

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

SANDRA DENISE DE OLIVEIRA CLINCO

**O HOSPITAL É SEGURO?**  
**Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente**

SÃO PAULO  
2007

SANDRA DENISE DE OLIVEIRA CLINCO

**O HOSPITAL É SEGURO?**

**Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente**

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

Área de concentração: Administração e planejamento em saúde

Orientadora: Prof. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2007

Clinco, Sandra Denise de Oliveira.

O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente / Sandra Denise de Oliveira Clinco. - 2007. 98 f.

Orientadora: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Doentes hospitalizados. 2. Hospitais – Medidas de segurança. 3. Hospitais – Controle de qualidade. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8

SANDRA DENISE DE OLIVEIRA CLINCO

**O HOSPITAL É SEGURO?**

**Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente**

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

Área de concentração: Administração e planejamento em saúde

Data de aprovação:  
15 de agosto de 2007

Banca examinadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Malik

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria D’Innocenzo

Prof. Dr. Djair Picchiali

Este trabalho é dedicado à:

**Luiz, Marcos e Amanda** - meus amados filhos - obrigada pelos sorrisos, brincadeiras, abraços e beijos, que são a luz para seguir em frente.

**Osvaldo** - meu grande amor e amigo - obrigada por sempre estar ao meu lado, acreditando, muitas vezes mais do que eu, que eu iria conseguir.

**Meu pai e minha mãe** - meus exemplos de vida - por tudo o que vocês me deram na vida, educação, incentivo, amor, carinho, força e dignidade.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À Ana Maria Malik, minha orientadora querida, pelo conhecimento compartilhado, pelo incentivo, pela confiança, pelos conselhos, sempre nos momentos certos, e por todo o carinho e respeito, meu agradecimento e minha admiração.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Álvaro Escrivão por toda atenção dispensada desde o início de meu curso de pós-graduação.

Ao Prof. Dr. Abraham Laredo Sicsú, pelo incentivo.

A todos os professores do curso de pós-graduação da EAESP – FGV pelos ensinamentos.

Aos meus amigos Linus e Reinaldo, por toda força e apoio durante toda essa jornada.

À Roseli, pela amizade.

À Leila, sempre disposta a ouvir e ajudar.

À Aline, pelo apoio.

À todos os colegas da pós, pela amizade.

À Laura Schiesari, por ter aberto as portas do assunto “Segurança do Paciente”.

Ao Walter, a princípio chefe, depois amigo, pelas conversas e conselhos, sempre úteis.

Aos colegas do GV Saúde, pelo incentivo e pelas palavras amigas nos momentos mais difíceis.

Aos hospitais que participaram desta pesquisa, que por motivos éticos não posso mencionar cada um, sem os quais esse trabalho não seria possível.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

## RESUMO

A segurança do paciente é um dos pilares de uma organização hospitalar. O objetivo deste estudo foi conhecer as opiniões dos profissionais de saúde, que trabalham em organizações hospitalares, quanto às dimensões de segurança do paciente. Foram abordados conceitos de acreditação, qualidade, cultura de segurança e segurança do paciente. A metodologia utilizada foi a aplicação de um questionário da *Agency for Healthcare Research and Quality*, traduzido para o português, às lideranças administrativas e assistenciais de hospitais acreditados (tanto pela metodologia da Organização Nacional de Acreditação quanto pela metodologia da *Joint Commission International*), no Estado de São Paulo. Também identificou-se a frequência com que os erros são reportados e se as respostas aos erros cometidos são punitivas ou não.

Palavras-chave: segurança do paciente; qualidade hospitalar; dimensões da cultura de segurança.



## **ABSTRACT**

Patient safety is one of the pillars of a healthcare organization. The aim of this study was to know the opinions of the hospital staff about the safety culture dimensions. Concepts of accreditation, quality, safety culture and patient safety are approached. The methodology consisted of a questionnaire application prepared for Agency for Healthcare Research and Quality, translated to portuguese, to the medical and nonmedical leaderships of accredited hospitals (by the methodology of the *Organização Nacional de Acreditação* and by the methodology of the Joint Commission International), in São Paulo state. The frequency of error reporty was also identified, as well as whether the response to error is punitive or not.

Key words: patient safety; healthcare quality; safety culture dimensions.

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1	Mapa do Brasil indicando os estados que têm hospitais acreditados pela ONA e CBA. Setembro, 2006.	51
Mapa 2	Mapa do Estado de São Paulo indicando as cidades do interior que possuem hospitais acreditados pela ONA e CBA. Setembro, 2006.	52
Mapa 3	Mapa da região metropolitana de São Paulo, incluindo a cidade de São Paulo, indicando onde estão localizados os hospitais acreditados pela ONA e CBA. Setembro, 2006.	53

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número de eventos reportados pelos respondentes, nos doze meses anteriores à resposta ao questionário. São Paulo, 2006-2007	63
Gráfico 2	Opinião dos respondentes da pesquisa sobre o grau de qualidade de sua área de trabalho. São Paulo, 2006-2007	65

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Identificação numérica dos hospitais participantes da amostra e a respectiva natureza de administração. São Paulo, 2007	54
Quadro 2	Identificação numérica dos hospitais da amostra com a resposta dada à solicitação de pesquisa com data (mês e ano). São Paulo, 2006-2007	56
Quadro 3	Comentários dos respondentes divididos por dimensões de cultura de segurança e variáveis de resultados. São Paulo, 2006-2007	71

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de hospitais gerais e especializados no Brasil segundo tipo de hospital. Maio, 2007	48
Tabela 2	Número de hospitais gerais e especializados do Estado de São Paulo segundo tipo de hospital. Maio, 2007	49
Tabela 3	Número de hospitais gerais e especializados do Estado de São Paulo segundo a natureza da administração dos hospitais. Maio, 2007	49
Tabela 4	Características dos respondentes segundo a área primária ou unidade principal de trabalho. São Paulo, 2006-2007	59
Tabela 5	Características dos respondentes segundo o cargo ocupado na instituição. São Paulo, 2006-2007	60
Tabela 6	Características dos respondentes segundo o número de horas trabalhadas semanalmente. São Paulo, 2006-2007	60
Tabela 7	Características dos respondentes segundo tempo de trabalho na organização. São Paulo, 2006-2007	61
Tabela 8	Características dos respondentes segundo tempo de trabalho na unidade/área atual. São Paulo, 2006-2007	61
Tabela 9	Características dos respondentes segundo tempo de profissão. São Paulo, 2006-2007	62
Tabela 10	Características dos respondentes segundo contato/interação direta com o paciente. São Paulo, 2006-2007	62
Tabela 11	Porcentagem de respostas positivas dos respondentes às dimensões da cultura de segurança do paciente e às variáveis de resultados. São Paulo, 2006-2007	66
Tabela 12	Porcentagem de respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do paciente e às variáveis de resultados segundo dados obtidos pela AHRQ. EUA, 2007	68
Tabela 13	Porcentagem de respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do paciente e às variáveis de resultados segundo lideranças em enfermagem e administradores/gerentes. São Paulo, 2006-2007	69
Tabela 14	Porcentagem de respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do paciente e às variáveis de resultados segundo respondentes com e sem contato/interação direta com o paciente. São Paulo, 2006-2007	71

## LISTA DE SIGLAS

ACS	<i>American College of Surgeons</i>
ACSNI	<i>Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Banco de Dados de Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-MG	Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
CQH	Programa de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar
CRM	Conselho Regional de Medicina
DOU	Diário Oficial da União
IAC	Instituição Acreditadora Credenciada
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana das Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
RECLAR	Relatório de Classificação Hospitalar
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	16
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	19
2.1 Códigos de ética e os pacientes	19
2.2 Conceito de qualidade	21
2.3 Conceito de qualidade em saúde	23
2.4 Histórico da qualidade em instituições de saúde, no mundo e no Brasil	24
2.5 A acreditação de organizações hospitalares	27
2.6 Cultura organizacional	32
2.7 Cultura de segurança	34
2.8 Segurança do paciente	36
<b>3 OBJETIVOS</b>	43
<b>4 METODOLOGIA</b>	44
4.1 Levantamento bibliográfico	44
4.2 Questionário como instrumento de pesquisa	44
4.3 O instrumento de pesquisa	46
4.4 A amostra	48
4.5 Solicitação de autorização	55
4.6 Seleção dos respondentes	55
4.7 Autorizações recebidas	55
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	58
<b>6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	75
<b>REFERÊNCIAS</b>	78
<b>APÊNDICES</b>	85
<b>ANEXOS</b>	95

## 1 – INTRODUÇÃO

Com alguma frequência lemos nas primeiras páginas dos jornais de maior circulação matérias sobre descabimentos administrativos e assistenciais ocorridos nas unidades hospitalares de nosso país ou pelo mundo. Embora existam centros de alta complexidade e excelência, é impossível garantir que eventos adversos não ocorrem e não ocorrerão. Sendo assim, o assunto segurança do paciente, principal foco deste trabalho, se torna cada vez mais relevante.

As organizações prestadoras de serviços hospitalares estão em uma busca constante, se não pela qualidade, certamente por evidências de qualidade emitidas por avaliadoras externas, devido à exigência dos clientes/pacientes e também pela concorrência no mercado, pois a percepção da excelência nos serviços prestados (na sua estrutura, nos seus processos e/ou nos seus resultados) tornou-se ponto estratégico. A qualidade da instituição e de seus profissionais se reflete na assistência prestada aos pacientes que procuram este tipo de serviço médico para cuidar de seu bem maior, a vida.

Para alcançar a excelência na qualidade, hospitais estão se adequando a padrões específicos pré estabelecidos, como a acreditação hospitalar. Ao se adequarem a estes padrões, eles passam a se tornar cada vez mais seguros para a prática profissional e para o cuidado do paciente. Com isto, começam a ser reconhecidos pelos serviços que prestam, tornando mais evidentes os seus atributos de qualidade e buscando um diferencial no mercado de saúde.

A acreditação hospitalar parte do princípio de que os hospitais devem ser locais seguros para o paciente e também para os profissionais. Portanto, segurança deveria ser reconhecida como essencial para a organização e deveria ser preocupação de todos os gestores e profissionais de saúde desde o momento da definição dos processos até o cuidado ao paciente propriamente dito.

Em geral, os trabalhadores das organizações de saúde não se preocupam com segurança, assumindo que as condições de trabalho são aquelas existentes na organização. Eventualmente, nos hospitais que se submetem à acreditação, pelo menos as lideranças passam a se preocupar mais com o assunto, pois este é mais



um dos critérios em função dos quais as organizações são avaliadas. Com isto, as opiniões das lideranças das organizações hospitalares sobre segurança do paciente podem ser um importante instrumento para a direção do hospital, pois darão informações preciosas sobre o pensamento dos gestores em relação a um dos pilares da organização. A partir dessas informações a direção poderá melhorar os sistemas e processos, definir barreiras para prevenir erros e realizar treinamentos para os profissionais da organização, com o objetivo de conhecer o assunto em seus aspectos técnicos e capacitar-se para preparar a equipe para lidar com os erros e com suas repercussões.

Contudo, imagina-se que os profissionais de saúde somente irão externar suas percepções a respeito da segurança do paciente se existir uma cultura apropriada na instituição, oferecendo ao *staff* tranquilidade para reportar os erros cometidos sem a tradicional procura por culpados e a instituição de punições pelos erros cometidos. Em síntese, os erros poderiam ser vistos como um pretexto para o aprendizado, para o crescimento organizacional, um meio de comunicação e um instrumento de melhoria contínua.

A pergunta que se pretende responder no presente trabalho é se hospitais são organizações seguras. A premissa é que, como nos hospitais as pessoas buscam recuperar sua saúde ou cuidar de seus males, esperar-se-ia que fosse mais seguro estar dentro deles do que fora. Procurou-se organizações acreditadas num primeiro momento, supondo que estas têm este tipo de preocupação de maneira explícita.

Neste trabalho o foco não é identificar se os processos da organização são seguros, mas sim identificar as opiniões das lideranças em organizações hospitalares acreditadas sobre as dimensões de segurança do paciente. A identificação do tipo de resposta dada aos erros cometidos e a frequência com que os erros são reportados também são foco deste estudo.

A amostra utilizada, de hospitais paulistas, foi escolhida devido ao fato de a autora residir no Estado de São Paulo, estado que concentra o maior número de hospitais acreditados do país, à inferência de que hospitais acreditados devem ter um grau razoável de preocupação com segurança e ao conhecimento da autora, enquanto

profissional de saúde, de hospitais acreditados e de outros nem acreditados nem em busca deste tipo de avaliação. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário de múltipla escolha, original da *Agency for Healthcare Research and Quality*, traduzido para o português. Os resultados da pesquisa são divididos entre as dez dimensões de segurança e mais duas variáveis de resultados.

Esperamos que essa pesquisa contribua para que as organizações hospitalares e os profissionais de saúde tenham mais consciência da importância do assunto “segurança do paciente” e cada vez mais se empenhem para que suas organizações tenham a excelência e a qualidade essenciais para o cuidado do paciente.

## 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Códigos de ética e os pacientes

Na antiguidade, aproximadamente em 2050 a.C., as civilizações já se preocupavam com códigos de conduta, conhecidos nos tempos modernos como Códigos de Ética. O mais antigo código de conduta conhecido é o *Código de Ur-Namu*, que viveu em 2050 a.C., seguido pelo *Código de Bilalama*, 1950 a.C. e pelo *Código de Lipit-Ishtar*, datado de 1900-1850 a.C. (NEVES, 2006). Porém o mais importante e conhecido regulamento, com aspectos de direito civil e penal em relação à prática médica, foi descrito no *Código de Hamurabi*. Ele foi elaborado por *Hamurabi*, o sexto rei da dinastia babilônica, por volta de 1700 a.C. Alguns artigos desse Código tratam de penas aplicadas ao médico que cometesse um erro que prejudicasse a saúde do paciente ou causasse sua morte (ALTAVILA, 1989). Após o *Código de Hamurabi*, seguiram-se as *Leis Medo-Sírias* (1114-1076 a.C.), as *Leis dos Hiitas* (1400-1225 a.C.) e as *Leis Neobabilônicas* (800-500 a.C.). A construção de legislações é de suma importância para a convivência humana, possibilitando assim a convivência na sociedade (NEVES, 2006).

O Código de Ética é um conjunto de normas ligadas ao comportamento do médico no exercício de sua profissão. O Código tem um enfoque educativo, fundamental para a convivência na sociedade. Todo Código de Ética deve ser legitimado pelos conselhos de categoria profissionais. Após isso, tornam-se leis promulgadas pelo governo federal. Não só os médicos têm um Código de Ética, outras categorias profissionais, grupos religiosos e governos também regem-se por um, o que indica a diversidade de valores e normas em nossa sociedade (NEVES, 2006). O mais antigo Código de Ética Médica conhecido é o *Juramento de Hipócrates* (400 a.C.), cujos princípios permanecem em nossa sociedade e que tem uma representação simbólica importante para toda a comunidade médica (NEVES, 2006).

Em 1803, Thomas Percival, médico inglês, propôs o primeiro código de ética médica da atualidade, em seu livro "*Medical Ethics*", que estabelecia preceitos morais para a prática da medicina (HARDY, 2004). No Brasil, em 1867, a Gazeta Médica da Bahia, publicou o *Código de Ética Médica Adoptado pela Associação Médica Americana*. No VI Congresso Médico Latino Americano, em 1929, foi aprovado o Código de

Moral Médica. E em 1931 foi aprovado, no I Congresso Médico Sindicalista, o Código de Deontologia Médica (CRM, 2007).

Em outubro de 1944, o IV Congresso Sindicalista Brasileiro, apresentou reivindicação ao Governo Federal para criar o Conselho de Medicina, o que ocorreu com a promulgação do Decreto Lei n. 7.955 de 13 de Setembro de 1945. Esse decreto de lei não sobreviveu por conter impropriedades que subjugavam os Conselhos ao movimento sindical médico, que foram consideradas atentatórias à autonomia dos mesmos. Em Janeiro de 1951, foi fundada a Associação Médica Brasileira. Com maior fortalecimento da categoria médica, a Lei n. 3.268 de 1957 foi regulamentada pelo Decreto n. 44.045 de 1958. Com a entrada em vigor desta nova lei foi revogado o Decreto n. 7.955. Em 1964 foi aprovado o primeiro Código de Ética do Conselho Federal de Medicina, publicado no Diário Oficial da União (DOU) em Janeiro de 1965 (CRM, 2007).

A versão do Código em vigor, em 2007, é aquela estabelecida pela Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.246/88, publicada no DOU em Janeiro de 1988 (CRM, 2007). O Código de Ética Médica é um importante instrumento de direitos e deveres dos profissionais médicos, no qual a segurança do paciente também é assegurada.

Outra importante categoria, vista como pioneira na busca por qualidade e que presta assistência direta ao paciente desde a antiguidade, a enfermagem, somente teve seu exercício regulamentado profissionalmente no Brasil em Setembro de 1955, com a Lei 2.604. O Conselho Federal da categoria foi criado em Julho de 1973, por meio da Lei N. 5.905. Após treze anos, em Junho de 1986, foi aprovada a Lei N. 7.498/86, que dispunha sobre a regulamentação do exercício da profissão da enfermagem. Em 08 de Junho de 1987, essa Lei foi regulamentada pelo Decreto n. 94.406 (COFEN, 2007). Em 1993, com a Resolução COFEN 160/93, entrou em vigor o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Esse Código foi modificado pela Resolução COFEN 240/2000, versão em vigor em 2007 (COREN-MG, 2007).

A Lei n. 8.078 de 11 de Setembro de 1990, do Governo Federal, “dispõe sobre a proteção do consumidor”, conhecida como Código de Defesa do Consumidor, é um

marco importante para a população, pois estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, e inclui uma seção de “Proteção à Saúde e Segurança”, na qual estabelece que produtos e serviços devem prestar informações precisas sobre riscos à saúde ou à segurança do consumidor e que produtos e serviços que apresentem alto grau de nocividade ou periculosidade não podem ser colocados no mercado de consumo (Brasil. Ministério da Justiça, 1990).

Em 17 de Março de 1999 o Governador do Estado de São Paulo, Mário Covas, promulgou a Lei n. 10.241, que “dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado”. Essa lei não trouxe inovações “éticas”, mas, com uma linguagem acessível, representou um ganho para pacientes e profissionais de saúde (OSELKA, 2001).

Em 2006 o Ministro da Saúde, José Saraiva Felipe, lançou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, pela Portaria MS n. 675 de 30/03/06. A carta é baseada em seis princípios básicos de cidadania: (1) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; (2) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; (3) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; (4) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; (5) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada; (6) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Estes princípios asseguram ao cidadão o direito de ingresso digno nos sistemas de saúde, públicos ou privados (MS, 2006).

## **2.2 Conceito de qualidade**

O termo Qualidade tem sua origem no latim *qualitate*, e tem como significado: (1) propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza; (2) numa escala de valores, qualidade que permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar, qualquer coisa (FERREIRA, 2006).

W. Edwards Deming, um dos criadores da gestão da qualidade na indústria, define qualidade como “atender continuamente as necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar”. Em um de seus livros, *Out of the Crisis (Qualidade: a Revolução da Administração*, 1990), propõe os “14 pontos”, uma forma de alcançar a qualidade:

- 1 – Criar constância de propósitos para a melhora dos produtos e do serviço;
- 2 – Adotar a nova filosofia;
- 3 – Cessar a dependência da inspeção em massa;
- 4 – Acabar com a prática de aprovar orçamentos apenas baseado no preço;
- 5 – Melhorar o sistema de produção e de serviços;
- 6 – Realizar treinamentos;
- 7 – Adotar a liderança;
- 8 – Afastar o medo;
- 9 – Romper as barreiras entre os setores da empresa;
- 10 – Eliminar os *slogans*, exortações e metas para a mão-de-obra;
- 11 – Suprimir as cotas numéricas para a mão-de-obra;
- 12 – Remover barreiras que não permitem aos profissionais terem orgulho do trabalho;
- 13 – Estimular aprimoramento dos funcionários;
- 14 – Ter a iniciativa de realizar a transformação (DEMING, 1990).

Outro teórico da qualidade é J. M. Juran, que define qualidade como algo que atende as necessidades do cliente. Sua teoria pressupõe que o controle de qualidade é uma ferramenta de administração, que envolve três processos: planejamento, controle e aperfeiçoamento (JURAN, 1990).

A qualidade também foi estudada por Kaoru Ishikawa, engenheiro químico japonês que, por 29 anos, foi professor da Universidade de Tóquio. Ishikawa criou importantes instrumentos de monitoramento dos processos de controle de qualidade. Para ele “se não houver liderança da alta administração o processo deve ser interrompido” e “somente quando os supervisores e os operários da linha assumirem responsabilidade pelo processo, o Controle de Qualidade poderá ser considerado como bem sucedido”. Com esses pensamentos, ele afirma a importância do trabalho

em equipe e o compromisso da alta direção no processo de qualidade (ISHIKAWA, 1986).

Phillip Crosby trouxe o conceito “defeito zero” para a qualidade, e também fez com que as lideranças intermediárias das organizações entendessem que custa menos atingir a qualidade do que não atingi-la. Sua teoria utilizava métodos quantitativos para aprimorar os processos (MALIK e SCHIESARI, 1998).

### **2.3 Conceito de qualidade em saúde**

Avedis Donabedian, um 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 consequência da interação entre processo e estrutura (BERWICK, 1994).

Donabedian também desenvolveu o que chamou de “7 pilares da qualidade”: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade, uma ampliação do conceito de qualidade (DONABEDIAN, 1990).

Existem várias definições para o termo qualidade para a área da saúde. Uma delas é do *Institute of Medicine* que, em 1990, definiu 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).

Em 1990, a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO)* definiu a qualidade da assistência médico-hospitalar como o “grau segundo o qual os cuidados com a saúde do paciente aumentam a possibilidade da desejada

recuperação do mesmo e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento” (MIRSHAWKA, 1994).

Para Zanon, 2000, a assistência médico-hospitalar de boa 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, carinho e respeito; (d) internação isenta de intercorrências, infecciosas e não infecciosas ou com um mínimo delas, (e) atendimento pelo menor preço (ZANON, 2000).

#### **2.4 Histórico da qualidade em instituições de saúde, no mundo e no Brasil**

Alguns autores referem que foi Florence Nightingale, em meados dos anos 1800, 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 (RUELAS, 2005; MALIK, 2006; 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. No Hospital Scutari, 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 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*”, considerada a primeira iniciativa de um sistema de gerenciamento de resultados, pelo qual o hospital deveria acompanhar cada paciente o 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 *American College of Surgeons* (ACS), Colégio Americano de Cirurgiões, criado em 1913, estabeleceu o *Minimum Standard for Hospitals*, com requisitos básicos para uma assistência de



qualidade aos pacientes. 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 ao processo 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, 2006).

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 e 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.

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 e KISIL, 2003).

No início da década de 80, determinou-se a obrigatoriedade de prevenção e controle das infecções hospitalares, fato 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 um processo infeccioso abdominal. 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 os resultados não foram os esperados. Do final dessa década em diante 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).

Os anos 90 foram marcados pela promulgação da Constituição de 1988 e pela publicação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. No que tange a área de serviços, este período foi pontuado por iniciativas governamentais e não governamentais que visavam a introduzir o conceito de qualidade na assistência a saúde (ANVISA, 2006). Em 1999 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada pela Lei Federal 9.782/99, que definiu estrutura organizacional, modelo de gestão, cargos, funções, patrimônio e receitas. 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 (ANVISA, 2002). 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 de medidas regulatórias elaboradas posteriormente, houve a possibilidade de maior controle e fiscalização por parte das agências governamentais, nas operadoras de planos de saúde da prestação de serviços realizada pelas operadoras de planos de saúde (ANS, 2006). Com a regulação, pode-se dizer que a saúde suplementar é melhor do que na época pré-regulação, pois existem critérios para entrada no mercado e para funcionamento das operadoras de planos de saúde, acompanhamento econômico-financeiro e maior conhecimento sobre o setor da saúde suplementar (ANS, 2006).

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).

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 de quatro dimensões:

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

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

III. Qualidade de Estrutura e Operação: identificação do *modus operandi* da operadora.

IV. Satisfação dos Beneficiários: identificação da visão do usuário no cumprimento ao estabelecido no contrato com a operadora (ANS, 2005).

## **2.5 A acreditação de organizações hospitalares**

O termo acreditação foi definido por SCRIVENS, em 1995, como um sistema de avaliação externa para verificar o cumprimento de um conjunto de padrões. Relaciona-se com a qualidade da assistência prestada, tendo sua origem no

princípio de que hospitais devem ser locais seguros para a prática profissional e para o cuidado aos pacientes (SCRIVENS, 1995).

Segundo a *Joint Commission International*, acreditação é um processo voluntário por intermédio do qual agências governamentais ou não-governamentais reconhecem organizações de saúde que seguem padrões e buscam a melhoria contínua dos processos, estruturas e resultados (JCI, 2004 ).

ROONEY, 1999, define acreditação como um processo formal pelo qual um órgão reconhecido, geralmente uma organização não governamental, avalia e reconhece que uma instituição de saúde atende a padrões aplicáveis, predeterminados e publicados. Os padrões de acreditação são normalmente considerados ótimos e são elaborados para estimular esforços visando à melhoria contínua das instituições que participam deste processo. Uma decisão pela certificação de uma instituição de saúde específica é feita após uma avaliação periódica *in loco* por uma equipe composta por avaliadores, sempre em número par, a fim de que sejam formadas duplas para avaliação dos setores e serviços.

Em 1951, foi criada, nos Estados Unidos, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)*, fruto da união do ACS, do *American College of Physicians*, da *American Hospital Association*, da *American Medical Association* e da *Canadian Medical Association*. A *JCAH* era uma empresa de natureza privada, sem fins lucrativos, cujo objetivo primário era fornecer a acreditação aos que voluntariamente se submetiam à avaliação e eram aprovados neste processo. Em 1987, o nome da organização mudou para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* para refletir a expansão do escopo de suas atividades.

Nos últimos anos, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* passou a direcionar suas atividades para a assistência, por meio do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade e ao desempenho institucional. Mais recentemente assumiu papel de educação com monitoramento, observado na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações. A mensuração dos resultados passou a ser expressa em quatro níveis: acreditação com distinção,

acreditação sem recomendação, acreditação com recomendação e acreditação condicional (SCHIESARI, 1999).

A acreditação tem objetivos de grande importância para o sistema de saúde, para a sociedade e para os provedores de serviços. Entre eles: avaliação da qualidade e segurança na atenção à saúde, avaliação do compromisso da organização de saúde com a melhoria contínua, obtenção da participação dos profissionais no processo, atingimento de um objetivo e obtenção do reconhecimento externo (RUELAS, 2005).

Seguindo o modelo americano, foi a partir do trabalho desenvolvido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) que houve a criação, no Brasil, em 1986, de uma Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais.

A partir de 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) começou a promover discussões sobre o tema acreditação hospitalar na América Latina. Também elaborou, juntamente com a Federação Latino-Americana de Hospitais, um manual para ser empregado nesse processo. A primeira iniciativa no Brasil, relacionada à acreditação hospitalar, foi o Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar (CQH), que envolve uma auto-avaliação de serviços que segue indicadores pré-selecionados. Após esta ocorre uma visita técnica para verificar *in loco* os padrões estipulados (MALIK e SCHIESARI, 1998).

O Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar, que contava com participação de representantes dos setores público e privado, das áreas de financiamento e prestação de serviços, instituições acadêmicas e associações profissionais, foi criado em 1992, com o incentivo da OPAS. Esse grupo desenvolveu uma proposta de criação de uma organização não-governamental, com representantes de compradores e prestadores de serviços públicos e privados, usuários, profissionais de saúde e assessoria técnica, que adaptou o manual da OPAS para aplicação sob forma de questionário, customizada para o Brasil (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Em 1994 o CBC organizou juntamente com a Academia Nacional de Medicina e com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, o Seminário de Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade, que teve como

resultado a criação do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), cujos objetivos eram a implementação de procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para acreditação e cooperação técnica às instituições de saúde comprometidas com o processo de melhoria contínua da qualidade. Em 1997 a Fundação Cesgranrio promoveu, em conjunto com as instituições participantes do PACQS, a oficina de trabalho “A Acreditação Hospitalar no Contexto da Qualidade em Saúde”, com representantes da *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*, para discutir e propor metodologias de avaliação de hospitais com base na experiência internacional. Como desdobramento desta oficina, foi constituído em 1998 o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA). Participam deste Consórcio a Universidade Estadual do Rio de Janeiro, o Colégio Americano de Cirurgiões, a Academia Nacional de Medicina e a Fundação Cesgranrio (CBA, 2006).

No ano de 1998 o Ministério da Saúde realizou um projeto de divulgação da “Acreditação no Brasil”, que tinha como objetivo sensibilizar e melhorar a compreensão de gestores de serviços de saúde, profissionais da área, organizações de classe e empresas ligadas ao setor saúde sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação, bem como sua forma de operacionalização. Este projeto culminou, em 1999, com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência a saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de acreditação (ONA, 2006).

Em 2001 o Ministério da Saúde, com a Portaria 588, reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação no Brasil e, com a Portaria 1970, aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Nesse mesmo ano foi certificada a primeira organização prestadora de serviço hospitalar pela metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA, 2006).

Em Maio de 2002, com a Resolução 921, a ANVISA reconheceu a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil (ANVISA, 2002). Em 2004, a ANVISA aprovou pela Resolução RDC n. 11 de 26/01/04, o Manual de Acreditação das Organizações prestadoras de Serviços Hospitalares (4ª edição).

A ONA tem organizações credenciadas para realização de avaliações e certificações. As Instituições Acreditoras Credenciadas (IAC) são organizações de direito privado, com ou sem fins lucrativos, com a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços, dentro das normas técnicas previstas e com atuação em nível nacional, podem também realizar atividades de capacitação e treinamento, bem como de diagnóstico organizacional. No mês de maio de 2007 a ONA contava com dez IACs. A avaliação para certificação pode resultar em: (a) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Não Acreditada; (b) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada – certificado com validade de 2 anos; (c) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada Plena – certificado com validade de 2 anos e (d) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada com Excelência – certificado com validade de 3 anos (ONA, 2006).

Após a promulgação do novo Código Civil, em janeiro de 2003, e em função da demanda, os constituintes do CBA criaram, no ano de 2005, uma instituição sem fins lucrativos, para que a sua missão pudesse ser cumprida e os seguintes objetivos alcançados: contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes nos hospitais e demais serviços de saúde, por intermédio de um processo de Acreditação; desenvolver métodos, técnicas e procedimentos em Acreditação de sistemas e serviços de saúde, recorrendo inclusive à experiência acumulada em nível internacional, adequando-os à realidade brasileira; desenvolver iniciativas na área de aperfeiçoamento de recursos humanos que viabilizem a adequada utilização e exame dos métodos e técnicas empregados nesse processo; reconhecer a qualidade de instituições especializadas e de notório saber no país ou no exterior, mediante a outorga de certificados de Acreditação, isoladamente ou em parceria com outras instituições especializadas, de notório saber na área, nacionais ou

estrangeiras e desenvolver projetos para a prestação de assessoria e cooperação técnico/científica a instituições de saúde, ensino e pesquisa, governamentais e não governamentais (CBA, 2006).

## **2.6 Cultura organizacional**

Na literatura há alguns artigos que referem que a segurança do paciente está intimamente relacionada à cultura de segurança, um dos subitens da cultura organizacional (COZENS, 2001, 2003; LAWTON et al, 2001; KHUN et al, 2002; COZENS et al, 2003).

Segundo Pires e Macêdo (2006), as organizações são inseridas dentro de um ambiente e com ele interagem, recebendo influências e também influenciando-o. As pessoas que estão nesse ambiente são alguns dos agentes que contribuem para essa interação, sendo que os valores desses indivíduos são componentes para a formação da cultura organizacional (PIRES e MACÊDO, 2006).

SCHEIN, em 1991, define cultura organizacional como o conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu, ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionou bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas. Cultura inclui normas, valores e rituais que caracterizam um grupo ou organização. Ela serve como mecanismo de controle social, traduzido por meio das expectativas sobre atitudes e comportamentos apropriados de um grupo (SCHEIN, 1991).

A cultura da organização, seus valores e comportamentos, devem ser transmitidos e incorporados pelos membros recém admitidos através de treinamentos e integração desses indivíduos ao novo local de trabalho (FLEURY e FISHER, 1996) e subsequentemente reforçada utilizando relatos, rituais e linguagens (ZBORIL-BENSON et al, 2005).

Em toda organização existem normas, que delimitam padrões, valores e comportamentos do grupo. As normas conduzem à ética, à moralidade, ao que é



certo e errado. As normas referem-se ao comportamento esperado, formal ou não, que é repassado aos indivíduos na organização por meio de elementos culturais (ARRUDA, 2006). Existe um consenso de que alguns atributos culturais da organização contribuem para a segurança do paciente, como o trabalho em equipe, o suporte das lideranças e a comunicação (NIEVA e SORRA, 2003)

A comunicação, um dos elementos culturais, é vista como um processo. As pessoas interagem por meio de verbalizações, vocalizações e comportamentos não verbais. Após o uso diversas vezes, os significados negociados tornam-se aceitos e assumidos como verdade. O comportamento que reflete esses significados é transformado em modelo que refletem e reforçam valores e crenças dos atores, sendo repassado aos demais (FREITAS, 1991). O desenvolvimento de recursos humanos e a cultura organizacional são conceitos inter-relacionados, pois refletem o interesse crescente das pessoas na organização (BROWN, 1998).

Um dos recursos humanos essencial para uma organização é o líder. Líder é o indivíduo que chefia, comanda e/ou orienta, representa um grupo, em qualquer tipo de ação, empresa ou linha de idéias (FERREIRA, 2006). Os humanos são criaturas hierárquicas. As estruturas criadas inevitável e necessariamente refletem isso. As equipes precisam de um líder para agregá-las, para motivá-las, para fornecer um objetivo comum e para desenvolver conhecimento, expectativas e um modelo de aprendizagem (COZENS, 2001; DONALDSON, 2001). As habilidades de um líder envolvem ser adaptável, mas persistente; quebrar barreiras e inspirar e ajudar os membros de sua equipe a alcançarem o sucesso. O líder não deve ser dominador, nem arrogante e autoritário, mas sim persuasivo (COZENS e MOWBRAY, 2001). O líder deve ser íntegro, deve demonstrar seus valores e princípios para a equipe, pois esta é uma das maneiras pela qual a equipe adquire confiança nele (COZENS, 2004).

Segundo Cozens (2003), os líderes precisam estar perto das ações se as suas organizações querem realmente ser seguras e não apenas parecer seguras (COZENS, 2003).

O *Institute for Innovation and Improvement* da *National Health Service (NHS)* inglês, publicou, em novembro de 2006, um documento no qual descreve detalhadamente as qualidades de uma liderança. Para a *NHS*, existem 15 qualidades essenciais nos líderes, divididas em 3 categorias: (a) qualidades pessoais e valores, (b) visão de futuro, (c) coordenação dos subordinados, sempre enfatizando a integração e os resultados. A Figura 1 cita todas as quinze qualidades divididas entre as 3 categorias (NHS, 2006).

**Figura 1 - NHS – Qualidades da liderança segundo a NHS**



Fonte: *National Health Service*, 2006.

## 2.7 Cultura de segurança

O *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations*, da Inglaterra, define Cultura de Segurança de uma organização como o produto de valores individuais e de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrão de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma

organização saudável e segura. Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas em confiança mútua, compartilhamento de percepção sobre a importância da segurança e confiança na eficácia das medidas preventivas (ACSNi, 1993).

Para criar uma cultura de segurança, Yates et al propõem quatro estratégias centrais para as organizações: adotar a segurança como um valor central; adotar comportamentos para prevenção de erros e converter esses comportamentos em hábitos de trabalho; desenvolver programas de análise do que ocasionou o erro (análise do processo); e focar em processos que simplifiquem o trabalho e a documentação de procedimentos (YATES et al, 2005).

Hudson, em 2003, criou um modelo de Maturidade Cultural, para a evolução da cultura de segurança de uma organização. Este modelo tem cinco estágios de cultura, definidos a seguir:

1) Patológica: segurança é um problema causado pelos trabalhadores. O incentivo para a preocupação com a segurança é não ser pego por agentes reguladores;

2) Reativa: organizações começam a lidar com a segurança como algo sério, mas ações corretivas são tomadas somente após a ocorrência de incidentes;

3) Calculada: a segurança é gerenciada por sistemas administrativos, por meio de coleta de dados. Melhorias são impostas pelos gerentes;

4) Proativa: existe a melhoria de processos. Funcionários da organização começam a tomar iniciativas para a melhoria da segurança;

5) Participativa: existe a participação ativa de funcionários de todos os níveis. A segurança é vista como parte inerente do negócio (HUDSON, 2003).

Podemos perceber que, a cada estágio do Modelo de Hudson, há o aumento das informações e também da confiança entre os profissionais da organização.

Promover a concordância entre medidas efetivas e padrões de acreditação baseados em evidências é uma das maneiras de melhorar a qualidade. Medir os resultados das mudanças, repassar aos funcionários as iniciativas de melhoria, disponibilizar recursos financeiros para a melhoria da qualidade do cuidado e

reportar incidentes às autoridades competentes também são ações importantes para a garantia da qualidade, já que a segurança é um componente vital da qualidade do cuidado à saúde (BRENNAN et al, 2005). Se a cultura de segurança é importante para uma organização e se a organização realiza seus processos sempre pensando na segurança, os resultados positivos serão a favor dos pacientes e dos colaboradores (REILING, 2005).

## **2.8 Segurança do paciente**

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, existe o reconhecimento, por parte delas, de que é importante estabelecer uma cultura de segurança e, para isso, é imprescindível o entendimento de valores, crenças e normas. 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, et al, 2004).

Segundo *The Canadian Patient Safety Dictionary*, 2003, segurança do paciente é a redução e 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 (*The Canadian Patient Safety Dictionary*, 2003). 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 interceptação 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). A *AHRQ* elaborou um questionário em 2004, com o objetivo de ajudar os hospitais a avaliar até que ponto suas culturas organizacionais enfatizam a importância da segurança do paciente e facilitam a implantação de atividades voltadas para esta finalidade. O instrumento dá ênfase aos erros, às percepções de erros e às dimensões da cultura de segurança do paciente (*AHRQ*, 2004). As dimensões de cultura de segurança

são ao todo dez, divididas entre dimensões de cultura de segurança que ocorre no âmbito das unidades (7 dimensões) e dimensões da cultura de segurança no âmbito hospitalar (3 dimensões). Outras duas variáveis de resultados estão incluídas no questionário. Cada uma das dimensões medidas é analisada por meio de perguntas específicas no decorrer do questionário. O questionário ainda inclui duas perguntas sobre o grau de segurança do paciente na unidade ou área de trabalho e o número de eventos relatados nos últimos doze meses.

Seguem abaixo as dimensões e as variáveis de resultados estudadas no questionário da *AHRQ*:

**- Cultura de segurança no âmbito das unidades de trabalho e sua definição:**

- Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes: supervisor/gerente considera as sugestões da equipe para melhoria da segurança do paciente, elogia o funcionário ou equipe que segue os procedimentos corretamente e não negligencia problemas de segurança do paciente;

- Aprendizado organizacional – Melhoria contínua: existe uma cultura de aprendizagem na qual os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas em sua eficácia;

- Trabalho em equipe no âmbito das unidades: os funcionários apóiam-se nas unidades, tratam as outras com respeito e trabalham juntas como uma equipe;

- Abertura para as comunicações: os funcionários podem livremente discutir se eles observam algo que pode afetar negativamente o paciente e sentem-se livres em questionar seu superior;

- Feedback e comunicação a respeito de erros: os funcionários são informados sobre os erros que acontecem, é dado um retorno sobre as mudanças implantadas e são discutidas maneiras de prevenir erros com a equipe;

- Respostas não punitivas aos erros: os funcionários sentem que seus erros e os eventos reportados não são utilizados contra eles e que os erros não são anotados em suas fichas funcionais ;

- Staffing: existe número suficiente de funcionários para efetiva execução do trabalho e o número de horas trabalhadas é apropriado para oferecer o melhor cuidado ao paciente;

**- Cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar e sua definição:**

- Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente: a gestão hospitalar oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é a prioridade maior;

- Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares: as unidades do hospital cooperam e se coordenam entre si para oferecer o melhor cuidado para o paciente;

- Transferências internas e passagens de plantão: informações importantes do cuidado do paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de turnos;

**- Variáveis de resultados e sua definição:**

- Percepções generalizadas sobre segurança: os procedimentos e sistemas existentes na organização são efetivos na prevenção de erros; não existem problemas quanto à segurança do paciente;

- Frequência de relatórios de eventos: (1) erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente, (2) erros sem potencial de causar danos ao paciente e (3) erros que poderiam causar danos ao paciente, mas que não causaram, são reportados.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), segurança é um problema de saúde pública global e apenas recentemente os países têm 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).

Um dos assuntos mais estudados sobre segurança do paciente são os eventos adversos (CHIERICATO, CASSIANI e CARVALHO, 2001; CARVALHO e CASSIANI, 2002; MORIMOTO, et al, 2004; CASSIANI, 2005; LERNER, 2005; KAWANO, 2006), definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base (GALLOTTI, 2004).

Na presente pesquisa, o conceito de evento utilizado é qualquer tipo de equívoco, erro, incidente ou desvio, independente de ter tido ou não como resultado dano ao paciente (AHRQ, 2003).

Segundo estudo realizado em dois hospitais britânicos, 10,8% dos pacientes admitidos, analisados em uma amostra no ano de 1998, teve um evento adverso, sendo que um terço destes eventos levaram a danos moderados ou morte. Metade destes eventos eram preveníveis com a utilização de protocolos de assistência (VINCENT, NEALE e WOLOSHYNOWYCH, 2001).

Um dos eventos adversos que podem ocorrer com um paciente são os erros de medicação, cuja definição é o uso inadequado de medicamentos incluindo prescrição, dispensação e administração (AHRQ, 2003). A prescrição incorreta é a fonte mais importante desse tipo de erro (BARBER, RAWLINS e FRANKLIN, 2003). Segundo trabalho realizado por Bohomol, em 2002, as causas mais frequentes dos erros de medicação sob a ótica da equipe de enfermagem são: caligrafia do médico ilegível ou difícil de ler, sobrecarga ou distração do profissional de enfermagem em razão das intercorrências na unidade e cansaço e estresse do profissional de enfermagem (BOHOMOL, 2002). Segundo um estudo randomizado feito pela *Harvard School of Public Health* em 1991, complicações devido o uso de medicamentos são os tipos de eventos adversos mais comuns e a infecção de ferida cirúrgica é a segunda maior categoria de evento adverso (BRENNAN et al, 1991), o que torna esse assunto motivo de estudos relacionados a segurança do paciente (BURKE, 2003). Para a OMS, a higiene das mãos é a melhor medida para reduzir infecções associadas ao cuidado do paciente (WHO, 2007). O processo de lavagem de mãos é o fator mais simples e importante para o controle da infecção hospitalar (BEST e NEUHAUSER, 2004).

No ano de 2002, a ANVISA lançou o Projeto Piloto dos Hospitais Sentinela (Gerenciamento de Risco), que tinha como objetivos: (a) atender uma necessidade da própria Agência em obter informações qualificadas sobre reações adversas, agravos e queixas técnicas sobre produtos de saúde e (b) criar um meio intra-hospitalar favorável ao desenvolvimento de ações de vigilância sanitária em hospitais, com ganhos significativos de qualidade para os serviços e pacientes. O sistema de informação do projeto se compõe de quatro sub-itens: tecnovigilância, hemovigilância, farmacovigilância e queixas técnicas de medicamentos. Com o término do projeto piloto com sucesso, a Agência investiu na criação de um novo projeto, este com a duração de cinco anos (2005-2009). O novo projeto teve seu escopo ampliado, mas o objetivo principal permanece o mesmo (ANVISA, 2005).

No ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em Washington DC, a “*The World Alliance for Patient Safety*”, ou seja, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, um programa em parceria com grupos de pacientes e gestores da saúde, cujo objetivo é reduzir eventos adversos aos cuidados à saúde e também as consequências sociais advindas do cuidado inseguro à saúde (WHO, 2004).

Em Maio de 2007, o “*World Health Organization’s Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*”, lançou o programa “*Nine Patient Safety Solutions*”, com o objetivo de ajudar na redução de erros nos sistemas de saúde, pois a implementação deste programa é um meio de aperfeiçoar e melhorar a segurança do paciente, com o redesenho dos processos de cuidado para prevenir erros humanos inevitáveis (WHO, 2007). As nove soluções propostas são:

- 1) Nomes de medicamentos semelhantes (escrita semelhante e pronúncia semelhante): uma das causas mais comuns de erros de medicação é a troca dos nomes dos medicamentos. A recomendação é o uso de protocolos para redução dos riscos e assegurar uma prescrição legível, ou mesmo prescrição eletrônica ou pré-preenchida;
- 2) Identificação de pacientes: a falha na identificação de pacientes tem consequências graves como a entrega de crianças à família errada. A recomendação é a ênfase no processo de identificação, incluindo o envolvimento do próprio paciente, além de uso de protocolos para distinguir a



identificação de pacientes com o mesmo nome e padronizar o método de identificação em todo o hospital;

- 3) Comunicação durante a transferência do paciente: Falhas na comunicação entre unidades hospitalares e entre equipes podem prejudicar seriamente o paciente, ocasionando a quebra na continuidade do tratamento e tratamentos inapropriados. Usar protocolos para comunicação de informações críticas, envolver paciente e familiar nas transferências e proporcionar oportunidades para que os profissionais possam perguntar e resolver dúvidas durante o processo de transferência são as recomendações do programa;
- 4) Desenvolvimento dos procedimentos corretos no lado correto do corpo humano: Casos de procedimentos incorretos e sítios cirúrgicos errados são totalmente preveníveis. A recomendação é um processo pré-operatório de verificação;
- 5) Controle das concentrações de soluções eletrolíticas: a recomendação é padronização das doses, unidades de medida e terminologia;
- 6) Manutenção de medicamentos indispensáveis nas transferências: a recomendação é ter uma lista com os medicamentos que o paciente toma habitualmente e conferir esta listagem sempre que realizar transferência do paciente;
- 7) Ausência de conexões erradas de cateteres e sondas: deve-se ter um cuidado meticuloso durante as conexões e introdução de drogas e dietas em dispositivos;
- 8) Uso único de dispositivos de injeção: proibição do reuso de seringas e agulhas; treinamentos de funcionários, especialmente sobre infecção hospitalar; educação de pacientes e familiares sobre patologias transmitidas pelo sangue contaminado e o uso seguro de agulhas e seringas são algumas das recomendações;
- 9) Incentivo à higienização das mãos: a efetiva higiene das mãos é a medida preventiva primária para não causar danos aos pacientes. Deve-se estimular o uso de álcool gel. Treinamento de profissionais e monitoramento de procedimentos são recomendados.

Em 1999, o relatório divulgado pelo *Institute of Medicine*, “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, estimava que erros médicos causavam entre 44.000 e

98.000 mortes anualmente nos Estados Unidos. Este número é maior que as mortes causadas por acidentes automobilísticos, câncer de mama ou AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida). Os custos anuais desses erros estavam em torno de \$17 a 29 bilhões. Este relatório afirma que o problema não é devido à existência de profissionais incompetentes no sistema de saúde, mas sim de bons profissionais trabalhando em sistemas inadequados, que precisam ser mais seguros para os pacientes (IOM, 1999).

O mesmo relatório demonstrou a necessidade urgente de redução de erros médicos e mostrou que os serviços de saúde não são tão seguros como parecem ou deveriam ser. O Relatório sugeria que o ideal seria que, em cinco anos, o número de mortes causadas por erros caísse pela metade (IOM, 1999). Brennan et al, referem que existem poucas evidências de que o sistema de saúde no ano de 2005 é mais seguro do que em 2000 e certamente nada sugere que as mortes causadas por erros diminuíram na proporção sugerida pelo relatório *"To Err is Human"* (BRENNAN et al, 2005). Já Berwick e Leape, referem que alguns passos foram dados desde a divulgação do relatório do IOM, particularmente com relação à implementação de prontuários médicos eletrônicos, difusão de práticas seguras, treinamentos das equipes, e informações a pacientes que sofreram eventos adversos (BERWICK e LEAPE, 2005).

A medicina ainda aparece como sendo perigosa para os pacientes, devido às taxas de iatrogenias fatais existentes nos hospitais, diferentemente das indústrias de alto risco, como as da aviação e as de gás (HUDSON, 2003). As indústrias de alto risco citadas têm níveis seguros em suas *performances* devido a atitudes "ótimas" com relação ao assunto segurança e à aplicação de uma administração sistemática dos riscos nos seus negócios (HAMAMOTO, 2004).

### **3 - OBJETIVOS**

O objetivo geral deste trabalho é conhecer as opiniões dos profissionais de saúde que trabalham em hospitais acreditados do Estado de São Paulo, quanto às dimensões de segurança do paciente.

Os objetivos direcionados à aplicabilidade prática deste trabalho são:

- identificar se as respostas aos erros cometidos são punitivas ou não;
- identificar a frequência com que os erros são reportados;
- identificar se o instrumento utilizado na pesquisa pode ser aplicado em hospitais brasileiros.

## 4 - METODOLOGIA

### 4.1 Levantamento bibliográfico

A pesquisa bibliográfica foi feita por meio de levantamento de dados no acervo da biblioteca Karl A. Boedecker, da Fundação Getulio Vargas. Foram realizadas buscas por autores que abordavam os temas qualidade, cultura organizacional e segurança. Também foi levantada bibliografia pertinente à metodologia a ser adotada e assuntos correlatos.

Posteriormente foram realizadas pesquisas no catálogo de dissertações e teses da Fundação Getulio Vargas e da CAPES e também pesquisa nas bases de dados *SciELO*, *MEDLINE*, *BDENF* e *LILACS*, com os termos segurança, segurança do paciente, cultura organizacional, qualidade hospitalar, cultura de segurança, acreditação, liderança e erro de medicação. Além disso, foi pesquisado o banco de dados de revista internacional especializada em segurança do paciente: *Quality and Safety Healthcare*.

### 4.2 Questionário como instrumento de pesquisa

Segundo Parasuraman, questionário é tão somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para atingir os objetivos do projeto. Em um questionário de múltipla escolha, caso desta pesquisa, os respondentes precisam optar por uma das alternativas. Neste tipo de questionário, o pesquisador se depara com dois aspectos essenciais: o número de alternativas oferecidas e os vieses de posição (PARASURAMAN, 1991).

As alternativas devem ser coletivamente exaustivas e mutuamente exclusivas, ou seja, devem cobrir todas as respostas possíveis sendo que cada alternativa deve ser totalmente incompatível com as demais. Para serem mutuamente exclusivas, cada respondente deverá identificar apenas uma opção que represente sua resposta, ou seja, a escolha de uma alternativa deve excluir todas as demais. Quanto aos vieses de posição, estes ocorrem em função da tendência de escolher, no caso de palavras, aquelas que aparecem como primeira opção de resposta e, quando se tratar de números, a escolha daquele que ocupa a posição central (CHAGAS, 2000).

As principais vantagens do questionário de múltipla escolha são: facilidade de aplicação, processamento e análise; facilidade e rapidez no ato de responder; pouca possibilidade de erro; presença de diversas alternativas (MATTAR NETO, 1994). Além disso, como o questionário é preenchido pelo próprio pesquisado e não necessita da presença do pesquisador, isto garante o anonimato, o que contribui para que o respondente se sinta mais seguro e, conseqüentemente, favorece respostas verdadeiras. O respondente pode escolher o momento mais favorável para o preenchimento do questionário, não dependendo de horários pré estabelecidos com o pesquisador (FACHIN, 2001). Algumas desvantagens são: exigência de muito cuidado e tempo de preparação para garantir que todas as opções de respostas sejam oferecidas; se alguma alternativa importante não for previamente incluída, fortes vieses podem ocorrer. Mesmo quando esteja sendo oferecida a alternativa “Outros. Quais?”; o respondente pode ser influenciado pelas alternativas apresentadas (MATTAR NETO, 1994). Outras desvantagens do questionário são a demora que pode ocorrer no preenchimento, devido ao desinteresse ou à falta de tempo do respondente, ou ainda, a sua devolução com respostas em branco ou incompletas. Também pelo fato do pesquisado poder ler todas as questões antes de responder, existe a possibilidade de uma questão influenciar outra (FACHIN, 2001).

Alguns itens são relevantes para obter a colaboração do respondente. Quanto melhor e mais adequada a apresentação, maior a probabilidade de elevar o índice de respostas. Sendo assim, são itens importantes: pequeno número de páginas, tipo e tamanho da letra, posicionamento e tamanho dos espaços entre as questões e espaço para respostas de cada questão.

É importante também a realização de um pré-teste, porque é provável que não se consiga prever todos os problemas e/ou dúvidas que podem surgir durante a aplicação do questionário. Sem o pré-teste pode haver grande perda de tempo, dinheiro e credibilidade, caso se constate algum problema grave com o questionário já na fase de aplicação (PARASURAMAN, 1991).

### 4.3 O instrumento da pesquisa

Para a realização desta pesquisa, optamos pela aplicação de um questionário (APÊNDICE 2), que é um instrumento da *Agency for Health Research and Quality* (*AHRQ*), intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (ANEXO 1).

Foi realizado contato com a *AHRQ*, solicitando permissão para tradução e utilização do questionário para esta pesquisa. Segundo a resposta, a utilização é livre e foi autorizada tradução para a língua portuguesa. O questionário traduzido tem as mesmas perguntas e alternativas de respostas que o questionário original, e nenhuma pergunta foi excluída. A *AHRQ* solicitou que fosse encaminhado o instrumento traduzido para ser colocado na página eletrônica, possibilitando assim, seu uso por outros pesquisadores. Isso será realizado após a apresentação desta dissertação.

Um pré-teste foi realizado, antes da aplicação dos questionários, em uma instituição hospitalar da cidade de São Paulo de médio porte, que estava em processo interno para melhoria de seus processos. Foi solicitado que quatro profissionais preenchessem o questionário com o objetivo de verificar se as perguntas estavam claras e compreensíveis. Os profissionais que participaram do pré-teste afirmaram que o questionário estava de fácil leitura e preenchimento e que as perguntas eram claras e objetivas.

Segundo a *AHRQ*, o questionário pode ser respondido por qualquer tipo de funcionário da organização hospitalar: funcionários que têm contato direto ou interação com pacientes; funcionários que não têm contato direto ou interação com pacientes, mas cujos trabalhos afetam diretamente o cuidado ao paciente; médicos que trabalham a maior parte do seu tempo no hospital e lideranças (supervisores, gerentes e administradores). Médicos que não dedicam grande parte do seu tempo no hospital podem não ter conhecimento sobre a cultura de segurança da organização, portanto não devem ser selecionados para responder ao questionário (*AHRQ*, 2004).

Conforme definido pela *AHRQ*, questionários completos são aqueles que têm todos ou pelo menos a maior parte dos itens respondidos. A *Agency for Healthcare*

*Research and Quality* recomenda incluir na tabulação dos dados somente os questionários nos quais os respondentes preencheram no mínimo uma seção completa, pois se o respondente não preencheu a maior parte dos itens de pelo menos uma seção, existe a possibilidade de perda de dados relevantes. Existe também a recomendação de não incluir na tabulação dos dados questionários onde a resposta em todos os itens seja a mesma, pois se isso ocorreu foi devido ao respondente não ter dado a atenção exigida no preenchimento do instrumento.

No instrumento utilizado nesta pesquisa, a segurança do paciente foi definida como evitar ou prevenir danos ou efeitos adversos ao paciente, resultantes do processo de prestação de serviços de saúde (AHRQ, 2004). No questionário são estudadas as dimensões da cultura de segurança que ocorre no âmbito das unidades e no âmbito hospitalar, além de variáveis de resultado.

**As dimensões de cultura de segurança no âmbito das unidades de trabalho são:**

- Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes (4 itens do questionário);
- Aprendizado organizacional – melhoria contínua (3 itens do questionário);
- Trabalho em equipe no âmbito das unidades (4 itens do questionário);
- Abertura para comunicações (3 itens do questionário);
- *Feedback* e comunicação a respeito de erros (3 itens do questionário);
- Respostas não punitivas aos erros (3 itens do questionário);
- *Staffing* (4 itens do questionário).

**As dimensões de cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar são:**

- Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (3 itens do questionário);
- Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares (4 itens do questionário);
- Transferências internas e passagens de plantão (4 itens do questionário).

**As variáveis de resultados estudadas são:**

- Percepções generalizadas sobre segurança (4 itens do questionário);
- Frequência de relatórios de eventos (3 itens do questionário).

O questionário ainda inclui duas questões sobre o grau de segurança para o paciente na unidade de trabalho ou área de trabalho do respondente e o número de eventos adversos relatados nos últimos doze meses.

A *AHRQ* disponibiliza em meio eletrônico uma planilha dinâmica, em formato EXCEL®, para inserção dos dados da pesquisa. A ferramenta gera resultados com base nos dados inseridos em campos específicos de uma planilha protegida. Os campos de fórmulas que geram os resultados não podem ser alterados. Os resultados fornecidos pela planilha dividem-se em potencial para melhoria e pontos fortes da organização (*AHRQ*, 2004).

A *AHRQ* também disponibiliza no seu *site* os resultados de um estudo piloto realizado em vinte e um hospitais, em seis estados dos Estados Unidos, publicado em Setembro de 2004 (*AHRQ*, 2004) e um banco de dados do questionário, publicado em Abril de 2007, resultado da aplicação do instrumento em 382 hospitais dos Estados Unidos no ano de 2006 (*AHRQ*, 2007).

#### 4.4 A amostra

No Brasil, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 6.427 estabelecimentos hospitalares, sendo 5.196 hospitais gerais e 1.231 hospitais especializados (Tabela 1). No Estado de São Paulo existem 927 estabelecimentos hospitalares (14,42% do total do país), sendo 190 (20,5%) hospitais especializados e 737 (79,5%) hospitais gerais (Tabela 2).

Tabela 1 - Número de hospitais gerais e especializados no Brasil segundo tipo de hospital. Maio, 2007

Localização	Tipo de hospital	Quantidade	Total
Brasil	Geral	5196	6427
	Especializado	1231	

Fonte: CNES, 2007.



Tabela 2 – Número de hospitais gerais e especializados do Estado de São Paulo segundo tipo de hospital. Maio, 2007

Localização	Tipo de hospital	Quantidade	Total
Estado de São Paulo	Geral	737	927
	Especializado	190	

Fonte: CNES, 2007.

No Estado de São Paulo, os hospitais gerais distribuem-se, da seguinte maneira: 348 (47,2%) hospitais sem fins lucrativos; 260 (35,3%) hospitais com fins lucrativos e 129 (17,5%) hospitais públicos. Dos hospitais especializados, 74 (38,94%) são privados com fins lucrativos, 71 são privados sem fins lucrativos (37,37%) e 45 (23,70%) são públicos (Tabela 3) (CNES, 2007).

Tabela 3 – Número de hospitais gerais e especializados do Estado de São Paulo segundo a natureza da administração dos hospitais. Maio, 2007

Tipo de hospital	Natureza da administração	Quantidade	Total
Geral	Privado com fins lucrativos	260	737
	Privado sem fins lucrativos	348	
	Públicos	129	
Especializados	Privados com fins lucrativos	74	190
	Privados sem fins lucrativos	71	
	Públicos	45	

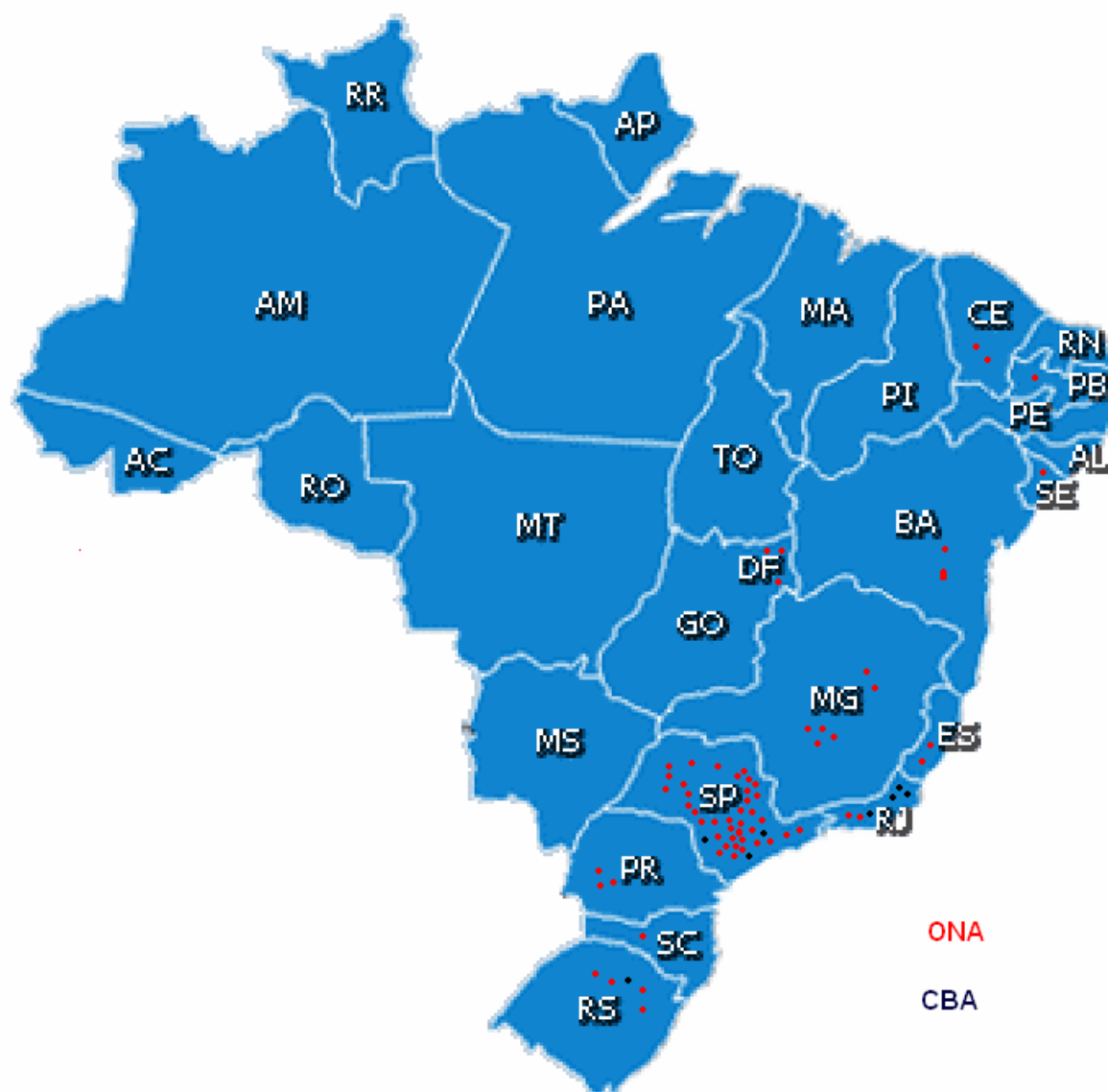
Fonte: CNES, 2007.

Apesar do grande número de instituições hospitalares em atividade em nosso país, o número de hospitais acreditados por instituições acreditadoras até 2006 era muito pequeno. Existiam no Brasil, em setembro de 2006, 65 organizações de saúde certificadas pela Organização Nacional de Acreditação dos quais 38 em São Paulo, 6 em Minas Gerais, 4 no Rio Grande do Sul, 3 em Brasília e no Paraná, 2 no Rio de

Janeiro, no Espírito Santo, na Bahia, e no Ceará e 1 em Santa Catarina, na Paraíba e em Sergipe (ONA, 2006), e 08 acreditadas pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação, em conjunto com a *Joint Commission International*, 1 no Rio Grande do Sul, 4 no Rio de Janeiro e 3 em São Paulo (CBA, 2006) (Mapas 1, 2 e 3).

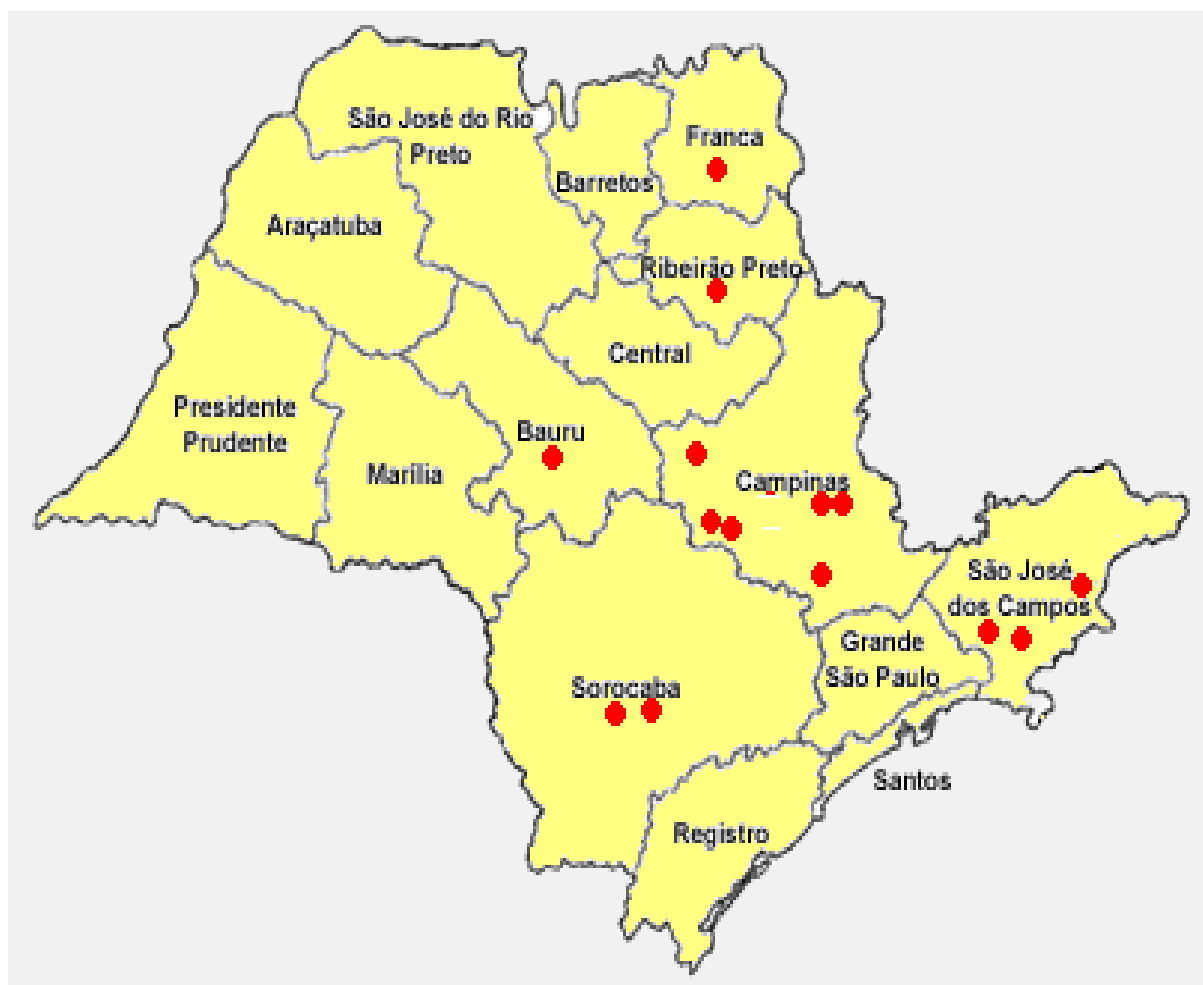
Mapa 1 – Mapa do Brasil indicando os estados que têm hospitais acreditados pela ONA e CBA. Setembro, 2006.

---



Fonte: ONA, 2006 e CBA, 2006.

Mapa 2 - Mapa do Estado de São Paulo indicando as cidades do interior que possuem hospitais acreditados pela ONA e CBA. Setembro, 2006.



Fonte: ONA, 2006 e CBA, 2006.



Como no Estado de São Paulo se localizam grande parte dos hospitais acreditados brasileiros pelas duas maiores organizações acreditadoras (56%), foram escolhidos todos os 41 hospitais, públicos e privados (com fins lucrativos e sem fins lucrativos), acreditados no Estado de São Paulo, pela ONA ou pelo CBA, para compor a amostra, pois como estes já passaram com sucesso por um processo de Acreditação Hospitalar, supõe-se que tenham padrões mínimos de segurança do paciente estabelecidos em seus manuais, na prática assistencial e em sua cultura organizacional.

Dos quarenta e um hospitais que fizeram parte da amostra, 24 (58,53) são privados com fins lucrativos, 09 (21,95) são privados sem fins lucrativos e 08 (19,52) são públicos (Quadro 1).

Após a definição dos 41 hospitais da amostra, cada instituição recebeu uma identificação numérica (de 1 a 41) para que os dados pudessem ser tabulados, sem que houvesse exposição dos nomes das organizações.

IDENTIFICAÇÃO NUMÉRICA DO HOSPITAL	NATUREZA DA ADMINISTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO NUMÉRICA DO HOSPITAL	NATUREZA DA ADMINISTRAÇÃO
1	Privado com fins lucrativos	22	Privado com fins lucrativos
2	Privado com fins lucrativos	23	Privado sem fins lucrativos
3	Privado com fins lucrativos	24	Privado com fins lucrativos
4	Privado com fins lucrativos	25	Privado com fins lucrativos
5	Público	26	Privado com fins lucrativos
6	Privado sem fins lucrativos	27	Privado sem fins lucrativos
7	Privado sem fins lucrativos	28	Privado com fins lucrativos
8	Privado com fins lucrativos	29	Privado com fins lucrativos
9	Privado com fins lucrativos	30	Privado com fins lucrativos
10	Privado com fins lucrativos	31	Privado sem fins lucrativos
11	Público	32	Privado com fins lucrativos
12	Público	33	Privado com fins lucrativos
13	Privado com fins lucrativos	34	Público
14	Privado com fins lucrativos	35	Privado sem fins lucrativos
15	Privado com fins lucrativos	36	Público
16	Privado sem fins lucrativos	37	Público
17	Privado com fins lucrativos	38	Público
18	Privado com fins lucrativos	39	Privado sem fins lucrativos
19	Privado com fins lucrativos	40	Privado com fins lucrativos
20	Privado com fins lucrativos	41	Privado sem fins lucrativos
21	Público		

Quadro 1 – Identificação numérica dos hospitais participantes da amostra e a respectiva natureza de administração. São Paulo, 2007

Fonte: CNES, 2007. Nota: Dados trabalhados pela autora.

#### **4.5 Solicitações de autorização**

Uma carta oficial da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, assinada pela orientadora desta dissertação, foi encaminhada a todos os hospitais da amostra no mês de Setembro/06, solicitando autorização para realização da pesquisa na organização (APÊNDICE 1). A carta continha uma breve apresentação do trabalho a ser realizado, incluindo título provisório, objetivo principal e amostra selecionada. Além disso, informava que os dados seriam obtidos por meio da aplicação de um questionário estruturado, de múltipla escolha, que seria encaminhado por meio eletrônico. A autora disponibilizou seu endereço eletrônico e o número de seu telefone (celular) para contato.

#### **4.6 Seleção dos respondentes**

Os profissionais que responderiam ao questionário foram escolhidos pela autora e por sua orientadora a partir dos organogramas recebidos das organizações. Procurou-se escolher líderes de áreas administrativas e assistenciais, dispostos a participar desta pesquisa. Em todos os hospitais solicitamos que cinco (05) profissionais respondessem o questionário. As áreas escolhidas foram: enfermagem, médica, serviços de apoio/diagnóstico, administrativa e de qualidade. Os questionários eram encaminhados juntamente com um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE 3).

#### **4.7 Autorizações recebidas**

No próprio mês de Setembro/06 foram recebidas oito respostas: sete autorizações para realização da pesquisa nas organizações hospitalares e 01 resposta negativa. No mês de Outubro/06, foram recebidas mais três autorizações e duas respostas negativas, não autorizando a pesquisa. Sendo assim, foram re-encaminhadas mensagens eletrônicas e cartas para os vinte e oito (28) hospitais que não responderam à primeira solicitação.

Após o segundo pedido, duas novas organizações autorizaram a pesquisa, no mês de Novembro/06. Vários outros contatos foram feitos com as organizações que não respondiam às solicitações, e foi obtida mais 01 resposta afirmativa em

Dezembro/06, 02 respostas afirmativas em Janeiro/07, 01 resposta afirmativa em Fevereiro/07 e 03 respostas afirmativas em Março/07.

Em resumo, dentre as 41 organizações acreditadas pela ONA ou CBA no Estado de São Paulo contatadas, 19 (46,34%) responderam positivamente à solicitação da autora e três (7,32%) negativamente. Dezenove organizações (46,34%) não encaminharam nenhum tipo de resposta (Quadro 2).

<b>Identificação numérica do Hospital</b>	<b>Resposta</b>	<b>Data resposta</b>	<b>Identificação numérica do Hospital</b>	<b>Resposta</b>	<b>Data resposta</b>
1	Autorizado	jan/07	22	Autorizado	set/06
2	Sem resposta	-----	23	Sem resposta	-----
3	Sem resposta	-----	24	Sem resposta	-----
4	Autorizado	nov/06	25	Sem resposta	-----
5	Autorizado	set/06	26	Autorizado	dez/06
6	Autorizado	mar/07	27	Autorizado	fev/07
7	Autorizado	out/06	28	Sem resposta	-----
8	Sem resposta	-----	29	Autorizado	set/06
9	Sem resposta	-----	30	Sem resposta	-----
10	Autorizado	out/06	31	Sem resposta	-----
11	Autorizado	set/06	32	Sem resposta	-----
12	Sem resposta	-----	33	Sem resposta	-----
13	Não	out/06	34	Sem resposta	-----
14	Autorizado	set/06	35	Autorizado	jan/07
15	Autorizado	nov/06	36	Autorizado	mar/07
16	Sem resposta	-----	37	Autorizado	mar/07
17	Não	out/06	38	Não	set/06
18	Autorizado	set/06	39	Sem resposta	-----
19	Sem resposta	-----	40	Autorizado	set/06
20	Autorizado	out/06	41	Sem resposta	-----
21	Sem resposta	-----			

Quadro 2: Identificação numérica dos hospitais da amostra com a resposta dada à solicitação de pesquisa com data (mês e ano). São Paulo, 2006-2007

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Das três organizações hospitalares que deram resposta negativa à solicitação da pesquisa, 02 são hospitais privados com fins lucrativos (Hospitais 13 e 17) e 01 é hospital público (Hospital 38). O Hospital 13 somente encaminhou e-mail informando que a solicitação foi negada. O Hospital 17 enviou mensagem eletrônica informando que estava em processo de recertificação da acreditação e, portanto não estava autorizando pesquisas e o Hospital 38, encaminhou via eletrônica, um ofício da



Superintendência informando que a instituição não autorizava pesquisas de alunos de Instituição de ensino particular.

O Hospital 8 solicitou, logo após o envio da primeira carta, o questionário para avaliar se a autorização iria ser concedida ou não. Após o envio do questionário, via meio eletrônico pela autora, a mesma não conseguiu nenhum outro contato, mesmo após oito tentativas. Sendo assim, este hospital foi considerado como sem resposta.

Dos dezenove hospitais que responderam afirmativamente à solicitação, 11 são privados com fins lucrativos, 4 são privados sem fins lucrativos e 4 são públicos.

## 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar de 19 instituições hospitalares terem autorizado a realização desta pesquisa, somente em 16 os questionários foram respondidos e devolvidos, pois no Hospital 6, o Superintendente autorizou a realização da pesquisa, porém a autora não conseguiu contato com a pessoa indicada para a condução do processo no hospital, apesar das dez (10) tentativas entre meios telefônico e eletrônico. No Hospital 4 a autorização foi fornecida porém, após o envio do organograma, a autora não conseguiu mais contato com o profissional responsável da organização. No Hospital 11, a autorização foi fornecida, o organograma foi enviado à autora, mas após, a pessoa que estava conduzindo o processo informou que não seria mais a responsável e indicou outro profissional, que não deu retorno para a autora desta pesquisa.

No total foram devolvidos 60 questionários, dos 80 esperados. Apesar de terem sido escolhidos cinco profissionais de cada organização hospitalar para responderem o questionário, obtivemos 02 hospitais com apenas um questionário respondido, 01 hospital com dois questionários respondidos, 01 hospital com três questionários respondidos, 08 com quatro questionários respondidos, 03 com cinco questionários respondidos e 01 com seis questionários respondidos.

Doze hospitais responderam o questionário enviando as respostas à autora pelo endereço eletrônico, dois hospitais responderam em papel e enviaram as respostas à autora pelo correio e dois hospitais enviaram os questionários respondidos por meio de fax.

A Gerente de Enfermagem do Hospital 35 não preencheu o questionário, pois referiu que o instrumento não se aplicava a sua área, o que causa estranheza tendo em vista as características essencialmente assistenciais da área de enfermagem.

Conforme orientação da *AHRQ*, de exclusão de questionários incompletos, houve nesta pesquisa apenas um questionário (Questionário número 59, Hospital 36), 1,66% do total dos respondidos, excluído devido ao não preenchimento completo de nenhuma seção. O não preenchimento completo do questionário por uma das

lideranças selecionadas do Hospital 36, mostra certo descaso desse profissional para com trabalhos acadêmicos, com o assunto segurança do paciente e com a própria instituição hospitalar que autorizou a realização desta pesquisa.

Com relação às características dos respondentes, 41% selecionou “Outras” na área primária ou unidade principal de trabalho, seguido de “Muitas áreas diferentes/nenhuma unidade específica” com 22%, “Farmácia” com 10%, “Laboratório” com 8%, “Cirurgia” e “Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)” com 5% cada, “Obstetrícia” com 3%, e “Unidade de emergência”, “Reabilitação” e “Radiologia” com 2% cada. Os respondentes que selecionaram “Outras” especificaram como sua área de trabalho os seguintes setores: Gestão da qualidade ou Qualidade ou Qualidade hospitalar ou Gerência da Qualidade (10 respondentes), Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (02 respondente), Superintendência administrativa (01 respondente), Diretoria de enfermagem (02 respondente), Serviço de controle de infecção hospitalar (02 respondentes), Enfermagem (02 respondentes), Diretoria Clínica (01 respondente), Administração/Área administrativa (02 respondentes), Infra-estrutura (01 respondente) e Diretoria (01 respondente) (Tabela 4). Esses dados mostram que os respondentes trabalham tanto na área administrativa quanto assistencial dos hospitais.

Tabela 4 - Características dos respondentes segundo a área primária ou unidade principal de trabalho. São Paulo, 2006-2007

Área primária ou unidade principal de trabalho	Porcentagem de respondentes
Outras	41%
Muitas áreas diferentes/nenhuma específica	22%
Farmácia	10%
Laboratório	8%
Cirurgia	5%
Unidade de terapia intensiva	5%
Obstetrícia	3%
Unidade de emergência	2%
Reabilitação	2%
Radiologia	2%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Trinta e quatro por cento (34%) dos respondentes selecionaram a opção “Administrador/Atividade gerencial” na questão sobre cargo ocupado na instituição, seguido por “Enfermeiro” com 27%, “Outros” com 14%, que inclui biomédico, supervisor de qualidade, diretor clínico, vice-diretor clínico, engenheiro clínico, diretor administrativo, e supervisor, “Médico do corpo clínico” com 12%, “Farmacêutico” com 10% e “Técnicos” com 3% (Tabela 5).

Tabela 5 – Características dos respondentes segundo o cargo ocupado na instituição. São Paulo, 2006-2007

Cargo na instituição	Porcentagem de respondentes
Administrador/atividade gerencial	34%
Enfermeiro	27%
Outros	14%
Médico do corpo clínico	12%
Farmacêutico	10%
Técnicos	3%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Quanto à informação do número de horas trabalhadas, setenta e nove por cento (79%) dos respondentes trabalham entre 40 e 79 horas semanais na organização, o que significa que os profissionais que responderam o questionário têm aparentemente dedicação exclusiva à organização de saúde e deveriam compreender perfeitamente suas missão e visão, executando processos condizentes com as mesmas. 14% dos respondentes trabalham de 20 a 39 horas semanais e 7% trabalham menos de 20 horas semanais na organização (Tabela 6).

Tabela 6 – Características dos respondentes segundo o número de horas trabalhadas semanalmente. São Paulo, 2006 - 2007

Número de horas trabalhadas	Porcentagem de respondentes
Menos de 20 horas semanais	7%
Entre 20 e 39 horas semanais	14%
Entre 40 e 59 horas semanais	72%
Entre 60 e 79 horas semanais	7%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Mais da metade dos respondentes (72%) trabalha na organização hospitalar entre 6 e 21 anos. Portanto, podemos pressupor que eles têm conhecimento da cultura organizacional. Além disso, as lideranças das organizações hospitalares estudadas são profissionais que já têm história na organização, não são recém admitidos. 26% dos respondentes trabalham entre “1 e 5 anos” no hospital e apenas 2% dos respondentes trabalham há “menos de um ano” na organização (Tabela 7).

Tabela 7 – Características dos respondentes segundo tempo de trabalho na organização. São Paulo, 2006-2007

Tempo de trabalho na organização	Porcentagem de respondentes
Menos de 1 ano	2%
Entre 1 e 5 anos	26%
Entre 6 e 10 anos	33%
Entre 11 e 15 anos	19%
Entre 16 e 20 anos	10%
Acima de 21 anos	10%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Com relação à pergunta de há quanto tempo o profissional trabalha naquela unidade/área, 48 % responderam “de 1 a 5 anos”, 31% responderam “de 6 a 10 anos”, 12% responderam “de 11 a 15 anos”, 5% responderam “menos de 1 ano”, 2% responderam “de 16 a 20 anos” e 2% “21 anos ou mais” (Tabela 8).

Tabela 8 – Características dos respondentes segundo tempo de trabalho na unidade/área atual. São Paulo, 2006-2007

Tempo de trabalho na unidade/área atual	Porcentagem de respondentes
Menos de 1 ano	5%
Entre 1 e 5 anos	48%
Entre 6 e 10 anos	31%
Entre 11 e 15 anos	12%
Entre 16 e 20 anos	2%
Acima de 21 anos	2%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Vinte e sete por cento dos profissionais que participaram desta pesquisa trabalham em suas profissões/atividades há 21 anos ou mais, 24 % trabalham entre 6 e 10 anos, 22% trabalham entre 1 e 5 anos, 15% trabalham entre 11 e 15 anos e 12% trabalham entre 16 e 20 anos. Isso confirma as afirmativas anteriores, de que as lideranças são pessoas com história na organização, experientes, e que se dedicam à Instituição hospitalar (Tabela 9).

Tabela 9 – Características dos respondentes segundo tempo de profissão. São Paulo, 2006-2007

Tempo de profissão	Porcentagem de respondentes
Menos de 1 ano	0%
De 1 a 5 anos	22%
De 6 a 10 anos	24%
De 11 a 15 anos	15%
De 16 a 20 anos	12%
Mais de 21 anos	27%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

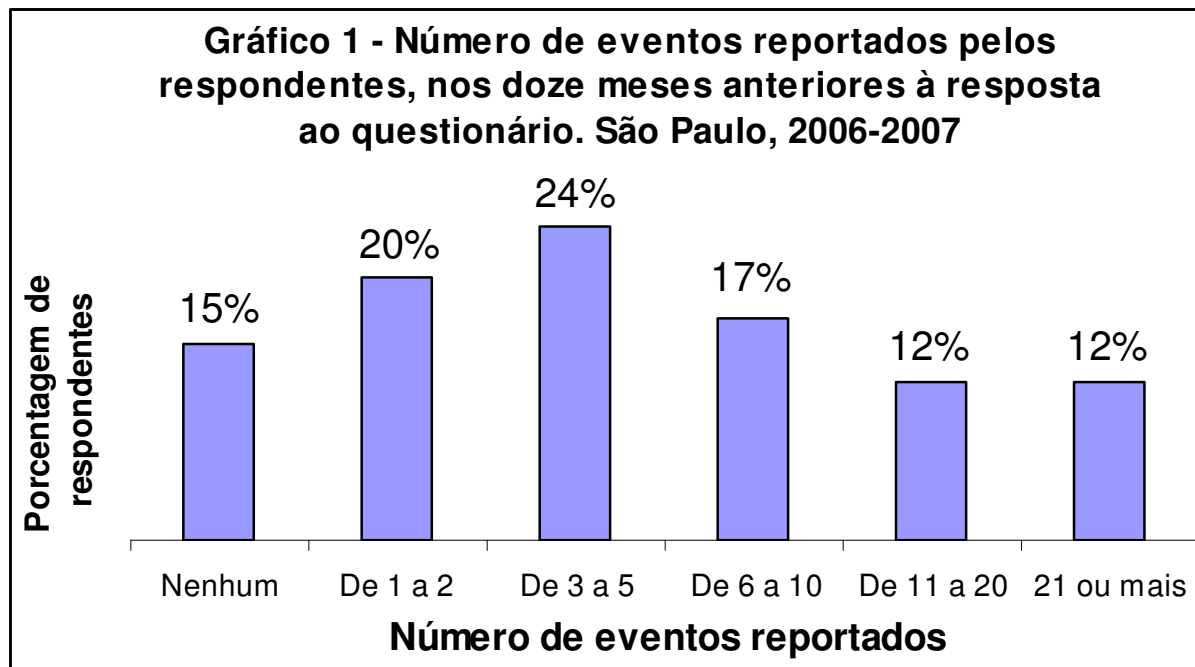
Cinquenta e sete por cento (57%) dos respondentes têm interação ou contato direto com os pacientes. Segundo a literatura, uma das características desejadas para os líderes em organizações hospitalares é o contato direto com os subordinados e também com os pacientes (COZENS, 2003). Um dado que chama a atenção é o de que dos 11 enfermeiros que ocupam a posição de liderança da maior equipe assistencial do hospital, a enfermagem, 4 (36,36%) dizem não ter contato direto ou interação com pacientes (Tabela 10), o que evidencia que ainda existem líderes que não mantêm diálogo com o paciente, indivíduo fundamental e cliente maior da organização hospitalar. A atenção ao paciente, por meio da comunicação verbal, pode ser uma das maneiras de obter melhoria da qualidade.

Tabela 10 – Características dos respondentes segundo contato/interação direta com o paciente. São Paulo, 2006-2007

Características dos respondentes segundo contato/interação direta com o paciente	Porcentagem de respondentes
Com contato/interação direta com o paciente	57%
Sem contato/interação direta com o paciente	43%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Cinqüenta e nove por cento (59%) dos respondentes notificaram 5 eventos adversos ou menos (Gráfico 1). Esse resultado nos leva a pensar que problemas de segurança não são reconhecidos ou identificados e, portanto não podem ser relatados; ou, realmente, as organizações hospitalares estudadas são muito seguras e eventos adversos ocorrem com freqüência muito baixa; ou os líderes não notificam todos os eventos ocorridos; ou ainda os subordinados não informam aos líderes todo e qualquer evento adverso que ocorra.



Quanto ao quadro de pessoal suficiente para a realização do trabalho, os enfermeiros de hospitais públicos que responderam o questionário (3 enfermeiros) afirmaram que existe quadro suficiente. Destes, dois afirmam que a equipe trabalha

mais do que o desejável para o cuidado do paciente. Para os hospitais privados sem fins lucrativos, quatro dos seis enfermeiros que responderam o questionário informaram que não têm quadro de pessoal suficiente e que os funcionários trabalham mais do que o desejável. Cinco dos sete enfermeiros de hospitais privados com fins lucrativos que participaram desta pesquisa informam que têm quadro de pessoal suficiente, porém quatro afirmam que a equipe trabalha mais do que o desejável. Com estes dados percebemos que, nesta amostra, o quadro de funcionários para os enfermeiros dos hospitais públicos e privados com fins lucrativos é suficiente mas que, apesar do número ser adequado, a equipe trabalha mais do que o desejável, talvez por falta de treinamento e ocorrência de diversas re-tarefas. Além disso, podemos imaginar também que isso é devido ao fato de que a enfermagem realize tarefas de outros profissionais devido a processos mal desenhados ou pela falta dos outros profissionais na organização.

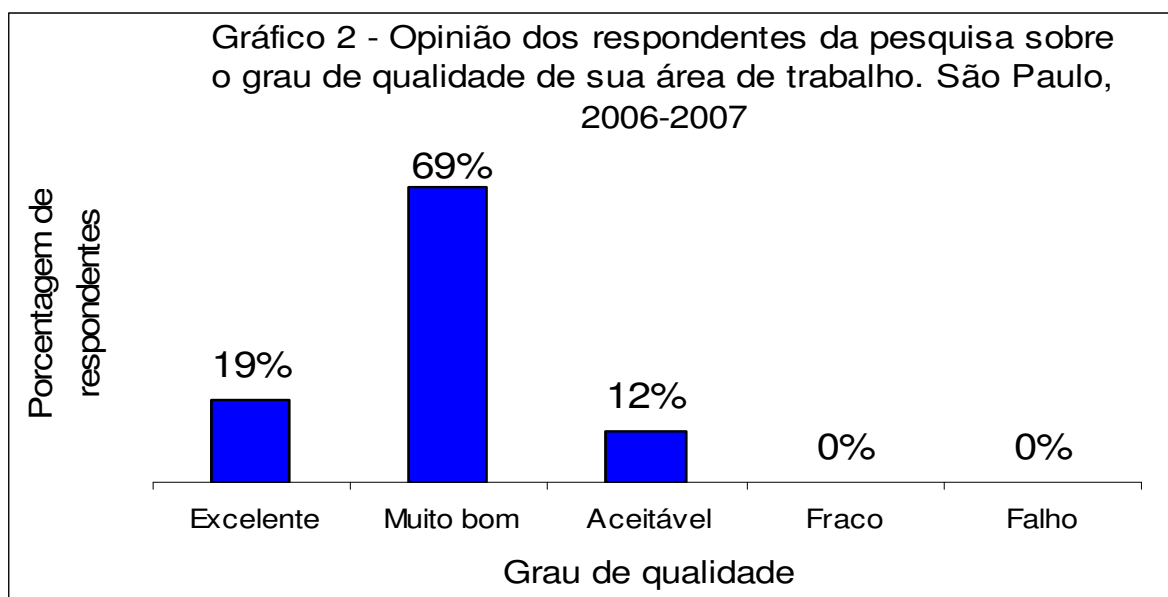
Aproximadamente trinta e oito por cento de todos os enfermeiros que responderam ao questionário afirmam não dispor de funcionários suficientes para trabalhar e 62,5% afirmam que o quadro de pessoal da sua unidade trabalha mais do que seria desejável para o cuidado do paciente. Já 64% dos enfermeiros que exercem a posição de liderança da equipe de enfermagem afirmam que têm quadro de funcionários suficiente, porém 54% desses enfermeiros afirmam que a equipe trabalha mais do que seria desejável para o cuidado do paciente. Isto pode ser uma contradição, pois se há quadro suficiente, a equipe deveria trabalhar o desejável. Nessas perguntas podemos verificar que talvez os respondentes tenham preenchido algumas partes do questionário em função do que ocorre na organização e outras do que eles acreditam ser a maneira correta de responder.

Já dos profissionais que classificaram sua posição de trabalho como “Administrador/Atividade gerencial”, 90% afirmam que a área ou unidade na qual trabalham tem quadro de pessoal suficiente. Aqui a contradição é ainda maior, pois 22% desses mesmos profissionais afirmam que o quadro de pessoal trabalha mais do que o desejável e 33% assinalaram uma posição neutra, de nem concordar, nem discordar que o quadro trabalha mais do que o desejável.



As comparações entre o grupo de enfermeiros e administradores foram feitas pois estes são os únicos grupos que têm uma quantidade de respondentes suficientes. Analisando os resultados entre os enfermeiros e os administradores, verificamos que a enfermagem tem uma opinião de que o número de funcionários é insuficiente, diferente dos administradores/gerentes.

A maioria dos respondentes (69%) avaliou a sua área ou unidade de trabalho como “muito bom” segundo grau de qualidade, 19% avaliou como “excelente” e 12% avaliou como “aceitável” (Gráfico 2).



Em alguns questionários, como por exemplo, no questionário n. 11 (respondente do Hospital 5), foi observado que todas as respostas da Seção D (Frequência de Relatórios de Eventos) foram “SEMPRE”. O respondente ainda fez uma ressalva que “as respostas foram baseadas na crença que a orientação e os programas de segurança e eventos sentinelas sejam respeitados, os casos omissos, se houverem [Sic], dificilmente ficaremos sabendo”. Isso leva a crer que alguns profissionais não responderam ao questionário baseados na realidade da organização, e sim no que lhes parecia ser a resposta correta.

Outro aspecto observado nos questionários respondidos foi o fato de que em uma organização estudada, um respondente tem a visão do hospital completamente distinta dos demais, caso do questionário n. 25, do Hospital 15, no qual as respostas não são compatíveis com os demais questionários da organização (números 24/26/27). Nesse hospital, que teve 4 questionários respondidos, três respondentes têm respostas positivas semelhantes na maioria das questões, porém um respondente atribuiu respostas negativas à maioria das questões. Esse achado pode ser devido à insatisfação do respondente do Hospital 15, ou talvez deva-se ao fato desse respondente ter preenchido o questionário procurando externar exatamente o que ocorre na organização na qual ele trabalha.

O resultado geral das dimensões de cultura de segurança do paciente e das variáveis de resultados é apresentado na Tabela 11. A tabela mostra porcentagem de pessoas que responderam o questionário positivamente aos itens que mediam cada dimensão ou área da cultura de segurança. É um resumo de todos os resultados positivos de cada um dos itens da dimensão de cultura de segurança.

Tabela 11 – Porcentagem de respostas positivas dos respondentes às dimensões da cultura de segurança do paciente e às variáveis de resultados. São Paulo, 2006-2007

Dimensões da cultura de segurança do paciente e variáveis de resultados	Porcentagem de respostas positivas
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	92%
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	91%
Aprendizado organizacional – Melhoria contínua	91%
<i>Feedback</i> e comunicação a respeito dos erros	89%
Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores e gerentes	89%
Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	86%
Percepção generalizada sobre segurança	81%
Transferências internas e passagens de plantão	80%
Frequência de relatórios de eventos	77%
<i>Staffing</i>	68%
Abertura para as comunicações	68%
Respostas não punitivas aos erros	55%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

A tabela 11 mostra que os respondentes têm uma visão de que a organização hospitalar é um ambiente seguro e que todas as dimensões da segurança do paciente estão contempladas em suas instituições. A média mais baixa deu-se na dimensão “Respostas não punitivas aos erros”, na qual 55% dos respondentes afirmam que os profissionais têm medo que seus erros sejam inscritos em suas fichas funcionais. A adoção de medidas punitivas frente aos erros não é adequada, pois causa medo e insegurança nos profissionais, o que ocasiona ocultação das faltas cometidas (GALLOTTI, 2004). Se os profissionais ainda têm medo das consequências de seus erros, há evidências de que as organizações hospitalares estudadas têm a cultura de ações punitivas em relação aos erros cometidos, percebidos ou imaginados. A “resposta punitiva aos erros” está relacionada com a “abertura para as comunicações”, outra dimensão analisada e que obteve 68% de respostas positivas, o que nos leva a crer que como as organizações ainda têm respostas punitivas aos erros, os funcionários ainda têm receio de discutir quando observar que algo pode afetar o paciente negativamente.

Podemos verificar também na tabela 11, que os líderes demonstram que existe apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e que o trabalho nas unidades é realizado com respeito e em conjunto.

Não é objetivo deste trabalho realizar comparações entre os achados nesta pesquisa e os achados na pesquisa realizada pela *AHRQ*, nos Estados Unidos. Somente a título de ilustração, segue a tabela (Tabela 12) de porcentagem de pessoas que responderam o questionário positivamente aos itens do questionário aplicado pela *AHRQ* nos Estados Unidos, cujos resultados foram divulgados em 2007 (SORRA, 2007). Podemos observar que um dos itens com maior média de respostas positivas é “Trabalho em equipe no âmbito das unidades” e o item com a menor média de respostas punitivas é “Respostas não punitivas aos erros”.

Tabela 12 – Porcentagem de respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do paciente e às variáveis de resultados segundo dados obtidos pela AHRQ. Estados Unidos, 2007

Dimensões da cultura de segurança do paciente e variáveis de resultados	Porcentagem de respostas positivas
Percepção generalizada sobre segurança	81%
Frequência de relatórios de eventos	77%
Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores e gerentes	89%
Aprendizado organizacional – Melhoria contínua	91%
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	91%
Abertura para as comunicações	68%
<i>Feedback</i> e comunicação a respeito dos erros	89%
Respostas não punitivas aos erros	43%
<i>Staffing</i>	68%
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	92%
Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	86%
Transferências internas e passagens de plantão	80%

Fonte: SORRA, J.; et al, 2007.

Na tabela 13 observamos que os líderes das áreas administrativas acreditam que os erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente, erros sem potencial de causar danos ao paciente e erros que poderiam causar danos ao paciente, mas que não causaram são reportados em 77% dos casos, os enfermeiros acreditam que a equipe assistencial reporta 95% desses erros. Isso é contraditório, pois os enfermeiros acreditam que 43% dos funcionários sentem que seus erros e os eventos reportados são utilizados contra eles e que os erros são anotados em suas fichas funcionais. Sendo assim, os erros seriam omitidos e não gerariam um índice tão alto de erros reportados (95%). A resposta dos administradores/gerentes aproxima-se mais da média geral de todos os respondentes, enquanto os enfermeiros são mais otimistas quanto à frequência de eventos reportados.

Cem por cento dos enfermeiros acreditam que existe uma cultura de aprendizagem na qual os erros levam a mudanças positivas e onde mudanças são avaliadas em sua eficácia, porém apenas 88% dos administradores/gerentes acreditam nisso.

Essa diferença talvez se deva ao fato dos respondentes serem de áreas distintas, assistencial e administrativa.

Os enfermeiros também são mais otimistas com relação à dimensão "Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares", pois 98% deles acreditam que unidades do hospital cooperam e se coordenam entre eles para oferecer o melhor cuidado para o paciente. Já 87% dos administradores acreditam na cooperação entre as unidades hospitalares.

89% dos enfermeiros crêem que informações importantes do cuidado do paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de plantão e 78% dos administradores/gerentes também acreditam nisso. Talvez pelo fato da enfermagem participar das transferências de pacientes e das passagens de plantão é que os enfermeiros acreditam que as informações são transmitidas de maneira adequada.

Tabela 13 – Porcentagem de respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do paciente e às variáveis de resultados segundo lideranças em enfermagem e administradores/gerentes. São Paulo, 2006-2007

Dimensões da cultura de segurança do paciente e variáveis de resultados	Porcentagem de respostas positivas Lideranças em Enfermagem	Porcentagem de respostas positivas Administradores / Gerentes
Abertura para as comunicações	69%	67%
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	91%	98%
Aprendizado organizacional – Melhoria contínua	100%	88%
Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores e gerentes	91%	85%
<i>Feedback</i> e comunicação a respeito dos erros	95%	87%
Frequência de relatórios de eventos	95%	77%
Percepção generalizada sobre segurança	84%	85%
Respostas não punitivas aos erros	57%	61%
<i>Staffing</i>	73%	65%
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	95%	91%
Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	98%	87%
Transferências internas e passagens de plantão	89%	78%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

A tabela que segue (Tabela 14) mostra que os respondentes que têm contato/ interação direta com o paciente acreditam que os erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente, erros sem potencial de causar danos ao paciente e erros que poderiam causar danos ao paciente, mas que não causaram (Dimensão Frequência de relatórios de eventos) são reportados em 89% dos casos, já os respondentes sem contato/interação direta com o paciente acreditam que 62% desses erros são reportados. Isso demonstra que os líderes que estão mais próximos dos pacientes e consequentemente mais próximos do operacional da organização acreditam que os erros são mais reportados do que líderes que estão na administração.

Outro fator importante demonstrado pela tabela que segue é o fato de que 61% dos líderes que têm contato/interação direta com o paciente acreditam que a equipe não tem medo que os erros sejam inscritos em suas fichas funcionais e que os eventos não serão utilizados contra eles e 45% dos líderes que não têm contato com o paciente acreditam nisso. Podemos perceber que as lideranças que têm contato com o paciente provavelmente agem de maneira menos punitiva frente aos erros do que os profissionais sem contato direto com o paciente.

Tabela 14 – Porcentagem de respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do paciente e às variáveis de resultados segundo respondentes com e sem contato/interação direta com o paciente. São Paulo, 2006-2007

Dimensões da cultura de segurança do paciente e variáveis de resultados	Porcentagem de respostas positivas	Porcentagem de respostas positivas
	Com contato/interação direta com o paciente	Sem contato/interação direta com o paciente
Abertura para as comunicações	78%	62%
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	95%	93%
Aprendizado organizacional – Melhoria contínua	98%	88%
Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores e gerentes	92%	87%
<i>Feedback</i> e comunicação a respeito dos erros	98%	85%
Frequência de relatórios de eventos	89%	62%
Percepção generalizada sobre segurança	85%	80%
Respostas não punitivas aos erros	61%	45%
<i>Staffing</i>	74%	62%
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	95%	89%
Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	92%	84%
Transferências internas e passagens de plantão	91%	73%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Dos 59 respondentes, 17 (28,81%) realizaram comentários ao final do questionário. Os comentários são colocados no quadro a seguir, divididos por dimensões de cultura de segurança ou variáveis de resultados:

Quadro 3 - Comentários dos respondentes divididos por dimensões de cultura de segurança e variáveis de resultados. São Paulo, 2006-2007

(continua)

<b>Dimensão: Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores e gerentes</b>
Nenhum respondente fez comentários.

<b>Dimensão: Aprendizado organizacional – Melhoria contínua</b>
“Acho que todos nós procuramos no hospital em todos os sentidos (desde a recepção, cooperação, assistência médica, enfermagem e outros), o mesmo objetivo: a segurança”.
“Desde a inauguração do hospital, sempre houve uma preocupação real com a segurança do paciente e nestes anos todos viemos aprimorando os instrumentos para tornar efetiva esta preocupação transformando-a em ação. Fato é que mesmo prevenindo cada vez mais eficazmente os eventos adversos continuarão ocorrendo eventual e cada vez mais raramente ocorrendo, mas aprendemos que é tão importante quanto prevenir é saber detectar e administrar cada um deles da forma mais transparente, técnica e responsável possível”.
“Erro são inevitáveis e são fontes importantes de aprendizado e melhoria”.
“ <i>Errare humanum est, perseverare diabolicum</i> (Alain Desroches)”.
“A segurança é o primeiro degrau para busca da excelência da qualidade”.
“A acreditação hospitalar está sendo muito importante para os hospitais pois ele trabalha bem a questão de segurança dos pacientes e funcionários. É uma ferramenta de qualidade que deveria ser obrigatória nos hospitais”.
“Neste setor nossa preocupação maior é saber o potencial de alergia que um paciente pode ter em relação a contraste (reações anafiláticas) e também sobre suas conseqüências, principalmente no que diz respeito a nefrotoxicidade. Portanto todos nós estamos atentos a função renal. A segurança no transporte também é um item que estamos sempre atentos pois muitos eventos adversos podem ocorrer”.
“Há mais ou menos oito meses montamos a Comissão de Gerenciamento de Risco e conseguimos modificar muitos processos que colocavam em risco o paciente, principalmente relacionados a quedas e erros de medicação”.
“A segurança do paciente deve ser preocupação e alvo de ação e procedimentos primordial”.
<b>Dimensão: Trabalho em equipe no âmbito das unidades</b>
Nenhum respondente fez comentários.
<b>Dimensão: Abertura para as comunicações</b>
Nenhum respondente fez comentários.
<b>Dimensão: <i>Feedback</i> e comunicação a respeito dos erros</b>
Nenhum respondente fez comentários.
<b>Dimensão: Respostas não punitivas aos erros</b>
“Eu acredito que alguns eventos não são relatados pelos colaboradores por medo destes em receber advertência”
“Quando ocorre um erro de processo envolvendo um paciente/acompanhante, realizamos uma sindicância administrativa com depoimentos de todos os envolvidos, a fim de apurar a falha de processo ou agente causador”.
<b>Dimensão: <i>Staffing</i></b>
Nenhum respondente fez comentários.



<b>Dimensão: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente</b>
“Todos os eventos adversos são comunicados à diretoria e os eventos sentinelas enviados à ONA”
<b>Dimensão: Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares</b>
Nenhum respondente fez comentários.
<b>Dimensão: Transferências internas e passagens de plantão</b>
Nenhum respondente fez comentários.
<b>Variável de resultado: Percepção generalizada sobre segurança</b>
“Acredito que temos desenvolvido e melhorado em muito a segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais no que diz respeito a controle, tecnologia e responsabilidade dos processos”. “Temos a Comissão Hospitalar de Gerenciamento de Risco (analisa eventos de natureza tecnológica, farmacêutica, farmacovigilância e hemoterápicos)”.
<b>Variável de resultado: Frequência de relatórios de eventos</b>
“Temos na instituição um sistema de notificação de falhas evidenciadas no setor, sejam elas referentes à segurança do paciente ou não, porém não acredito que a equipe tenha maturidade suficiente para notificar todas as falhas referentes à segurança” “Encerramos o ano com 185 ocorrências (2006), contudo, boa parte das ocorrências estão associadas a problemas de comunicação e avaliação do fornecedor. As ocorrências relacionadas à exposição ao risco ou evento propriamente dito deve gerar em torno de 30”.

Quadro 3: Comentários dos respondentes da pesquisa divididos por dimensões de cultura de segurança e variáveis de resultados.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

O quadro acima mostra que os profissionais que fizeram comentários ao final desta pesquisa estão preocupados com o assunto Segurança do Paciente, que acreditam ser de suma importância na organização hospitalar e especialmente sabem que erros acontecem, mas que muitas vezes são preveníveis e existe a possibilidade de aprendizado e melhoria a partir dos mesmos. Porém, os comentários à dimensão “Respostas não punitivas aos erros” são preocupantes, pois mais uma vez exprimem a percepção do líder em relação ao medo do funcionário em relatar seus erros e a maneira de como os erros são tratados: “com a realização de sindicância administrativa com depoimentos ... a fim de apurar ... agente causador”. Com certeza este tipo de solução para eventuais erros é muito drástica, pois causará medo e insegurança aos funcionários e os erros serão omitidos. Quanto ao comentário sobre a dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, acreditamos que nem todos os eventos adversos devam ser comunicados à diretoria, pois existem as lideranças intermediárias que têm a função de resolução

de problemas e a diretoria deve ser informada do número de eventos por meio de relatórios, sua causa e quais foram as medidas adotadas para resolução.

## **6 - CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Evidenciou-se que, segundo a opinião dos profissionais que participaram desta pesquisa, as organizações hospitalares acreditadas, tanto pela metodologia adotada pela Organização Nacional de Acreditação quanto pela metodologia do Consórcio Brasileiro de Acreditação, no Estado de São Paulo, podem ser consideradas seguras.

A importância da segurança do paciente é reconhecida pelas lideranças. Observou-se que há ações sendo empreendidas no intuito de melhoria contínua. Segundo alguns comentários feitos pelos respondentes ao final do questionário, pudemos observar que, de fato, de acordo com a premissa inicial do trabalho, a partir da opção pela acreditação hospitalar as organizações se tornaram mais seguras e buscaram aprimorar seus processos.

As organizações têm, em posições de liderança, profissionais com mais de 5 anos de experiência e de tempo de trabalho na organização. Isto sugere que eles têm conhecimento da cultura organizacional. Essa cultura deveria estar implícita em todos os atos e atitudes tomadas para com os subordinados, com a direção organizacional e com os processos organizacionais.

Pudemos perceber também que a maioria dos respondentes desta pesquisa tem contato/interação direta com o paciente, aquele em função de quem a organização hospitalar existe. Esse contato, em hospitais, é imprescindível, pois é por meio dele que a organização percebe a satisfação de seus clientes e se o cuidado da saúde com segurança está ocorrendo.

Não podemos afirmar que a frequência de relatórios de eventos é ideal ou sequer adequada, pois não foi objetivo desta pesquisa a análise de prontuários e de relatórios a fim de identificar eventos adversos ocorridos com pacientes. Tampouco se buscou realizar comparações entre os diferentes hospitais estudados ou com a amostra americana.

Na presente pesquisa existem opiniões diferentes dos vários tipos de profissionais, em hospitais públicos e em hospitais privados, sobre a suficiência e/ou adequação do número de funcionários. Esse sempre foi um tema sobre o qual líderes e direção dificilmente concordam, pois eles vêem esse assunto sob pontos de vista diferentes. A melhor maneira seria ter um diálogo honesto a fim de chegar a um número ideal para ambas as partes. Esse diálogo parece estar começando, já que alguns enfermeiros que responderam esta pesquisa acreditam que o número de funcionários é adequado (embora freqüentemente se queixem de que trabalham mais do que seria desejável).

Pelo demonstrado nos resultados, as organizações hospitalares estudadas ainda possuem uma cultura de ações punitivas frente aos erros. Segundo a literatura, esta não é a melhor maneira de solucionar o problema, pois cria um ambiente de instabilidade e medo, com conseqüente omissão no relato de futuros erros.

As organizações também devem tentar ter e transmitir uma cultura de confiança mútua, em que funcionários e lideranças confiem uns nos outros. Um ponto evidenciado pelos resultados desta pesquisa foi que grande parte dos respondentes considera que as suas chefias aceitam sugestões para a melhoria dos processos, elogiam funcionários e não negligenciam problemas de segurança do paciente. Além disso, os respondentes também referem ter o apoio da gestão hospitalar, que demonstra que a segurança é prioridade na organização.

Para que uma organização cresça, o modelo “achar o culpado e aplicar punições” deve ser superado e ceder lugar para uma forma na qual a comunicação e o respeito sejam os princípios básicos. Assim, haverá a possibilidade de que todos os profissionais façam a análise dos processos, verificando os pontos fracos, que permitem que erros ocorram, e trabalhem na melhoria destes pontos. Os profissionais que trabalham nos hospitais que participaram da amostra afirmam apresentar grau de qualidade  *muito bom*. Isto é um dado importante para os pacientes, já que os profissionais acreditam que suas organizações são seguras e idealmente passam esta segurança aos pacientes.

A pesquisa teve algumas limitações, primeiro pelo número reduzido de hospitais que aceitaram participar deste estudo e também pelo reduzido número de profissionais de cada organização que responderam o questionário. Com um número maior de participantes os resultados poderiam talvez ser extrapolados. Pelo viés que as respostas ao questionário podem ter, os respondentes não necessariamente informaram o que realmente acontece na organização: eles podem ter informado o que acreditavam ser a melhor maneira para responder as perguntas do questionário.

Em nenhum momento esta pesquisa pretendeu quantificar o quão seguras as organizações de fato são. Tampouco foi objeto deste estudo comparar nossos resultados com os resultados obtidos nos Estados Unidos pela *Agency for Healthcare Research and Quality*.

Neste trabalho, o questionário da *Agency for Healthcare Research and Quality* mostrou ser reprodutível para a área hospitalar no Brasil. O questionário é de fácil aplicação, todos os profissionais da organização podem fazer parte da amostra/população e não evidenciamos em nenhum momento que tenha havido dúvidas ou dificuldades no preenchimento do instrumento.

Podemos dizer que o resultado do questionário pode ser uma ferramenta importante para os gestores das organizações que querem atingir a excelência, por meio da cultura de segurança, realizando um trabalho em equipe com as lideranças.

A partir dessa pesquisa novos estudos poderão ser realizados para validar ferramentas gerenciais que meçam a cultura organizacional e a cultura de segurança nas instituições de saúde, que contribuam para a consolidação da segurança nos sistemas e serviços de saúde brasileiros.

## REFERÊNCIAS

Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI). *Organising for safety: Third report*. Study group on human factors. Health and Safety Commission. England, 1993.

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/aans/missao.asp>>. Acesso em: 28 Abr 2007.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Resolução – RE n. 921, de 29 de Maio de 2002. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public>>. Acesso em: 31 Maio 2007.

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. 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. Informe técnico institucional. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo v. 38, n. 2. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2007.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf)>. Acesso em: 22 Fev 2006.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Disponível em: <<http://www.ahrq.gov>>. Acesso em: 11 Junho 2006.

ALTAVILA, J. *Origem dos Direitos dos Povos*. Ícone. 1989.

ARRUDA, M. F. *Cultura organizacional e inovação: estudo de caso de um hospital privado com características de inovação no município de São Paulo*. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2006.

BARBER, N.; RAWLINS, M.; FRANKLIN, B. D. Reducing prescribing error: competence, control, and culture. *Quality and Safety Healthcare*, v. 12, p. i29-i32. 2003.

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

BERWICK, D. M.; LEAPE, L. L. Five years after “To err is human”, what have we learned? *The Journal of the American Medical Association*. V. 293, n. 19, p. 2384-2390. May, 2005.

BEST, M.; NEUHAUSER, D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Quality and Safety Care*, v. 13, p. 233-234, 2004.

BOHOMOL, Elena. *Erros de medicação: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem*. 2002. 151f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

BRASIL. Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br>>. Acesso em 24 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual técnico de hemovigilância / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao\\_carta\\_direitos\\_usuarios\\_saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_carta_direitos_usuarios_saude.pdf)>. Acesso em 20 dez 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Brasil. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao\\_carta\\_direitos\\_usuarios\\_saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_carta_direitos_usuarios_saude.pdf)>. Acesso em 07 Dez 2006.

BRENNAN, Troyen A. et al. Accidental deaths, saved lives, and improved quality. *The New England Journal of Medicine*, v. 353, n. 13, p. 1405-1409, September 2005.

BROWN, A. *Organisational Culture*. Harlow: Prentice Hall, 1998.

BURKE, J. P. Infection control – a problem for patient safety. *The New England Journal of Medicine*, v. 348, n. 7, p. 651-656, 2003.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 09 maio 2007.

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 consequências 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.

CHAGAS, A. T. R. O questionário na pesquisa científica. *Administração on line*. São Paulo, v. 1, n. 1. Jan./Fev./Mar. 2000. Disponível em <[http://www.fecap.br/adm\\_online/art11/anival.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art11/anival.htm)>. Acesso em: 21 março 2003.

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.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/section.aso?SectionParentID=35&sectionID=30>>. Acesso em: 12 Junho 2007.

Conselho Regional de Enfermagem – Minas Gerais (COREN\_MG). Disponível em: <<http://www.coren-mg.org.br/interna.asp?menu=3&submenu=3>>. Acesso em: 14 Junho 2007.

Conselho Regional de Medicina (CRM). *Manual de orientação ética e disciplinar*. Disponível em: <<http://portalmedico.org.br?Regional/crm/sc/manual/parte1f.htm>>. Acesso em: 21 Maio 2007.

Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br/historiaacred.php>>. Acesso em: 30 Julho 2006.

Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br/site/historia.php>>. Acesso em: 01 Junho 2007.

COZENS, J. F. Evaluating the culture of safety. *Quality and Safety Health Care*, n. 12, p.401, 2003.

COZENS, J. F. Organisational trust: the keystone to patient safety. *Quality and Safety Healthcare*, v. 13, p. 56-61, 2004.

COZENS, J. F. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Health Care*; v. 10, p.26-31, 2001.

COZENS, J. F.; MOWBRAY, D. Leadership and the quality of care. *Quality in Health Care*; v. 10 (Suppl II), p.3-7. 2001.

DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da Administração*. Tradução de Clave Comunicações e Recursos Humanos, Rio de Janeiro, Marques Saraiva, 1990.

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.



DONALDSON, L. J. Safe high quality health care: investing in tomorrow's leaders. *Quality in Health Care*, v. 10, p.8-12, Dec. 2001.

FACHIN, Odília. *Fundamentos de Metodologia*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

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.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. São Paulo: Novas Didáticas, 2006.

FLEURY, M. T. L; FISHER, R. M. *Cultura e Poder nas Organizações*. São Paulo: Atlas, 1996.

FREITAS, M. E. *Cultura organizacional: formação, tipologias e impactos*. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991.

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

HAMAMOTO, Reinaldo Sérgio. *Patient safety and Organisational culture: lessons from business researches*. Dissertation (Master in Public Health) – University of Birmingham, England, 2004.

HARDY, E., et al. Comitês de ética em pesquisa: adequação à resolução 196/96. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 4, p. 457-462, 2004.

HUDSON, P. Applying the lessons of risk industries to health care. *Quality and Safety Health Care*, v. 12, 2003. Disponível em: <<http://qshc.bmj.com>>. Acesso em: 17 maio 2007.

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

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

ISHIKAWA, K. 1915. *TQC, total quality control: estratégia e administração da qualidade* / Kaoru Ishikawa; tradução Mário Mishimura. São Paulo: IMC Internacional Sistemas Educativos, 1986.

Joint Commission International. Joint Commission Patient Safety Initiatives. Trabalho apresentado na IsQua 21st. International Conference, Amsterdam, Netherlands, 2004.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. About us. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint\\_commission\\_history.htm](http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm)>. Acesso e, 30 Julho 2006.

JURAN, J. M. 1904 - *Juran Planejando para a qualidade* / J.M. Juran; Tradução de João Mário Scillag, Cláudio Scillag. São Paulo: Pioneira, 1990.

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.

KUHN, A. M.;YOUNGBERG, B. J. The need for risk management to involve to assure a culture of safety. *Quality and Safety Healthcare*, v. 11, p. 158-162, 2002.

LAWTON, R.; PARKER, D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Quality and Safety Healthcare*, v. 11, p. 15-18, 2002.

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.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

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.

MATTAR NETO, J. A. *Metodologia científica na era da informática*. São Paulo: Saraiva, 2005.

MIRSHAWKA, V. *Hospital. Fui bem atendido?* Makron Books, Rio de Janeiro, 1994.

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

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

NEVES, N. C. *Ética para os futuros médicos. É possível ensinar?* Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.

NHS Institute for Innovation and Improvement. NHS Leadership Qualities Framework. November 2006. Disponível em: <<http://www.nhsleadershipqualities.nhs.uk/>>. Acesso em: 02 Junho 2007.

NIEVA, V. F. e SORRA, J. Safety Culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality Safety Health Care*, 12, 2003.

*Normas para apresentação de monografia* / Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Biblioteca Karl A. Boedecker. – 5.ed. – São Paulo: FGV-Sp, 2007.

Organização Nacional de Acreditação. *Serviços acreditados*. Disponível em: <[http://www.ona.org.br/ona/site/internal\\_institucional.jsp?pagesite](http://www.ona.org.br/ona/site/internal_institucional.jsp?pagesite)>. Acesso em 13 set 2006.

Organização Nacional de Acreditação. Institucional/Histórico. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em 05 Julho 2006.

OSELKA, G. Direitos dos pacientes e legislação. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 47, n. 2, p. 104-105, 2001. Disponível em: <<http://www.ramb.org.br/>>. Acesso em Nov. 2006.

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

PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 40 (1), p. 81-105, Jan./Fev. 2006.

REILING, J. G. Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. Volume 3, AHRQ Publication Nos. 050021 (1-4). Feb. 2005. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/advances/>>. Acesso em 25/03/07.

ROONEY, A. L. *Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde*. Série de aperfeiçoamento sobre a metodologia de garantia de qualidade. 1999.

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

SCHEIN, E. H. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991. 358 p.

SCHIESARI, L. M. C. Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. São Paulo. 1999. Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

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.

SCRIVENS, E. *Accreditation: protecting the professional or the consumer?* Buckingham: Open University Press; 1995.

SORRA, J. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. AHRQ Publication n. 07-0025. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Mar. 2007. Disponível em <<http://www.ahrq.gov/qual/hospsurveydb/>> Acesso em 12 abr 2007.

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.

Tancredo Neves está morto; corpo é velado no planalto; Sarney reafirma mudanças. (1985, abril 22). Jornal Folha de São Paulo. Disponível em: <[http://www.almanaque.folha.uol.com.br/brasil\\_22abr1985.htm](http://www.almanaque.folha.uol.com.br/brasil_22abr1985.htm)>. Acesso em: 30 Maio 2007.

*The Canadian Patient Safety Dictionary*. 2003. Disponível em: <[http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary\\_e.pdf](http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf)>. Acesso em 25 Outubro 2006.

VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSHYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*, v. 322, p. 517-519. 2001.

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.

YATES, et al. Sentara Norfolk General Hospital: accelerating improvement by focusing on building a culture of safety. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, v. 30, n. 10, Oct, 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.

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

ZBORIL-BENSON, L. MAGEE, B. How quality improvement projects influence organizational culture. *Healthcare Quarterly*, v. 8, p. 26-31, Oct. 2005

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – Carta de autorização

#### ***CARTA DE AUTORIZAÇÃO***

Para: [NOME]

[CARGO]

[NOME DO HOSPITAL]

De: Sandra Denise de Oliveira Clinco

Ref.: **Autorização para realização da pesquisa: “Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente Segundo Profissionais de Organizações Hospitalares”**

Dr. [NOME],

Como parte de minha Dissertação de Mestrado Acadêmico, que está sendo realizado na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, na Linha de Pesquisa Planejamento em Saúde, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre as Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente segundo profissionais de saúde em organizações hospitalares que tem o título de organização acreditada pela Organização Nacional de Acreditação e pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação, no Estado de São Paulo. O objetivo principal do estudo é identificar quais são as dimensões de segurança do paciente que são identificadas pelos profissionais que atuam nas organizações hospitalares.

Os dados serão obtidos através da aplicação de um questionário estruturado, com perguntas de múltipla escolha, que pode ser respondido em 20 minutos. O questionário será encaminhado por e-mail e o retorno também deverá ser da mesma maneira. Para identificarmos os profissionais que irão responder o questionário, precisaremos de um organograma de sua Instituição, pois assim, poderemos ter uma amostra dos vários setores da organização, tanto administrativos, quanto assistenciais. O Projeto de Pesquisa foi qualificado por uma banca de 03 professoras da EAESP-FGV, no dia 29 de agosto de 2006.

Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins estritamente acadêmicos e não haverá qualquer identificação de indivíduos ou instituições. Da mesma forma, a análise dos resultados e conclusões não serão apresentados como estudo de caso individual. Cada profissional que responderá o questionário irá receber e deverá concordar com um termo de consentimento informado no qual está descrito os objetivos do trabalho.

Uma cópia do trabalho final será entregue a V.Sa..

Agradeço a atenção dispensada e aguardamos ansiosamente seu parecer.

Atenciosamente,

Sandra Denise de Oliveira Clinco

De acordo:

---

Diretor ou Representante  
[NOME DO HOSPITAL]  
[CIDADE], [DATA]

## APÊNDICE 2 – Questionário AHRQ traduzido

### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Esta pesquisa quer saber suas opiniões sobre segurança do paciente, erro médico e relato dos eventos no seu hospital. Preenchê-la deve levar entre 10 a 15 minutos.

Um evento deve ser definido como qualquer tipo de equívoco, erro, incidente, acidente ou desvio, independente de ter tido ou não como resultado dano ao paciente.

Segurança do paciente é definida como evitar ou prevenir danos ou efeitos adversos para o paciente, resultantes do processo de prestação de serviços de saúde.

Para fins desta pesquisa, pense na sua unidade como área clínica, departamento do hospital ou unidade onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou fornece maior parte dos seus serviços clínicos/ médicos.

Qual sua área primária ou unidade principal de trabalho neste hospital? Marque UMA resposta, preenchendo a alternativa:

- a) Muitas áreas diferentes do hospital/nenhuma unidade específica
- b) Clínica (não cirúrgica)
- c) Cirurgia
- d) Obstetrícia
- e) Pediatria
- f) Unidade de emergência
- g) Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)
- h) Psiquiatria/Saúde Mental
- i) Reabilitação
- j) Farmácia
- k) Laboratório
- l) Radiologia
- m) Anestesia
- n) Outra. Por favor, especificar: \_\_\_\_\_


### SEÇÃO A - A ÁREA OU UNIDADE ONDE VOCÊ TRABALHA

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre sua área/unidade. Marque sua resposta preenchendo o quadrado:

Discorda fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda fortemente
------------------------	----------	--------------------	----------	------------------------

1) As pessoas se apóiam mutuamente nessa unidade.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2) Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta do trabalho.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3) Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, nós trabalhamos juntos, em equipe, para para fazer o trabalho.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4) Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito. com respeito.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5) O quadro de pessoal desta unidade trabalha mais mais do que seria desejável para o cuidado do paciente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6) Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7) Nós usamos mais funcionários temporários/de terceiros do que seria desejável para o cuidado do paciente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8) O quadro de funcionários considera que seus erros erros podem ser usados contra eles.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9) Aqui, erros têm levado a mudanças positivas.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10) É por acaso que erros mais sérios não acontecem aqui.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11) Quando uma área desta unidade fica com sobrecarga de trabalho, as outras ajudam.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12) Quando um evento é reportado, parece que a pessoa que é anotada, não o problema.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

13) Depois que implantamos mudanças para melhorar a segurança do paciente, nós avaliamos sua efetividade.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14) Nós trabalhamos em padrão de crise, fazendo muita coisa, muito depressa.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15) Nós nunca sacrificamos a segurança do paciente para conseguir fazer mais coisas.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



16) As pessoas têm medo que seus erros sejam inscritos nas suas fichas funcionais.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17) Nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

18) Nossos pacientes e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### SEÇÃO B - SEU GERENTE/SEU SUPERVISOR

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente. Marque sua resposta preenchendo o quadrado:

Discorda fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda fortemente
---------------------	----------	-----------------	----------	---------------------

1) Meu supervisor/gerente elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2) Meu supervisor/gerente leva seriamente em conta as sugestões dos trabalhadores no sentido de melhorar a segurança do paciente.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3) Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/gerente quer que nós trabalhemos mais rápido, mesmo se para isso tenhamos que cortar caminho.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4) Meu supervisor/gerente não leva em conta problemas de segurança que acontecem o tempo todo.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### SEÇÃO C - COMUNICAÇÃO

Com que frequência as seguintes situações ocorrem na sua área/unidade de trabalho. Marque sua resposta preenchendo o quadrado:

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
-------	-----------	----------	--------------	--------

1) Nós recebemos *feedback* sobre as mudanças implantadas em função de eventos relatados.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2) Os trabalhadores conversarão sem censura se eles virem algo que afete negativamente o cuidado do paciente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3) Nós somos informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4) Os trabalhadores se sentem à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5) Nesta unidade nós discutimos maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6) Os trabalhadores têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### SEÇÃO D - FREQUÊNCIA DE RELATÓRIOS DE EVENTOS

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando os erros seguintes ocorrem, com que frequência são reportados? Marque sua resposta preenchendo o quadrado:

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
-------	-----------	----------	--------------	--------

1) Quando ocorre um erro mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é reportado?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2) Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência é reportado?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3) Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente mas o paciente não é afetado, com que frequência é reportado?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### SEÇÃO E - GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Por favor, atribua a sua unidade/área de trabalho no hospital um conceito geral relacionado à segurança do paciente. Marque só uma resposta:

- a) Excelente
- b) Muito bom
- c) Aceitável
- d) Fraco
- e) Falho

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<b>SEÇÃO F - SEU HOSPITAL</b>
-------------------------------

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre seu hospital. Marque sua resposta preenchendo o quadrado:

	Discorda fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda fortemente
1) A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) As unidades do hospital não se coordenam entre si de maneira adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Coisas "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Informação importante sobre o cuidado ao paciente se perde com frequência com a passagem de plantão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) É frequentemente desagradável trabalhar com trabalhadores de outras unidades do hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das maiores prioridades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SEÇÃO G - NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você escreveu/preencheu e entregou? Marque apenas uma resposta:

- a) Nenhum relatório  
b) De 1 a 2 relatórios  
c) De 3 a 5 relatórios

- d) De 6 a 10 relatórios  
e) De 11 a 20 relatórios  
f) 21 ou mais relatórios

### SEÇÃO H - INFORMAÇÕES A SEU RESPEITO

Estas informações ajudarão na análise dos resultados da pesquisa. Marque UMA resposta preenchendo o quadrado:

1) Há quanto tempo trabalha **neste hospital**?

- a) Menos de 1 ano  
b) De 1 a 5 anos  
c) De 6 a 10 anos

- d) De 11 a 15 anos  
e) De 16 a 20 anos  
f) 21 anos ou mais

2) Há quanto tempo você trabalha nesta **unidade/área de trabalho**?

- a) Menos de 1 ano  
b) De 1 a 5 anos  
c) De 6 a 10 anos

- d) 11 a 15 anos  
e) De 16 a 20 anos  
f) 21 anos ou mais

3) Em geral, quantas **horas por semana** você trabalha neste hospital?

- a) Menos de 20 horas por semana  
b) De 20 a 39 horas por semana  
c) De 40 a 59 horas por semana

- d) De 60 a 79 horas por semana  
e) De 80 a 99 horas por semana  
f) 100 horas por semana ou mais

4) Qual sua posição de trabalho neste hospital? Marque UMA resposta que melhor descreva sua posição:

- a) Enfermeiro  
b) Técnico de Enfermagem  
c) Auxiliar de Enfermagem  
d) Médico do corpo clínico  
e) Médico residente  
f) Farmacêutico

- g) Nutricionista  
h) Escriturário/Secretário de unidade  
i) Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo  
j) Técnico (ECG, RX, Laboratório)  
k) Administrador/Atividade gerencial  
l) Outros. Por favor, especificar: \_\_\_\_\_

5) Na sua posição você costuma ter contato direto ou interação com pacientes?

SIM, em geral eu tenho contato direto ou interação com pacientes.

NÃO, em geral eu NÃO tenho contato direto ou interação com pacientes.

6) Há quanto tempo você trabalha nessa atividade/profissão?

- a) Menos de 1 ano  
b) De 1 a 5 anos  
c) De 6 a 10 anos

- d) De 11 a 15 anos  
e) De 16 a 20 anos  
f) 21 anos ou mais

**SEÇÃO I - SEUS COMENTÁRIOS**

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no seu hospital.

OBRIGADA POR RESPONDER ESTE QUESTIONÁRIO E PARTICIPAR DESTA PESQUISA.

### **APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Em caso de dúvida você pode entrar em contato com Sandra Clinco (pesquisadora responsável) pelo telefone 8196-8278.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Título do projeto: Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente Segundo Profissionais de Saúde

Pesquisadora responsável: Sandra Denise de Oliveira Clinco

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): 8196-8278

O objetivo principal deste estudo é verificar as dimensões de segurança do paciente identificadas por profissionais que atuam em organizações hospitalares. Os dados serão obtidos por meio da aplicação de um questionário estruturado, com perguntas de múltipla escolha.

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e o sigilo sobre sua participação é assegurado. Os resultados serão utilizados para fins estritamente acadêmicos, sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições. Da mesma forma, a análise dos resultados e as conclusões não serão apresentadas como estudo de caso individual.

---

Sandra Denise de Oliveira Clinco (Pesquisadora Responsável)

Declaro que entendi os objetivos de minha participação e concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Documento de identidade n.º: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

## ANEXO 1 – Questionário AHRQ original



## HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

## INSTRUCTIONS

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

- An “*event*” is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- “*Patient safety*” is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

## SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your “unit” as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time or provide most of your clinical services.

What is your primary work area or unit in this hospital? Mark ONE answer by filling in the circle.

- ☐ a. Many different hospital units/No specific unit
- ☐ b. Medicine (non-surgical)      ☐ g. Intensive care unit (any type)      ☐ l. Radiology
- ☐ c. Surgery      ☐ h. Psychiatry/mental health      ☐ m. Anesthesiology
- ☐ d. Obstetrics      ☐ i. Rehabilitation      ☐ n. Other, please specify:
- ☐ e. Pediatrics      ☐ j. Pharmacy
- ☐ f. Emergency department      ☐ k. Laboratory

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit. Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. People support one another in this unit .....	①	②	③	④	⑤
2. We have enough staff to handle the workload.....	①	②	③	④	⑤
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done.....	①	②	③	④	⑤
4. In this unit, people treat each other with respect .....	①	②	③	④	⑤
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care ...	①	②	③	④	⑤
6. We are actively doing things to improve patient safety.....	①	②	③	④	⑤
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care.....	①	②	③	④	⑤
8. Staff feel like their mistakes are held against them .....	①	②	③	④	⑤
9. Mistakes have led to positive changes here .....	①	②	③	④	⑤
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here .....	①	②	③	④	⑤
11. When one area in this unit gets really busy, others help out .....	①	②	③	④	⑤
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem.....	①	②	③	④	⑤

**SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)**

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness .....	①	②	③	④	⑤
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly.....	①	②	③	④	⑤
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done .....	①	②	③	④	⑤
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file .....	①	②	③	④	⑤
17. We have patient safety problems in this unit .....	①	②	③	④	⑤
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening .....	①	②	③	④	⑤

**SECTION B: Your Supervisor/Manager**

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report. Mark your answer by filling in the circle.

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures.....	①	②	③	④	⑤
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety .....	①	②	③	④	⑤
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts .....	①	②	③	④	⑤
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over .....	①	②	③	④	⑤

**SECTION C: Communications**

How often do the following things happen in your work area/unit? Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital work area/unit...	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. We are given feedback about changes put into place based on event reports .....	①	②	③	④	⑤
2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care .....	①	②	③	④	⑤
3. We are informed about errors that happen in this unit.....	①	②	③	④	⑤
4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority .....	①	②	③	④	⑤
5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again.....	①	②	③	④	⑤
6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right.....	①	②	③	④	⑤



**SECTION D: Frequency of Events Reported**

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, how often are they reported?  
Mark your answer by filling in the circle.

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. When a mistake is made, but is <i>caught and corrected before affecting the patient</i> , how often is this reported? .....	①	②	③	④	⑤
2. When a mistake is made, but has <i>no potential to harm the patient</i> , how often is this reported? .....	①	②	③	④	⑤
3. When a mistake is made that <i>could harm the patient</i> , but does not, how often is this reported? .....	①	②	③	④	⑤

**SECTION E: Patient Safety Grade**

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety. Mark ONE answer.

- ☐ **A** Excellent     
 ☐ **B** Very Good     
 ☐ **C** Acceptable     
 ☐ **D** Poor     
 ☐ **E** Failing

**SECTION F: Your Hospital**

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.  
Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety .....	①	②	③	④	⑤
2. Hospital units do not coordinate well with each other .....	①	②	③	④	⑤
3. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another .....	①	②	③	④	⑤
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together .....	①	②	③	④	⑤
5. Important patient care information is often lost during shift changes .....	①	②	③	④	⑤
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units .....	①	②	③	④	⑤
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units .....	①	②	③	④	⑤
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority.....	①	②	③	④	⑤
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens .....	①	②	③	④	⑤
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients.....	①	②	③	④	⑤
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital.....	①	②	③	④	⑤

**SECTION G: Number of Events Reported**

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted? Mark ONE answer.

- ☐ a. No event reports     
 ☐ d. 6 to 10 event reports  
☐ b. 1 to 2 event reports     
 ☐ e. 11 to 20 event reports  
☐ c. 3 to 5 event reports     
 ☐ f. 21 event reports or more

**SECTION H: Background Information**

This information will help in the analysis of the survey results. Mark ONE answer by filling in the circle.

1. How long have you worked in this hospital?
 

<input type="radio"/> a. Less than 1 year	<input type="radio"/> d. 11 to 15 years
<input type="radio"/> b. 1 to 5 years	<input type="radio"/> e. 16 to 20 years
<input type="radio"/> c. 6 to 10 years	<input type="radio"/> f. 21 years or more
2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?
 

<input type="radio"/> a. Less than 1 year	<input type="radio"/> d. 11 to 15 years
<input type="radio"/> b. 1 to 5 years	<input type="radio"/> e. 16 to 20 years
<input type="radio"/> c. 6 to 10 years	<input type="radio"/> f. 21 years or more
3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?
 

<input type="radio"/> a. Less than 20 hours per week	<input type="radio"/> d. 60 to 79 hours per week
<input type="radio"/> b. 20 to 39 hours per week	<input type="radio"/> e. 80 to 99 hours per week
<input type="radio"/> c. 40 to 59 hours per week	<input type="radio"/> f. 100 hours per week or more
4. What is your staff position in this hospital? Mark ONE answer that best describes your staff position.
 

<input type="radio"/> a. Registered Nurse	<input type="radio"/> h. Dietician
<input type="radio"/> b. Physician Assistant/Nurse Practitioner	<input type="radio"/> i. Unit Assistant/Clerk/Secretary
<input type="radio"/> c. LVN/LPN	<input type="radio"/> j. Respiratory Therapist
<input type="radio"/> d. Patient Care Assistant/Hospital Aide/Care Partner	<input type="radio"/> k. Physical, Occupational, or Speech Therapist
<input type="radio"/> e. Attending/Staff Physician	<input type="radio"/> l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)
<input type="radio"/> f. Resident Physician/Physician in Training	<input type="radio"/> m. Administration/Management
<input type="radio"/> g. Pharmacist	<input type="radio"/> n. Other, please specify:
5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?
 

<input type="radio"/> a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
<input type="radio"/> b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.
6. How long have you worked in your current specialty or profession?
 

<input type="radio"/> a. Less than 1 year	<input type="radio"/> d. 11 to 15 years
<input type="radio"/> b. 1 to 5 years	<input type="radio"/> e. 16 to 20 years
<input type="radio"/> c. 6 to 10 years	<input type="radio"/> f. 21 years or more

**SECTION I: Your Comments**

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

**THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.**