seus processos com o objetivo de minimizar os erros, fazendo com que a assistência se torne a mais segura possível. Os estudos ainda revelam que a participação do paciente no seu cuidado é essencial, pois aumenta a segurança dos procedimentos (AKEL, FAKHRY, SHAZLY, 2011; DAVIS, SEVDALIS, VINCENT, 2011; GUIJARRO, 2010; HALL, et al, 2010; JHA, 2010; KING, et al, 2010; SCHWAPPACH, 2008; SENDERS, 2002; WASSON, MAKENZIE, HALL, 2007; WEINGART, 2005; WEINGART, et al, 2011). A pergunta que pretendemos responder neste trabalho é se a participação do paciente no cuidado é uma maneira de melhoria dos processos e da segurança do paciente utilizada no Brasil. A premissa é que, em nosso país não há participação ativa do paciente no seu cuidado. Pelo menos, até o segundo semestre de 2012 não encontramos na revisão de literatura realizada, trabalho nacional referindo-se a esta participação. Enquanto isso, várias organizações internacionais que têm como objetivo a melhoria da qualidade e da segurança do paciente em serviços de saúde estão realizando campanhas educativas para que o paciente tenha envolvimento com seu cuidado, saiba fazer perguntas à equipe médica, não fique com dúvidas sobre medicamentos a serem tomados e tratamentos a serem seguidos (AHRQ,

2011; NPSA, 2011). Além disso, vários artigos referem que a participação ativa do paciente pode aumentar a segurança no ambiente hospitalar (WEINGART et al 2011; WEISSMAN et al, 2008; HIBBARD et al, 2005).

2 OBJETIVOS

2.1 DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

A pergunta de pesquisa foi definida a partir do interesse da autora pelo assunto segurança do paciente, desde seu mestrado acadêmico. Ao realizar pesquisas bibliográficas, a doutoranda verificou que vários autores referem que o paciente deve ser envolvido com o seu cuidado, como um membro ativo da equipe assistencial, realizando questionamentos e partilhando com a equipe médica as decisões tomadas (ARANAZ-ANDRÉS et al 2011; GAWANDE, 2011; GUIJARRO, 2010; HALL, 2010; KING, 2010; MULLEN, 2011).

2.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Que tipo de participação os pacientes de organizações hospitalares têm no seu cuidado?

2.3 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é verificar, sob a ótica de pacientes e de dirigentes hospitalares, se há participação dos pacientes nos assuntos relacionados à segurança, em serviços no Estado de São Paulo.

2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- Identificar o nível de participação do paciente no seu cuidado
- Identificar se a comunicação entre a equipe assistencial e os pacientes é realizada de maneira clara para o paciente

- Identificar, segundo os dirigentes hospitalares, as formas que os pacientes têm de expressar sua opinião nas organizações por eles gerenciadas
- Identificar qual é o tratamento dado às sugestões e críticas dos pacientes recebidas pelas organizações pesquisadas
- Identificar se o instrumento utilizado nesta pesquisa é adequado para hospitais brasileiros

3 DESENVOLVIMENTO DO REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 QUALIDADE PARA O CLIENTE/PACIENTE

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) desenvolveram um modelo no qual a qualidade em serviços é definida como o grau e a direção da discrepância entre as percepções e expectativas do consumidor, ou a extensão em que um serviço atende ou excede as expectativas do cliente. Eles criaram, em 1988, a escala SERVQUAL, para analisar quantitativa e qualitativamente o grau de satisfação do usuário em relação ao serviço prestado. Esta escala busca medir a diferença entre a expectativa do nível de qualidade em serviço por parte do cliente e a qualidade do serviço realmente prestado pela empresa. Nesta escala os autores identificam cinco dimensões da qualidade em serviços:

1. Tangibilidade: aparência das instalações físicas, incluindo equipamentos, pessoal e materiais de comunicação;
2. Confiabilidade: habilidade de realizar o serviço prometido com confiança e precisão;
3. Capacidade de resposta: vontade de ajudar os clientes e fornecer respostas rápidas;
4. Segurança: conhecimento e cortesia dos funcionários e suas habilidades em transmitir segurança e confiança;
5. Empatia: atenção individualizada oferecida para cada cliente, incluindo o acesso, a comunicação e seu entendimento.

Gianesi e Correa (1996) afirmam que a qualidade em serviços percebida é o resultado da percepção em relação às expectativas dos clientes.

Berry e Parasuraman (1997) realizaram estudo no qual referem que as instituições dispostas a melhorar seus serviços devem desenvolver um sistema informatizado e ouvir continuamente seus três tipos de consumidores, (1) consumidores externos que utilizam os serviços da instituição, (2) consumidores dos concorrentes e (3) consumidores internos, ou seja, os empregados da instituição. Além disso, é necessário desenvolver um sistema informatizado de qualidade em serviço, que deve mensurar as expectativas do consumidor e não somente suas percepções ao utilizá-lo, enfatizar a importância da qualidade da informação, captar as palavras dos clientes, relacionar o desempenho do serviço aos resultados do negócio e estar disponível para todos os empregados.

Castellanos (2002) realizou comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação. Observou discrepância entre o que o usuário identifica como qualidade nos serviços prestados e o que os gerentes consideram como qualidade.

Etgar e Fuchs (2009) realizaram estudo utilizando a escala SERVQUAL adaptada, com os seguintes objetivos: (1) explorar a relação entre a qualidade percebida dos serviços prestados por médicos especialistas e as respostas dos pacientes, (2) analisar o efeito das dimensões da qualidade de serviços às respostas cognitivas, afetivas e de intenção de agir dos pacientes, (3) explicar o motivo pelo qual algumas dimensões de qualidade em serviço são mais importantes que outras. Os autores concluíram que as avaliações dos pacientes sobre a qualidade do serviço afetam suas respostas comportamentais e que as dimensões de segurança e confiança são as mais importantes para os pacientes.

Estudo realizado com pacientes de odontologia em serviços públicos na cidade de Florianópolis mostrou que, para os pacientes, a clareza no esclarecimento de dúvidas foi um dos aspectos mais significativos na percepção da qualidade desses serviços (FADEL, REGIS FILHO, 2009).

Mehta realizou estudo no qual utilizou questionário para avaliar a qualidade em serviço e a satisfação do paciente. Os resultados encontrados sugerem a relação direta entre a qualidade no serviço e os níveis de satisfação do paciente e sua importância para melhorar os resultados da assistência prestada (MEHTA, 2011).

Rathert, May e Williams (2011) em estudo quantitativo realizado em 3 hospitais da costa leste dos Estados Unidos, verificaram que para os pacientes sua segurança se situa entre a qualidade em serviço e a satisfação com o cuidado: eles não ficam apenas desapontados com falhas cometidas no serviço, mas interpretam estas falhas como um risco à sua segurança, com conseqüente influência negativa para a evolução de seu cuidado.

3.2 QUALIDADE EM SAÚDE

Avedis Donabedian, médico pediatra de origem Armênia, cuja carreira consolidou-se na Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, foi um dos primeiros pesquisadores de Avaliação em Serviços de Saúde. Em 1980, desenvolveu uma tríade fundamental para a avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processos e resultados. O conceito de estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros imprescindíveis para a assistência médico-hospitalar. Processos são as atividades de assistência médica com padrões pré-estabelecidos, entre profissionais e pacientes. Resultado é o produto final da assistência prestada ao paciente (DONABEDIAN, 1993). O resultado representa a conseqüência da interação entre processo e estrutura (BERWICK, GODFREY, ROESSNER, 1994). Donabedian (1990) também desenvolveu o que chamou de “7 pilares da qualidade”: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade, uma ampliação do conceito de qualidade.

Existem várias definições para o termo qualidade para a área da saúde. Uma delas do *Institute of Medicine*, de 1990, considerava qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente (IOM, 1990).

Para Zanon (2000) a assistência médico-hospitalar de qualidade pode ser caracterizada operacionalmente pelos seguintes atributos: (a) diagnóstico definitivo da doença que levou o paciente ao hospital, informando claramente ao próprio ou a um familiar responsável; (b) tratamento atualizado, comprovadamente eficaz, consentido pelo paciente ou familiar responsável; (c) assistência de enfermagem capaz de cumprir fielmente a prescrição médica e assegurar ao paciente atenção e

respeito; (d) internação isenta de intercorrências, infecciosas e não infecciosas ou com um mínimo delas, (e) atendimento pelo menor preço.

3.3 HISTÓRICO DA QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, NO BRASIL E NO MUNDO

Alguns autores referem Florence Nightingale, em meados dos anos 1800 como a precursora de intervenções em saúde para a melhoria da qualidade, devido ao seu interesse em reduzir as mortes por infecções adquiridas dentro dos hospitais (MALIK, 2006; RUELAS, 2005; NEUHAUSER, 2003). O trabalho de Nightingale deu-se principalmente no Hospital Scutari, na Turquia, durante a Guerra da Criméia, entre a Inglaterra e seus aliados (França e Turquia) e a Rússia, de 1854 a 1856. Nesse hospital, a mortalidade dos soldados admitidos em Fevereiro de 1855 era de 42,7%. Após suas intervenções, a mortalidade caiu para 2,2% em Junho de 1855 (NEUHAUSER, 2003).

Outros autores indicam que estudos sobre a avaliação da qualidade na saúde iniciou-se no século passado, mais precisamente em 1910, quando Ernest Codman, formulou a proposta “*The End Result System Standardization*”. Esta foi considerada a primeira iniciativa de um sistema de gerenciamento de resultados, pelo qual o hospital deveria acompanhar cada paciente por tempo suficiente para determinar se o tratamento alcançara seus objetivos. Caso contrário, o hospital deveria determinar por que isso acontecera, buscando corrigir as falhas para ter sucesso no futuro. Em 1917, o ACS (*American College of Surgeons* ou Colégio Americano de Cirurgiões), criado em 1913, estabeleceu o *Minimum Standards for Hospitals*, com requisitos básicos para uma assistência de qualidade. Os requisitos estabelecidos relacionavam-se a: organização do corpo médico, exercício da profissão, conceito de corpo clínico, preenchimento de prontuário (história e exames), condições de alta e existência de recursos diagnósticos e terapêuticos. Estes requisitos básicos não levavam em consideração o dimensionamento de equipes ou a continuidade da assistência, eles somente se referiam aos procedimentos médicos e aos processos de trabalho (FELDMAN, GATTO e CUNHA, 2005). Em 1918 o ACS realizou, nos Estados Unidos, a primeira inspeção em hospitais. Apenas 89 dos 692 hospitais avaliados contemplavam os requisitos do *Minimum Standard for Hospitals* (JCI, 2011)

No Brasil, talvez o primeiro estudo no sentido de melhorar a qualidade na organização hospitalar tenha sido de Odair Pedroso, em 1935, ao conceber uma Ficha de Inquérito Hospitalar para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde. Em 1951, com o 1º Congresso Nacional de Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, seguindo o modelo americano, foram estabelecidos os primeiros padrões mínimos para Centro Cirúrgico por meio do qual foram estudados tanto os aspectos de planta física como a organização da unidade hospitalar (CARVALHO, 1973). Somente na década de 1970 foi criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, onde começaram a se estabelecer normas e padrões para edificações destinadas a serviços de saúde (SETA, 2007).

Em 1974 o Ministério do Trabalho e da Previdência Social aprovou a portaria dos modelos de “Formulário de Classificação Hospitalar”, de “Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR)” e de “Comprovante de Classificação Hospitalar”. No RECLAR existia um roteiro de inspeção de planta física, equipamentos, utensílios, instalações e organização. Esse relatório também contemplava indicadores para a classificação dos serviços. O RECLAR datava de 1974, porém, talvez devido a atrasos na aprovação da portaria ou por nova edição da mesma, pela tardia efetivação de seu uso ou ainda devido ao maior incentivo no período posterior, a introdução desta portaria só se deu em 1982 (SCHIESARI, KISIL, 2003). No início da década de 80, determinou-se a obrigatoriedade de prevenção e controle das infecções hospitalares, o que não se cumpriu na prática. Um fato importante ocorrido em nosso país, em 21 de Abril de 1985, foi a morte do Presidente da República eleito, Tancredo Neves, devido a problemas cardiovasculares decorrentes de infecção hospitalar. Tancredo morreu às vésperas de sua posse, após sete intervenções cirúrgicas, duas no Hospital de Base de Brasília e cinco no Instituto do Coração, em São Paulo (Reportagem Jornal Folha de São Paulo, publicada em 22/04/1985). Após sua morte, os serviços de saúde e as sociedades médicas mobilizaram-se para reduzir os índices de infecção hospitalar, com grande investimento financeiro, mas cujos resultados foram aquém dos esperados. A partir do final da década de 80 ampliou-se a normalização para os serviços de saúde, acompanhando o crescimento dos credenciamentos e da contratação de serviços pelo Ministério da Saúde (ANVISA, 2006).

Com a promulgação da Constituição, em outubro de 1988, foi criado no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) que tornou o acesso à saúde direito de todo o cidadão. Com a implantação do SUS o sistema de saúde foi unificado, já que antes de 1988 a saúde era de responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou a sua gestão, que deixou de ser exclusiva do poder executivo federal e passou a ser administrada pelos estados e municípios de nosso país (Ministério da Saúde, 2012).

O ano de 1990 foi marcado pela publicação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080). No que tange à área de serviços, este período foi pontuado por iniciativas governamentais e não governamentais que visavam a introduzir o conceito de qualidade na assistência à saúde (ANVISA, 2006). Em 1999 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada pela Lei Federal 9.782/99. A função básica da ANVISA, desde sua criação, é a normalização e o controle dos serviços de saúde. Em 21 de Fevereiro de 2002 a ANVISA divulgou a RDC n. 50, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Essa foi mais uma iniciativa governamental de regulação e aumento da qualidade no setor saúde.

No âmbito da medicina suplementar, após a edição da Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e por meio da Lei 9.961/2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. A ANS é o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades da assistência suplementar à saúde e tem como missão institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País (ANS, 2007). Com as medidas regulatórias houve a possibilidade de maior controle e fiscalização por parte das agências governamentais, das operadoras de planos de saúde da prestação de serviços oferecidos (ANS, 2006). Com a regulação, pode-se dizer que a saúde suplementar se tornou melhor, pois existem critérios para entrada no mercado e para o funcionamento das operadoras de planos de saúde, acompanhamento

econômico financeiro e maior conhecimento sobre o setor da saúde suplementar (ANS, 2006).

Em Agosto de 2005, a ANS propôs o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, que se desdobra em dois componentes: (1) avaliação da qualidade institucional e (2) avaliação da qualidade das operadoras (ANS, 2005). A avaliação da qualidade institucional mede o grau de desempenho da própria Agência em produzir os processos que realizem sua missão institucional, isto é, pela capacidade de desenvolvimento das competências de regulação, normalização, controle, fiscalização, avaliação e monitoramento da assistência suplementar à saúde (ANS, 2005). A avaliação da qualidade das operadoras é feita por meio do monitoramento de indicadores gerais e específicos com quatro dimensões:

I. Qualidade da Atenção à Saúde: dimensão que avalia a qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados buscando a identificação do impacto das ações de saúde em suas condições de vida.

II. Qualidade Econômico-Financeira: identifica a situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assumidos em acordo com a legislação vigente.

III. Identificação do *modus operandi* da operadora.

IV. Satisfação dos Beneficiários: identificação da visão do usuário no cumprimento ao estabelecido no contrato com a operadora.

3.4 EVENTOS ADVERSOS E SEGURANÇA DO PACIENTE

Um dos assuntos mais estudados sobre segurança do paciente são os eventos adversos (CHIERICATO, CASSIANI, CARVALHO, 2001; CARVALHO, CASSIANI, 2002; MORIMOTO, et al, 2004; CASSIANI, 2005; LERNER, 2005; KAWANO, 2006).

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) define evento adverso como qualquer tipo de equívoco, erro, incidente ou desvio, independente de ter tido ou não como resultado dano ao paciente (AHRQ, 2003). Gallotti (2004) define eventos adversos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base e ainda segundo este mesmo autor, os eventos adversos devem ser interpretados não como resultados de ações de profissionais incompetentes, mas como falhas nos

processos organizacionais e técnicos. Mendes (2008) define eventos adversos como dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado.

Eventos adversos ocorrem por diversas causas, como erros de processos, erros involuntários e em alguns casos negligência e têm consequências negativas para o paciente e para a equipe de profissionais da instituição (GUIJARRO, 2010).

A segurança do paciente é um dos componentes críticos da qualidade do cuidado em saúde. Como as organizações de saúde estão em processo contínuo de aprimoramento, elas passaram a reconhecer a importância de estabelecer uma cultura de segurança. Também é fundamental o conhecimento sobre o que é importante para a organização e quais atitudes e comportamentos, relacionados à segurança do paciente, são esperados e apropriados (SORRA; NIEVA, 2004).

Segundo *The Canadian Patient Safety Dictionary*, 2003, segurança do paciente representa a redução e a mitigação de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como a utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para o paciente. A definição de segurança do paciente para o *Institute of Medicine* é o processo de livrar o paciente de lesões acidentais, estabilizando os sistemas e processos operacionais com o objetivo de minimizar a probabilidade de erros e maximizar a probabilidade de identificação dos erros quando eles ocorrem (IOM, 1999).

A *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* considera que segurança do paciente é a ausência de potencial para ocorrência de danos ou ausência de ocorrência de danos associados a cuidados ao paciente (AHRQ, 2003). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. A OMS também trata a segurança como um problema de saúde pública global embora apenas recentemente os países tenham reconhecido a importância da melhoria da segurança do paciente. Estima-se que, em países em desenvolvimento, causa-se dano a um em cada dez indivíduos que recebem

cuidados hospitalares, e que o risco de infecção hospitalar nesses países é vinte vezes maior que em países desenvolvidos (WHO, 2007).

Muitos problemas nas organizações estão relacionados a erros humanos. Apesar das consequências negativas dos erros, esses podem trazer benefícios para a organização quando são identificados, pois os erros deveriam estimular o aprendizado por meio de identificação das causas e implantação de mudanças para redução ou prevenção de futuros erros. Erro pode ser definido como decisões e comportamentos individuais que: (1) resultam em uma divergência indesejável entre o esperado e o ocorrido e (2) podem ter consequências negativas evitáveis (ZHAO; OLIVEIRA, 2006).

Devido às diversas definições e conceitos que envolvem o tema segurança do paciente, a OMS divulgou em 2009 a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, a fim de facilitar a comparação, medição, análise e interpretação de informações para melhorar o cuidado ao paciente. Nesta classificação, há a inclusão do termo incidente, mais utilizado atualmente, cuja definição é um evento (algo que acontece com ou envolve o paciente) ou uma circunstância (situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa), que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Erros, violações, abusos ao paciente e atos deliberadamente inseguros ocorridos no cuidado de saúde são considerados incidentes (WHO, 2011).

3.5 DADOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS E SEGURANÇA DO PACIENTE NO MUNDO

Estudo realizado pelo *Institute of Medicine* (IOM), em 1999, reporta que entre 44 mil e 98 mil pessoas morriam nos Estados Unidos, por ano, devido a erros médicos (IOM, 1999). Outros estudos mostram que entre 3% a 4% dos pacientes hospitalizados sofriam algum evento adverso sério (BRENNAM, 1991; THOMAS, 2000). Em dois hospitais britânicos foi evidenciado que 10,8% dos pacientes sofreram pelo menos um evento adverso durante a internação, dos quais 58% preveníveis (VINCENT, NEALE, WOLOSZYNOWYCH, 2001).

Pesquisa realizada em hospitais de cinco províncias do Canadá, com amostra randomizada, revela que a taxa de eventos adversos é de 7,5 para cada 100 internações hospitalares sendo 36,9% desses eventos potencialmente preveníveis (BAKER et al, 2004).

Estudo realizado em 24 hospitais públicos da Espanha conclui que o verdadeiro risco para a ocorrência de um evento adverso está no número de exposições a ações potencialmente iatrogênicas e não somente na idade ou presença de comorbidades (ARANAZ-ANDRÉS et al, 2011).

Haynes e membros da Organização Mundial da Saúde instituíram em 2008 um *checklist* cirúrgico com 19 itens de controle na tentativa de mitigar erros. Os resultados obtidos com a aplicação do *checklist* foram: a redução de 36% das complicações cirúrgicas, 47% de redução de mortalidade, 50% de redução de infecção e 25% de redução da necessidade de nova intervenção cirúrgica. Assim sendo, estima-se que foram evitados danos a 250 pacientes e 27 mortes em um universo de 4.000 pacientes (HAYNES et al, 2009).

Mullen e colaboradores (2011) realizaram estudo no qual foi identificado evento adverso em 55% dos pacientes que foram a óbito em até 48 horas de pós-operatório. Aranz e colaboradores realizaram estudo em cinco países da América Latina, juntamente com a Organização Pan Americana da Saúde e com a Organização Mundial da Saúde, constatando a ocorrência de eventos adversos em 10,5% dos pacientes da amostra, nos quais 6% dos eventos adversos estavam associados à morte do paciente e 60% foram considerados preveníveis (ARANAZ-ANDRÉS et al, 2011).

Letaief e colaboradores realizaram estudo de coorte em um hospital universitário da Tunísia sobre eventos adversos com 620 pacientes e identificaram incidência de 10% de EA. Os mais comuns foram os erros em procedimentos cirúrgicos e erros terapêuticos, o que gerou, em média, cerca de 9,4 dias adicionais de permanência no hospital, por paciente. Dos eventos adversos identificados, 60% foram classificados como preveníveis (LETAIEF, et al, 2010).

Estudo realizado em hospitais da região de Lisboa (Portugal) encontrou uma incidência de 11,1% de eventos adversos nos prontuários analisados e 53,2% destes casos foram considerados evitáveis. A maioria dos eventos adversos encontrados (60,3%) não causou dano ao paciente ou lhes causou danos mínimos, porém em 58,2% dos casos houve aumento do tempo de internação, em média de 10,7 dias (SOUSA et al, 2011).

Outro estudo realizado sobre eventos adversos avaliou 15.548 prontuários em uma amostra de conveniência em 26 hospitais de oito países em desenvolvimento ou em fase de transição. Os autores relatam que em 8,2% dos prontuários analisados houve pelo menos um evento adverso e cerca de 30% deles estiveram associados ao óbito do paciente. Além disso, 83% destes eventos foram considerados evitáveis (WILSON et al, 2012).

Já na Itália, estudo realizado em 5 hospitais, com análise de 7.573 prontuários, concluiu que em 5,5% destes ocorreram EA , sendo que 56,7% destes EA foram classificados como evitáveis (TARTAGLIA, 2012). Estudo em 21 hospitais holandeses registrou praticamente os mesmos resultados, com 5,7% de EA em 7.926 prontuários analisados, sendo que 12,8% dos EA ocorridos resultaram em incapacidade permanente ou contribuíram para o óbito do paciente (ZEGERS, 2009).

Segundo relatório da *Joint Commission* sobre causa raiz (razão principal para falha ou ineficiência de um ou mais processos) de eventos adversos reportados voluntariamente, a comunicação é uma das principais. A comunicação neste relatório refere-se a: comunicação oral, escrita, eletrônica, entre a equipe assistencial, com e entre a equipe médica, com administradores, com pacientes e famílias

([www.jointcommission.org/assets/1/18/se root cause event type 2004 2Q2011.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/se_root_cause_event_type_2004_2Q2011.pdf)).

Relatório publicado pelo *Canadian Patient Safety Institute* conclui que o impacto econômico causado pelos eventos adversos no país entre 2009 e 2010 foi de \$1,1 bilhão de dólares, dos quais \$397 milhões de dólares em eventos adversos considerados evitáveis (2012).

3.6 DADOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS E SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL

Gallotti e colaboradores (2005) realizaram estudo em pronto socorro de um hospital universitário terciário na cidade de São Paulo e verificaram que eventos adversos afetaram 76% dos casos estudados. No referido estudo foi constatada relação entre óbito hospitalar e a ocorrência dos eventos adversos.

Mendes (2007) divulgou estudo realizado em um hospital geral e de ensino da cidade do Rio de Janeiro sobre a incidência de eventos adversos (EA). A incidência encontrada foi de 10,1%; quando se excluía os casos obstétricos, a incidência atingia 12,7%. No total, 69% dos casos de EA foram considerados evitáveis no estudo em questão (MENDES, 2007). Outro estudo realizado pelo mesmo autor em 3 hospitais brasileiros, com amostra aleatória simples de 1103 prontuários, constatou a incidência de eventos adversos em 7,6% dos prontuários, sendo que destes, 66,7% foram considerados evitáveis. Os eventos adversos cirúrgicos foram os mais frequentes (MENDES et al, 2009).

Estudo realizado em hospitais de pequeno porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) concluiu que a maior parte destes hospitais apresenta riscos, não sendo seguros para os pacientes neles atendidos. Foi verificado que 66% dos hospitais avaliados não asseguram o controle de infecção nem o manejo correto de seus materiais no que se refere à limpeza, desinfecção e esterilização, 20% não garantem a guarda de prontuários, 25% não possuem condições adequadas de realização de partos de baixo risco e 33% não apresentam condições adequadas de atendimento às urgências (CORRÊA, 2009).

Segundo Relatório de Eventos Adversos do NOTIVISA (Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária), publicado pela ANVISA, no período de janeiro a junho de 2012, foram notificados à Agência 7.926 eventos adversos, sendo 4.575 (57,72%) devido ao uso de sangue ou componentes e 2.786 (35,15%) devido ao uso de medicamentos. O mesmo relatório aponta 565 (6,62%) notificações devidas a artigos médicos hospitalares, vacinas e imunoglobulinas, equipamentos médicos hospitalares, cosméticos e saneantes. De todos os EA notificados, 23% resultaram

em óbito do paciente (51 casos), 7% em lesões permanentes (16 casos) e 70% em lesões temporárias (154 casos) (ANVISA, 2012).

3.7 ERROS DE MEDICAÇÃO: UM TIPO DE EVENTO ADVERSO

Segundo o *National Coordinating Council for Medication Errors Reporting and Prevention*, erro de medicação é qualquer evento evitável que pode causar ou levar a um uso inapropriado de medicamentos ou causar dano a um paciente, enquanto a medicação está sob o controle dos profissionais de saúde, pacientes ou consumidores. Esse evento pode estar relacionado com a prática profissional, com produtos para a saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, com orientações verbais, rotulagem, embalagem e nomenclatura de produtos industrializados e manipulados, com dispensação, distribuição, administração, educação, monitorização e uso. Esta definição também é utilizada pela ANVISA.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN SP) são 12 os tipos de erros de medicação: (1) de prescrição, (2) de dispensação, (3) de omissão, (4) de horário, (5) de administração não autorizada de medicamento, (6) de dose, (7) de apresentação, (8) de preparo, (9) de administração, (10) com medicamentos deteriorados, (11) de monitoração e (12) em razão de não aderência do paciente e família. As definições de cada um dos tipos de erros e estratégias de prevenção fazem parte de um manual intitulado “Erros de Medicação, definição e estratégias e prevenção” divulgado em 2011 (COREN SP, 2011).

O estudo e a análise deste tipo de evento adverso, o erro de medicação, são de suma importância para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, pois este tipo de erro pode resultar em eventos severos aos pacientes, incluindo seu óbito.

3.8 A PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE E A MELHORIA DA SEGURANÇA

Estudo quantitativo realizado em um hospital universitário egípcio no qual os autores elaboraram um *ranking* de necessidades dos pacientes segundo nove dimensões de qualidade de cuidados em saúde (informação, segurança, acessibilidade, continuidade, influência/respeito, integridade, comunicação, cuidados básicos e

prestadores de cuidados competentes), com 45 enfermeiros (a quem foi solicitado que pensassem como pacientes) e 150 pacientes revela que as prioridades para os pacientes são: continuidade, acessibilidade e segurança; já para os enfermeiros são: segurança, acessibilidade e continuidade. As diferenças entre os *rankings* dos dois grupos não apresentaram significância estatística. Os autores recomendam que os administradores hospitalares e médicos realizem estudos sobre as necessidades dos pacientes para desenvolver ações que atendam as expectativas dos pacientes (AKEL, FAKHRY, SHAZLY, 2011). Este estudo permitiu observar que os pacientes estão preocupados com a segurança de seu cuidado.

Na tentativa de reduzir a ocorrência de eventos adversos, vários autores propõem medidas preventivas. Senders refere que uma das medidas mais simples, mas extremamente importante, é o paciente ser um membro ativo da equipe de cuidados assistenciais da organização hospitalar, participando das decisões e dos cuidados a ele prestados, com o objetivo de obter melhores resultados. Para isso o autor sugere algumas ações que podem ser tomadas pelos pacientes, como por exemplo: solicitar à equipe médica todas as informações sobre os medicamentos prescritos; questionar e observar se todos os integrantes da equipe assistencial realizam a lavagem de mãos antes e após cada procedimento; se houver possibilidade de escolha do hospital para realização de um procedimento cirúrgico, que a opção seja por uma instituição especializada naquele tipo de procedimento, pois pesquisas apontam melhores resultados em hospitais com vasta experiência em determinadas especialidades (SENDERS, 2002). Hospitais especializados não são os mais típicos do sistema de saúde brasileiro, pois segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 81% dos hospitais brasileiros são gerais e apenas 19% são especializados (CNES, 2011), porém em nosso país, grande parte dos hospitais classificados como gerais tem volume de atendimento em algumas especialidades médicas, o que gera experiência em várias especialidades garantindo melhores resultados.

Pesquisadores do *Picker Institute Europe*, desenvolveram em 2002 um questionário intitulado *Picker Patient Experience Questionnaire* (PPE-15) composto por 15 questionamentos que mensuram aspectos específicos das experiências dos pacientes em instituições de saúde. Dentre os problemas identificados pelos

pacientes que responderam o questionário, destacamos: respostas não claras, por parte de médicos e enfermeiros, aos questionamentos dos pacientes; médicos não discutem ansiedades e sentimentos; nem sempre o paciente é tratado com respeito e dignidade; familiares não tem oportunidade de conversar com os médicos e objetivos e efeitos adversos de medicamentos não são explicados (JENKINSON, COULTER, BRUSTER, 2002).

Outros autores também recomendam o envolvimento de pacientes na detecção de problemas e prevenção de eventos adversos (WASSON, MAKENZIE, HALL, 2007; SCHWAPPACH, 2008; GUIJARRO, 2010). Recente estudo de revisão de literatura revela que há evidências da melhoria da segurança quando ocorre envolvimento do paciente no que diz respeito ao aspecto específico da automedicação, porém outros aspectos da assistência ao paciente apresentam poucas evidências (HALL et al, 2010). Jha et al realizaram estudo de revisão sistemática de literatura e análise por *experts*, no qual identificaram as vinte e três maiores causas de danos aos pacientes e as causas de danos subjacentes. Um dos tópicos levantados é como trazer a voz do paciente para a agenda da segurança (JHA, 2010).

O' Leary realizou estudo no qual conclui que a maioria dos 241 pacientes participantes não entende o plano de cuidados estipulado e tem uma compreensão limitada sobre o seu diagnóstico e tratamento, o que pode afetar sua capacidade em fornecer informações para o tratamento e também em assumir seus próprios cuidados após a alta (O'LEARY, 2010). Já Longtin et al (2010), sugerem que os médicos e enfermeiros devem ser convencidos do valor da participação do paciente. Os profissionais devem reconhecer a contribuição que os pacientes e familiares podem oferecer; a seguir devem ser oferecidos aos pacientes programas educacionais para que eles compreendam a legitimidade, relevância e efetividade que suas intervenções podem proporcionar ao seu cuidado.

Outro problema sério apontado na literatura é a comunicação entre médicos e pacientes. Estudo realizado em um hospital de ensino de Connecticut mostra que somente 57% dos pacientes conhecem seu diagnóstico; 21% dos médicos declaram que sempre dão explicações de forma compreensível aos seus pacientes e 54% dos pacientes referem que nunca discutiram com seus médicos sobre medos e ansiedades a respeito de seu diagnóstico ou tratamento (OLSON, WINDISH, 2010)

Davis, Sevdalis e Vincent (2011) realizaram estudo em um hospital de ensino de Londres, no qual verificaram que pacientes não têm envolvimento com o seu cuidado de maneira uniforme. O envolvimento é maior quando eles estão realizando ações específicas com o médico ou com a enfermagem e os pacientes estavam menos dispostos a participarem em situações críticas, como por exemplo, notificar erros ou problemas. Os autores ainda concluíram que com incentivo dos médicos e dos enfermeiros, a vontade do paciente em participar do seu cuidado aumenta (DAVIS, SEVDALIS, VINCENT, 2011). Estudo em hospital suíço também chega à mesma conclusão e refere que os pacientes descrevem que o engajamento com a segurança é um processo de aprendizagem, que inclui ser pró-ativo, questionador e relatar qualquer desvio observado na rotina (SCHWAPPACH, 2010).

Além de o paciente ser envolvido com o seu cuidado, a literatura também revela que ele deve participar na ação de notificar eventos adversos, pois o paciente reconhece detalhes ocorridos que os membros da equipe técnica não percebem (WEINGART et al, 2005). King e colaboradores (2010) referem que envolver o paciente para que ele realize as notificações de eventos adversos traz benefícios, pois o relato do paciente poderá fornecer detalhes do evento que não estão disponíveis em nenhum outro tipo de técnica de notificação. O autor também refere que somente as notificações são insuficientes para aumentar a segurança do paciente e sugere que sistemas de informação podem melhorá-la, pois aprimoram o acompanhamento dos eventos, a análise das tendências e a identificação das causas pelos profissionais de saúde. Schwappach (2008) publicou um trabalho no qual relata a experiência de envolvimento do paciente em notificar eventos indesejáveis durante sua internação. O autor obteve respostas de 31% de uma amostra de 400 pacientes: os respondentes notificaram 94 eventos, o que revela que o seu envolvimento pode ser uma ferramenta valiosa para identificar e monitorar áreas problemáticas de cuidado e eventos adversos (SCHWAPPACH, 2008). Estudos apontam a preferência dos pacientes em compartilhar das decisões terapêuticas, juntamente com a equipe médica (GUINELLI, 2004; CHEWNING, 2011).

O envolvimento de pacientes com a segurança será bem sucedido se as iniciativas forem baseadas nas perspectivas dos pacientes e se houver mudanças complexas de comportamento (SCHWAPPACH, 2010).

Tanto pacientes quanto profissionais da saúde concordam que os hospitais devem educar os pacientes sobre como prevenir erros. Para que esta medida alcance os objetivos desejados, ela deve vir acompanhada de normas para os pacientes e de suporte para os profissionais de saúde em situações difíceis (SCHWAPPACH, 2011).

Estudo realizado com 2.025 pacientes hospitalizados nos Estados Unidos, em 2003, revela que a maioria dos pacientes participa de seus cuidados e esta participação está fortemente associada a um julgamento favorável sobre a qualidade do hospital e à redução dos riscos de ocorrências de eventos adversos (WEINGART et al, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2004, *The World Alliance For Patient Safety*, com o objetivo de desenvolver políticas mundiais que possam melhorar o cuidado aos pacientes. Uma das áreas de ação desta aliança mundial é a *Patient For Patient Safety* (http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/) a qual estimula o paciente a tomar ativamente parte de seu cuidado e encoraja-o a perguntar, ouvir e conversar com a equipe cirúrgica, pois a boa comunicação entre paciente, familiares e a equipe médica é o passo mais importante na segurança, no qual o paciente tem uma participação essencial. Uma das ações da Aliança é informar aos pacientes, por meio de manuais, *folders* e vídeos educativos, sobre o *checklist* de cirurgia segura, criado para que o paciente esteja o mais seguro possível durante o ato cirúrgico. Neste processo, o paciente é orientado a questionar qualquer um dos membros da equipe cirúrgica se o *checklist* é utilizado no hospital e se será utilizado em seu caso. Caso não esteja implementado na instituição, quais outros procedimentos serão realizados para garantir a segurança de sua cirurgia. Além disso, o paciente é orientado a responder todos os questionamentos que lhes forem feitos com respostas completas e solicitar esclarecimentos para as perguntas cujas respostas não tiverem sido compreendidas (WHO, 2007).

Outra área de ação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente é a definição de seis metas internacionais que compreende: (1) identificar corretamente os pacientes, (2) melhorar a comunicação efetiva, (3) melhorar a segurança nos medicamentos de alta vigilância, (4) assegurar cirurgia com local de intervenção

correto, procedimento correto e paciente correto, (5) reduzir o risco de infecção associado aos cuidados de saúde, (5) reduzir o risco de lesão ao paciente decorrente de queda. Estas metas estipuladas pela OMS têm sido um guia para instituições hospitalares do Brasil e de mundo focarem e desenvolverem ações de melhoria com o objetivo de aumentar a segurança do paciente, já que um propósito da Aliança é difundir e acelerar as melhorias de segurança do paciente, propiciando a colaboração internacional e as ações dos países membros, de experts, usuários, grupos de profissionais e da indústria.

Portugal, em 2009, criou por meio do Despacho n. 14223/ 2009, do Ministério da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde, com o papel de coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Este despacho deixa claro que o cidadão português é o protagonista dos serviços de saúde e que tem direito reconhecido de (1) participar nas decisões que lhe dizem respeito, (2) ser informado sobre os riscos e benefícios potenciais de cada procedimento e (3) aceitar ou recusar esses riscos e benefícios depois de convenientemente informado (FARIA, MOREIRA, 2009). Neste documento é clara a importância do paciente e de suas opiniões e desejos no processo de seu cuidado.

O *National Health Service* (NHS), sistema de saúde inglês, elaborou o documento *NHS Constitution*, publicado em julho de 2010, no qual estabelece seus princípios e valores. Este documento descreve os direitos dos pacientes, como por exemplo: (1) ter informações sobre os objetivos do tratamento, incluindo riscos; e tratamentos alternativos se houver recusa ao tratamento; (2) aceitar ou recusar tratamentos oferecidos; (3) envolver-se nas discussões e decisões sobre o tratamento e receber informações que o capacitem para isso; (4) realizar queixas sobre os serviços recebidos e acompanhar as investigações a respeito (*NHS Constitution*). Além disso, o NHS também realiza uma pesquisa, por meio de questionário enviado pelo correio, com os pacientes atendidos em organizações de saúde com o objetivo de proporcionar ao paciente oportunidade de relatar a experiência vivida e sugerir melhorias para os serviços. Também fornece oportunidade para que as autoridades possam verificar quais serviços estão sendo oferecidos à população com qualidade e em quais são necessários aprimoramentos (NHS, disponível em www.nhssurveys.org/surveys).

Desde 2010, a *AHRQ* americana promove a campanha “*Questions are the answer*”, que incentiva pacientes a auxiliar a melhorar seu cuidado, tomando atitudes, fazendo perguntas, entendendo suas condições de saúde e avaliando as opções existentes. Nesta campanha a Agência informa aos pacientes os cinco passos de uma assistência à saúde segura e sugere vinte maneiras para a prevenção de erros médicos (www.ahrq.gov/questionsaretheanswer/).

A *National Patient Safety Agency (NPSA)*, agência vinculada ao Departamento de Saúde inglês, disponibiliza em sua página na internet um *web site* (<http://www.npsa.nhs.uk/pleaseask>) com informações relevantes sobre: medicamentos (administração com segurança), internações de emergência (fornecer informações sobre medicamentos de uso diário, possível gravidez, etc) e sobre os cuidados ao receber uma transfusão sanguínea (NPSA, 2011).

The Joint Commission, organização norte americana sem fins lucrativos, que avalia organizações de saúde e as auxilia na prestação de cuidados seguros e eficazes da mais alta qualidade e valor, incentiva a padronização de procedimentos e o envolvimento do paciente e da família, como mais uma tentativa de minimizar a ocorrência de eventos adversos (JC, 2011).

A *Agencia de Calidad Del Sistema Nacional de Salud*, órgão responsável pelo desenvolvimento de sistemas de informação, incentivo aos planos de saúde e programas de qualidade do Sistema Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade espanhol, também promove estudos sobre a visão dos pacientes e tenta encontrar a melhor forma para informá-los e envolvê-los com seu cuidado (ESPANHA, 2011).

A administração do Governo Barack Obama, em 2011, lançou a campanha *Partnership for Patients: Better Care, Lower Costs* (US Department of Health & Human Services. Disponível em: www.healthcare.gov/news/factsheets/partnership04122011a.html). A parceria com o setor privado tem como objetivo aumentar a qualidade, a segurança e o acesso aos cuidados de saúde para todo cidadão americano. Espera-se que a parceria ajude, entre 2011 e 2013, a salvar 60.000 vidas prevenindo erros e complicações do cuidado ao paciente, uma diminuição de 40% se comparada a 2010. Também se

espera a diminuição em 20% dos casos de re-internação devida a complicações preveníveis durante a transição de um tipo de cuidado para outro (hospitalar para ambulatorial ou hospitalar para *home care*), o que significa mais de 1,6 milhão de pacientes em recuperação sem sofrer complicações preveníveis, o que deve gerar uma economia de 35 bilhões de dólares. Um dos pilares desta campanha é o engajamento de pacientes e familiares na identificação de ações específicas e desenvolvimento de ferramentas e recursos para evitar complicações preveníveis no cuidado à saúde. O Sistema de Saúde federal dos Estados Unidos, *Medicare*, destinado a residentes permanentes do país, com idade maior ou igual a 65 anos, pessoas deficientes e portadores de doenças renais graves (www.cms.gov) possui um projeto, também do Governo Barack Obama, para que, até 2015, uma parte dos pagamentos do *Medicare*, da maioria dos hospitais, seja atrelada ao cuidado com segurança, ao uso de sistemas de informação efetivos e ao atendimento às necessidades dos pacientes. Este projeto é de extrema importância, já que estudos anteriores mostram que são gastos mais de 300 milhões de dólares ao ano em pagamentos extras devidos a eventos adversos, como por exemplo, pagamento de 735 dólares para cada caso de úlcera de decúbito e aproximadamente 9.000 dólares para casos de infecção pós-operatória generalizada. Os autores concluem que tanto os hospitais quanto o sistema de saúde (*Medicare*) possivelmente terão ganhos financeiros, caso aumente a segurança do paciente (ZHAN, 2006).

Incentivos de pagamento para melhorar a qualidade e diminuir custos também estarão disponíveis no *Medicaid*, programa gerido na instância estadual pelos diferentes estados americanos, basicamente ofertado para pessoas com baixa renda (www.cms.gov).

A *Association of American Medical Colleges* também está engajada nos esforços do Governo dos Estados Unidos para diminuir os danos causados aos pacientes, aumentando a qualidade e a segurança na assistência ao paciente com a Campanha *Best Practices for Better Care*. Esta campanha tem a adesão de mais de 200 hospitais escola e outros tipos de serviço de saúde, que já deram início a ações como o uso de *checklists* para cirurgias seguras, a utilização de protocolos para reduzir infecção de cateter central e a introdução de disciplinas como Qualidade e

Segurança do Paciente na grade curricular das próximas gerações de profissionais médicos (<https://www.aamc.org/initiatives/bestpractices/>).

3.9 O BRASIL E A SEGURANÇA DO PACIENTE

3.9.1. AÇÕES DO GOVERNO FEDERAL

A Constituição Federal promulgada em 1988 define em seu artigo 198 o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público de saúde, destinado a toda a população e financiado com recursos arrecadados por impostos. As diretrizes deste sistema são: (1) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (2) atendimento integral e (3) participação da comunidade. A Lei 8142 de dezembro de 1990 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” rege que o SUS deve contar, em cada esfera de governo, com a Conferência de Saúde e com o Conselho de Saúde. Nestas duas instâncias colegiadas a representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde). Estas leis garantem uma forma de controle social, possibilitando aos usuários, por meio de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde.

Também no âmbito federal, em setembro de 1990, foi promulgada a Lei n. 8.078, que “dispõe sobre a proteção do consumidor”, mais conhecida como Código de Defesa do Consumidor (CDC). Esta Lei estabelece normas de proteção e defesa do consumidor e inclui uma seção de “Proteção à Saúde e Segurança” que estabelece que serviços e produtos devem prestar informações precisas sobre riscos à saúde ou à segurança do consumidor e que produtos e serviços com alto grau de periculosidade não podem ser colocados no mercado de consumo (Brasil. Ministério da Justiça, 1990).

Em abril de 2001 houve o lançamento de um programa de premiação, chamado Prêmio de Qualidade Hospitalar cujo objetivo é reconhecer as organizações hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) que se destacam segundo as avaliações dos usuários. Este prêmio pouco contempla a participação

do paciente no seu cuidado, já que é valorizada a opinião dos usuários em relação aos quesitos instalação física, equipe médica e de enfermagem, maneira como foi tratado e pagamento ou não por serviços recebidos (Portaria nº 540, 2001).

Em 2006, foi divulgada a primeira versão da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que reúne os seis princípios básicos da cidadania: (1) acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; (2) tratamento adequado para seu problema; (3) atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; (4) atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; (5) responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada; (6) comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Estes princípios asseguram aos cidadãos ingresso digno nos subsistemas de saúde, público ou privado. Alguns subitens dos princípios consideram a participação no paciente, como por exemplo: consentimento ou recusa livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos e terapêuticos; manifestação sobre a compreensão de informações/orientações recebidas, e caso permaneçam dúvidas, solicitar maiores esclarecimentos (Carta dos direitos dos usuários da saúde, 2006).

A segunda versão desse documento foi divulgada em agosto de 2009. No entanto, nenhum item foi acrescentado em relação à participação dos pacientes no seu cuidado (Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, DOU).

3.9.2 AÇÕES DO ESTADO DE SÃO PAULO

No Estado de São Paulo, em 17 de março de 1999, foi promulgada a Lei Estadual n. 10.241 que “dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo” e estabelece que seja um direito do usuário receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre seus diagnósticos, exames, riscos, benefícios e ainda consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem realizados. Portanto, fica claro que o paciente tem o direito de participar de seu cuidado (SÃO PAULO, 1999).

Em 2010, a Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo (SES) publicou o relatório da 1ª Pesquisa de Satisfação de Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), realizada em meses selecionados dos anos de 2007 e 2008 (MASSUIA, 2010). Em maio de 2011, a SES publicou dados da 2ª Pesquisa (<http://portal.saude.sp.gov.br>), realizada entre julho e dezembro de 2010. Responderam a pesquisa realizada em 2010, 204,4 mil pacientes atendidos em 630 hospitais e centros de saúde em todo o Estado. Nestas pesquisas buscaram-se dados de infra-estrutura, tempo para atendimento, avaliação dos profissionais de saúde que prestaram atendimento e se houve pagamento extra por algum serviço prestado pelo SUS, basicamente seguindo o mesmo modelo da pesquisa federal. Não há pergunta específica no formulário impresso encaminhado ao paciente sobre o seu envolvimento no cuidado a ele prestado nas instituições de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2011).

3.9.3 AÇÕES DE ENTIDADES PRIVADAS

Em 2008 o Instituto Qualisa de Gestão (IQG), instituição acreditadora no Brasil, iniciou em parceria com o *IHI (Institute for Healthcare Improvement)* o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, com a meta de “Salvar 50.000 vidas e evitar 150.000 danos aos pacientes”. Este programa tinha como objetivo central promover uma rede de informações e comunicação entre hospitais multiplicadores e hospitais integrantes que poderão trocar experiências, melhores práticas, protocolos relacionados à qualidade e segurança do paciente, promover capacitação de equipes, facilitar a comunicação em todo território nacional e internacional. A estrutura do programa conta atualmente com: (1) IQG na coordenação; (2) 16 hospitais multiplicadores, que têm o papel de disseminação de boas práticas e da cultura da segurança aos outros 68 hospitais integrantes do programa; (3) câmara técnica e estratégica que tem a função de contribuir para posicionar a segurança do paciente como componente fundamental para a efetividade e sustentabilidade dos sistemas de saúde, entre outras; e (4) rede de parcerias estratégicas nacionais e internacionais (IQG, 2012).

A ANAHP, Associação Nacional de Hospitais Privados, que reúne 46 hospitais reconhecidos pelas certificações de qualidade e segurança no atendimento hospitalar, possui o Projeto Melhores Práticas Assistenciais, implantado em 2003,

que monitora indicadores de qualidade, segurança e de conformidade com boas práticas de protocolos clínicos selecionados. Os indicadores são acompanhados mensalmente nos hospitais associados e atualmente apresentam diminuição da variabilidade e evidenciam melhores resultados assistenciais (ANAHP, 2012).

Em novembro de 2011, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou a Resolução Normativa nº 275 que institui o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS. Este consiste em um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados. Os domínios a serem avaliados e que constituem os eixos do QUALISS são: efetividade, eficiência, equidade, acesso, centralidade no paciente e segurança. A centralidade no paciente é o domínio que considera o respeito às pessoas por aqueles que ofertam os serviços de saúde, incluindo a confidencialidade das informações e o direito à informação e o domínio segurança é definido pela capacidade de controlar o risco potencial de uma intervenção, ou do ambiente do serviço de saúde, de causar danos ou prejuízos tanto para o paciente quanto para outras pessoas, incluindo os profissionais de saúde (ANS, 2012). Conforme apresentação da 6ª reunião ordinária do Comitê Gestor dos Programas de Qualificação dos Prestadores de Serviço (COGEP), ocorrida em 10 de dezembro de 2012, disponível no site da ANS, os indicadores essenciais, dos hospitais voluntários participantes, serão avaliados no período de janeiro a agosto de 2013.

Além do Programa Qualliss, a ANS também instituirá a partir de maio de 2013 o Programa de Acreditação de Operadoras, que tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com a avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela ANS. Esta certificação abrangerá itens relativos à administração, estrutura e a operação dos serviços de saúde oferecidos pelas operadoras, além do desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o índice de satisfação do usuário (ANS, 2012).

A organização americana sem fins lucrativos *Planetree*, oferece desde sua fundação educação e informação para organizações de saúde, facilitando os esforços de

criação de um serviço centrado nos pacientes e em ambientes saudáveis. O modelo tem como compromisso melhorar o atendimento de saúde a partir da perspectiva do paciente, concedendo mais poderes aos mesmos e a seus familiares e incentiva parcerias com cuidadores para aumentar a participação. Esta instituição reconhece, desde 2007, por meio de um Selo, organizações de saúde que possuem o serviço centrado no paciente. Várias organizações hospitalares, em quatro países, possuem o selo *Planetree*, sendo que no Brasil temos apenas uma organização hospitalar privada sem fins lucrativos, situada na cidade de São Paulo certificada (Planetree, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de levantamento no acervo da biblioteca Karl A. Boedecker, da Fundação Getulio Vargas. As bases de dados utilizadas são: SCIELO, LILACS, CAPES, EBSCO, PROQUEST, JSTOR, BIREME e EMERALD.

As palavras chave pesquisadas foram: eventos adversos (*adverse events*); qualidade em serviço (*quality service*); qualidade em saúde (*health care quality*); segurança do paciente (*patient safety*), participação do paciente (*patient participation*), envolvimento do paciente (*patient involvement*) e compartilhamento da tomada de decisão (*share decision making*). Pesquisa de legislações específicas sobre direitos de consumidores e pacientes em *sites* dos Governos Federal e Estaduais brasileiros também foram realizadas, além de pesquisas em *sites* de governos da Europa e Estados Unidos.

Também foi feita pesquisa no catálogo de dissertações e teses da Fundação Getulio Vargas e da CAPES.

4.2 SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS E CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para atingir os objetivos propostos para este estudo, foi desenhada uma pesquisa de campo para a qual foram construídos dois instrumento de pesquisa

(questionários estruturados), que foram aplicados em (1) pacientes e (2) dirigentes hospitalares.

O questionário realizado para os pacientes (Anexo A) foi construído por meio de três etapas: (1) solicitação de permissão aos principais autores do questionário original (Weingart, S. N. e Weissman, J. S.) para que uma tradução para a língua portuguesa (Brasil) fosse realizada, (2) tradução para a língua portuguesa do questionário original em língua inglesa e a (3) realização de um pré-teste, com a aplicação do questionário numa amostra de indivíduos para validação.

Para que a primeira etapa fosse cumprida, a pesquisadora entrou em contato, por meio eletrônico (e-mail) com o primeiro autor do artigo original, Dr. Saul Weingart. Ao responder a mensagem, este orientou que a autorização deveria ser dada pelo Dr. Joel Weissman, investigador principal do estudo. Nova mensagem eletrônica foi enviada e a autorização para uso do questionário foi recebida formalmente. A tradução para a língua portuguesa, segunda etapa da construção do questionário, foi realizada por dois profissionais da saúde, com fluência no idioma. Foram assim obtidas as versões 1 e 2. Estas traduções foram enviadas para dois professores de inglês, separadamente, e que não tinham conhecimentos dos objetivos do trabalho nem da área de saúde, para que eles realizassem a tradução para a língua inglesa. Em seguida, a autora comparou as duas novas versões em inglês com o instrumento original e verificou que as discrepâncias encontradas eram mínimas. Após isso, um grupo de quatro *experts* no assunto Segurança do Paciente, fizeram uma reunião, em conjunto com a autora, para analisar as duas versões em português. Correções em tempos verbais e em sentenças foram realizadas em consenso e foi gerada a versão 3 do questionário. Esta foi aplicada em fase de pré-teste numa amostra de 50 pacientes com características semelhantes àqueles a quem se destina o questionário, em um hospital da capital paulista, que não fazia parte da amostra. O pré-teste foi realizado com o objetivo de aplicar a versão 3 do questionário para verificar se o questionário estava de fácil entendimento para pacientes e também a aceitação do paciente com relação a este tipo de pesquisa. Além disso, também foram analisadas as possíveis dificuldades que poderiam ocorrer durante a realização desta pesquisa em instituições hospitalares. Após a

realização do pré-teste e a análise das dificuldades de aplicação, foi definida a versão final (versão 4) do questionário (Anexo A)

O questionário aplicado aos dirigentes hospitalares responsáveis pelos programas de qualidade ou segurança do paciente dos hospitais da amostra (Apêndice B) foi construído pela autora a partir da literatura estudada para o referencial teórico (WEINGART, 2011; DAVIS, 2011; NHS, 2011; JENKINSON, COULTER, BRUSTER, 2002). As perguntas referem-se a conhecimento a respeito de segurança do paciente e eventos adversos, processo institucional para melhoria da segurança do paciente, comunicação entre a instituição e o paciente e comunicação de eventos adversos ocorridos com o paciente. O questionário poderia ser respondido por meio eletrônico, por telefone ou por entrevista previamente agendada.

Com relação às entrevistas com pacientes a pesquisadora optou por contratar uma empresa especializada em pesquisa de campo para realiza-las. Houve uma reunião entre a pesquisadora e as entrevistadoras para entendimento da proposta do estudo e para que orientações a respeito da abordagem do paciente fossem passadas.

4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA DE HOSPITAIS

A escolha da amostra dos hospitais que participariam desta pesquisa foi um desafio. No Brasil, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) consultado em novembro de 2012, o universo de estabelecimentos hospitalares constitui-se de 6.303 instituições, sendo 5.200 hospitais gerais e 1.103 hospitais especializados (Tabela 1).

Localização	Tipo de hospital	Quantidade	Total
Brasil	Geral	5.200	6.303
	Especializado	1.103	

Tabela 1 – Quantidade de hospitais no Brasil segundo tipo de hospital. Novembro 2012

Fonte: CNES, 2012.

No Estado de São Paulo existem 891 estabelecimentos hospitalares, sendo 725 hospitais gerais (15,04% do total do Brasil) e 166 hospitais especializados (Tabela 2).

Localização	Tipo de hospital	Quantidade	Total
Estado de São Paulo	Geral	725	891
	Especializado	166	

Tabela 2 – Quantidade de hospitais no Estado de São Paulo segundo tipo de hospital. São Paulo, 2012

Fonte: CNES, 2012.

Na Grande São Paulo, que compreende os 39 municípios da região metropolitana de São Paulo encontramos 313 estabelecimentos hospitalares, sendo 246 hospitais gerais (4,73% do total do Brasil) e 67 hospitais especializados (6,07 % do total do Brasil) (Tabela 3).

Localização	Tipo de hospital	Quantidade	Total
Grande São Paulo	Geral	246	313
	Especializado	67	

Tabela 3 – Quantidade de hospitais na Grande São Paulo segundo o tipo de hospital. São Paulo, 2012

Fonte: CNES, 2012.

Optou-se então por escolher a amostra de 49 hospitais públicos e privados, com certificados de qualidade (Organização Nacional de Acreditação, *Joint Commission*, Controle de Qualidade Hospitalar e/ou Acreditação Canadense) da Grande São Paulo. Outras organizações poderiam ser selecionadas, porém o critério de escolha foi o de pesquisar hospitais que possuíam qualidade na assistência e que se preocupassem com o aprimoramento contínuo de seus processos. Além disso, a pesquisadora acreditava que teria mais facilidade de acesso aos hospitais, por vínculos profissionais anteriormente estabelecidos. Os hospitais foram numerados de 1 a 49 para que os dados fossem tabulados, sem exposição dos nomes das organizações.

Segundo o Quadro 1, mostra os hospitais da amostra agrupados segundo as caracterizações quanto a tipo de unidade, esfera administrativa e natureza da organização. Podemos perceber que da amostra de 49 hospitais, 32 (65,3%) são privados e 17 (34,7%) são públicos, e que apesar do processo de certificação ser oneroso, os hospitais públicos são também reconhecidos pela qualidade em seus processos administrativos e assistenciais.

Tipo de hospital	Esfera administrativa	Natureza da organização	Quantidade
Geral	Privada	Empresa privada	15
Geral	Privada	Entidade beneficente sem fins lucrativos	14
Geral	Estadual	Administração direta da saúde	12
Especializado	Privada	Entidade beneficente sem fins lucrativos	1
Especializado	Privada	Empresa Privada	1
Geral	Privada	Fundação privada	1
Geral	Municipal	Administração indireta – Autarquia	1
Especializado	Estadual	Administração direta da saúde	1
Geral	Municipal	Administração indireta – Organização social pública	1
Geral	Federal	Administração direta de outros órgãos	1
Geral	Municipal	Administração direta da saúde	1

Quadro 1 – Hospitais da amostra agrupados segundo as caracterizações quanto a tipo de unidade, esfera administrativa e natureza da organização. São Paulo, 2012
Fonte: CNES, 2012.

Nota: Dados trabalhados pela autora

4.4 SELEÇÃO DOS PACIENTES RESPONDENTES

Para definição do grupo de pacientes que iriam responder o questionário, adotou-se uma amostragem não probabilística, por conveniência, pois poderíamos nos deparar com pacientes que se recusassem a participar da pesquisa, por qualquer motivo, e pacientes que impossibilitados de participar por motivos médicos.

4.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE PACIENTES

- Pacientes adultos (maiores de 18 anos) internados há mais de 24 horas – optou-se pela escolha destes pacientes, pois os mesmos já deveriam ter sido submetidos a

procedimentos hospitalares e já ter tido ou não oportunidades, durante a internação, de participar de seus cuidados/tratamentos.

4.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE PACIENTES

- Pacientes de maternidade;
- Pacientes de unidade de terapia intensiva;
- Pacientes de unidade semi intensiva
- Pacientes menores de idade e/ou incapazes

Estes pacientes não foram selecionados para responder o questionário, pois acreditamos que haveria muita dificuldade em entrevistá-los, uma vez que poderiam estar em estado grave e/ou sem condições de entendimento dos objetivos da pesquisa e autorização para aplicação da mesma, além do quesito segurança quando fala-se de maternidade.

4.5 SUBMISSÃO DO PROJETO DE PESQUISA AO CONEP E AOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, para começar solicitar aos hospitais sua participação no projeto (e autorização para entrevistar seus pacientes) foi necessário cadastrar a pesquisadora, o projeto deste estudo e seus instrumentos para obtenção de dados na Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A Plataforma Brasil, implantada em janeiro de 2012 permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios, desde a submissão até a aprovação final, possibilitando também o envio de relatórios parciais e final do pesquisador para as instituições proponente e co-participantes. Todos os documentos necessários para o cadastro são apresentados em meio digital. O sistema permite ainda, que todos os envolvidos (pesquisador e instituições) tenham acesso, por meio da internet, às informações após aprovação da pesquisa pela instituição proponente.

Para cadastro na Plataforma Brasil, é necessário que o projeto tenha uma instituição proponente, que disponha de Comitê de Ética em Pesquisa cadastrado na Plataforma. A instituição proponente deve ser a primeira a aprovar o projeto no sistema para que os CEP's das outras instituições participantes tenham acesso aos dados e também aprovelem ou não o projeto para ser realizado naquela instituição. No caso da Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, não há CEP, uma vez que se trata de uma escola de administração e não de ciências da saúde. Conforme orientação do CONEP, quando o pesquisador não tem instituição proponente, ele pode submeter seu projeto diretamente à CONEP; este órgão irá direcionar o projeto ao CEP mais adequado. No caso desta pesquisa, após a submissão do projeto pela pesquisadora, a CONEP direcionou o mesmo para o CEP da Universidade Presbiteriana Mackenzie, e apesar de o mesmo recusar o projeto, a CONEP o redirecionou para este Comitê por cinco vezes seguidas (Quadro 2).

Ao verificar a necessidade de uma instituição proponente, já previamente definida antes da submissão do projeto na Plataforma Brasil, a pesquisadora procurou um CEP, cadastrado na Plataforma, que aceitasse ser a instituição proponente. O CEP do IEPAC (Instituto de Ensino e Pesquisa Armênio Crestana), vinculado ao SECONCI (Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo) concedeu esta autorização e foi definido como a instituição proponente. Esta informação foi inserida na Plataforma Brasil e o projeto pôde seguir para o trâmite de análise e aprovação (Quadro 2).

O estudo também foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa de hospitais não cadastrados na Plataforma Brasil.

CEP Trâmite	Situação	Data
CONEP	Submetido para avaliação do CEP	13/08/12
Universidade Presbiteriana Mackenzie	Rejeição do projeto de pesquisa	05/09/12
Universidade Presbiteriana Mackenzie	Submetido para avaliação do CEP	15/10/2012

Universidade Presbiteriana Mackenzie	Rejeição do projeto de pesquisa	16/10/2012
Universidade Presbiteriana Mackenzie	Submetido para avaliação do CEP	17/10/2012
Universidade Presbiteriana Mackenzie	Rejeição do projeto de pesquisa	17/10/2012
Universidade Presbiteriana Mackenzie	Submetido para avaliação do CEP	17/10/2012
Universidade Presbiteriana Mackenzie	Rejeição do projeto de pesquisa	17/10/2012
Universidade Presbiteriana Mackenzie	Submetido para avaliação do CEP	18/10/2012
IEPAC - SECONCI	Submetido para avaliação do CEP	15/11/2012
IEPAC - SECONCI	Parecer liberado com pendência	19/12/2013
IEPAC - SECONCI	Submetido para avaliação do CEP	28/12/2013
IEPAC - SECONCI	Parecer liberado - Aprovado	18/01/2013

Quadro 2 – Trâmite do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil com respectiva situação e datas. São Paulo, 2013

Fonte: Plataforma Brasil, 2013

Nota: Dados trabalhados pela autora

4.6 O PROCESSO DE ENTREVISTAS

A partir da autorização do CEP de cada hospital, a pesquisadora entrou em contato por meio telefônico e eletrônico com a pessoa responsável por acompanhar o estudo, para acordar como o estudo seria conduzido. Uma reunião também foi realizada entre a pesquisadora e os responsáveis de cada hospital para apresentação do estudo e para esclarecer dúvidas sobre a condução das entrevistas.

Nos hospitais da amostra, durante a reunião realizada entre a pesquisadora e o responsável pelo hospital, solicitações específicas por parte de cada um foram

feitas. Como não haveria mudança nos objetivos do estudo, as solicitações foram aceitas pela pesquisadora, conforme descritas a seguir.

Em dois hospitais (Hospital 3 e Hospital 21) as chefias de enfermagem escolhiam os pacientes que poderiam ser abordados pelas entrevistadoras, seguindo os critérios de inclusão. Nos outros dois hospitais (Hospital 29 e Hospital 48) a enfermagem concedeu o censo hospitalar para as entrevistadoras abordarem os pacientes, seguindo também os critérios de inclusão.

Em um hospital (Hospital 48) foi utilizado um folheto explicativo (Anexo 4) explicativo para o paciente, no qual constava a informação que o hospital estava fazendo parte daquela pesquisa, com o objetivo de não gerar dúvidas no paciente quanto a se realmente a pesquisa havia sido aprovada. Este *folder* foi elaborado pela autora no intuito de reduzir a insegurança de alguns pacientes que, durante o pré-teste questionaram se a pesquisa havia sido realmente autorizada pela direção da instituição. Somente um hospital optou pela utilização desse impresso.

Após definição da forma como as entrevistas seriam conduzidas e o agendamento datas para realização das mesmas, o trabalho de campo foi iniciado.

Ao chegar ao hospital, as entrevistadoras se apresentavam ao responsável institucional pela condução da pesquisa, que as apresentava às chefias de enfermagem das unidades nas quais a pesquisa seria aplicada.

Todas as entrevistas com pacientes foram realizadas pessoalmente, durante o período de internação.

Ao abordar o paciente, as pesquisadoras se apresentavam e, informavam os objetivos da pesquisa. Os pacientes em estudo também foram informados que os dados seriam utilizados de maneira anônima e confidencial, sendo facultado aos mesmos a possibilidade de não participar da pesquisa. Os pacientes que aceitavam voluntariamente a participar da pesquisa assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo as recomendações da legislação brasileira, conforme

Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas com seres humanos.

As entrevistas com os pacientes ocorreram no período de 19 de dezembro de 2012 a 04 de janeiro de 2013 no Hospital 29 e entre 01 de fevereiro de 2013 a 08 de fevereiro de 2013 nos hospitais 3, 21 e 48.

Todas as respostas foram registradas por escrito nos questionários e o mesmo foi anexado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O tamanho da amostra de pacientes foi calculado considerando a possibilidade de realizar entrevistas em um ou mais hospitais, a depender da aceitação dos mesmos para receber o trabalho.

Com base nos resultados do pré-teste, adotamos precisão de 5% para as estimativas e nível de confiança 95%. Assim, o tamanho mínimo para a amostra nestas condições era de 272 pacientes, a serem distribuídos pelos hospitais participantes.

Após a coleta de dados nos hospitais, frente ao número de 243 pacientes entrevistados, a precisão das estimativas foi alterada para 5,3%, mantido o nível de confiança de 95%.

Os resultados obtidos neste estudo não serão extrapolados para a população, isto é, o universo dos hospitais acreditados de São Paulo, pois a seleção dos hospitais participantes não foi feita de forma aleatória, e sim de acordo com autorizações concedidas.

4.7 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA DIRIGENTES HOSPITALARES

Foi realizada por meio de questionário estruturado (Anexo 2), com perguntas abertas, para os dirigentes hospitalares responsáveis pelos programas de qualidade ou segurança/gerenciamento de risco do paciente da Instituição. Estes dirigentes

eram designados pelo responsável pelo hospital durante a reunião realizada com a pesquisadora.

Os dirigentes foram questionados sobre (1) formas que o paciente tem para expressar sua opinião no hospital; (2) ações do hospital para identificar as necessidades dos pacientes com relação à segurança assistencial; (3) informações dadas ao paciente na ocorrência de eventos adversos; (4) participação do paciente no fornecimento de informações em casos de eventos adversos; (5) existência de sistema informatizado para gerenciamento das informações sobre eventos adversos; (6) encaminhamento e tratamento dado às sugestões/reclamações e opiniões dos pacientes; (7) introdução de melhorias nos processos assistenciais e administrativos oriundas da participação do paciente; (8) mensuração quanto a se as ações de melhoria implantadas foram efetivas; (9) ações do hospital que incentivem a participação do paciente; (10) orientações fornecidas à equipe assistencial para incentivar a participação do paciente e (11) importância que a participação do paciente tem para a organização.

4.8 COMPILAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados por meio dos questionários aplicados aos pacientes foram digitados e inseridos em uma planilha Excel®. Estas informações foram então submetidas à análise estatística para consolidação e discussão dos resultados obtidos.

Os dados coletados por meio dos questionários aplicados aos dirigentes hospitalares também foram analisados para discussão dos resultados.

4.9 TRATAMENTO ESTATÍSTICOS DOS DADOS

Após a realização do trabalho de campo e da compilação dos dados em uma planilha Excel®, realizou-se a análise estatística dos mesmos.

Foi utilizada estatística descritiva básica para exploração dos dados na forma de tabelas de frequência e tabelas de dupla entrada com frequências e proporções para as variáveis.

Para a comparação das médias de Idade entre os grupos foi utilizado o Teste T de *student*. A análise de independência entre as variáveis relativas ao paciente e seu *score* foram feitas pelo teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher. O nível de significância considerado para os testes de hipóteses foi de 5%. Foi utilizado o pacote estatístico R, versão 2.15.2, além do pacote Office® – Excel®.

5. PROBLEMAS METODOLÓGICOS ENCONTRADOS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou algumas limitações e situações difíceis que merecem ser explicitadas.

A primeira delas foi o grande número de respostas negativas (20,4%) que a autora recebeu por parte dos hospitais que faziam parte da amostra.

O número de instituições que não responderam à solicitação (48%) da pesquisadora também foi um fator limitante para este estudo.

O número restrito de hospitais nos quais a pesquisa foi realizada, que possivelmente representa uma amostra muito viesada, não permite que os resultados deste estudo possam ser extrapolados para outros hospitais.

Estas limitações, no entanto, não invalidam os resultados obtidos neste estudo.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo não pretende fazer inferências para a população, isto é, extrapolar os resultados obtidos para o universo de hospitais da Grande São Paulo, uma vez que os serviços investigados apresentam características peculiares. Foram contatados 49 (quarenta e nove) hospitais na Grande São Paulo, todos com selos de qualidade (acreditação hospitalar por qualquer metodologia e/ou CQH) a fim de maximizar o número de hospitais participantes, porém apenas 4 permitiram a realização da pesquisa, em tempo adequado para fins desta tese e o número de entrevistas por

instituição variou consideravelmente. Devido a isto, os resultados obtidos não serão expostos por hospital, e sim tratados como um conjunto de dados único.

Após aprovação da pesquisa pelo CEP do IEPAC, as outras instituições identificadas na Plataforma Brasil como co-participantes puderam ter acesso ao projeto e definir se aceitariam ou não que a pesquisa fosse realizada neles.

Resposta à solicitação para realização da pesquisa	Quantidade de hospitais
Aprovada	9
Não aprovada	16
Sem resposta	24

Quadro 3 – Respostas dos hospitais à solicitação para realização da pesquisa. São Paulo, 2013

Fonte: Dados trabalhados pela autora

Pelo Quadro 3, podemos verificar que dos 49 hospitais que fizeram parte da amostra, 9 (18,4%) aprovaram a pesquisa, porém houve tempo hábil para realização da mesma em quatro deles. Vinte e quatro hospitais (49%) não responderam à solicitação feita pela pesquisadora. Recebemos também 16 repostas negativas, 32,6% da amostra.

Em dois hospitais (Hospital 29 e Hospital 21) nos quais a pesquisa foi aprovada, os Comitês de Ética em Pesquisa não são cadastrados na Plataforma Brasil. No Hospital 21, o Comitê de Ética em Pesquisa somente autorizou a realização da mesma após parecer final de aprovação do CEP do IEPAC (instituição proponente).

No total foram abordados 272 pacientes internados nesses quatro (4) hospitais.

Houve recusas, por parte de pacientes, em responder o questionário após a explicação realizada pelas entrevistadoras e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme tabela 4.

Identificação numérica do hospital	Número de recusas (número de questionários válidos aplicados)
Hospital 29	25 (99)
Hospital 3	1 (65)
Hospital 21	1(14)
Hospital 48	0 (65)

Tabela 4 – Identificação do hospital e respectivos números de recusas dos pacientes em responder o questionário. São Paulo, 2013.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Tivemos o maior número de recusas no Hospital 29, cujo atendimento é realizado em pacientes de convênios. No hospital 21, que tem o mesmo perfil de atendimento a convênios, houve um número menor de recusas. Não temos dados sobre o que motivou a recusa, já que a orientação dada pela autora às entrevistadoras era que se o paciente se recusasse a responder o questionário, a pesquisadora deveria agradecer a atenção dispensada e se retirar do quarto, sem questionar a recusa do paciente.

Pacientes que aceitaram responder a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido totalizaram 245 indivíduos. Houve, porém, exclusão de 2 (dois) questionários pois um (01) foi realizado com um paciente menor de idade (17 anos) e um (01) foi realizado com paciente incapaz, critérios de exclusão conforme apresentado. Sendo assim a amostra válida e analisada totalizou 243 questionários.

Identificação numérica do hospital	Nº questionários válidos aplicados (%)
Hospital 21	14 (5,8%)
Hospital 3	65 (26,7%)
Hospital 48	65 (26,7%)
Hospital 29	99 (40,7%)

Tabela 5 – Identificação do hospital e número de questionários válidos aplicados. São Paulo, 2013

Fonte: Dados elaborados pela autora

No artigo original (WEINGART, ET AL 2011), no qual esta pesquisa foi inspirada, os autores classificaram o nível de participação dos pacientes em alta participação e baixa participação. Esta classificação foi definida a partir das respostas dos pacientes às perguntas do questionário. Respostas assinaladas com * na tabela 6 foram definidas pelos autores como respostas positivas à participação no cuidado. Se os pacientes fornecessem respostas indicando participação no cuidado (respostas assinaladas com *) a 5 ou mais perguntas, eles seriam classificados com nível de participação alto no cuidado. Se os pacientes fornecessem as respostas positivas à participação no cuidado (respostas assinaladas com *) a 4 ou menos perguntas, eles seriam classificados como baixo nível de participação no cuidado. A porcentagem de cada resposta dada ao questionário está identificada na tabela 6.

Tabela 6 – Respostas dos pacientes ao questionário aplicado. São Paulo, 2013

(continua)

Perguntas do questionário	Respondentes (%)
(1) Durante esta permanência no hospital, o quanto você soube a respeito do problema de saúde pelo qual foi internado?	
Muito *	42,8%
Suficiente *	39,1%
Pouco	14,8%
Nada	3,3%
(2) Durante esta permanência no hospital, com que frequência você se sentiu bem o suficiente para falar com médico (as) e enfermeiros (as)?	
Sempre *	59,3%
Frequentemente *	28,0%
Algumas vezes	11,1%
Nunca	1,6%
(3) Quando você quis obter informações sobre seu cuidado e tratamento, o quanto foi fácil encontrar um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) para lhe falar sobre o que você queria saber?	
Muito fácil *	30,5%

Algo fácil*	53,9%
Pouco difícil	12,3%
Muito difícil	2,1%
(3.1) Quem foi mais fácil achar?	
Médico(a)	12,8%
Enfermeiro(a)	66,7%
(4) Durante esta permanência no hospital, quando foi necessário tomar decisões, com que frequência seus(suas) médicos(as) e enfermeiros(as) descreveram coisas boas e as coisas ruins a respeito das opções sobre seu tratamento?	
Sempre*	27,2%
Frequentemente*	38,3%
Algumas vezes	22,2%
Nunca	11,5%
(4.1) Quem descreveu?	
Médico(a)	60,1%
Enfermeiro(a)	14,0%
(5) Você participou das decisões que seus(suas) médicos(as) fizeram a respeito do seu cuidado e tratamento?	
Menos do que eu queria	17,3%
Na medida certa*	80,2%
Mais do que eu queria*	2,5%
(6) Durante esta permanência no hospital, um membro da sua família ou um amigo visitou você? Se sim, esta pessoa lhe ajudou a assegurar que suas vontades sobre sua saúde prevalecessem?	
Ela sempre assegurou*	59,3%
Ela frequentemente assegurou*	30,0%
Ela algumas vezes assegurou*	6,2%
Ela nunca assegurou	1,2%
(7) Durante esta permanência no hospital, quando recebeu medicamentos, você alguma vez verificou para ter certeza de que eles eram os corretos? Se sim, com que frequência você	

verificou os medicamentos que lhe foram dados pelos(as) funcionários(as) do hospital?

Verifiquei sempre*	48,1%
Verifiquei frequentemente*	18,1%
Verifiquei algumas vezes	10,3%
Nunca verifiquei	23,5%

Fonte: Dados elaborados pela autora

* Respostas que, em conjunto, caracterizam o nível de participação do paciente no cuidado como alto, segundo Weingart et al (2011).

Número de respostas positivas ao questionário	Respondentes (%)
0	0,0%
1	2,9%
2	3,3%
3	5,8%
4	11,5%
5	12,3%
6	26,7%
7	37,4%

Tabela 7 – Número de respostas positivas ao questionário. São Paulo 2013

Fonte: Dados elaborados pela autora

Dos pacientes que participaram da pesquisa, 100% (243 pacientes) relataram resposta positiva para, pelo menos, uma das sete medidas de participação no cuidado. Em média, os pacientes responderam com respostas positivas (assinaladas com *) a 5,57 (+/-1,6) perguntas. No artigo original de Weingart et al, em média os pacientes pesquisados responderam positivamente a 5,5 (+/-1,3) perguntas.

Ao analisarmos o nível de participação do paciente no cuidado (Tabela 8), verificamos os seguintes resultados:

Nível de participação do paciente no seu cuidado	Respondentes (%)
Alta participação	76,5%
Baixa participação	23,5%

Tabela 8 – Nível de participação do paciente em seu cuidado. São Paulo, 2013

Fonte: Dados elaborados pela autora

76,5% dos pacientes que participaram da pesquisa apresentam alta participação no cuidado, enquanto que 23,5% dos pacientes apresentam um baixo nível de participação no cuidado. Este resultado contraria a premissa inicial de que os pacientes não participavam de seu cuidado. Uma vez que foram estudados hospitais com certificação de qualidade na Grande São Paulo, é possível que esta percepção dos pacientes se deva a alguns dos padrões estabelecidos pelas entidades acreditadoras e que os hospitais devem cumprir para obter a certificação. A *Joint Commission International*, por exemplo, tem padrões rígidos quanto à participação do paciente no cuidado, nos quais verifica, entre outros itens, se a organização apoia os direitos de pacientes e familiares de participar do processo de cuidado; se a organização informa pacientes e familiares, com um método de fácil entendimento, sobre o planejamento do cuidado e tratamento e sobre como eles podem participar das decisões; se a organização oferece educação ao paciente e seus familiares quanto a sua participação nos processos decisórios e de cuidado e se neste processo educacional está incluso o uso seguro de medicamentos, potenciais interações entre medicamentos e alimentos, técnicas de reabilitação, entre outras (JCI, 2013). O CQH também tem em seu roteiro de avaliação itens que contemplam a participação do paciente no cuidado, como por exemplo: se os processos do hospital consideram em suas normas e rotinas as necessidades e expectativas do cliente, se o hospital identifica e trata as necessidades e expectativas dos clientes (CQH, 2013). Já a ONA, Organização Nacional de Acreditação, não especifica a participação dos pacientes em seus itens de avaliação, no entanto, na nova revisão do manual, que entrará em vigor em 2014, estará contemplada a maior participação do paciente nas decisões sobre seu próprio tratamento, como vem sendo preconizado mundialmente (ONA, 2013).

Apesar de grande maioria dos pacientes, que responderam ao questionário, terem sido classificados como de alta participação, a porcentagem de pacientes que apresenta um baixo nível de participação (23,5%) é um dado relevante a ser analisado.

Ao acompanhar a aplicação do questionário em hospitais do Sistema Único de Saúde, a autora percebeu, que pacientes com menor grau de instrução, ou sem instrução formal, apresentavam dificuldades de compreensão de algumas perguntas, entre elas a pergunta 2 (Durante esta permanência no hospital, com que frequência você se sentiu bem o suficiente para falar com seus médicos(as) e enfermeiros(as)?) e a pergunta 4 (Durante esta permanência no hospital, quando foi necessário tomar decisões, com que frequência seus(suas) médicos(as) e enfermeiros(as) descreveram coisas boas e as coisas ruins a respeito das opções sobre seu tratamento?). Ao se deparar com estas dificuldades de compreensão, a pesquisadora realizou reunião com os entrevistadores para orientá-los que deveriam utilizar uma linguagem mais acessível ao paciente.

Analisando a Tabela 6, verificamos que para a pergunta sobre o conhecimento do paciente a respeito do problema de saúde que o levou à internação (pergunta 1), 18,1% responderam que sabiam pouco ou nada. Esse é um resultado preocupante, pois esses pacientes podem ter sua participação do cuidado comprometida, uma vez que eles têm pouco ou nenhum conhecimento sobre seu problema de saúde. Ele provavelmente não conseguirá participar das decisões, em conjunto com a equipe multidisciplinar e/ou verificar se os medicamentos que estão sendo administrados estão corretos. Para os pacientes que responderam que sabem muito ou o suficiente (81,9%), a compreensão que os pacientes tinham sobre seu problema de saúde não foi aprofundada como objeto de estudo nesta pesquisa. Já foi verificado, porém que esta compreensão pode ser limitada (O'LEARY, 2010).

Pacientes que declararam sempre se sentir bem, ou seja, à vontade, para falar com médicos e enfermeiros (pergunta 2) foram a maioria dos casos (59,3%), porém 12,7% dos pacientes nunca ou apenas algumas vezes se sentiram confortáveis para ter este tipo de atitude. Com este dado podemos verificar que pacientes têm receio em questionar os médicos e enfermeiros a respeito de sua saúde. Se e quando isto

de fato ocorre, os pacientes ficam sem as devidas informações e acabam participando menos de seu cuidado.

Quando os pacientes foram questionados a respeito do quão fácil foi encontrar um médico ou enfermeiro para lhes dar informação sobre o que queriam saber (pergunta 3), 84,8% dos pacientes responderam que havia sido muito fácil ou algo fácil, indicando assim que os profissionais de enfermagem e a equipe médica, nos hospitais estudados, estão à disposição dos pacientes e são encontrados com facilidade, especialmente a equipe de enfermagem, que está ao lado do paciente realizando seus cuidados 24 horas por dia. Este resultado sugere que nos hospitais da amostra existe interação entre a equipe assistencial (médicos e enfermagem) e os pacientes. Acreditamos que nos quatro hospitais onde foi possível realizar a pesquisa, o certificado de qualidade pode ser um grande diferencial, uma vez que para obtê-lo estes hospitais devem ter equipe técnica com dimensionamento adequado, treinamento constante (tanto de procedimentos técnicos quanto de atendimento ao cliente), e desenvolvimento de processos de orientação aos pacientes antes, durante e após a internação, o que gera uma maior interação entre a equipe assistencial e o paciente atendido na organização.

Se analisarmos em conjunto as respostas às perguntas sobre se o paciente sentiu-se a vontade para conversar com médicos e enfermeiros e o quanto foi fácil encontrar o médico e enfermeiro para conversar, (perguntas 2 e 3), verificamos existência de diálogo entre o paciente e a equipe assistencial, mas o paciente ainda tem receio em questionar médicos e enfermeiros. Este receio pode levar ao conhecimento aquém do desejado sobre seu diagnóstico, tratamento e cuidado.

Com relação ao questionamento sobre a frequência com que os médicos e enfermeiros descreveram coisas boas e coisas ruins a respeito do tratamento, (pergunta 4) 33,7% dos pacientes responderam que médicos e enfermeiros não as descreveram (11,5%) ou somente algumas vezes descreveram (22,2%). 60% dos pacientes relatam que o médico foi o profissional que mais descreveu coisas boas e coisas ruins a respeito do tratamento, já que é o responsável pelo diagnóstico e tratamento. A atitude de não descrever ou de descrever apenas algumas vezes reduz o conhecimento que o paciente tem a respeito de sua condição, não

permitindo ao paciente ser um membro ativo da equipe de cuidados assistenciais. A participação do paciente como participante da equipe assistencial está descrita na literatura como uma das mais importantes para a segurança (SENDERS, 2002).

Chama a atenção o dado que 17,3% dos pacientes participaram menos do que queriam nas decisões tomadas pelos médicos a respeito do seu cuidado e tratamento (pergunta 5). Isto significa que os pacientes estão abertos e com vontade de participar, de ter mais conhecimento sobre sua saúde e compartilhar com a equipe as decisões tomadas. Acreditamos que a dificuldade que alguns pacientes relataram em encontrar o médico ou enfermagem para falar sobre o que ele, paciente, queria saber (14,4%) tenha relação com sua participação menos efetiva no cuidado, já que se havia dificuldades em conseguir a informação, dificilmente a participação seria efetiva. Se este compartilhamento de informações for realizado em todas as situações, a segurança do paciente pode melhorar, já que ele se sentirá um real participante da equipe.

Quase 90% dos pacientes (89,3%) relataram que o acompanhante sempre assegurou ou frequentemente assegurou que as vontades do paciente sobre aspectos relativos a sua saúde prevalecessem (pergunta 6). A presença do acompanhante é um fator de segurança emocional e também operacional para o paciente, uma vez que, se o acompanhante está ciente do que está ocorrendo com o paciente, ele pode questionar a equipe assistencial sobre os cuidados que estão sendo realizados, benefícios e riscos do tratamento e também sobre possibilidades de tratamento e decisões a serem tomadas.

Com relação à frequência com que os pacientes verificavam se a medicação que iria ser administrada estava correta, menos da metade dos pacientes referiu que sempre verificava as medicações e 23,5% dos pacientes nunca verificavam. Erros de medicação são apontados na literatura como um dos eventos adversos que ocorrem com maior frequência, inclusive grande parte destes erros é considerada evitável (GIMENES, 2011; TOFFOLETTO, PADILHA, 2006).

Nesta pesquisa, não houve questionamento sobre o porquê de os pacientes não checarem os medicamentos e nem sobre como ou de que maneira, eles verificavam a medicação antes de sua administração.

Ao analisarmos as características demográficas dos pacientes associadas ao nível de participação no cuidado (Tabela 9), temos os seguintes resultados:

Características dos respondentes		Nível de participação		Valor p
		Alta participação	Baixa participação	
Idade (média +/- desvio padrão)		49,4 (+/- 18,5)	54,3 (+/- 19,1)	0,097
				0,056
Sexo	Feminino	84 (34,6%)	34 (14,0%)	0,406
	Masculino	102 (42,0%)	23 (9,5%)	
Faixa Etária	Entre 18 e 29 anos	30 (12,3%)	5 (2,1%)	0,484*
	Entre 30 e 44 anos	53 (21,8%)	14 (5,8%)	
	Entre 45 e 59 anos	41 (16,9%)	16 (6,6%)	
	60 anos ou mais	62 (25,5%)	22 (9,1%)	
Escolaridade	Sem estudo formal	15 (6,2%)	8 (3,3%)	
	1º ciclo fundamental incompleto	30 (12,3%)	16 (6,6%)	
	1º ciclo fundamental completo	15 (6,2%)	5 (2,1%)	
	2º ciclo fundamental incompleto	14 (5,8%)	3 (1,2%)	
	2º ciclo fundamental completo	13 (5,3%)	4 (1,6%)	
	Médio incompleto	10 (4,1%)	1 (0,4%)	

	Médio completo Superior incompleto	49 (20,2%) 7 (2,9%)	11 (4,5%) 2 (0,8%)	
	Superior completo	31 (12,8%)	6 (2,5%)	
	Pós graduação	2 (0,8%)	1 (0,4%)	0,881
Forma de Internação	Convênio	86 (35,4%)	27 (11,1%)	
	SUS	100 (41,2%)	30 (12,3%)	0,075
Tipo de internação	Cirúrgica	116 (47,7%)	28 (11,5%)	
	Clínica	70 (28,8%)	29 (11,9%)	0,969
Tempo de Permanência (em dias)	De 1 à 3	88 (36,2%)	28 (11,5%)	
	De 4 à 10	65 (26,7%)	19 (7,8%)	
	Mais de 10	33 (13,6%)	10 (4,1%)	0,269 *
Número de internações no último ano	0	41 (16,9%)	11 (4,5%)	
	1	98 (40,3%)	24 (9,9%)	
	2	22 (9,1%)	14 (5,8%)	
	3	16 (6,6%)	4 (1,6%)	
	4	6 (2,5%)	3 (1,2%)	
	5	2 (0,8%)	1 (0,4%)	
	Mais de 5 vezes	1 (0,4%)	0 (0,0%)	0,659
Permaneceu na UTI nesta internação	Sim	19 (7,8%)	7 (2,9%)	
	Não	167 (68,7%)	50 (20,6%)	0,800
Primeira internação				

neste hospital	Sim	114 (46,9%)	36 (14,8%)	0,204 *
	Não	72 (29,6%)	21 (8,6%)	
Conhecia o diagnóstico da Internação	Conhecia	172 (70,8%)	56 (23,0%)	0,638 *
	Não conhecia	14 (5,8%)	1 (0,4%)	
Sabe, pelo menos, o primeiro nome do médico	Sabe	106 (43,6%)	30 (12,3%)	0,638 *
	Não sabe	79 (32,9%)	27 (11,1%)	

Tabela 9 – Características demográficas e respostas ao questionário segundo o nível de participação no cuidado. São Paulo, 2013

Fonte: Dados elaborados pela autora

Nota: * Teste de independência foi calculado utilizando-se do Teste Exato de Fisher, pois as tabelas utilizadas para o cálculo desta estatística continham caselas de valores esperados com valores inferiores a 5.

Foi realizada análise quantitativa dos dados da Tabela 9. O valor p relativo à idade testa se as médias de idade são significativamente diferentes entre si. Com nível de significância de 5%, descartamos a hipótese de igualdade entre as médias. Foi realizado teste Qui-quadrado a fim de verificar se as variáveis relativas ao paciente (sexo, faixa etária, escolaridade, etc) apresentavam dependência com relação ao score de participação, isto é, se a probabilidade do paciente apresentar *score* de participação alto ou baixo muda conforme a categoria da variável demográfica for alterada. Naquelas variáveis cuja tabela de valores esperados continha caselas com valores menores que 5 este teste não é adequado; a alternativa é o Teste Exato de Fisher. Considerando nível de significância de 5%, nenhuma das variáveis da Tabela 9 pode ser considerada dependente com relação ao score de participação, pois os valores p obtidos são maiores que 0,05. Ou seja, não é esperado obter diferenças na probabilidade de ocorrência de *scores* altos ou baixos conforme os níveis das outras variáveis são alterados. Caso estivessemos trabalhando com um nível de significância de 10%, as variáveis sexo e tipo de internação (com valores p 0,056 e 0,075, respectivamente) seriam consideradas dependentes com relação ao *score* de participação. Desta forma, poderíamos dizer que a probabilidade de *score* alto ou

baixo muda conforme o sexo do paciente, bem como ela depende do tipo de internação do paciente.

A idade dos pacientes que responderam esta pesquisa variou de 18 a 97 anos. Este intervalo está compatível com os critérios de inclusão (pacientes com idade maior ou igual a 18 anos) e também com o perfil dos hospitais da amostra (hospitais gerais). 58,1% dos pacientes entrevistados tinham idade maior ou igual a 45 anos, entre eles, 34,6% tinham idade maior ou igual a 60 anos. Segundo dados da PNAD, 2012, o número de pessoas com 60 anos ou mais já chega a 23,4 milhões, 7,6% a mais do que no ano de 2009. O Estado de São Paulo é o estado com maior número de idosos no país, com 23,07% do total. Isso se deve a melhora da qualidade de vida, melhora da assistência médica e aumento da prática de atividade física por esta parcela da população.

Com relação à escolaridade, 9,5% dos pacientes relataram não ter estudo formal, 8,2% tinham até o 1º ciclo do ensino fundamental completo, 7% até o 2º ciclo do fundamental completo e 15,2% o ensino superior completo. Conforme o teste de dependência, a variável escolaridade não é dependente do nível de participação no cuidado. Acreditamos que isso se deva ao fato de a comunicação existente entre pacientes e profissionais, nos hospitais ser realizada com linguagem acessível ao paciente, mesmo para aqueles sem instrução. Uma vez que o médico ou a enfermagem fornece explicações aos pacientes de maneira compreensível, a informação é transmitida de forma adequada e a interação entre o paciente/familiar com a equipe do hospital é efetiva. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008 e publicada em 2010, a média de escolaridade da população brasileira é de 7 anos, tempo este que não atinge a conclusão do ensino fundamental, sendo que 23,8% das pessoas entre 25 e 64 anos possuem, em média, 11 anos de estudo

Na amostra analisada, 53,5% dos pacientes estavam sendo atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 46,5% por hospitais privados, que prestam serviços a convênios diversos. A PNAD (2010) ainda revela que 35,6% da população residente na região Sudeste do Brasil dispõe de cobertura de plano de saúde e esta cobertura

estava positivamente relacionada ao rendimento mensal domiciliar per capita (PNAD, 2010).

Na pesquisa realizada, 59,3% dos pacientes estavam internados pela Clínica Cirúrgica e 40,7% estavam internados pela Clínica Médica. Esta diferença deve-se ao fato dos hospitais pesquisados terem, em média, um número maior de leitos hospitalares destinados a pacientes cirúrgicos. Sendo assim, um número maior de pacientes desta especialidade foi abordado e respondeu a pesquisa. Não foi encontrado, na literatura pesquisada, artigo que revele que o tipo de internação (clínica ou cirúrgica) seja um fator importante para uma maior ou menor participação do paciente no seu cuidado.

Dos respondentes, 47,7% estavam internados nos hospitais da amostra entre 1 a 3 dias e 34,6% estavam internados entre 4 a 10 dias. Pacientes da clínica médica estavam em média há 6,2 dias internados, enquanto que os da clínica cirúrgica estavam há 7,1 dias internados. A premissa do presente estudo é que após 1 dia (24 horas) de internação, o paciente já teve diversas oportunidades de obter informações a respeito de sua saúde e tratamento com a equipe médica e de enfermagem e também de participar de seu cuidado, seja na tomada de decisões em conjunto com a equipe multiprofissional, seja na verificação de medicamentos antes de serem administrados.

Dos respondentes, 89,3% não haviam utilizado leitos de terapia intensiva durante aquela internação. A permanência na UTI pode ser um fator importante para a participação do paciente no cuidado, já que o paciente está exposto a mais riscos e os cuidados que recebe são mais intensivos. Por outro lado, o estado geral do paciente na UTI, geralmente é mais crítico, com períodos de inconsciência, nos quais não há meios de participar das decisões que são tomadas, muitas vezes em regime de urgência, e no cuidado. Mas como mostra a Tabela 9 não há dependência entre a variável permanência na UTI e nível de participação no cuidado. Neste estudo não foram analisados os critérios de indicação de terapia intensiva.

Dos pacientes respondentes, 6,2% relataram não saber o motivo que os levou a ficar internados. Apesar de este número ser pequeno em comparação à porcentagem de

pacientes que conheciam seu diagnóstico (93,8%), ele tem um grande valor, especialmente para a equipe assistencial e para os dirigentes hospitalares, pois deixa transparecer uma possível fragilidade das informações que são passadas aos pacientes pela equipe assistencial, o que pode gerar menor nível de participação no cuidado, por parte do paciente, justamente por desconhecer aspectos básicos de sua doença e de seu tratamento.

Com relação ao conhecimento do nome do médico responsável pelo tratamento, 43,6% dos pacientes responderam que não sabiam seu nome. Este dado chama muito a atenção, pois a literatura revela que deve haver uma parceria de confiança entre a equipe assistencial e o paciente com o intuito de melhoria da segurança e da participação do paciente no cuidado. Além disso, não saber o nome do médico responsável pelo tratamento também pode estar relacionado ao fato de 17,3% pacientes terem participado menos do que queriam das decisões sobre o cuidado e o tratamento que receberiam e 12,7% terem respondido que nunca ou algumas vezes não se sentiram a vontade em falar com seus médicos e enfermeiros, pois se o paciente não sabe o nome do médico responsável, a participação fica prejudicada, bem como a comunicação e a interação com a equipe médica.

Com relação aos questionários aplicados aos dirigentes hospitalares (Anexo B), três (Hospitais 3, 29 e 48) dos quatro hospitais da amostra responderam o questionário. Os três respondentes optaram por responder o questionário por meio eletrônico. O Hospital 21 não respondeu o questionário apesar dos contatos realizados.

O questionário referia-se às práticas administrativas e assistenciais hospitalares relacionadas à segurança do paciente e a participação do mesmo no seu cuidado.

Quando os dirigentes foram questionados sobre as formas que o paciente tem para expressar a sua opinião, os 3 respondentes apontaram diversas maneiras que o hospital disponibiliza para registrar as opiniões dos pacientes: (1) impressos de pesquisa de satisfação, que podem ser depositadas em caixas específicas para este fim, espalhadas pelo hospital; (2) Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) ou o Serviço Social para que os pacientes possam registrar suas manifestações pessoalmente ou por telefone; e (3) espaço virtual no site do hospital para as

manifestações. Um hospital (Hospital 48) tem uma comunidade virtual (*Facebook*®) na qual os pacientes podem expressar suas opiniões. O Hospital 48 possui uma pesquisa de satisfação do cliente realizada pessoalmente pelo Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) durante a internação do paciente, o que pode ter algum viés, pois uma vez que o paciente ainda permanece internado, imagina-se que o paciente pode temer algum tipo de problema caso o paciente não elogie o cuidado/serviço obtido até aquele momento. O Hospital 29 possui um serviço de Ouvidoria. Esta variedade de possibilidades que os pacientes têm de se expressar nos hospitais da amostra garante um canal de comunicação entre pacientes e/ou familiares e hospital, porém não é garantia que processos de melhoria sejam executados e que estes, caso implantados, sejam efetivos. Não foi objetivo deste estudo verificar a efetividade das ações executadas pelos hospitais a partir de comunicações dos pacientes/familiares.

Sobre a existência de ações do hospital para identificar as necessidades dos pacientes com relação à segurança assistencial, as respostas dos dirigentes não foram claras. Em nenhum hospital parece existir uma ação com o objetivo de conhecer as necessidades dos pacientes. Segundo a literatura, a voz do paciente, suas necessidades e expectativas devem ser itens da agenda de discussão sobre segurança do paciente das organizações (JHA, 2010). Outros autores relatam que administradores hospitalares e médicos devem realizar ações que atendam as expectativas dos pacientes (AKEL, FARHRY, SHAZLY, 2011), pois conforme resultado que obtivemos nesta pesquisa, os pacientes querem participar das decisões, tratamentos e cuidados (17,3% participaram menos do que queriam e 80,2% participaram na medida certa). Mesmo assim é necessário realizar ações para que esta participação seja efetiva e legítima.

Nos questionários obtidos, dois hospitais (Hospital 3 e Hospital 29) referem que os pacientes não são informados na totalidade das vezes em que ocorre um evento adverso com ele, conforme relatos obtidos nos Hospitais 03 e 29.

Hospital 3 - “[...]Os eventos identificados são registrados em prontuários e, quando pertinente, são comunicados ao paciente/família por profissional da equipe designado e qualificado[...].”

Hospital 29 - “[...]Usualmente sim[...]”

O terceiro hospital (Hospital 48) simplesmente respondeu “sim” à questão se os pacientes são informados quando ocorre um evento adverso.

Estas respostas mostram que ainda existe uma barreira entre a ocorrência do evento adverso e a comunicação do mesmo para o paciente. Não há relação de completa confiança entre o paciente, a equipe de saúde e o hospital se ainda existem segredos ou fatos que são omitidos. Longtin (2010) declara em seu estudo que médicos e enfermeiros devem ser convencidos do valor da participação do paciente no cuidado e é com isso que os administradores hospitalares devem trabalhar, para oferecer às suas equipes programas educacionais que contemplem este tópico tão importante do assunto segurança do paciente.

Os três dirigentes que responderam a pesquisa afirmaram que quando ocorre um evento adverso com o paciente e ele próprio o identifica, algum profissional do hospital (Serviço Social, Equipe de Saúde ou SAC) aborda o paciente para obter detalhes sobre o ocorrido. Este já é um dos primeiros passos para que a voz do paciente prevaleça no seu cuidado, pois ouvindo o paciente conseguiremos atender suas expectativas e necessidades.

Dois hospitais (Hospital 29 e Hospital 48) têm sistemas informatizados para gerenciar as informações sobre os eventos adversos. Um hospital (Hospital 3) não possui atualmente sistema implantado, e faz a compilação e a análise dos dados em planilha *excel*®. Os sistemas informatizados são ferramentas importantes para gerenciamento das informações, já que podem categorizar os eventos, funcionar como apoio para análise das causas e consequências e acompanhamento de prazos das ações propostas. Além disso, fornecem gráficos de acompanhamento e desempenho, além de manterem segurança e confidencialidade dos dados e informações ali registrados.

Com relação ao encaminhamento e tratamento dado às sugestões, reclamações e opiniões dos pacientes, o Hospital 3 encaminha todas para o SAC, que as distribui

para o gestor da área responsável, gerência e Superintendência Hospitalar. Após este momento o SAC acompanha a manifestação e dá um retorno ao paciente/familiar. O Hospital 48 relatou que as manifestações são enviadas aos gestores das áreas e à alta direção, porém não há informação sobre se estas manifestações são centralizadas em algum serviço e/ou se os pacientes/familiares recebem retorno. O Hospital 29 centraliza todas as manifestações no Serviço Social, que também as encaminha para as áreas, acompanha as manifestações e dá um retorno ao paciente. Chama atenção parte da resposta dada pelo Hospital 3, que refere que:

“[...]manifestações consideradas anônimas e/ou sem identificação ou dados insuficientes para averiguação e retorno, são encaminhadas ao gestor da área com cópia à gerência e à Superintendência Hospitalar para conhecimento[...]”.

Esta afirmação dá a impressão de que as manifestações anônimas ou sem identificação não são acompanhadas pelo SAC e que planos de ação não são realizados para tratamento das mesmas. Em nossa opinião, mesmo as manifestações anônimas e/ou sem identificação, devem ser averiguadas e analisadas. E se for o caso planos de ação devem ser traçados e implantados para que haja melhoria efetiva dos processos da organização

Na questão sobre a mensuração da efetividade das ações de melhoria implantadas, um hospital (Hospital 29) iniciou a mensuração da efetividade em janeiro/13, não dispondo, portanto de evidências de que as ações foram efetivas. O Hospital 48 faz a mensuração por meio do monitoramento de indicadores, o Hospital 3 realiza trimestralmente reuniões intermediadas pelo SAC, nas quais são analisadas as manifestações espontâneas e as melhorias sugeridas e o Hospital 29 faz relatórios mensais (numéricos e descritivos) das manifestações do mês anterior. Além disso, casos recorrentes e de maior gravidade são tratados juntamente com o gestor da área. Como estes hospitais têm seus certificados de qualidade, acreditamos que os planos de ação e os processos de melhoria, tanto assistenciais, quanto administrativos, são efetivos.

Para os Hospitais 3 e 48, a participação do paciente é incentivada por meio da orientação ao paciente sobre procedimentos básicos, mas fundamentais para seu

tratamento, como por exemplo: checar se os profissionais de saúde realizaram a higienização das mãos antes e depois de qualquer procedimento; participação ativa do paciente em processos de marcação de lado correto de cirurgias; orientações quanto aos direitos dos pacientes e distribuição de folhetos sobre este tema. A equipe assistencial é estimulada a incentivar a participação do paciente e de seus familiares, uma vez que esta participação está associada a políticas institucionais de atendimento e relacionamento com o cliente. O Hospital 29 não respondeu a estas questões. Pelas respostas dadas, observamos que os hospitais estão traçando caminhos para que a participação dos pacientes se torne uma realidade, porém cabe ressaltar que informações simples, como por exemplo, o nome do médico responsável, estão sendo menosprezadas.

Quanto à importância que os hospitais dão à participação do paciente no cuidado, os Hospitais 3 e 48 referem que esta é extremamente valorizada e é uma “...estratégia na prestação do cuidado seguro e integral...”. Os dirigentes também têm consciência de que esta participação é um desafio, de que esta cultura precisa ser disseminada e de que este paradigma precisa ser quebrado. Isso significa que pelo menos uma parte dos hospitais da amostra está preocupado em incentivar a participação do paciente no cuidado a partir da crença de que isso gerará uma melhoria nos processos assistenciais, contribuindo com o aumento da segurança do paciente. O Hospital 29 não respondeu esta questão.

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se com este estudo que, os pacientes adultos, internados há mais de 24 horas nos quatro hospitais estudados, com certificado de qualidade, localizados na região metropolitana de São Paulo, têm um alto nível de participação no cuidado.

Esta participação é reconhecida pelos pacientes e pelos dirigentes hospitalares como uma importante ferramenta para a melhoria dos processos assistenciais e administrativos.

Nas organizações pesquisadas, os pacientes têm diferentes formas de expressar sua opinião, desde respondendo pesquisa de satisfação durante e/ou após a

internação até espaços virtuais para estas manifestações. Suas manifestações são avaliadas pelas organizações, planos de ação são traçados e sua efetividade é medida.

Alguns pacientes ainda referem que participam menos das decisões do que gostariam e que ainda se sentem desconfortáveis em falar com médicos e enfermeiros a respeito de seu cuidado. Estes pontos devem ser revistos pelos gestores para que o paciente cada vez mais seja um membro da equipe, que ajude os profissionais de saúde a tomarem decisões necessárias para seu tratamento e que cada vez mais o cuidado seja seguro.

Segundo os dirigentes dos hospitais pesquisados, as sugestões e críticas são analisadas e é dado retorno ao paciente. Isso mostra que os hospitais estão abertos às manifestações dos pacientes e que mudanças são realizadas devido às manifestações recebidas.

Segundo os dirigentes hospitalares, a opinião dos pacientes é importante e é utilizada como uma ferramenta gerencial.

Existe comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente, porém esta comunicação deve ser mais clara e de fácil compreensão, para que haja um melhor entendimento por parte do paciente a fim de aumentar a participação no cuidado.

Em nenhum momento nesta pesquisa pretendemos fazer uma comparação entre nossos resultados com os resultados obtidos pelos autores do artigo original (WEINGART, et al, 2011). Tampouco pretendemos extrapolar nossos resultados para a população de pacientes internados em hospitais de nosso país.

O questionário aplicado mostrou ser reprodutível na realidade brasileira, mas modificações devem ser realizadas para que o entendimento de algumas questões fique mais acessível aos pacientes de menor escolaridade.

Percebemos que a participação dos pacientes em pesquisas externas que não sejam em relação aos processos assistenciais ainda é um paradigma a ser

quebrado. Pacientes ficam receosos em responder perguntas sobre fatos ocorridos durante sua permanência no hospital. Talvez isso se deva ao fato dos hospitais também ficarem receosos quanto ao resultado de pesquisas externas realizadas em suas organizações.

Assim como ocorrido em outras pesquisas realizadas em hospitais de São Paulo (ZANARDO, 2004; CLINCO, 2007), nas quais houve uma parcela importante da amostra que não aceitou fazer parte do estudo, nesta presente pesquisa, também tivemos organizações que recusaram a participar, lembrando que todos os hospitais da amostra possuem certificados de qualidade/acreditação. Consideramos oportuno questionar se os mesmos estão realmente interessados neste tipo de investigação, ou se têm receio de que os resultados da pesquisa não espelhem o que eles preconizam e divulgam.

Acreditamos que outras pesquisas possam ser desenvolvidas aplicando o mesmo questionário, talvez com modificações para ter uma linguagem mais acessível, em um número maior de hospitais e em um número maior de pacientes para verificar quantitativamente se há dependência entre as variáveis do questionário e o nível de participação do paciente. Além disso, pesquisas em um número maior de hospitais e de pacientes podem ter seus resultados analisados conforme esfera administrativa, tipo de atendimento, nível de escolaridade, entre outros.

Apesar dos obstáculos e limitações presentes nesse trabalho acreditamos que ele servirá como um argumento para que as organizações se interessem a discutir como ter a participação efetiva do paciente no cuidado e aumentar a segurança e com os resultados obtidos, os dirigentes tracem planos de ação para que haja melhoria em seus processos assistenciais, contribuindo assim com o aumento da segurança do paciente nas instituições hospitalares.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Programa de qualificação da saúde suplementar – Rio de Janeiro: ANS, 2005.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Missão. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/ans/missao.asp>>. Acesso em 28 apr 2007.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa RN nº 275 de 1º de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 10 mai 2012.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Acreditação em operadoras. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes>>. Acesso em 25 out 2012.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. 2005. Disponível em: <<http://anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>>. Acesso em: 14 out 2006.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. Disponível :<http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf> . Acesso e 22 fev. 2006.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Avaliação em serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/antecedentes.htm>>. Acesso em: 28 Julho 2006.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/relatorios/index.htm>. Acesso em: 26 nov 2012.

Agency for HealthCare Research and Quality. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/questionsaretheanswer>. Acesso em: 24 Apr 2011.

Associação Nacional do Hospitais Privados. ANAHP. Observatório ANAHP, Edição 4. 2012. Disponível em: <http://www.anahp.org.br/publicacoes_observatorio.asp>. Acesso em 10 janeiro 2013.

AKEL, D.T.; FAKHRY, S. F.; SHAZLY, M. M. Patient's needs from quality health care dimensions as ranked by nurses and patients. *Journal of American Science*, v. 7, n. 1, p. 116-125, 2011.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five latin american countries: results of the "Iberoamerican study of adverse events" (IBEAS). *BMJ Qual Safety*, jun. 2011.

AZANHA, T. (2012, setembro 28). Crianças internadas foram medicadas com ácido em vez de sedativo. Acesso 28 set. 2012, em <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1160572-criancas-internadas-foram-medicadas-com-acido-em-vez-de-sedativo.shtml>

BAKER, G. R. et al. The canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, v. 170, n. 11, p. 1678-86, 2004.

BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN, A. Listening to the customer – The concept of a service-quality information system. *Sloan Management Review*, Spring, p. 65-76, 1997.

BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B., ROESSNER, J. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. São Paulo: Makron Books, 1994.

BRANDT, R. Três morrem após exame de ressonância magnética em Campinas. O Estado de São Paulo, 29 jan 2013. Disponível em: <www.estadao.com.br/noticias/>. Acesso em 29 jan 2013.

BRASIL - Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministérios da Saúde – Brasília, Ministério da Saúde, 2 ed, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf. Acesso em 01 mai 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 jul 2011

BRASIL – Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde. Disponível em:

<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em 04 out. 2012

BRASIL - Lei Estadual n. 10.241, de 17 de março de 1999 – Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/.../lei_10241_direitos_usuarios.pdf>. Acesso em: 06 mai 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em:

<http://portal.mj.gov.br/> Acesso em: 12 jul 2011

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine*, v. 324, p. 370-3756, 1991.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 17 jul 2011.

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – Disponível em www.cnes.org.br. Acesso em 01 aug 2011.

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – Disponível em www.cnes.org.br. Acesso em 22 nov 2012.

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – Tipos de estabelecimentos. Disponível em www.cnes.org.br. Acesso em 24 nov 2012.

Canadian Patient Safety Institute. Disponível em <www.canadiansafetyinstitute.ca/> Acesso em: out 2012.

CARVALHO, Lourdes. Padrões mínimos de organização hospitalar. *Revista Paulista de Hospitais*, v. 21, n. 3, 1973.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S.H. D. B. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p. 523-529, Jul./Ago. 2002

CASSIANI, S. H. D. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 1, p. 95-99, Jan./Fev. 2005.

CASTELLANOS, Pubenza Lopes. Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2002.

CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICE. Disponível em: www.cms.gov
Acesso em 20 mai 2011.

CHEWNING, B. et al. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, v. 2, 2011.

CHIERICATO, C.; CASSIANI, S. H. D. B.; CARVALHO, V. T. Instrumento de registro dos erros nas medicações segundo a revisão da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 14, n. 12, Maio/Ago. 2001.

CLINCO, S. D. O. O Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. Dissertação de mestrado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN SP) – Erros de Medicação, definições e estratégias de prevenção. 2011. Disponível em http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/erros_de_medicao_definicoes_e_estrategias_de_preve_ncao.pdf. Acesso em 23 set 2012.

CORREA, L.R.C. Os Hospitais de Pequeno Porte do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a Segurança do Paciente. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo. 2009.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). Disponível em <www.cqh.org.br/roteirodevisitas> - Versão 10.01. Acesso em: 03 janeiro 2013.

DAVIS, R. E.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C. A. Patient involvement in patient safety: how willing are patients to participate? *BMJ Qual Saf*, v. 20, p. 108-114, 2011.

DONABEDIAN, A. *Seminar on Quality Assessment and Assurance*, São Paulo, PROAHSA, 1993.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archive of Pathology Lab Med*, v. 114, p.1115-1118, 1990.

ESPANHA. Ministério da Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponível em:<<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03.htm>>. Acesso em 05 jun. 2011.

ETGAR, Michel; FUCHS, Galia. Why and how service quality perceptions impact consumer responses. *Managing Service Quality*, v. 19, n. 4, p. 474-485, 2009.

FADEL, Marianella A. V.; REGIS FILHO, Gilsée I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, v. 43, n. 1, p. 07-22, 2009.

FARIA, Paula L.; MOREIRA, Pedro S. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde: notas em torno do Despacho n. 14223/2009, de 24 de Junho de 2009 da Ministra da Saúde. *Direito da Saúde*, v. 27, n. 2, jul-dez 2009.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 213-9. 2005.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos – o que são? *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 114, Apr. Jan. 2004.

GALLOTTI, R. D. et al. Adverse events and death in stroke patients admitted to the emergency department of a tertiary university hospital. *European Journal of Emergency Medicine*, v. 12, n. 6, 2005.

GAWAND, Atul. Checklist: Como fazer as coisas bem feitas. Tradução: Afonso Celso da Cunha Serra. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante: 2011.

GIANESI, I. F. N; CORREA, H. L. Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente. 6 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GIMENES, F. R. E. et al. Administração de medicamentos, em vias diferentes das prescritas, relacionadas à prescrição médica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Jan-fev, 2011.

GUIJARRO, P. M. Adverse events in hospital: the patient's point of view. *Qual Saf Health Care*, v. 19, p. 144-147, 2010.

GUINELLI, A. et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Rev Assoc Med Bras*, v. 50, n. 1, p. 41-7, 2004.

HALL, J. et al. Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review. *Qual Saf Health Care*, v. 19, n. 5, p. 1-7, oct. 2010.

HAYNES, Alex B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, v. 360, p. 491-499, 2009.

HIBBARD, J. H. et al. Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. *Med Car res Rev* 2005; 62: 601-16.

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. IQG. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. Disponível em: <<http://www.segurancadopaciente.com/estrutura.php>>. Acesso em 08 de agosto de 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Volume 1. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/1547.html>>. Acesso em: 25 aug 2006.

JHA, A. K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care* v. 19, p. 42-47, 2010.

JENKINSON, Crispin; COULTER, Angela; BRUSTER, Stephen. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 14, n. 5, p. 353-358, 2002.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. About us. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm>. Acesso em 30 Julho 2006.

JOINT COMMISSION, 2011. Disponível em http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_EPs_Scoring_HAP_20110706.pdf. Acesso em 02 jul 2011.

Joint Commission International (JCI). Disponível em: <http://jointcommissioninternational.org/>. *Standards lists version* 4th edition, 2011. Acesso em 5 fevereiro 2013.

KAWANO, D. F., et al. Acidentes com os medicamentos: como minimiza-los? *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 42, n. 4 , p. 487-495, out./dez. 2006.

KING, A. et al. Time to listen: review of methods to solicit patient reports of adverse events. *Qual Saf Health Care*, v. 19, p. 148-157, 2010.

LERNER, R. B. M. E. *Análise de erros em processos de assistência em unidade de*

terapia intensiva Neonatal. 2005. 58 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2005.

LETAIEF, Mondher et al. Adverse events in a Tunisian hospital: results of a retrospective cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 22, n. 5, p. 380-385, 2010.

LONGTIN, Yves et al. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.*, v. 85, n. 1, p. 53-62, jan. 2010.

MALIK, Ana Maria. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D' Innocenzo, et al. *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari, 2006. cap. 1, p. 21-36.

MASSUIA, D. R. et al. Pesquisa de Satisfação dos usuários do SUS/SP. SES/SP, 2010.

MENDES W. et al, Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Rev. Bras. Epidemiol*, v. 11, n. 1, p. 55-66, 2008.

MENDES, W. Avaliação de desempenho em hospitais: a ocorrência de eventos adversos. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care* 2009, v. 21, n.4, 2009.

MEHTA, S. Service quality as predictor of patient satisfaction. *Journal of Health Management*, v. 13, n. 2, p. 211-229, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde – SUS. Disponível em www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento. Acesso em 15 jun 2012.

MORIMOTO, T et al. Adverse drug events and medication errors: detection and classification methods. *Quality and Safety Healthcare*, v. 13, p.306-314, 2004.

MULLEN, R. et al. Death within 48 h – Adverse events after general surgical procedures. *The Surgeon*, Feb 2011.

National Patient Safety Agency (NPSA). Disponível em: <http://www.npsa.nhs.uk/pleaseask>. Acesso em: 24 Apr 2011.

National Coordinating Council for Medication Errors Reporting and Prevention. Disponível em <www.nccmerp.org/>. Acesso em dez 2012.

National Health Care Service (NHS) – Inpatient Questionnaire. Disponível em www.nhssurveys.org/surveys. Acesso em 30/07/11.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. *Quality and Safety Healthcare*. v. 12, 2003.

NHS Constitution. Disponível em : <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactive-version-march-2010.pdf>. Acesso em 16 fev 2012

Normas para apresentação de monografia / Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Biblioteca Karl A. Boedecker. 6. Ed. São Paulo: FGV-SP, 2008

O'LEARY, Kevin J. et al. Hospitalized patients' understanding of their plan of care. *Mayo Clin Proc.*, v. 85, n. 1, p. 47-52, jan. 2010.

OLSON, D.P.; WINDISH, D.M. Communication discrepancies between physicians and hospitalized patients. *Arch Intern Med*, 170 (15): 1302-7, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/>. Acesso em 03 jul. 2011.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Disponível em: <https://www.ona.org.br/Noticia/197/Comite-Tecnico-inicia-revisao-do-Manual-das-Organizacoes-Prestadoras-de-Servicos-de-Saude> Acesso em 3 fevereiro 2013.

PARASURAMAN, A. *Marketing research*. 2. ed. Addison Wesley Publishing Company, 1991.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valaire A.; BERRY, Leonard L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Reatalling*, v. 64, n. 1, Spring 1988.

Partnership for Patients: Better Care, Lower Costs. Disponível em: www.healthcare.gov/news/factsheets/partnership04122011a.html. Acesso em: 05 jun 2011.

Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (PNAD). Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e Utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2010.

PLANETREE. Disponível em: www.planetree.org/. Acesso em 01 fev 2013.

Portaria nº 540, de 17 de abril de 2001. Ministério da Saúde. Disponível em: www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/.../GM_P540. Acesso em: 20 abr 2011.

Portaria nº 1820, Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuarios da saúde. Disponível em < <http://bvsms.saude.gov/>>

RATHERT, Cheryl; MAY, Douglas R.; WILLIAMS, Eric S. Beyond service quality: the mediating role of patient safety perceptions in the patient experience-satisfaction relationship. *Health Care Management Review*, v. 0, p. 1-10, 2011.

Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em 19 jul 2011.

RIBEIRO, B. (2010, dezembro 5). Menina morre após receber vaselina na veia. *Jornal da Tarde*. Acesso 06 dez. 2010, em <http://blogs.estadao.com.br/jt-cidades/menina-morre-depois-de-receber-vaselina-na-veia>.

RUELAS, E. POBLANO, O. *Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica*. 1st. ed. México, Secretaria de Salud, 2005. 212 p.

SACK, C. et al. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 23, n. 3, p. 278-283, 2011.

SÃO PAULO. Lei Estadual n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispões sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>>. Acesso em: 12 apr 2011.

SCHIESARI, L. M. C. e KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo, v. 5, n. 18, Jan./Mar. 2003.

SCHWAPPACH, David L. B. "Against the silence": Development and first results of a patient survey to assess experiences of safety-related events in hospital. *BMC Health Services Research*, v. 8, p. 59-66, 2008.

SCHWAPPACH, David L. B. Engaging patients as vigilant partners in safety – A systematic review. *Medical Care Research and Review*, v. 67, n. 2, p. 119-148, 2010.

SCHWAPPACH, David L. B. Patients' and healthcare workers' perceptions of a patient safety advisory. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 23, n. 6 p. 1713-720, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Usuários do SUS elegem os 10 melhores hospitais do Estado. Disponível em: <<http://portal.saude.sp.gov.br/homepage.mmp?home=402881b40e9f7c76010ea499333c0037>>. Acesso em 05 jun 2011.

SENDERS, J. W. My adventures as a hospital patient. *Qual Saf Health Care*, v. 11, p. 365-368, 2002. Acesso Ebsco A-Z em: 24 jul 2007.

SETA, M. H. A construção do sistema nacional de vigilância sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. Tese de Doutorado – Universidade do Estado Do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social, Maio 2007

SOUSA, Paulo, et al. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Escola Nacional de Saúde Pública, 1ª edição portuguesa. Maio 2011.

SORRA, J. NIEVA, V. F. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. AHRQ Publication n. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Sept. 2004. Disponível em <<http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf>> Acesso em 24 abril 2006.

SURGICAL SAFETY. Making tour surgery safer-What you need to know. Disponível em: <www.patientsforpatientsafety.ca>. Acesso em: 23 jun 2011.

TARTAGLIA, R. Et al. Eventi avversi e conseguente prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani. *Epidemiol Prev*, v.36 (3-4), p. 151-161, 2012.

The Canadian Patient Safety Dictionary. 2003. Disponível em: <http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf>. Acesso em 25 Outubro 2006.

THOMAS, E.J. et al. Incidence and types of adverse events and negligence care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38: 261-271.

TOFFOLLETO, M. C; PADILHA, K. G. Consequências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 40 (2): 247-52, 2006.

United States Department of Health & Human Services. Disponível em: <www.healthcare.gov/news/factsheets/partnership04122011a.html>. Acesso em 10 mai 2011.

VINCENT, Charles; NEALE, Graham; WOLOSHYNOWYCH, Maria. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, v. 322, p. 517-519, 2001.

WASSON, John H.; MAKCENZIE, T. A.; HALL, Michael. Patients use an internet technology to report when things go wrong. *Qual Saf Health Care*, v. 16, n. 3, p. 213-215, 2007.

WEINGART, S. N. et al. What can hospitalized patient tell us about adverse events: Learning from patient-report incidents. *J. Gen Intern Med*, 2005; 20: 830-6.

WEINGART, S. N. et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 23, n. 3, p. 269-277, 2011.

WEISSMAN, J. S. et al. Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? *Ann Intern Med*, v. 149, p.100-108, 2008.

WILSON, R. M. et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ* 344, 2012.

World Health Organization (WHO). *Nine patient safety solutions, 2007*. Disponível em: <<http://www.paho.org/English/DD?PIN/pr070502.htm>>. Acesso em : 30 Maio 2007.

World Health Organization (WHO). *The World alliance for patient safety. 2004*. Disponível em: <<http://who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>. Acesso em: 30 Maio 2006.

World Health Organization (WHO). *Patients for patient Safety*. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/>. Acesso em: 10 jul 2011.

ZHAN, Chunliu et al. Medicare payment for selected adverse events: building the business case for investing in patient safety. *Health Affairs*, v. 25, n. 5, p. 1386-1393, 2006. Acesso Ebsco A-Z em: 19 jun. 2011

ZANARDO, M. L. A. M. Gerenciamento de operações hospitalares como vantagem competitiva. Tese de Doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getulio Vargas, 2004.

ZANON, Uriel. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, V. 2, n. 8, p.15-22, Jul-Set. 2000.

ZEGERS, Marieke et al. Variation in the rates of adverse events between hospitals and hospital departments. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 23, n. 2, p. 126-133, 2011.

ZEGERS, Marieke et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care* 2009; v. **18**:n. 4, p. 297-302, 2009

ZHAO, Bin; OLIVEIRA, Fernando. Error reporting in organizations. *Academy of Management Review*, v. 31, n. 4, p. 1012-1030, 2006.

8 APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) da pesquisa sobre a participação dos pacientes nos assuntos relacionados a segurança do paciente.

Estou ciente que:

- O objetivo da pesquisa é verificar se há participação dos pacientes nos assuntos relacionados à segurança do paciente
- Com esta pesquisa a autora deseja conhecer a maneira pela qual os pacientes enxergam sua participação no próprio cuidado, bem como a disponibilidade para este tipo de processo assistencial, para que os gestores de serviços de saúde possam aprimorar sua relação com os usuários do serviço
- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação nesta pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao meu cuidado
- Sou livre para interromper a qualquer momento minha participação nesta pesquisa
- As informações coletadas e os dados obtidos são confidenciais e o sigilo sobre minha participação é assegurado
- Os resultados desta pesquisa são para fins estritamente acadêmicos, sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições
- A qualquer momento poderei entrar em contato com Sandra Clinco, pesquisadora responsável, pelo telefone: (11) 7891-XXXX, para esclarecer quaisquer dúvidas
- Este termo é feito em duas vias, a primeira será arquivada pelo pesquisador responsável e a segunda via será entregue ao voluntário(a).

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do voluntário: _____

Nome pesquisador responsável: Sandra Denise de Oliveira Clinco

RG: 16.662.506-1

CPF: 183.532.038-47

Rua Macedônia, 101 – Jd. Passárgada – Cotia – S.P.

Assinatura: _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA DIRIGENTES HOSPITALARES

1. Quais são as formas que os pacientes têm para expressar sua opinião aqui no hospital?
2. Existe alguma ação no hospital para identificar quais são as necessidades dos pacientes com relação à segurança assistencial?
3. Quando ocorre um evento adverso com um paciente e a equipe assistencial identifica este erro, ele é informado?
4. Quando ocorre um evento adverso com um paciente e ele mesmo identifica esta ocorrência, é solicitado ao paciente que ele descreva o que ocorreu, com detalhes? Quem faz esta abordagem?
5. Existe um sistema informatizado para gerenciar estas informações? Se sim, qual? Resumidamente, como ele funciona?
6. As opiniões/sugestões/reclamações dos pacientes são encaminhadas para quem?
7. Qual é o tratamento dado às sugestões/reclamações recebidas dos pacientes?
8. Como são realizadas as melhorias nos processos assistenciais oriundas da participação do paciente?
9. Existe uma mensuração se as ações de melhoria implantadas foram efetivas? Se sim, como isso é feito?
10. Como são realizadas as melhorias nos processos administrativos oriundas da participação do paciente?
11. Existe alguma ação no hospital para incentivar a participação do paciente no seu cuidado? Se sim, explique-a(s) resumidamente.
12. E a equipe assistencial? É orientada a incentivar a participação do paciente no cuidado?
13. Qual é a importância para esta organização da participação do paciente nos processos de segurança assistencial e administrativa?

APÊNDICE C – FOLHETO EXPLICATIVO

Caro Sr(a),

O Hospital (Nome do Hospital) está participando de uma pesquisa acadêmica, parte integrante de Tese de Doutorado de Sandra Denise de Oliveira Clinco, da Fundação Getulio Vargas, sobre a participação do paciente no seu cuidado.

Para isso, foi elaborado um roteiro de entrevista, que não deve levar mais de 10 minutos, para não consumir seu tempo mais do que o estritamente necessário. Para melhor condução da entrevista, foram selecionados dois auxiliares de pesquisa.

A entrevista poderá ser feita no momento de sua alta hospitalar ou durante sua internação.

Desde já agradecemos sua atenção e contamos com a sua participação.

Qualquer dúvida, por favor, entre em contato com a pesquisadora responsável:

Sandra Denise de Oliveira Clinco

Tel: (11) 7891-XXXX

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES

CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

Idade:

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade: () Sem estudo formal

() Fundamental I () completo () incompleto

() Fundamental II () completo () incompleto

() Ensino médio () completo () incompleto

() Ensino superior () completo () Incompleto

() Pós-graduação

() Particular () Convênio () SUS

Tipo internação () Cirúrgica () Clínica

Tempo de permanência desta internação: _____

Número de hospitalizações no último ano: _____

Nesta internação permaneceu na UTI? () Sim () Não

É sua 1ª internação neste hospital? () Sim () Não

Qual era o seu diagnóstico de internação? _____

Quem é seu médico principal? _____

1. Durante esta permanência no hospital, o quanto você soube a respeito do problema médico pelo qual foi internado (a)?

() Muito

() Suficiente

() Pouco

() Nada

2. Durante esta permanência no hospital, com que frequência você se sentiu bem o suficiente para falar com seus médicos (as) e enfermeiros (as)?

() Sempre

() Frequentemente

() Algumas vezes

() Nunca

3. Quando você quis obter informações sobre seu cuidado e tratamento, o quanto foi fácil encontrar um (a) médico (a) ou enfermeiro (a) para lhe falar sobre o que você queria saber?

() Muito fácil

() Algo fácil

() Pouco difícil

() Muito difícil

Quem foi mais fácil achar? Médico () Enfermeiro ()

4. Durante esta permanência no hospital, quando foi necessário tomar decisões, com que frequência seus (suas) médicos (as) e enfermeiros (as) descreveram coisas boas e as coisas ruins a respeito das opções sobre seu tratamento?

() Sempre

() Frequentemente

() Algumas vezes

() Nunca

Quem descreveu? Médico () Enfermeiro ()

5. Você participou das decisões que seus (suas) médicos (as) fizeram a respeito do seu cuidado e tratamento?

() Menos do que eu queria

() Na medida certa

() Mais do que eu queria

6. Durante esta permanência no hospital, um membro da sua família ou um amigo visitou você? Se sim, esta pessoa lhe ajudou a assegurar que suas vontades sobre sua saúde prevalecesse?

() Ela sempre assegurou

() Ela frequentemente assegurou

() Ela algumas vezes assegurou

() Ela nunca assegurou

7. Durante esta permanência no hospital, quando recebeu medicamentos, você alguma vez verificou para ter certeza de que eles eram os corretos? Se sim, com que frequência você verificou os medicamentos que lhe foram dados pelos (as) funcionários (as) do hospital?

- Verifiquei sempre
- Verifiquei frequentemente
- Verifiquei algumas vezes
- Não verifiquei

A pesquisadora ou os auxiliares de pesquisa podem entrar em contato Com o sr.(a) , após a alta hospitalar, para sanar eventuais dúvidas que possam surgir?

- Sim. Telefone para contato: _____
- Não.