



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

MILENA MARIA SAMPAIO TORRES

**IMPACTO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA PERCEPÇÃO
INSTITUCIONAL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SALVADOR
2021**

MILENA MARIA SAMPAIO TORRES

**IMPACTO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA PERCEPÇÃO
INSTITUCIONAL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Mário de Seixas Rocha

SALVADOR

2021

MILENA MARIA SAMPAIO TORRES

**“IMPACTO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA
PERCEPÇÃO INSTITUCIONAL DA CULTURA DE SEGURANÇA DO
PACIENTE”**

Dissertação apresentada à
Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública, como requisito
parcial para a obtenção do Título de
Mestre em Medicina e Saúde
Humana.

Salvador, de de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Sahade Darzé
Doutor em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Prof. Dr. Paulo Lisboa Bittencourt
Doutor em Gastroenterologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Prof. Dr. Luiz Eduardo Fonteles Ritt
Doutor em Medicina (Cardiologia)
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por Sua infinita graça, por conceder sabedoria, proteção e luz em todos os momentos de minha vida.

Aos meus pais, Elga e Othoniel, pelo imenso amor, exemplos de vida e por acreditarem em mim em todos os momentos da minha vida.

A Fred, meu amor, parceiro na vida e incentivador das minhas conquistas, exemplo de ser humano e profissional, pela paciência e compreensão nos momentos de ausência. Minha vida não seria a mesma sem você!

A Duda, minha filha, minha princesa, meu grande amor, que sempre estará em primeiro lugar na minha vida.

Aos meus irmãos, Manu e JP, pela amizade e pelo carinho, especialmente a Manu, pelo apoio dedicado ao meu trabalho.

Em especial, ao meu orientador, Prof. Dr. Mário de Seixas Rocha, com quem aprendo muito. Agradeço por toda a sua paciência, confiança, pelo carinho e pela amizade. Foi um convívio sempre prazeroso e enriquecedor. Minha admiração pelo seu caráter, pela sua ética e postura. A você, minha eterna gratidão.

Agradeço ao Hospital Português que ao longo de duas décadas foi a minha casa, e ao seu corpo funcional sem o qual essas conquistas não seriam possíveis.

Aos membros da banca examinadora por sua disponibilidade e suas contribuições.

Ao Programa de Pós-Graduação, pela oportunidade de aprendizado e, aos seus professores, pelos ensinamentos.

RESUMO

As organizações de saúde têm buscado o aprimoramento da qualidade e segurança em seus serviços. A acreditação hospitalar é um dos métodos de avaliação dos recursos institucionais sugerido, em todo o mundo, como um sistema de gestão que promove um caminho positivo na melhoria da assistência aos pacientes, aprendizado organizacional e sustentabilidade bem adaptado à realidade particular do setor da saúde. Contudo, existem controvérsias demonstradas, em alguns estudos, relacionadas aos benefícios que essa certificação de qualidade poderá trazer para o desempenho organizacional. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o impacto do processo de acreditação hospitalar na percepção institucional da cultura de segurança do paciente. Trata-se de um estudo transversal seriado, em um hospital geral de 395 leitos, por meio da comparação de três bancos de dados anonimizados, com variáveis das pesquisas sobre a cultura de segurança do paciente. A coleta de dados ocorreu nos anos 2013, 2017 e 2018, pela aplicação do questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), instrumento da *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ), validado transculturalmente, traduzido para o português e adaptado ao contexto hospitalar brasileiro em 2013. Foram analisadas 12 dimensões da cultura de segurança do paciente e duas variáveis de resultado acerca da percepção de um total de 1.176, 1.238 e 1.671 colaboradores da instituição, em 2013, 2017 e 2018, respectivamente, ao longo da evolução metodológica do processo de acreditação. O percentual médio de respostas positivas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões de cultura de segurança do paciente para a população da pesquisa foi de 50,1% (2013), 63,2% (2017) e 66,4% (2018), com significância estatística entre os anos ($p < 0,05$). As dimensões que atingiram a zona de fortaleza com o percentual de repostas positivas a partir de 75% foram: “Melhoria contínua/Aprendizado institucional”, “Participação do líder na promoção da segurança do paciente”, “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” e “Frequência de notificação de eventos”. As dimensões que saíram da zona de fragilidade (<50% de repostas positivas) a partir da conquista da certificação internacional foram: “Feedback e comunicação sobre os erros”, “Abertura para a comunicação”, “Trabalho em equipe entre as unidades” e “Passagens de plantão/turno e transferências internas”. Apenas a dimensão “Resposta não punitiva aos erros” permaneceu na zona de fragilidade, com os percentuais de repostas positivas abaixo de 50%, apesar de apresentar um crescimento significativo das taxas, nos anos estudados, demonstrando uma tendência de melhora. A medida de resultado “nota para a segurança do paciente” evoluiu de 41,8% (2013) para 61,5% (2017) e, com a consolidação do processo, em 2018, atingiu 69,1%. No item “relatório de eventos”, em 2013, o percentual foi de 78,5%; em 2017, de 37,2% e, em 2018, de 42,8%. Conforme observado nos resultados deste estudo, concluímos que a metodologia da acreditação hospitalar está associada a um ganho incremental no fortalecimento da cultura de segurança do paciente, na maioria dos seus domínios.

Palavras-chave: Acreditação. Cultura organizacional. Cultura de segurança. Segurança do paciente. Qualidade do cuidado de saúde. Qualidade hospitalar.

ABSTRACT

Health organizations have sought to improve the quality and safety of their services. Hospital accreditation is one of the methods of evaluating institutional resources suggested, worldwide, as a management system that promotes a positive path in improving patient care, organizational learning and sustainability well adapted to the reality of the health sector. However, there are controversies demonstrated, in some studies, related to the benefits that this quality certification can bring to organizational performance. The objective of this research was to evaluate the impact of the hospital accreditation process on the institutional perception of the patient safety culture. This is a serial cross-sectional study, in a 395-bed general hospital, by comparing three anonymized databases, with research variables on the patient safety culture. Data collection took place in the years 2013, 2017 and 2018, through the application of the questionnaire entitled Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), an instrument of the Agency for Health Research and Quality (AHRQ), cross-culturally validated, translated into Portuguese and adapted to Brazilian hospital context in 2013. Twelve dimensions of the patient safety culture and two result variables were analyzed regarding the perception of a total of 1.176, 1.238 and 1.671 employees of the institution, in 2013, 2017 and 2018, respectively, over the methodological evolution of the accreditation process. The average percentage of positive responses for the 42 items that make up the 12 dimensions of patient safety culture for the research population was 50.1% (2013), 63.2% (2017) and 66.4% (2018), with statistical significance between years ($p < 0.05$). The dimensions that reached the fortress area with the percentage of positive responses from 75% were: "Continuous improvement / institutional learning", "Participation of the leader in promoting patient safety", "Support from hospital management for the safety of the patient" and "Frequency of event notification". The dimensions that left the fragility zone (<50% of positive answers) from the achievement of international certification were: "Feedback and communication about errors", "Openness to communication", "Teamwork between the units" and "On-call / shift passes and internal transfers". Only the dimension "Non-punitive response to errors" remained in the area of fragility, with the percentages of positive responses below 50%, despite showing a significant growth in rates, in the years studied, showing an improvement trend. The result measure "score for patient safety" increased from 41.8% (2013) to 61.5% (2017) and, with the consolidation of the process, in 2018, it reached 69.1%. In the item "event report", in 2013, the percentage was 78.5%; in 2017, 37.2% and, in 2018, 42.8%. As noted in the results of this study, we conclude that the hospital accreditation methodology is associated with an incremental gain in strengthening the culture of patient safety, in most of its domains.

Keywords: Accreditation. Organizational culture. Safety culture. Patient safety. Quality of health care. Hospital quality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço	30
Figura 2 - Classificação das variáveis das dimensões da Cultura de Segurança do Paciente	56
Gráfico 1 - Percentual de participação na pesquisa	60
Gráfico 2 - Percentual de adesão à pesquisa em relação ao número total de profissionais na função	62
Gráfico 3 - Percentual de respostas positivas da dimensão trabalho em equipe dentro da unidade	64
Gráfico 4 - Percentual de respostas positivas da dimensão melhoria contínua/aprendizado institucional	65
Gráfico 5 - Percentual de respostas positivas da dimensão adequação de profissionais	66
Gráfico 6 - Percentual de respostas positivas da dimensão resposta não punitiva aos erros	67
Gráfico 7 - Percentual de respostas positivas da dimensão participação do líder na promoção da segurança do paciente	68
Gráfico 8 - Percentual de respostas positivas da dimensão feedback e comunicação sobre os erros	69
Gráfico 9 - Percentual de respostas positivas da dimensão abertura para a comunicação	70
Gráfico 10 - Percentual de respostas positivas da dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	71
Gráfico 11 - Percentual de respostas positivas da dimensão trabalho em equipe entre as unidades	72
Gráfico 12 - Percentual de respostas positivas da dimensão passagens de plantão/turno e transferências internas	73
Gráfico 13 - Percentual de respostas positivas da dimensão percepção geral da segurança do paciente	74
Gráfico 14 - Percentual de respostas positivas da dimensão frequência de notificação de eventos	75
Gráfico 15 - Média geral das respostas positivas por grupos de dimensões	76
Gráfico 16 - Média geral das respostas positivas da pesquisa de cultura de segurança do paciente	77
Gráfico 17 - Percentual das respostas positivas no item nota para a segurança do paciente	78
Gráfico 18 - Percentual das respostas positivas no item notificação de eventos	79
Quadro 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Atributos de Qualidade em Saúde segundo Donabedian	16
Tabela 2 - Estimativas de eventos adversos para a população internada na rede hospitalar brasileira	22
Tabela 3 - Requisitos acreditação ONA nível 1	41
Tabela 4 - Requisitos acreditação ONA nível 2	42
Tabela 5 - Requisitos acreditação ONA nível 3	43
Tabela 6 - Possíveis decisões do processo de avaliação final da Qmentum.....	50

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo Primário	12
2.2	Objetivos Secundários	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	A evolução da qualidade no mundo	13
3.2	Qualidade em saúde e segurança do paciente	15
3.3	Cultura organizacional	25
3.4	Cultura de segurança do paciente	27
3.5	A avaliação da cultura de segurança do paciente	31
3.6	Acreditação hospitalar	32
3.7	Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA)	39
3.7.1	Características dos níveis	40
3.8	Accreditation Canada International (ACI) – Qmentum International	44
4	MATERIAL E MÉTODOS	51
4.1	Desenho do estudo	51
4.2	Local do estudo	51
4.3	Período	52
4.4	Seleções da população, critérios de inclusão e exclusão do estudo	52
4.5	Instrumento da pesquisa – Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	52
4.6	Fases do estudo	56
4.6.1	Sensibilização das equipas	56
4.6.2	Aplicação do instrumento	56
4.6.3	Análise descritiva e estatística inferencial dos resultados	57
4.7	Aspectos éticos	59
5	RESULTADOS	60
5.1	Percentuais de respostas da pesquisa	60
5.2	Perfil sociodemográfico dos participantes	61
5.3	Avaliação da cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais por grupo de dimensões	63
5.3.1	Dimensões relativas à unidade de trabalho do profissional	64
5.3.2	Dimensões relativas ao hospital	70
5.3.3	Dimensões relativas aos resultados da cultura de segurança do paciente	73
5.4	Média geral por grupos	76
5.5	Média geral da pesquisa de cultura de segurança do paciente	77
5.6	Medidas de resultado de itens únicos	77
5.6.1	Nota para a segurança do paciente	78
5.6.2	Notificação de eventos	79
6	DISCUSSÃO	80
6.1	Índice de respostas das pesquisas	80
6.2	Características sociodemográficas dos profissionais	80
6.3	Avaliação da cultura de segurança	82
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE	108
	ANEXOS	109

1 INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade, no âmbito mundial, ocorreu depois da Segunda Guerra Mundial principalmente pela necessidade de reorganização das indústrias devido à escassez de recursos, gerando a implantação de sistemas de controle, para atender as inúmeras exigências governamentais (1).

Inicialmente, a qualidade no contexto da saúde foi dimensionada pelo cenário industrial por estudiosos americanos que trabalhavam com Qualidade. No entanto, seu auge ocorreu na indústria japonesa depois da guerra (2).

Até a metade dos anos 1980, o conceito de qualidade em saúde considerava apenas a dimensão técnica, ou seja, a habilidade da equipe de saúde em utilizar as práticas assistenciais mais apropriadas à evolução do conhecimento técnico-científico. Todavia, com os efeitos de responsabilização dos profissionais de saúde, a qualidade tem-se aprimorado nas instituições de saúde sob outros aspectos, enfatizando as questões organizacionais e os processos gerenciais que, nas abordagens anteriores, não eram suficientemente ponderadas (3).

Para Avedis Donabedian, um dos autores pioneiros nessa área, a assistência de qualidade era aquela que potencializava o bem-estar do paciente depois de avaliar os resultados entre os ganhos e as perdas desejados em todas as etapas do processo do cuidado. Posteriormente, definiu a qualidade do cuidado em uma perspectiva mais ampla que a anterior, agregando sete atributos chamados “os sete pilares”, nomeadamente: eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade e equidade (4,5).

A assistência de saúde segura tem sido tema central de discussões em todas as partes do mundo, considerada como ponto crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde, uma vez que representa globalmente um grave problema de saúde pública. Apesar da sua importância, esse tema começou a ser valorizado a partir da publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM), intitulado “To Err is Human: building a safer healthcare system, em 1999”, nos Estados Unidos (6).

Como consequência, ocorreu o aumento do interesse dos gestores da saúde acerca da relevância da segurança do paciente e sobre a urgência de se propor melhorias nos sistemas de prestação de assistência à saúde em hospitais (7).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (8).

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (9).

Nesse contexto da avaliação da qualidade e cultura de segurança em saúde, a acreditação hospitalar tem sido sugerida, em todo o mundo, como um sistema de gestão que promove estratégias para a implantação das ações de qualidade em seus serviços e processos, indicando um caminho positivo na melhoria da assistência aos pacientes, aprendizado organizacional e sustentabilidade, bem adaptado à realidade particular do setor da saúde (10,11).

Em 1952, foi criado, nos EUA, pelo colégio americano de cirurgiões (ACS), um programa de padrões de qualidade para hospitais, denominado “Programa de Padronização de Hospitais” que, posteriormente, foi transferido pelo ACS para a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) que, em 1953, publicou o primeiro “Manual de Padrões para a Acreditação Hospitalar” (12).

No Brasil, o objetivo concretizou-se em 1998 com o lançamento da 1ª edição do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, oficializando, assim, as ferramentas de busca da qualidade da assistência de saúde no Brasil. Em 2001, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi oficializada como órgão responsável pela operacionalização da acreditação hospitalar no Brasil (1).

Esse método é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, de maneira periódica, voluntária, sustentável, sistematizada e, principalmente, de

educação continuada dos profissionais, com o objetivo de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos (2).

Ao se adequarem os hospitais, a esses padrões, espera-se que eles alcancem uma assistência à saúde cada vez mais efetiva, propiciando um aumento do clima de segurança para todos, o que torna menos provável a ocorrência de incidentes e erros que ponham em risco a saúde e causem danos aos usuários (1,13).

O processo de acreditação tem sido aplicado para conduzir o desenvolvimento organizacional e, na atualidade, é considerado componente importante nos sistemas de saúde em muitos países (14). Apesar da sua propagação, existe nas instituições de saúde uma inquietação de que os benefícios da acreditação não representem os custos e os esforços envolvidos, demonstrando haver uma questão de legitimidade relacionada a esse método (15,16). As etapas para atingir essa certificação exigem investimentos financeiros e trabalhistas volumosos, que poderiam tirar a atenção das equipes de saúde de suas metas assistenciais principais, como também gastar tempo e capital que poderiam ser investidos em outros projetos organizacionais (17). Nesse aspecto, não estão claras as vantagens da acreditação para melhoria da cultura de qualidade(18). Na literatura, os resultados experimentais são inconsistentes e, ainda que auxiliem para um desenvolvimento científico no mundo, não oferecem evidências convincentes sobre os impactos da acreditação em hospitais (14,19,20).

Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto do processo de acreditação hospitalar nacional e internacional na cultura de segurança do paciente, entre os seus diferentes níveis de evolução, na percepção dos profissionais que atuam em uma organização de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Primário

Avaliar o impacto do processo de acreditação hospitalar na percepção institucional da cultura de segurança do paciente.

2.2 Objetivos Secundários

Determinar as características da cultura de segurança do paciente, na percepção dos profissionais, que atuam em uma organização de saúde, entre os diferentes períodos de evolução do processo de acreditação.

Estudar os determinantes que estão associados aos processos de melhoria.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A evolução da qualidade no mundo

O termo qualidade tem origem no latim *qualitate* e, como definição segundo o teórico J. M. Duran, “adequação ao uso”, isto é, aquilo que atende às necessidades do cliente. Para ele, um produto ou serviço deve estar isento de defeitos e esse princípio precisa ser incorporado ao processo, logo no início (21). Para outro estudioso do assunto, Deming, um dos criadores da Gestão da Qualidade, o conceito da qualidade parte do pressuposto de que qualidade é tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente, mudando de significado na mesma proporção em que as necessidades dos clientes evoluem a um preço que eles estejam dispostos a pagar (22).

A qualidade, constantemente, mostra-se presente na vida do homem. No princípio, para sobreviver, ele já se atentava com a qualidade dos alimentos que extraía da natureza. Com a aplicação da agricultura, preocupou-se em cuidar da qualidade daquilo que plantava. A palavra qualidade não existia na Pré-História, mas o seu sentido sim, considerando as melhorias que ocorreram com o homem, que duraram milênios, mas o homem, incontestavelmente, evoluiu (23).

Nos séculos XII e XIII, iniciam-se as primeiras normas na busca da qualidade dos processos. No período da Pré-Revolução Industrial, a qualidade de um produto era determinada pela confiança na habilidade e no talento do artesão encarregado pela sua produção. Os artesãos monitoravam a qualidade dos produtos que fabricavam e estavam sempre em contato com seus clientes (24).

A partir da Revolução Industrial, teve início, também, uma nova era produtiva, em que a meta era a padronização, a fabricação em larga escala e, não mais a customização. Esse período foi caracterizado pelo modelo de administração criado por Frederick W. Taylor. Ele defendia o estudo científico do trabalho, a seleção e a colocação de pessoal segundo as aptidões individuais e os requisitos das tarefas a serem executadas, a colaboração entre empresa e empregado, a eficiência e a racionalização (23).

Durante a Primeira Guerra Mundial, a preocupação com a qualidade dos armamentos era um fator importante, tornando-se, por isso, prioridade para os países. Afinal, a ausência de qualidade configurava-se como fragilidade na segurança. Naquele momento, portanto, tratava-se da vistoria final da produção para evidenciar a aptidão dos produtos prontos para o mercado (25).

Na década de 1930, foram dados os primeiros passos para a criação do Controle Estatístico da Qualidade, com o objetivo de atender as reais necessidades dos clientes. Walter Shewhart, estatístico norte-americano, descobriu a variabilidade como próprio dos processos industriais, utilizando técnicas estatísticas para o manejo dos processos (24). Ele desenvolveu o ciclo do PDCA (plan, do, check e act), método importante da gestão da qualidade, que ficou popularmente conhecido como ciclo Deming da Qualidade (25).

A Segunda Guerra Mundial exaltou o controle estatístico da qualidade através dos seus órgãos de controle, desenvolvidos por imposição dos organismos de compra das forças armadas de grandes potências mundiais. Tais questões aumentaram, num dado momento, os procedimentos de supervisão, vistoria e, depois, determinaram a necessidade da organização de programas formais de qualificação de pessoal (24,25).

Logo depois do término da II Guerra, em 1946, foi fundada a Sociedade Americana para o Controle de Qualidade (ASQC) e, eleito para presidente, George Edwards, especialista em controle de qualidade que serviu como consultor do departamento de artilharia do Exército dos EUA durante essa guerra. No mesmo ano, foi fundada a União Japonesa dos Cientistas e Engenheiros (JUSE) com a presidência a cargo de Ichiro Ishikawa, professor da Faculdade de Engenharia da Universidade de Tóquio, conhecido por suas inovações na gestão de qualidade (25).

O pós-guerra vivido na década de 1950, contudo, foi danoso em alguns países, entre eles e com grandes proporções, o Japão. Deming, Juran e Ishikawa foram os principais responsáveis pela enorme transformação que o Japão passou, depois desse período, com a aplicação, em toda a indústria, dos conceitos do controle da qualidade japonês (23).

A partir da década de 1950, as empresas tiveram novas dimensões em seus planejamentos, uma vez que a maioria dos seus produtos já não se encaixava com as necessidades atuais do mercado. Desse modo, percebe-se que se iniciou a preocupação com a gestão da qualidade, que produziu uma nova filosofia gerencial, baseada no desenvolvimento e na aplicação de conceitos, métodos e técnicas pertinentes à nova realidade. (25)

Dessa maneira, a qualidade atingiu um conceito mais abrangente que extrapolou o produto. O destaque passa a estar ligado em todo o sistema: na valorização dos clientes e na sua satisfação; no aumento da atuação no mercado e nos custos operacionais para manter a sustentabilidade da organização. (25)

3.2 Qualidade em saúde e segurança do paciente

Na segunda metade do século XX, a abordagem sobre qualidade do cuidado de saúde surgiu nos EUA através dos trabalhos de Avedis Donabedian, um médico pediatra de origem armênia, cuja carreira consolidou-se na Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan e foi um dos primeiros pesquisadores na área de avaliação em serviços de saúde. A performance da atividade médica era o tema principal desse autor e tudo se passou com base na visão desse profissional. A partir da relação entre o paciente e o médico, existe um processo complicado, que vai desde componentes comportamentais até os técnicos muito específicos. Em artigo publicado, em 1978, Donabedian refere que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde compreende sempre três dimensões: 1) conhecimento técnico-científico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; 2) relações interpessoais entre os profissionais; 3) o relacionamento pessoal com o cliente, de modo a atender os preceitos éticos, os padrões sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. (26)

O presente autor definiu um modelo para a avaliação qualitativa dos cuidados em saúde, pautado na teoria dos sistemas, denominado “tríade: estrutura, processo e resultado”. O conceito de estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros imprescindíveis para a assistência médico-hospitalar, desde estrutura

física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela estruturação dos serviços. Os processos são as atividades/protocolos de assistência médica com padrões pré-estabelecidos entre profissionais, visando oferecer o melhor cuidado de saúde aos pacientes e, de certa forma, tudo o que se refere ao tratamento diretamente e, no momento em que ele está acontecendo, pode ser considerado como processo. O resultado é o produto final da assistência prestada ao paciente, que se refere às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou das populações. (27) O efeito é o fruto da relação entre processo e estrutura. (28)

Donabedian criou, também, o que ele conceituou como “7 pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Cada um desses pilares pode ser medido e avaliado, isolado ou em conjunto, possibilitando fazer uma avaliação objetiva da qualidade. (29)

Tabela 1 - Atributos de Qualidade em Saúde segundo Donabedian

Sete Pilares	Definição
Eficácia	Capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
Efetividade	Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, atinge-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

Tabela 1 - Atributos de Qualidade em Saúde segundo Donabedian (Continuação)

Sete Pilares	Definição
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Fonte: A. Donabedian, tradução de Roberto Passos Nogueira. R. P. Nogueira. A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde, Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994.

Até a metade dos anos 1980, o conceito de qualidade em saúde se referia apenas à dimensão técnica, ou seja, à habilidade da equipe de saúde em eleger as práticas assistenciais consideradas mais apropriadas ao progresso do conhecimento técnico-científico. No entanto, com os preocupantes efeitos de responsabilização dos profissionais de saúde, a qualidade tem-se desenvolvido nas instituições de saúde sob outros aspectos focados nas questões organizacionais e nos processos gerenciais que, nas abordagens anteriores, não eram suficientemente ponderadas.(3)

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 o bem-estar do paciente aumentam a probabilidade da sua recuperação e reduzem a possibilidade do aparecimento de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento” (30).

Recomenda-se que a qualidade dos serviços de saúde deva ser medida e aperfeiçoada, sendo essenciais os investimentos e esforços permanentes, tanto dos gestores como dos profissionais. Não se constitui uma tarefa fácil cumprir padrões, reduzir custos, monitorar indicadores, atender aos interesses dos muitos atores envolvidos no processo da assistência à saúde, alcançando a efetividade e a eficiência. (31)

Para Zanon, 2000, uma assistência médico-hospitalar de qualidade satisfatória pode ser caracterizada, operacionalmente, pelas seguintes características: (a) diagnóstico

definitivo do agravo que levou o paciente ao hospital, informando claramente a ele ou a um familiar responsável; (b) tratamento atualizado, comprovadamente eficaz, com o consentimento pelo paciente ou familiar responsável; (c) assistência de enfermagem capacitada para cumprir a prescrição médica e garantir ao paciente atenção, carinho e respeito; (d) internação livre de intercorrências, infecciosas ou não, ou com um mínimo delas; (e) atendimento com um preço acessível. (32)

A partir desse momento, aparecem várias definições de qualidade em saúde, entre elas, a do Institute of Medicine (IOM) que define qualidade do cuidado em saúde como o grau com que os serviços de saúde, destinados a assistir pacientes individuais ou populações, aumentam a probabilidade de produzir os resultados desejados e são condizentes com o conhecimento profissional atual. (33)

No ano 2001, o IOM publicou o documento *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* que enfatizou as seguintes características da qualidade na assistência à saúde:

Segurança: evitar que o cuidado de saúde destinado a ajudar os pacientes acabe por provocar danos.

Efetividade: prestar serviços baseados em evidências, que gerem benefícios claros.

Centralidade no paciente: estabelecer uma parceria entre profissionais e pacientes, a fim de assegurar que o cuidado considere as necessidades e preferências dos pacientes.

Oportunidade: reduzir os tempos de espera e os atrasos potencialmente danosos.

Eficiência: evitar desperdícios.

Equidade: prestar um cuidado que não apresente diferenças na qualidade em razão das características de uma pessoa(34).

A condição da qualidade em serviços de saúde inquieta estudiosos há muito tempo. O Código de Hammurabi, criado nos anos 1792-50 A.C, pelo imperador da Babilônia, considerado o pai da moderna burocracia, contém alguns artigos relacionados com o tratamento médico. Nas leis de Hamurabi, a responsabilidade

final pela qualidade ou falta de qualidade da assistência à saúde depositava-se no médico. Hipócrates (460 a 370 a.C.), médico e filósofo grego, no seu famoso juramento cunhou o postulado *primum non nocere*, que significa, primeiramente, “não cause dano”. Desde aquele tempo o pai da Medicina percebia que os cuidados da assistência à saúde não estão livres de falhas humanas por parte dos profissionais(35).

Em 1854, quando, a convite do governo britânico, durante guerra da Crimeia, a enfermeira inglesa Florence Nightingale chefiou as primeiras enfermeiras em hospitais de campanha e, ao avaliar a taxa de mortalidade dos soldados, percebeu que os óbitos eram em maior número decorrentes de complicações evitáveis no hospital do que nos campos de batalhas. Depois de introduzir ações simples para melhorar a higienização na prestação do cuidado e na alimentação dos soldados, ela conseguiu reduzir o número de infecções e mortes. Nas muitas obras publicadas ao longo da sua vida, Florence declara que a estrutura e a organização dos hospitais têm influência sobre a saúde e a recuperação do paciente. Mesmo demonstrando estatisticamente os resultados que deram suporte às suas conclusões e ter possibilitado modificações nos hospitais ingleses, suas recomendações não foram bem recebidas por uma grande parte da classe médica(36).

Outros contemporâneos de Florence Nightingale, também incompreendidos por seus pares, como o exemplo de Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) que obteve resultados de mortalidade muito baixos com a introdução da lavagem sistemática das mãos, numa maternidade pela qual era responsável, e Ernest Amory Codman (1869-1940) que criou a padronização dos cuidados hospitalares buscando a melhoria dos resultados, que viriam a ser alicerces dos padrões de acreditação hospitalar. (5)

Em 1907, o presidente da Carnegie Foundation, centro de pesquisa e política educacional nos EUA, Henry S. Pritchett enviou um convite para Abraham Flexner, educador, formado em Artes e Humanidades pela Universidade Johns Hopkins, realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Flexner visitou as 155 escolas de medicina dos EUA e do Canadá, durante seis meses, considerando os seguintes requisitos para sua avaliação: admissão,

tamanho e treinamento do corpo docente, orçamento, qualidade e conformidade dos laboratórios, qualificações e capacitação dos professores, interação entre as escolas e os hospitais. Em 1909, depois da conclusão do relatório, a Associação Médica Americana publicou um documento *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que se popularizou como Relatório Flexner, concluindo que apenas algumas escolas possuíam condições de funcionamento, ocasionando o fechamento de muitas delas, nesses países, depois da divulgação desse texto. O Relatório Flexner é considerado o principal responsável pela mais relevante reforma das escolas médicas nos Estados Unidos da América (EUA), com grandes implicações para a formação médica e a medicina mundial. Scrivens (1995) julga esse momento como o da rememoração da medicina como ciência(37,38).

No intervalo entre as décadas de 1950 e 1990, observaram-se, nos registros econômicos Estados Unidos e do Reino Unido, um aumento grande de gastos em indenizações pagas por seguradoras de saúde, referente a litígios por erros e lesões iatrogênicas ocorridos em pacientes. Durante muitos anos, as falhas nas práticas assistenciais eram simplesmente retiradas dos prontuários, omitindo, assim, os erros, eventos adversos e lesões iatrogênicas(39).

No entanto, foi em 1984, com o estudo retrospectivo *The Havard Medical Practice Study (HMPS)*, em Nova York, pelo pesquisador Lucian Leape e outros, que se tornou conhecida a magnitude dos problemas de segurança de pacientes internados em hospitais do estado de Nova York, nos Estados Unidos da América (EUA). Uma amostra aleatória de 30 mil prontuários de pacientes internados em 51 hospitais, no ano supracitado, mostrou que 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente evitável e, entre eles, 2,6% tiveram danos que resultaram em incapacidade total, permanente ou em morte(40). Um estudo realizado na Austrália, com o mesmo método do estudo de Havard, revisou 14.179 prontuários de pacientes admitidos em 28 hospitais, em 1995, e apontou que 16,6% apresentaram algum tipo de incidente. Deles, 13,7% sofreram incapacidades permanentes e 4,9% foram a óbito(41).

Nos EUA, outro estudo, realizado nos estados de Utah e Colorado, o *The Utah Colorado Medical Practice Study (UCMPS)*, no qual foi estudada uma amostra de

14.700 prontuários de pacientes internados, envolvendo 26 hospitais, no ano 1992, mostrou uma incidência de danos de 2,9 por 100 pacientes, nos dois estados e, entre eles, 32,6% dos casos foram encontrados em Utah e 27,4% no Colorado(42).

Outros estudos realizados com esse método, na Inglaterra, (43) França, (44) no Canadá, (45) em Portugal, (46) na Espanha, (47) Holanda, (48) Suécia, (49) Turquia, (50) e no Brasil, (51) confirmaram a alta incidência de eventos adversos (EA) em hospitais. Em média, 10% dos pacientes internados sofreram algum tipo de incidente e 50% deles poderiam ter sido evitados. (52)

No entanto, o marco dos estudos e das diretrizes relacionados à segurança do paciente surgiu a partir do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, elaborado pelo Institute of Medicine (IOM), em 1999, que, depois da revisão retrospectiva de milhares de prontuários de pacientes, nos Estados de Nova York, Colorado e Utah, no fim da década de 1980 e início da de 1990, estimou que 44 a 98 mil mortes ocorrem, por ano, em função de erros na assistência à saúde. Os custos extras associados a esses eventos foram aproximados em 20 a 30 bilhões de dólares por ano, incluindo as perdas de rendimento e as incapacidades resultantes.(6)

Esse relatório foi importante para o desenvolvimento de medidas de melhoria na qualidade da assistência à saúde, com foco na segurança do paciente, já que estimulou um grande debate mundial pela mídia e na sociedade, ocasionando muitas produções científicas e mudanças na postura dos líderes de gestão, pois esse índice de mortalidade ultrapassava as mortes causadas por acidentes automobilísticos, AIDS e câncer de mama naquele país. (1)

Os pontos importantes levantados no relatório *To Err is Human* em relação à segurança do paciente foram: o problema dos eventos adversos era grave; os eventos foram causados por falhas no sistema e não por falhas individuais; era preciso analisar o processo assistencial e o assunto de segurança do paciente deveria ser considerado de importância nacional. (6)

Em 2018, ocorreu a publicação do Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, produzido pelo Instituto de Estudo em Saúde Suplementar (IESS) e pela Universidade Federal de Medicina de Minas Gerais (UFMG), que divulgou um estudo com uma amostra, composta por 445.671 pacientes (78,8% Saúde Suplementar e 21,2% Sistema Único de Saúde-SUS), em 182 hospitais, distribuídos em 13 estados brasileiros, no período de 01/04/2017 a 31/03/2018, através da análise dos prontuários médicos de todos os pacientes, depois da alta hospitalar, e tinha como um dos seus objetivos medir o impacto dos eventos adversos graves associados à assistência hospitalar na mortalidade intra-hospitalar e nos custos assistenciais. Foi identificado, conforme os resultados do anuário, que pacientes com evento adverso grave relacionado à assistência hospitalar estavam mais associados a um aumento de mortalidade e permanência na internação do que aqueles sem eventos adversos ou eventos adversos gerais. Considerando-se todos os eventos adversos relacionados à assistência hospitalar, observou-se a ocorrência em 7% da população global. A taxa de mortalidade global no grupo de pacientes com eventos adversos estudados foi de 14,1% e, deles, aproximadamente 30 a 40% dado aproximado poderiam ter sido prevenidos. Cada evento adverso grave aumenta o período de internação, em média, em 14,4 dias, considerando toda a população estudada. Outra questão relevante apontada pela publicação refere-se aos custos que esses eventos adversos consomem, estimados em R\$ 11 bilhões, dado aproximado apenas do sistema privado de saúde, no período analisado(53).

Tabela 2 - Estimativas de eventos adversos para a população internada na rede hospitalar brasileira

	SUS	Saúde suplementar
Prevalência de eventos adversos relacionados à assistência hospitalar	6,4%	7,1%
Prevalência eventos adversos graves relacionados à assistência hospitalar	1,9%	1,4%
Mortalidade geral intra-hospitalar	5,3%	2,2%
Mortalidade associada a qualquer evento adverso relacionados à assistência hospitalar	22,8%	12,0%
Mortalidade associada aos eventos adversos graves relacionados à assistência hospitalar	37%	28,8%
Mortalidade atribuível ao evento adverso grave (FA) entre os pacientes com óbito associado a estes eventos	46,8%	53,1%
Fração da mortalidade atribuível ao evento adverso grave prevenível (FAP) entre os pacientes com óbito associado a estes eventos	30,5%	36,1%
Permanência média hospitalar no estudo (em dias)	6,0	3,5
Aumento médio no tempo de internação associado aos eventos adversos graves relacionados a assistência hospitalar (em dias)	16,4	10,5

Fonte: Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Faculdade de Medicina UFMG Departamento de Clínica Médica. Belo Horizonte; 2017.

Os autores do Anuário de Segurança Assistencial Hospitalar enfatizam que a organização gerencial por meio de padrões de gestão da qualidade bem aplicados e, em sua maioria, de uso obrigatório em hospitais de todo o mundo, garante melhores resultados econômicos e de segurança assistencial, além de tornar mais transparente a interação com os clientes. Como regra, as instituições de saúde que participam de sistemas com cumprimento de requisitos de qualidade e segurança, tais como programas de acreditação hospitalar, ISO 9000, entre outros, evoluem, progressivamente, na cultura de segurança(53).

O termo evento adverso (EA) foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dano não intencional que decorre da assistência prestada ao paciente e que não possui relação com a evolução natural da doença. Esse dano, que pode ser físico ou psicológico, implica em deterioração de estruturas ou funções do corpo que possam vir a ocasionar doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou até morte. (8)

A OMS definiu segurança do paciente como a diminuição do risco de danos desnecessários relacionados à assistência em saúde até um mínimo aceitável(8). Para o Institute of Medicine é o processo de salvar o paciente de lesões acidentais, equilibrando os sistemas e processos operacionais com o objetivo de reduzir a probabilidade de erros e aumentar a de interceptação dos erros, quando eles ocorrem(6). Em 2004, a OMS, lançou o programa The World Alliance for Patient Safety que passou a se chamar Patient Safety Program que tinha como objetivo organizar as definições sobre segurança do paciente, coordenar e disseminar ações de melhorias na segurança do paciente em nível mundial, além de reduzir os eventos adversos oriundos do cuidado à saúde e suas consequências(54).

Nesse contexto, no ano 2002, ocorreu a 55ª Assembleia Mundial da Saúde que adotou a resolução World Health Assembly (WHA) – “Qualidade da atenção: segurança do paciente” –, que requisitava apoio aos países que compunham a Organização Mundial da Saúde (OMS) para que dirigissem maior empenho ao problema da segurança do paciente. No ano 2004, dando seguimento a essa iniciativa, ocorreu a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiando a criação da

Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de coordenar os programas de segurança do paciente no âmbito mundial(55,56).

Um aspecto importante no desenvolvimento do trabalho da Aliança Mundial foi o projeto dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente. O primeiro foi lançado em 2005, com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, focado na prevenção e no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (Iras), nos serviços de saúde(55). A proposta destaca a prática da higienização das mãos como medida principal para a prevenção de infecções(56,57). No ano 2008, a OMS divulgou o segundo, intitulado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Esse desafio enfatizou a segurança durante a realização de procedimentos cirúrgicos realizados nas salas operatórias, tendo como ponto de destaque o estímulo ao uso da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica pela equipe cirúrgica(8,58). Em 2017, compreendendo o alto risco de danos relacionados ao uso de medicamentos, a OMS lançou o terceiro desafio com o tema “Medicação sem Danos”, cuja meta é diminuir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos, durante os próximos cinco anos através da procura de sistemas de saúde mais seguros em todas as etapas do processo de medicação(59).

Na América do Sul, o apoio ao primeiro desafio global ocorreu em 2007, durante a Reunião de Ministros da Saúde do Mercado Comum do Cone Sul. Os países concordaram com o compromisso internacional de criar e aplicar os respectivos Planos Nacionais de Segurança do Paciente para buscar, não somente a redução do risco a que o paciente está exposto, mas também questões amplas do direito à saúde. Os ministros dos estados-membros assinaram a Declaração de Compromisso na Luta Contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com a presença das delegações da Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile e Equador(60).

No Brasil, cabe destacar entre as ações voltadas para a segurança do paciente as iniciativas promovidas pelo Ministério da Saúde, como a criação da Rede Sentinela, em 2002, com o objetivo de fortalecer as ações de vigilância e risco sanitário, assim como a implantação do Notivisa, em 2009, voltado à busca ativa e à notificação de eventos adversos, bem como a sua investigação e as tratativas(61).

Assim, a atenção com a segurança do paciente sempre esteve presente nas legislações sanitárias. Contudo, o marco do assunto no Brasil foi o lançamento oficial do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (MS), através da publicação da Portaria GM 529, de 1º de abril de 2013. A principal finalidade do PNSP é colaborar para a qualificação do cuidado em saúde em todas as organizações do território nacional, públicas ou privadas(62). Com o intuito de facilitar a implantação, a implementação e a sustentação das ações de segurança do paciente nos serviços de saúde, a Anvisa publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, de 25 de julho de 2013 que estabelece a obrigatoriedade de implantação, nos serviços de saúde, do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), o qual realiza um papel importante em todo o processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) (63).

Apesar de o lançamento do *To Err is Human*, em 1999, ter dado bastante destaque à segurança do paciente, a expectativa, na época, era de que um maior compartilhamento de dados e a implantação de intervenções para resolver questões específicas fossem resultar em melhorias substanciais e permanentes, porém, em 2015, outro relatório foi divulgado, pela National Patient Safety Foundation (NPSF), intitulado “Livres de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente, quinze anos depois do *To Err is Human*”. Esse relatório avaliou que, apesar de a compreensão do problema do dano ao paciente ter se aprofundado e amadurecido, junto com esse progresso, ocorreu uma perda de foco na questão. Para que a segurança do paciente progrida, é necessário que se evitem as intervenções reativas e pontuais e se considere uma postura sistêmica da segurança. Para isso, é importante dar prioridade, sempre, à cultura de segurança pela liderança, além do bem-estar e da segurança daqueles profissionais que prestam assistência à saúde. Essa abordagem sistêmica representa pensar sobre segurança em todos os processos relacionados ao cuidado, garantindo, também, que a opinião e a vontade dos pacientes e seus familiares sejam consideradas em todas as etapas(64).

3.3 Cultura organizacional

Na década de 1980, os estudos com foco na cultura organizacional tiveram destaque, visto que os aspectos culturais são imprescindíveis em qualquer tipo de

análise e prática organizacional(65). Uma organização constitui-se de um conjunto de pessoas que se reúne de forma estruturada, deliberada e em associação, projetando metas para atingir objetivos concebidos e comuns a todos os seus integrantes(66).

Falar em cultura significa falar sobre a habilidade de adaptação do indivíduo à realidade da comunidade na qual está inserido, expressar seus valores e suas crenças (mitos, rituais, histórias, lendas), orientando as pessoas sobre uma referida cultura na sua forma de pensar, agir e tomar decisões. A cultura, com a construção do conceito social e normativo, oportuniza que um grupo se fortaleça ou se desintegre(67). Para Cooper (2000), cultura organizacional é uma definição que descreve valores corporativos compartilhados que podem afetar as atitudes e o comportamento dos profissionais de uma organização(68). Segundo Schein (1991), a cultura orienta o modo de fazer as coisas na organização, muitas vezes, através de suposições não escritas nem sequer faladas e que se apresenta em três diferentes níveis: (69)

- Artefatos: representam o primeiro nível da cultura, o mais raso e perceptível. São as questões concretas que cada pessoa enxerga, ouve e sente quando se confronta com uma organização. Eles abrangem os produtos, serviços/departamentos e padrões de comportamento dos participantes da organização e se expressam através do modo como os indivíduos se vestem, comportam-se, sobre o que conversam e julgam relevantes.
- Valores compartilhados: em segundo nível, são valores importantes, que se tornam relevantes para as pessoas e determinam as razões pelas quais elas fazem o que fazem.
- Pressuposições básicas: é o nível mais íntimo, intenso e oculto da cultura organizacional. São os valores inconscientes, percepções e sentimentos nos quais as pessoas acreditam.

É essencial entender a relação entre o comportamento da liderança e a satisfação no trabalho dos funcionários. Os líderes influenciam positivamente no desenvolvimento de atitudes, valores e crenças de seus colaboradores, possibilitando o fortalecimento da cultura organizacional(70).

3.4 Cultura de segurança do paciente

O conceito de cultura de segurança tem sua origem fora do contexto dos cuidados de saúde. O termo foi utilizado, oficialmente, em 1986, por um grupo de consultores de segurança nuclear, da Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA), em um relatório do acidente ocorrido na usina de Chernobyl, nesse mesmo ano, na Ucrânia, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear. Uma “cultura de segurança fraca” foi considerada como a principal razão do acidente, de acordo com a IAEA. Mais tarde, dois acidentes graves aconteceram: a explosão na plataforma Piper Alpha, localizada no Mar do Norte, na Europa, e o incêndio na estação de trem King Cross, em Londres. Os relatórios desses acidentes indicaram falhas humanas, administrativas e organizacionais, associadas às falhas na cultura de segurança, como os principais motivos pelo ocorrido(71).

A cultura de segurança foi definida pela Health and Safety Commission (1993) como o resultado de atitudes, valores, padrões de comportamento individuais e de grupo, bem como competências que determinam o comprometimento, a forma e proficiência da gestão de uma organização segura e saudável. Organizações com uma cultura de segurança positiva são reconhecidas pela comunicação baseada na confiança mútua, pela percepção de todos sobre a importância da segurança e confiança na efetividade de medidas de prevenção(9).

Para Cox e Cox (1991), uma instituição com uma cultura de segurança ativa é aberta e justa com seus profissionais quando incidentes ocorrem; os profissionais sentem-se determinados a notificar o erro; dos erros, devem ser tiradas lições, ao invés de culpar os indivíduos, e buscar investigar o que deu errado dentro do sistema(72).

Baseado no estudo de Westrum (1993), que propôs uma tipologia tripla de cultura organizacional(73), um modelo de evolução da cultura de segurança de uma organização foi desenvolvido por Hudson (2003) (74). Esse modelo consiste em cinco estágios de maturidade, dispostos a seguir:

1. Cultura patológica: neste estágio, não há nenhum interesse da organização por questões de segurança do trabalho, sendo o cumprimento da legislação a única ação tomada.
2. Cultura reativa: a organização começa a tratar da segurança com mais prudência, no entanto, as ações são tomadas apenas quando ocorrem incidentes, e a alta administração ainda considera como causa dos acidentes as falhas do profissional.
3. Cultura calculada: a segurança é gerenciada, mas as tratativas são ainda muito verticalizadas, com sistemas de gerenciamento de risco e focadas na coleta dos dados.
4. Cultura proativa: neste estágio já se tem uma cultura de segurança desenvolvida, contudo, os valores ainda precisam ser internalizados. As ações para melhorar a segurança do trabalho são feitas continuamente, atuando sempre que problemas são detectados.
5. Cultura construtiva: maior grau de maturidade; existe a participação de todos os níveis da organização, com o aumento da confiança. Sendo assim, as atitudes e os comportamentos seguros estão plenamente integrados em tudo o que a organização realiza.

A Portaria MS/GM nº 529, de 2013, afirma que a cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: 1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e os gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; 2) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; 4) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional e 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança(62).

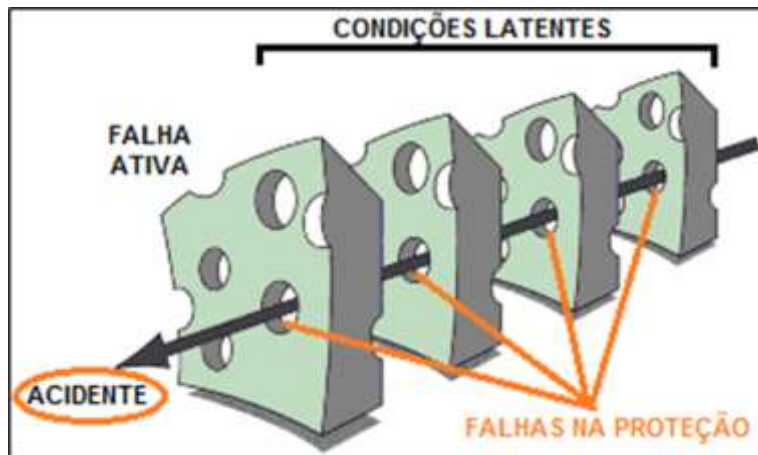
Segundo a OMS, muitos estudos sustentam o conceito de que uma condição importante para a cultura de segurança em organizações de alto risco, incluindo as organizações de saúde, reside em um conjunto de concepções compartilhadas que sustentam práticas seguras entre os profissionais que nelas atuam. Essa cultura é

afirmada pelo trabalho em equipe, transparência na comunicação, reconhecimento da dependência mútua e a decisão da segurança como uma priorização em todos os níveis da organização(8).

Organizações seguras encontram maneiras de restringir hierarquias em todos os níveis, encorajando os profissionais a se manifestarem ao confrontarem situações inseguras ou quando suspeitarem que algo está errado. O moderno movimento para a segurança do paciente substitui o “jogo da culpa e da vergonha” por uma nova abordagem conhecida como modelo mental sistêmico. Esse modelo pressupõe a condição humana, isto é, que humanos erram e que a segurança consiste na criação de sistemas que reconheçam os erros e previnam ou os interceptem antes de resultarem no dano(75). A abordagem sistêmica possibilitou melhorias na segurança da assistência à saúde, tais como criação de prescrição eletrônica, uso de código de barras, padronização de processos e atualização de equipamentos(76).

Reason et al. indicaram o modelo do “queijo suíço”, ilustrado na figura 1, para esclarecer a compreensão do caráter multifatorial implícito nas falhas de segurança. As vulnerabilidades do sistema em saúde são comparadas aos buracos do queijo suíço(77). Os erros podem ser ativos ou latentes, justificando o modelo de barreiras, ou seja, os erros ativos são atos inseguros e omissões cometidas por profissionais que resultaram em um evento adverso para o paciente; as falhas latentes, entretanto, constituem características existentes no sistema, as quais permanecem ocultas, até que um evento ou incidente ocorra e as exponham. A criação de protocolos, check list ou diretrizes constituem barreiras de segurança para a redução de falhas humanas(78).

Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço



Fonte: Adaptado de Reason, 2000

A maior barreira dos profissionais em realizar o relato dos incidentes relacionados à assistência à saúde refere-se a culpa, medo da punição e censura dos outros profissionais e da sociedade, além do litígio nos tribunais éticos-legais(79).

Na abordagem da “não culpabilidade”, enfatizada no modelo sistêmico, deve-se buscar um equilíbrio com a necessidade de responsabilização, mediante transgressões cometidas pelos profissionais de saúde, introduzindo uma reflexão sobre a responsabilização individual e a coletiva(80).

Por outro lado, alguns estudos ainda demonstram a permanência de uma cultura de culpabilização excessiva, além de uma ameaça sobre o desempenho profissional em preterimento da segurança. Isso pode variar entre diferentes hospitais, especialidades e ambientes de cuidado(81). Para que a cultura de culpabilidade seja substituída por uma cultura de aprendizagem com base nos erros, é fundamental conhecê-los e, a partir daí, promover mudanças no desenho dos processos de prestação do cuidado, reduzindo os fatores que contribuem para o ato inseguro(79).

A definição de segurança do paciente sinaliza para as deficiências do sistema de prestação de assistência à saúde, em sua criação, planejamento e funcionamento, como os principais fatores cruciais pelo acontecimento de danos decorrentes dos cuidados à saúde, ao invés de culpar isoladamente os profissionais. As instituições de saúde são complexas. A ocorrência de eventos adversos (EA) é decorrente de

uma sucessão de questões sistêmicas, nas quais se incluem as estratégias de uma organização, sua cultura, suas práticas de trabalho, seu gerenciamento de riscos, sua gestão de qualidade e capacidade de aprender através dos erros(57).

3.5 A avaliação da cultura de segurança do paciente

O cenário da saúde no mundo tem despertado interesse e empenho, tanto das organizações internacionais de saúde e da comunidade científica, como das políticas de governo em vários países na procura por estratégias para diminuir o nível de risco para os pacientes e assegurar a qualidade nos cuidados de saúde. Sendo assim, avaliar a cultura de segurança é um ponto de partida importante para planejar ações com o objetivo de reduzir a incidência de danos e, conseqüentemente, garantir a realização de cuidados de saúde seguros.

O passo inicial para se determinar uma cultura de segurança em uma organização de saúde é avaliar a cultura vigente. A avaliação da cultura de segurança, já obrigatória por agências internacionais de acreditação hospitalar, permite um diagnóstico e uma identificação das áreas a serem melhoradas, além de aumentar a conscientização sobre segurança do paciente e monitorar mudanças e resultados relacionados à segurança ao longo do tempo. Essa experiência possibilita o conhecimento das informações respondidas pelos profissionais a respeito das suas opiniões e comportamentos a ela relacionados(82,83).

As avaliações de cultura de segurança são estratégias que podem motivar as ações nesse sentido e estimular os funcionários e líderes no compromisso de desenvolver programas ou sistemas de segurança nas organizações de saúde, sendo um desafio contínuo, sistemático e demorado construir e manter essa cultura, pois as atividades e a avaliação para consolidá-la nunca terminam(39).

Uma grande parte dos estudos que avalia cultura de segurança em hospitais utiliza questionários como instrumento para coleta de dados. Esses instrumentos fundamentam-se em uma combinação de dimensões e são considerados como uma iniciativa eficiente, por ser anônima e com custos mais reduzidos do que as abordagens qualitativas para coletar dados sobre cultura de segurança(84).

Flin et al. (2006) revisaram estudos quantitativos que tinham como objetivo medir a cultura de segurança no contexto das organizações de saúde para avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos delineados para medir esse constructo(85). Doze estudos foram identificados e, em um deles, o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) reuniu um maior número de critérios psicométricos específicos, os quais apresentaram resultados adequados nas análises(83).

O estudo de adaptação do questionário HSOPSC à realidade brasileira apresentou resultado com nível muito bom e aceitável, na confiabilidade da consistência interna do instrumento, com coeficiente alfa de Cronbach alto ($\alpha = 0,91$) para todas as dimensões(7). O HSOPSC é um questionário desenhado com o intuito de medir as múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e está, frequentemente, sendo usado em muitos países por todo o mundo. Ele avalia a percepção de seus respondentes sobre pontos importantes relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão(83).

A Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos EUA, que criou e disponibilizou a ferramenta, recomenda que, depois da realização da pesquisa de cultura de segurança do paciente, as organizações de saúde precisam entender os seus resultados, divulgá-los e discuti-los, além de desenvolver planos de melhorias focados nos pontos frágeis; acompanhando as ações e compartilhando com os profissionais o que funcionou(85).

3.6 Acreditação hospitalar

Nos Estados Unidos, o processo de acreditação foi originado da iniciativa de corporações médicas. Em 1910, Ernest Codman criou um sistema de padronização hospitalar baseado na avaliação do resultado final (end-result system of hospital standardization), por meio do qual se avaliava a efetividade do tratamento médico. Diante da não efetividade da assistência, o hospital tentaria encontrar sua causa a fim de que essas situações pudessem ser abordadas adequadamente no futuro. Esse sistema foi a base da fundação, em 1913, do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) (12).

A intenção de melhorar as condições dos hospitais foi partilhada com outros médicos e administradores hospitalares, nos Estados Unidos e no Canadá. A realidade dos hospitais era precária, naquele momento, visto que eles acomodavam doentes e pobres, os pacientes mal eram examinados à admissão, não havia registros dos seus dados de forma sistematizada nem equipamentos e serviços de diagnósticos disponíveis na maioria das instituições. Além disso, poucas eram as evidências de efetividade do tratamento(2).

Em outubro de 1917, membros dos comitês de padrões dos EUA e do Canadá, além de superintendentes de hospitais, reuniram-se em Chicago para discutir a padronização. Nesse momento, os participantes descreveram a situação vigente nos hospitais e estabeleceram o que seria necessário para garantir a prestação adequada de assistência aos pacientes. Assim, foram definidas as bases da padronização de hospitais e criou-se o conceito que os profissionais com formação adequada e experiência deveriam encontrar no ambiente apropriado de trabalho, nos hospitais. Em dezembro do mesmo ano, o CAC estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar (PPH) (12).

No PPH, foi definido um conjunto de padrões que tinham como objetivo garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Eles levavam em consideração a organização do corpo médico ao exercício da profissão, a definição de corpo clínico, ao preenchimento adequado do prontuário, incluindo a história e os exames do paciente, como também as condições da alta, a presença de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de, no mínimo, um laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia. Esses padrões referiam-se às adequações necessárias aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho e não consideravam outras necessidades ou serviços, como o dimensionamento dos profissionais da equipe de enfermagem, a obrigatoriedade da assistência 24 horas, a estrutura física do hospital ou a avaliação dos resultados com o paciente(86).

Em março de 1918, o Colégio Americano de Cirurgiões publicou o seu boletim, o “Standad on Efficiency”, esperando aprovar com esses critérios a maioria dos hospitais avaliados. Na conferência sobre padronização de hospitais, em 1919, foi anunciado o resultado da aplicação do instrumento e constatou-se que, dos 692

hospitais com cem leitos ou mais avaliados, apenas 89 atendiam aos padrões preconizados(12).

Na admissão de novos membros ao Colégio Americano de Cirurgiões, a avaliação de prontuários mostrou melhora significativa nos hospitais aprovados, segundo os critérios da padronização. À medida que as boas notícias do programa se difundiram, aumentou o número de hospitais que quiseram se submeter ao processo. De 89 hospitais aprovados, em 1919, chegou-se a 3,290, em 1950, o que representava pouco mais da metade dos hospitais dos EUA(2).

Em 1949, o manual de padronização já apresentava 118 páginas, mas o Colégio Americano de Cirurgiões começou a ter dificuldades em mantê-lo, em parte por conta da elevação dos custos, da crescente sofisticação da assistência médica, do maior número de organizações, da complexidade e do aumento da procura de especialidades não cirúrgicas, depois da Segunda Guerra Mundial. Sendo assim, o CAC criou parcerias com a Associação Médica Americana, a Associação Médica Canadense, o Colégio Americano de Clínicos e a Associação Americana de Hospitais, para apoio e participação de outras instituições somente dedicadas à promoção da acreditação voluntária(1).

Em 1951, com o alinhamento desses grupos, nos Estados Unidos, nasceu a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CAAH) que, em dezembro de 1952, entregou oficialmente o programa de acreditação hospitalar à Joint Commission on Accreditation of Hospitals, organização de natureza privada que buscou introduzir e destacar a qualidade na cultura médico-hospitalar em nível nacional. Essa “cultura da qualidade” disseminou-se nos âmbitos institucionais e acadêmicos, obrigando a aprovação de regulamentações mais complexas na área da saúde e ressaltando aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar. Em 1959, a Associação Médica Canadense desligou-se da JCAH, para desenvolver uma agência acreditadora no Canadá(12).

No Brasil, desde a década de 1970, o Ministério da Saúde (MS) tem publicado normas e portarias com o objetivo de regulamentar a atividade de avaliação hospitalar para a qualidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez,

considera a acreditação como um elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina e, nesse sentido, nos anos 1990, estabeleceu um convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Federação Latino-Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde do Brasil, com o intuito de elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina(86).

Em 1992, a OPAS realizou, em Brasília, o primeiro congresso nacional sobre acreditação, com a presença de representantes de várias entidades nacionais da área de saúde. As principais conclusões desse evento foram: o controle da qualidade das organizações de saúde foi considerado favorável e importante; a acreditação seria uma metodologia validada para controlar a qualidade; o Manual de Acreditação apresentado seria um instrumento básico, relevante no processo; os presentes comprometeram-se a realizar a discussão nas suas entidades(87).

Nesse panorama, em junho de 1995, através da Portaria GM/MS nº 1.107, foi lançado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), com o objetivo de promover a cultura da qualidade nas organizações brasileiras(2).

A criação do PGAQS proporcionou a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade (CNQP), representada por usuários dos serviços de saúde, pela classe médica, por prestadores de serviços e por entidades técnicas relacionadas ao controle de qualidade. A CNQP foi responsável pelas discussões sobre a melhoria da qualidade dos serviços prestados, como também pela consolidação das diretrizes e estratégias desse programa(86). Esse foi o primeiro momento no processo de criação da acreditação, no Brasil, em que os consumidores foram contemplados na discussão. Essa comissão exerceu um papel relevante na divulgação do planejamento do programa(2).

Os estudos e as discussões desse grupo resultaram no desenvolvimento de um projeto, nomeado Acreditação Hospitalar, o qual determinava metas para a criação de um processo de certificação de hospitais no Brasil. A partir desse momento, começaram os debates e as atividades para a estruturação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) (86). O CBA tem o objetivo de estimular a implantação e o

acompanhamento de um processo contínuo de avaliação e de certificação da qualidade das organizações de saúde, buscando o aprimoramento permanente da atenção, de modo a garantir a qualidade na assistência à saúde, como também o cuidado humanizado(86).

Em maio de 1999, foi instituída a entidade Organização Nacional de Acreditação (ONA), com a apresentação do Manual de Acreditação de Hospitais do Brasil. O primeiro, de caráter nacional, editado na América Latina, com a validação de um ministério da saúde(88).

A aplicação de programas de acreditação, como foco inicial para implantar e garantir qualidade nos hospitais do Brasil, colabora para que se suceda uma gradativa mudança de hábitos planejada, de modo a provocar, nos profissionais de todos os níveis e todas as áreas, um novo empenho para avaliar as fragilidades e forças da organização, com a proposição de metas objetivas e a mobilização constante, para o aperfeiçoamento das metas, a fim de garantir a melhoria da qualidade e segurança da atenção médica(88).

A acreditação hospitalar apresenta-se como um método desenvolvido para avaliar a qualidade e segurança da assistência prestada em todos os serviços de um hospital. Possui como princípio a avaliação dos padrões de referência esperados, constituídos por técnicos da área, previamente publicados, e nos indicadores ou instrumentos que o auditor utiliza para constatar os padrões que estão sendo analisados. A solicitação da acreditação pela organização é um ato voluntário, periódico e reservado em que se planeja atingir o estado de acreditado de acordo com padrões antecipadamente determinados, no qual é escolhida a instituição acreditadora que implantará esse processo(89).

Nos últimos tempos, notam-se relevantes modificações no setor da saúde no que diz respeito à necessidade de obter maior competitividade e alcançar novos mercados. O crescente aumento nos custos dos cuidados prestados na saúde, a necessidade de atender as expectativas do cliente e a preocupação em garantir a segurança no atendimento são questões que demandam dos profissionais da área uma transformação no modo de gerir a saúde, buscando inovação e, além de tudo,

garantindo excelência no seu trabalho. Para evidenciar essa excelência e acompanhar os avanços, os hospitais necessitaram criar métodos de avaliação para prestar os seus serviços(86).

Pomey et al. (2010) conceituaram a acreditação como um processo exigente de avaliação externa que possui uma autoavaliação quanto à obediência de um determinado conjunto de padrões, uma avaliação no local, com entrega de um relatório final com ou sem recomendações, o que determina o recebimento do título de acreditado(90).

Hayes e Shaw ressaltam quatro aspectos positivos em um programa de acreditação: a busca voluntária da qualidade; o processo de construção de equipe; a educação da direção e corpo funcional; o instrumento de gerenciamento(91).

- Busca voluntária da qualidade: o reconhecimento da qualidade assistencial é um dos principais incentivos para a acreditação de serviços de saúde. Sendo assim, um programa que permite uma organização demonstrar sua efetividade é mais construtivo no desenvolvimento institucional na medida em que possui caráter voluntário.
- Processo de construção de equipe: a preparação para um processo de acreditação é uma fase de desenvolvimento da equipe de gestão e do corpo funcional da instituição, a qual proporciona um clima de trabalho conjunto sobre os padrões estabelecidos e encoraja os colaboradores a darem o melhor de si. Dessa maneira, representa um dos efeitos mais importantes para a organização, uma vez que estabelece um ambiente de motivação em que a comunidade institucional trabalha com dedicação para alcançar o resultado final, a certificação.
- Educação da direção e do corpo funcional: a metodologia da acreditação concede aos dirigentes e colaboradores da instituição participante uma oportunidade para visualizar práticas atuais, observar, sob uma nova perspectiva, o que fazem e a maneira pela qual determinados processos podem ser melhorados.

- Instrumento de gerenciamento útil: o processo de autoanálise ou autoavaliação, intrínseco ao processo de acreditação, proporciona uma boa base para o desenvolvimento organizacional.

O aspecto mais destacado é que a melhoria da qualidade assistencial se constitui no quadro de referência sobre o qual a acreditação se constrói. Em certo sentido, proporciona uma abordagem de solução de problemas para aumentar o desempenho assistencial da organização. Dessa maneira, apresenta um modelo que reconhece a diferença entre as condições atuais e o futuro desejado, ao mesmo tempo em que facilita a elaboração de um plano orientado para o futuro pretendido(1).

As prioridades dos programas nacionais de acreditação são influenciadas por fatores sociais, políticos, econômicos e históricos locais. Nos países desenvolvidos, a ênfase comum é na avaliação e na melhoria da segurança, da eficácia clínica, da informação ao paciente, no desenvolvimento de pessoal, na inteligência do comprador e na prestação de contas (com a redução de variação). Nos países em desenvolvimento, o destaque ocorre na introdução de comodidades básicas e de informações, melhorando o acesso em um ambiente onde pode não haver nenhuma cultura estabelecida de responsabilidade profissional e recursos muito limitados disponíveis para contratação de pessoal, equipamentos e edificações(92).

Fortes et al. (2011) avaliaram o sistema de acreditação em países distintos e chegaram à conclusão de que não existe um modelo único(93). As políticas nacionais e os benefícios fornecidos para que as organizações de saúde participem de um programa de acreditação são aspectos que influenciam os sistemas de acreditação.

Diversas pesquisas apresentam evidências positivas sobre os benefícios advindos da acreditação hospitalar (90,17,94), tais como melhorias na gestão da organização hospitalar, na qualidade da assistência prestada ao cliente, na capacitação dos profissionais de saúde e no aprendizado organizacional. Com relação aos estudos que mostraram um impacto positivo da acreditação, esse processo contribuiu para hospitais mais estruturados, bem como mais formalizados, do que aqueles não

acreditados(95). Ademais, as instituições em processo de acreditação são mais direcionadas a melhorar a comunicação entre os profissionais envolvidos (95), aperfeiçoando os métodos de feedback e de compromisso dentro da organização(96). Contribuindo com isso, a liderança foi da mesma forma associada às melhorias atingidas nas organizações de saúde(97).

Nos estudos controversos, a dicotomia entre a teoria de melhoria contínua e as normas que direcionam a uma auditoria específica no tempo mostrou-se como um ponto negativo relevante aos processos de acreditação, que motivaram a organização o cumprimento da conformidade dos padrões somente durante aquela avaliação(98). De acordo com essa visão, os hospitais poderiam adotar atitudes estratégicas objetivando apenas obter o título da certificação. Assim sendo, a equipe de saúde envolvida, mesmo tendo consciência do propósito e da exigência, poderiam considerar de baixa importância à implantação desses padrões(99).

Segundo estudo realizado em hospitais nos EUA, após analisarem a associação entre os resultados da acreditação e o desempenho dessas organizações, através de indicadores de qualidade e segurança dos pacientes, percebeu-se pouca relação entre esses indicadores avaliados e a acreditação(100). Outro estudo semelhante analisou a relação entre a acreditação e os e o comportamento dos indicadores de desempenho de hospitais e concluiu-se que a acreditação pareceu não estar associada com o desempenho hospitalar(101).

Algumas pesquisas demonstraram que a certificação poderia estar relacionada a um significativo nível de stress entre as equipes de saúde, antes e após a auditoria para a acreditação, que colaborou para uma insatisfação do pessoal relativamente alta após a certificação, pois os profissionais indagaram a ausência de benefícios financeiros para aderir ao processo(102,103).

3.7 Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA)

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principal objetivo a implantação e implementação nacional de um processo com vista à permanente melhoria da qualidade de assistência em

saúde(104). Desde o início, ela teve a preocupação de adequar a metodologia de acreditação para a realidade do setor de saúde do momento. O intuito sempre foi motivar melhorias nas instituições e estimular a melhoria contínua dentro de um processo de aprendizado para alcançar o nível de excelência em gestão (ONA 3)(105).

3.7.1 Características dos níveis

Com o objetivo de avaliar a qualidade da prestação de cuidados assistenciais nas organizações prestadoras de serviços de saúde, são utilizados instrumentos de avaliação (Manual Brasileiro de Acreditação) específicos, segundo a especialidade e a atividade-fim desenvolvida pela instituição de saúde. Os manuais de avaliação possuem seções e subseções e, para cada subseção, encontram-se padrões interdependentes que devem ser totalmente atendidos. Os padrões são apresentados em três níveis de complexidade crescente e com diretrizes orientadoras específicas. A diretriz orientadora do Nível 1 é segurança; a do Nível 2 é segurança e organização; a do Nível 3 é segurança, organização e práticas de gestão e qualidade. Em cada nível, são instituídos itens de orientação que direcionam o processo de auditoria e a preparação da organização para a avaliação(106).

O Nível 1 da Acreditação exige os requisitos que são fundamentados pelo princípio da segurança (estrutura), com padrões e itens de orientação específicos. Para a organização ser certificada nesse nível, é obrigatório o cumprimento, na integralidade, dos seguintes requisitos: habilitação do corpo funcional; segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-assistenciais; estrutura mínima necessária para garantir assistência com execução coerente das suas tarefas. Quando a instituição de saúde atende, na totalidade, o Nível 1, em todos os serviços, ela atingirá a condição de ACREDITADA(106).

Tabela 3 - Requisitos acreditação ONA nível 1

Nível	Padrão	Itens de orientação	Validade
ONA 1 Segurança (Estrutura)	✓ Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme a legislação correspondente;	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade técnica conforme legislação; • Corpo funcional, habilitado, capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço; • Condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo); • Identificação, gerenciamento e controle dos riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança. 	02 anos (visita de manutenção a cada 08 meses)
	✓ Identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.		

Fonte: ONA 2006

O Nível 2 exige os requisitos que são fundamentados pelo princípio da organização (processos), com padrões e itens de orientação específicos. Para a organização ser certificada nesse nível, é obrigatório o cumprimento, na integralidade, dos seguintes requisitos: evidência de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e aplicados; comprovação da introdução e aplicação de um planejamento de melhoria de processos contínuos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-assistenciais; atuação com foco no cliente/paciente. Quando a instituição de saúde atende, na totalidade, os requisitos exigidos nos Níveis 1 e 2, em todos os serviços, ela atingirá a condição de ACREDITADA PLENA(106).

Tabela 4 - Requisitos acreditação ONA nível 2

Nível	Padrão	Itens de orientação	Validade
<p align="center">ONA 2 Organização (Processos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; ✓ Possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação, definição, padronização e documentação dos processos; • Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica; • Estabelecimento dos procedimentos; • Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada; • Definição de indicadores para os processos identificados; • Medição e avaliação dos resultados de processos; • Programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos; • Grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional. 	<p align="center">02 anos (visita de manutenção a cada 08 meses)</p>

Fonte: ONA 2006

O Nível 3 exige os requisitos que são fundamentados pelo princípio da gestão (resultados/melhorias), com padrões e itens de orientação específicos. Para a organização ser certificada nesse nível, é obrigatório o cumprimento, na integralidade, dos seguintes requisitos: comprovação de ciclos de melhoria em todos os serviços, alcançando a instituição de maneira global e sistêmica; utilização de um sistema de informação institucional, fundamentado por taxas e indicadores, que possibilitam análises comparativas baseadas em referenciais adequados e aquisição de informação estatística para a sustentação dos resultados; sistema de medição da satisfação dos clientes (internos e externos) e evidência de um programa institucional da qualidade e sustentabilidade implantado, com comprovação de impacto sistêmico. Quando a instituição de saúde atende totalmente os requisitos exigidos nos Níveis 1, 2 e 3, em todos os serviços, ela atingirá a condição de ACREDITADA COM EXCELÊNCIA(106).

Tabela 5 - Requisitos acreditação ONA nível 3

Nível	Padrão	Itens de orientação	Validade
<p align="center">ONA 3 Excelência na Gestão (Resultados)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; ✓ Dispõe de sistemática de comparações com referências externos pertinentes, bem como de evidências de tendência favorável para os indicadores; ✓ Apresenta inovações e melhorias implantadas, decorrentes do processo de análise crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade); • Sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referências externas pertinentes; • Estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão; • Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos; • Análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações; • Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos; • Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico- profissional e procedimentos. 	<p>03 anos (visita de manutenção a cada ano)</p>

Fonte: ONA 2006

No processo de acreditação, a instituição é avaliada como um todo, considerando que, por definição, os serviços trabalham interligados e um setor deficiente interfere, negativamente, no resultado final na assistência à saúde prestada à população(1).

Ao receber a chancela ONA, em qualquer nível, a organização de saúde afirma ao seu público o compromisso com padrões reconhecidos de qualidade e segurança. Nas instituições acreditadas, os clientes, por exemplo, passam a aproveitar um ambiente mais seguro. Os médicos sentem-se confiantes para realizar procedimentos naquele hospital com processos certificados e por entenderem que o

seu paciente está mais bem assistido. A compreensão estende-se também aos fornecedores, pois prestar serviço a uma organização acreditada representa preencher os requisitos de segurança necessários para tal – o que começa a ser medido a partir do Nível 1(105).

A cultura de segurança dentro das instituições e a participação dos profissionais nos processos também se modificam ao avançar dos níveis. Se na avaliação dos Níveis 1 e 2 os colaboradores parecem ser mais receosos, durante conquista pelo nível de excelência, eles são mais proativos e gostam de mostrar as melhorias conquistadas(105).

3.8 Accreditation Canada International (ACI) – Qmentum International

O Canadá foi o primeiro país a interagir com os EUA em movimentos de avaliação da qualidade. Participou do movimento inicial dos EUA a favor do desenvolvimento nas áreas da educação e da saúde, quando a qualidade de ambos foi contestada, no início dos anos 1900(107). Contudo, em 1953, o Canadá separou-se da JCAHO e criou o seu próprio programa de acreditação, com o estabelecimento do The Canadian Council on Hospital Accreditation (CCHA). O intuito foi o de adotar um programa que fosse mais ajustado à cultura e à abordagem canadense, refletindo as necessidades do recém-estabelecido sistema de saúde nacional(108).

O Accreditation Canada iniciou suas atividades em 1958, organização independente e sem fins lucrativos que disponibiliza serviços de acreditação às instituições de serviços de saúde nacionais e internacionais que tenham como meta a qualidade de atendimento ao cliente(109). O método canadense é o único que disponibiliza um manual internacional com padrões adaptados às necessidades e características do mercado de saúde brasileiro(110).

O novo Programa de Acreditação Qmentum International foi lançado em 2007, pelo Accreditation Canada, com seu foco aprimorado na melhoria da qualidade e segurança do paciente e o compromisso com uma abordagem rigorosa, abrangente e consultiva para impulsionar serviços de saúde(108). O sistema é baseado em uma

estrutura composta por oito dimensões que são utilizadas para definir a qualidade e orientar o foco dos padrões, a saber; acessibilidade; foco populacional; segurança; serviços centrados no cliente; vida profissional (bem-estar no ambiente de trabalho); continuidade dos serviços; eficiência e efetividade(111).

Essa certificação utiliza normas globais de validação, abrindo caminho para que as organizações de saúde brasileiras acessem padrões internacionais/globais de excelência e inovação, com oportunidades de compartilhamento de melhores práticas. A metodologia é aplicada no Brasil pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG) juntamente com o Health Standards Organization (HSO). O certificado tem validade de três anos e as visitas de manutenção são realizadas com a periodicidade estabelecida pela empresa certificadora com validação do Canadá(112).

Os principais pilares desse programa são baseados na metodologia Triple Aim: melhorar a qualidade e a segurança do cuidado de saúde, perceber as necessidades da população atendida, garantir a sustentabilidade da organização(108).

Desde 2006, o Accreditation Canada trabalha com as chamadas Required Organizational Practices (ROP) – em português, Práticas Organizacionais Requeridas – em seu programa de certificação. As ROPs são práticas respaldadas em evidências que têm como objetivo aumentar a segurança dos pacientes/clientes e minimizar os riscos(113). Elas são estabelecidas em função de seis áreas de segurança do paciente: cultura de segurança, comunicação, uso de medicamentos, vida profissional/força de trabalho, controle de infecção e avaliação de riscos. Essas práticas dão sustentação à metodologia, contanto que, para a organização receber o título da certificação, é necessário atender a todos os testes de conformidade estabelecidos(113).

Seguem abaixo as 30 ROPs que são aplicadas na referida metodologia, bem como seus objetivos, organizadas em seis áreas de segurança.

1. Cultura de Segurança – Criar uma cultura de segurança dentro da organização.

ROP1 – Relato de eventos adversos: a organização estabelece um sistema de notificação de eventos adversos e erros, incluindo o acompanhamento adequado. O sistema de comunicação está em conformidade com qualquer legislação aplicável e dentro de qualquer proteção prevista por lei.

ROP2 – Plano de Segurança do Cliente: a organização elabora e implementa um plano de segurança dos clientes.

ROP3 – Relatórios trimestrais sobre segurança dos clientes: os gestores da organização fornecem, ao órgão administrador, relatórios trimestrais sobre a segurança dos clientes e incluem recomendações decorrentes das investigações e acompanhamentos dos eventos adversos, além das melhorias realizadas.

ROP4 – Análise prospectiva relacionada à segurança dos clientes: a organização realiza, pelo menos, uma análise prospectiva relacionada à segurança do paciente e implementa melhorias apropriadas.

2. Comunicação – Aperfeiçoar a eficácia e a coordenação de comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes em todas as etapas do tratamento.

ROP5 – Papel do cliente e familiares na segurança: a equipe informa aos clientes e familiares, por escrito e verbalmente, sobre o papel deles na promoção da segurança.

ROP6 – Identificação do cliente: a equipe implementa um protocolo de identificação do cliente para todos os serviços e procedimentos a serem realizados.

ROP7 – Abreviações perigosas: a organização identificou e implantou uma lista de abreviações, símbolos e designações de doses e/ou siglas que não devem ser usadas na organização.

ROP8 – Reconciliação medicamentosa: a organização faz a reconciliação dos medicamentos dos pacientes, na admissão ou no início do tratamento.

ROP09 – Práticas cirúrgicas seguras: a instituição dispõe de um processo e de um protocolo escrito para impedir que uma cirurgia seja realizada no local errado ou na pessoa errada, ou com o procedimento errado.

ROP10 – Transferência de informações do cliente nos pontos de transição do cuidado: a equipe compartilha informações de forma efetiva com os profissionais de saúde nos pontos de transição.

3. Uso de medicamentos – Garantir o uso seguro de medicamentos de alto risco.

ROP11 – Uso racional de antimicrobianos: existe um programa de uso racional de antimicrobianos.

ROP12 – Controle de eletrólitos concentrados: a organização avalia e limita a disponibilidade de eletrólitos concentrados para assegurar que os formatos com potencial de causar incidentes perigosos não sejam estocados nas áreas de prestação de serviços aos clientes.

ROP13 – Segurança no uso da heparina: a organização avalia e limita a disponibilidade para assegurar que os formatos com o potencial de causar incidentes perigosos não sejam estocados nas áreas de prestação de serviços aos clientes.

ROP14 – Medicamentos de alta vigilância: a organização possui uma estratégia abrangente para gerenciar medicamentos de alta vigilância.

ROP15 – Treinamento de bombas de infusão: a organização fornece treinamento contínuo, eficaz para operadores das bombas de infusão.

ROP16 – Segurança no uso de narcóticos: a organização avalia e limita a disponibilidade a narcóticos (opioides) para assegurar que os formatos com o

potencial de causar incidentes perigosos não sejam armazenados nas áreas de prestação de serviços.

4. Vida profissional / Força de trabalho: criar um ambiente físico e de vida profissional que contribua para a prestação do cuidado seguro.

ROP17 – Programa de manutenção preventiva: a organização possui uma política eficaz de manutenção preventiva para dispositivos, equipamentos e tecnologia médica.

ROP18 – Treinamento em segurança dos pacientes: a organização fornece, frequentemente, treinamento e educação sobre a segurança do paciente aos líderes, colaboradores e terceiros, incluindo a educação para áreas específicas focadas na segurança do paciente.

5. Controle de infecção – Reduzir o risco de infecções associadas ao atendimento da saúde e seu impacto nos desfechos dos pacientes.

ROP19 – Antibióticoprofilaxia cirúrgica: as equipes cirúrgicas administram a profilaxia com antibiótico para prevenir infecções no sítio cirúrgico.

ROP20 – Higienização das mãos: a organização fornece acesso fácil e recursos para que os colaboradores atendam as diretrizes recomendadas para higiene das mãos.

ROP21 – Cumprimento das práticas de higiene das mãos: a organização mede sua conformidade com práticas aceitas dessa higiene.

ROP22 – Treinamento sobre higiene de mãos: a organização fornece treinamento aos colaboradores, prestadores de serviço e voluntários sobre higiene das mãos.

ROP23 – Diretrizes de prevenção e controle de infecção: a organização possui normas e procedimentos alinhados com regulamentos aplicáveis, evidências, melhores práticas e prioridades organizacionais.

ROP24 – Taxa de infecção: a organização rastreia infecções associadas ao atendimento de saúde, analisa as informações para identificar surtos e tendências e as compartilha com toda a organização.

ROP25 – Reprocessamento: a organização monitora seus processos de reprocessamento de materiais e equipamentos e faz melhorias conforme o procedimento adequado.

ROP26 – Práticas seguras para uso de medicamentos injetáveis: a organização elabora protocolos de práticas seguras para o uso de medicamentos injetáveis, para evitar danos aos pacientes e aos colaboradores.

6. Avaliação de risco – Identificar os riscos de segurança inerentes à população atendida.

ROP27 – Estratégia de prevenção de quedas: a equipe implementa e avalia uma estratégia de prevenção de quedas para minimizar os danos.

ROP28 – Prevenção de úlceras de pressão: a equipe avalia o risco de cada paciente para o desenvolvimento de lesão por pressão e implanta intervenções para prevenir a sua expansão.

ROP29 – Prevenção de suicídio: a equipe avalia e monitora os pacientes em risco de suicídio.

ROP30 – Profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV): a equipe identifica pacientes clínicos e cirúrgicos para o risco de tromboembolismo venoso (trombose venosa profunda e embolia pulmonar) e fornece a trombopprofilaxia apropriada. (113)

No processo da Acreditação Qmentum, existem quatro possíveis decisões no processo de avaliação final, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 6 - Possíveis decisões do processo de avaliação final da Qmentum

Decisões	Descrição
Acreditação	A instituição recebe a acreditação sem pendências e é acompanhada a cada oito meses até finalizar o processo em três anos.
Acreditação com relatório e/ou visita focada	A instituição deverá atender a algumas condições especificadas pela Accreditation Canada, a fim de manter sua acreditação. Caso as condições não sejam atendidas no prazo, poderá ser concedida uma prorrogação de seis meses.
Acreditação não alcançada	A instituição tem a opção de pedir uma revisão de seu status, recebendo uma visita focada no prazo de até cinco meses depois da visita às suas dependências.
Adiamento	Nos casos em que uma instituição receber a decisão de acreditação não alcançada no primeiro ciclo de acreditação, ela tem opção de adiar a decisão do processo e ser novamente visitada e avaliada em até um ano.

Fonte: Accreditation Canada International. Required Organizational Practices (2010).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal seriado, por meio da comparação de três bancos de dados anonimizados, com variáveis das pesquisas de Cultura de Segurança do Paciente.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Português, essa unidade hospitalar se constitui em uma entidade beneficente sem fins lucrativos estruturada para prestação de atendimento geral nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas, localizada na cidade de Salvador, Bahia. Dispõe, atualmente, de 395 leitos (incluindo 104 leitos de terapia intensiva, 29 leitos de cuidados semi-intensivos e 262 leitos de unidade de internação). Os serviços de emergência geral e obstétrica totalizam 89 leitos de observação. O bloco cirúrgico está equipado com 19 salas operatórias (10 salas no centro cirúrgico, três salas no centro cirúrgico day, quatro salas no centro obstétrico e duas salas de hemodinâmica). Na área de exames complementares, conta também com serviços de bioimagem, medicina nuclear, endoscopia, além do setor de suporte laboratorial.

O processo de avaliação da qualidade nesse hospital começou em 2006, quando teve início a fase de preparação para a conquista da certificação brasileira pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Em 2007, o hospital foi Acreditado (nível 1) pela ONA; no ano 2012, recebeu a certificação de Acreditado Pleno (nível 2) e, em 2013, Acreditado com Excelência (nível 3). No início de 2015, candidatou-se a participar do programa internacional da Accreditation Canada – o Qmentum, obtendo a certificação em 2017.

4.3 Período

A pesquisa foi realizada em três períodos: o primeiro ocorreu em 2013 (vigência da ONA nível 3), o segundo, em 2017 (depois da conquista da Qmentum), o terceiro em 2018 (um ano depois da certificação internacional Qmentum).

4.4 Seleções da população, critérios de inclusão e exclusão do estudo

A amostra estabelecida foi composta por colaboradores da instituição, que prestam assistência de forma direta ou indireta ao paciente, além de cargos administrativos que não possuem contato direto ou interação com pacientes, mas cujo trabalho afeta diretamente a assistência ao paciente.

Não participaram do estudo os profissionais que se encontravam de férias, licença médica, licenças maternidade e paternidade.

4.5 Instrumento da pesquisa – Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) (Anexo B)

A coleta de dados foi desenvolvida por meio da aplicação de um questionário da Agency for Health Research and Quality (AHRQ) dos EUA, desenvolvido e disponibilizado em 2004, intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), aplicado em diversos países do mundo, de utilização livre. A Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) é a principal agência federal conduzindo e apoiando pesquisas para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados de saúde nesse país(114).

Esse instrumento foi validado transculturalmente, traduzido para o português e adaptado ao contexto hospitalar brasileiro por meio da tese de doutorado “A cultura de segurança do paciente: adaptação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro”, pela Fiocruz(7).

Essa ferramenta mede a cultura de segurança do paciente na área hospitalar por meio da percepção dos profissionais de saúde, gestores e administradores que

possuem interação, ou não, com os pacientes assistidos no hospital avaliado. Além disso, a pesquisa pode ser usada para rastrear mudanças na segurança do paciente ao longo do tempo e avaliar o impacto das intervenções realizadas(83).

O instrumento HSOPSC é composto por 42 itens distribuídos em nove seções, que medem 12 dimensões de cultura de segurança do paciente, sendo três dimensões relacionadas ao hospital de forma geral, sete à unidade de trabalho do profissional e duas relativas aos resultados da cultura de segurança do paciente. Ele possui também outras duas questões que não estão inclusas em nenhuma dimensão, uma relacionada à avaliação geral da segurança na unidade/área de trabalho (nota para segurança do paciente) e outra de indicação do número de eventos que foram relatados nos últimos 12 meses. O questionário compõe-se ainda de dados sociodemográficos dos entrevistados e uma questão aberta de resposta não obrigatória (83).

As 12 dimensões da cultura de segurança do paciente são avaliadas por meio de perguntas distribuídas em um questionário e estão inseridas nas seções de “A” a “I”, assim estabelecidas:

Seção A: sua área/unidade de trabalho;

Seção B: seu supervisor/gerente;

Seção C: comunicações;

Seção D: frequência de eventos notificados;

Seção E: nota para a segurança do paciente;

Seção F: seu hospital;

Seção G: número de eventos notificados;

Seção H: variáveis sociodemográficas dos profissionais;

Seção I: seus comentários: questão subjetiva que oferece ao profissional a oportunidade de realizar qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no seu hospital.

Para que possa haver uma melhor compreensão da avaliação da cultura de segurança do paciente, são apresentadas, a seguir, as 12 dimensões e suas definições mensuradas pelo HSOPSC, estratificadas em três grupos: relativas à

unidade de trabalho do profissional; referentes ao hospital; relacionadas aos resultados da cultura de segurança do paciente.

- **Relativas à unidade de trabalho do profissional:**

- ✓ Trabalho em equipe dentro da unidade (quatro perguntas): define se há apoio, respeito e trabalho em equipe na rotina de trabalho dos profissionais de uma mesma unidade.
- ✓ Melhoria contínua / aprendizado institucional (três perguntas): avalia o aprendizado a partir de erros que resultem em mudanças positivas e a efetividade dessas mudanças, e se elas são monitoradas e gerenciadas.
- ✓ Adequação de profissionais (quatro perguntas): avalia se o dimensionamento de recursos humanos é adequado às competências desenvolvidas por cada membro da equipe, não havendo necessidade de trabalhar mais do que aquilo que seria desejável para o cuidado do paciente.
- ✓ Resposta não punitiva aos erros (três perguntas): avalia a percepção dos profissionais sobre os erros por eles cometidos, se eles acham que os seus erros possam ser utilizados contra eles e registrados em seus arquivos funcionais.
- ✓ Participação do líder na promoção da segurança do paciente (quatro perguntas): avalia a consideração por parte dos gerentes e supervisores sobre as sugestões dadas pelos profissionais, a fim de melhorar a segurança do paciente e reconhece a participação dos colaboradores para procedimentos de melhoria da segurança do paciente.
- ✓ Feedback e comunicação sobre erros (três perguntas): avalia a ocorrência das notificações, quando erros ocorrem, as medidas implementadas e a discussão de estratégias que, bem implementadas, previnam erros futuros.
- ✓ Abertura para a comunicação (três perguntas): avalia se os profissionais do hospital têm liberdade para conversar sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem à vontade para questionar decisões de seus superiores.

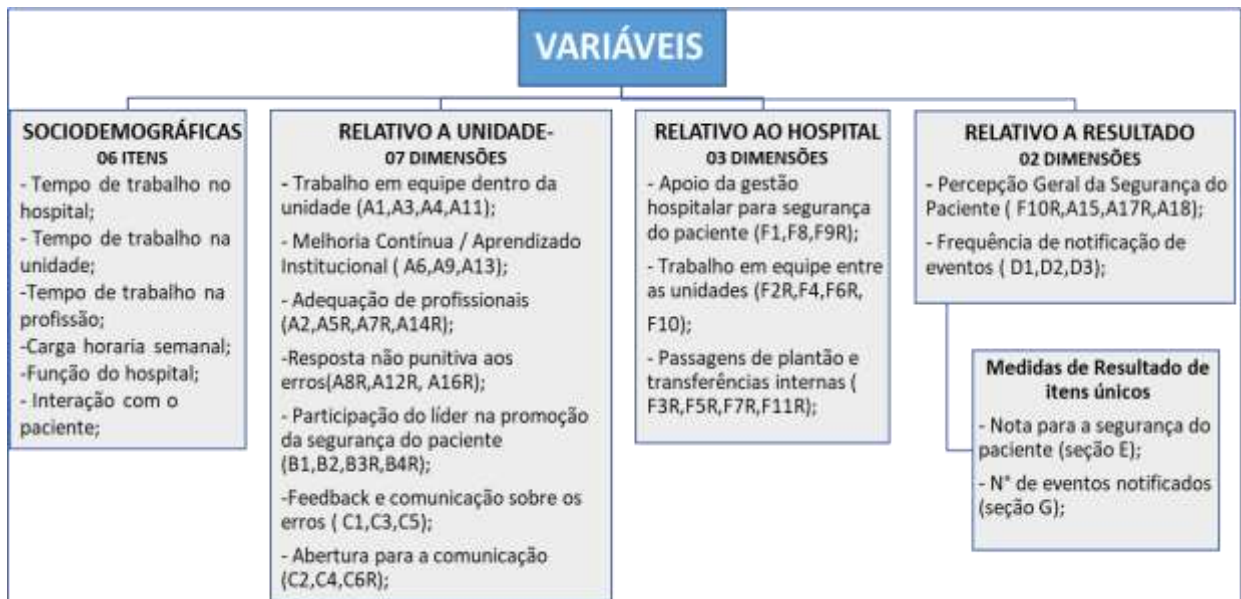
- **Relativas ao hospital:**
 - ✓ Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (três perguntas): avalia se a gestão hospitalar tem como prioridade a segurança do paciente e propicia um clima de trabalho que favoreça ações para a segurança do paciente.
 - ✓ Trabalho em equipe entre as unidades (quatro perguntas): avalia se há ajuda mútua entre as unidades do hospital para oferecer assistência de qualidade com menor risco ao paciente.
 - ✓ Passagens de plantão/turno e transferências internas (quatro perguntas): avalia a transferência de informações relevantes sobre os pacientes entre as unidades do hospital.

- **Relativas aos resultados da cultura de segurança do paciente:**
 - ✓ Percepção geral da segurança do paciente (quatro perguntas): avalia os sistemas e procedimentos que existem nas instituições de saúde, a fim de evitar que incidentes ocorram e consequentes problemas de segurança dos pacientes.
 - ✓ Frequência de notificação de eventos (três perguntas): trata-se do relato de eventos notificados, de problemas possíveis sobre segurança do paciente e de erros identificados e corrigidos antes que afetem os pacientes.

A maioria dos itens é respondida por meio de uma escala de cinco pontos do tipo Likert-scale em que o respondente pode optar por uma das alternativas, a seguir: discordo totalmente, discordo, nem um nem outro, concordo e concordo totalmente. Outros itens utilizam uma escala de cinco pontos de frequência: nunca, raramente, algumas vezes, maioria do tempo e sempre. Uma das questões oferece opção de respostas como excelente, muito boa, satisfatória, ruim e muito ruim para qualificar a segurança do paciente. Também questiona se o respondente tem contato ou interação com os pacientes, dando as duas opções de escolha, sim e não.

A letra “R”, que precede algumas perguntas, significa que o item foi redigido de forma negativa ou reversa e a resposta positiva, nesses casos, respalda-se nas respostas “discordo totalmente” ou “discordo”, ou “nunca” ou raramente”.

Figura 2 - Classificação das variáveis das dimensões da Cultura de Segurança do Paciente



Fonte: Própria autora

4.6 Fases do estudo

4.6.1 Sensibilização das equipes

Com a antecedência de um mês da realização da pesquisa, foram realizadas ações de divulgação para conhecimento dos colaboradores, tais como publicação nos murais institucionais, envio de informações orientadoras nos e-mails corporativos, apresentação dos objetivos da pesquisa nas principais reuniões do hospital e entrega de material explicativo na entrada dos colaboradores nos horários de maior fluxo das equipes.

4.6.2 Aplicação do instrumento

A pesquisa foi montada na plataforma do SurveyMonkey pela equipe do Núcleo de Qualidade e disponibilizada na Intranet do hospital pela equipe de Tecnologia da Informação (TI), acessível em todas as máquinas nos diversos setores da instituição, além de uma estrutura montada com máquinas em uma área comum para os colaboradores que não quisessem responder nos seus locais de trabalho. As

pesquisas ficaram disponíveis, nos respectivos anos, por um período de 20 dias úteis para a resposta. No ano 2018, foi possível responder pelo aparelho celular por meio do encaminhamento do link por e-mail ou Whatsapp. O instrumento foi administrado utilizando-se uma abordagem de convocação espontânea e anônimo no seu preenchimento.

A pesquisa de cultura de segurança nos foi recomendada depois da conquista do processo de Acreditação Hospitalar Nacional (ONA), em 2013, e tornou-se obrigatória quando se iniciou a preparação para a certificação internacional Qmentum. O Instituto Qualisa de Gestão (IQG), empresa certificadora dessas duas metodologias de acreditação, disponibilizou o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), traduzido em português, para aplicação na instituição.

4.6.3 Análise descritiva e estatística inferencial dos resultados

Para a análise descritiva e a avaliação da cultura de segurança no hospital nos diferentes períodos estudados, foram calculados os percentuais de respostas positivas e as dimensões da pesquisa de cultura de segurança do paciente, definidos como o percentual médio de respostas positivas às perguntas da dimensão do instrumento utilizado (HSOPSC), para a amostra como um todo. Para a análise e interpretação dos resultados, seguindo a metodologia proposta pela Agency for Healthcare Research and Quality, os cálculos foram realizados conforme descrito abaixo:

O percentual de respostas positivas para cada dimensão será calculado usando a seguinte fórmula (83):

$$\% \text{ de Respostas Positivas da Dimensão} = \frac{\text{Número de Respostas Positivas nos Itens da Dimensão}}{\text{Número Total de Respostas Válidas nos Itens da Dimensão (positivas, neutras e negativas)}} \times 100$$

O percentual de respostas positivas para cada item da dimensão será calculado usando a seguinte fórmula (83):

$$\% \text{ de Respostas Positivas do Item da Dimensão} = \frac{\text{Número de respostas positivas do item da dimensão}}{\text{Número total de respostas válidas do item da dimensão (positivas, neutras e negativas)}} \times 100$$

Consideram-se repostas positivas aquelas que foram assinaladas nas opções concordo/concordo totalmente ou maioria do tempo/sempre, para as sentenças formuladas de forma positiva, ou discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente para as perguntas formuladas de forma negativa ou reversa. As repostas neutras referem-se às assinaladas como nem um nem outro ou algumas vezes para qualquer pergunta. São consideradas repostas negativas aquelas em que foram assinaladas as opções discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente para as perguntas formuladas de forma positiva, ou concordo/concordo totalmente ou maioria do tempo/sempre para as perguntas formuladas de forma negativa (83).

Conforme a AHRQ, no hospital, na cultura de segurança do paciente, serão consideradas áreas “fortes” aquelas que atingirem o percentual médio de respostas positivas nas dimensões igual ou maior 75%; e aquelas que obtiveram o percentual médio de respostas positivas nas dimensões igual ou menor que 50% serão consideradas áreas “frágeis” (83).

Os percentuais de 75% e 50% são propostos pela AHRQ como ponto de corte da avaliação da cultura de segurança do paciente, ainda segundo essa referência: quanto maior o percentual de respostas positivas, mais forte pode ser considerada a cultura de segurança do paciente do hospital avaliado (115). Porém, segundo essa agência, o hospital pode, por meio da avaliação da sua linha histórica na implantação da cultura de segurança do paciente e dos indicadores de segurança que pretende atingir, estabelecer outros parâmetros percentuais avaliativos para as respostas das dimensões da cultura de segurança do paciente que não aqueles estabelecidos pela AHRQ (83).

Os dados obtidos foram apresentados sob a forma de tabelas, mostrando as características de distribuição dos valores observados.

O teste do qui-quadrado foi utilizado para estabelecer a significância estatística da comparação entre diferentes anos relativos aos períodos de acreditação nacional e internacional. Na comparação das médias foi utilizado o Teste Z. Todos os testes foram bi-caudais com um valor de $\alpha=0,05$. A análise estatística foi realizada com pacote: Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 15.0, os gráficos foram construídos por meio do programa Excel®, versão 16.0.

4.7 Aspectos éticos

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, quer seja individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dela, incluindo o manejo de informações ou materiais, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), fundamentada nos princípios básicos da bioética: não maleficência; autonomia; beneficência e justiça.

Não houve ônus financeiro para os participantes nem para a organização estudada. Todas as despesas com este estudo correram por conta da pesquisadora.

Depois da aprovação, em 20 de junho de 2018, parecer nº 2.724.940 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, CAAE: 87485818.0.0000.5029, obteve-se acesso ao banco de dados para início da análise dos dados, em julho de 2018.

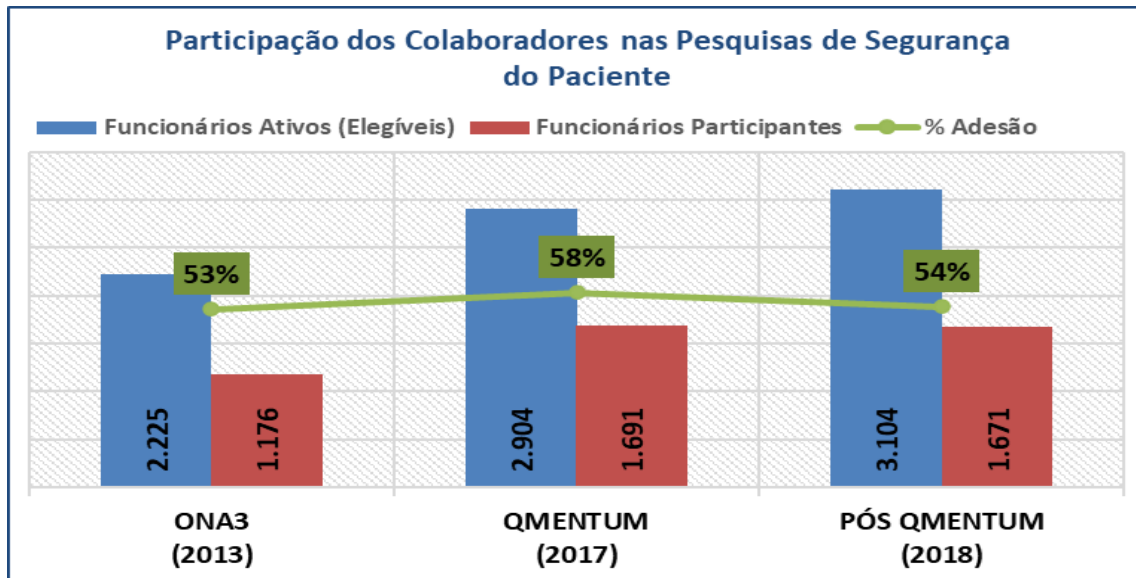
Para os participantes, buscou-se garantir o anonimato por meio da análise quantitativa sem identificações pessoais.

5 RESULTADOS

Os resultados encontrados nesse estudo estão apresentados na seguinte ordem: percentual de participação na aplicação do questionário; perfil sociodemográfico dos profissionais participantes; avaliação da cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais por dimensões; média geral por grupos de dimensões; a média geral da pesquisa de cultura de segurança do paciente e, por fim, as medidas de resultado de itens únicos.

5.1 Percentuais de respostas da pesquisa

Gráfico 1 - Percentual de participação na pesquisa



Fonte: Dados do estudo

Com relação ao percentual de participação na pesquisa de cultura de segurança do paciente ao longo dos anos estudados, observa-se: em 2013, um total de 1.176 (53%), 1.691 (58%) em 2017 e, em 2018, 1.671 (54%) dos funcionários ativos participaram da pesquisa. (Gráfico 1).

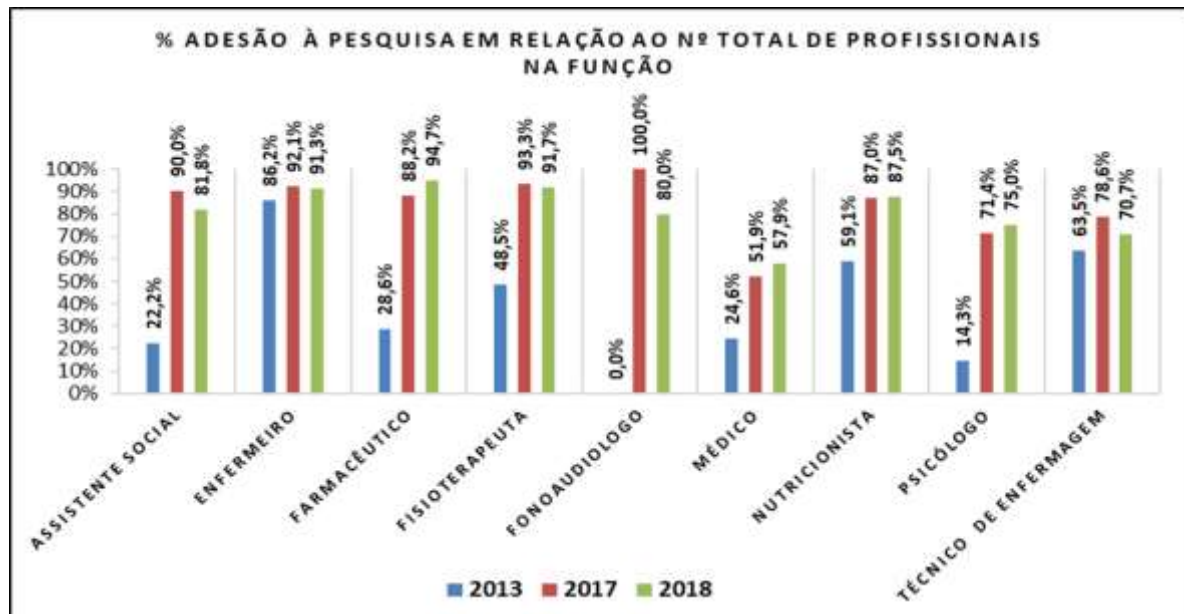
5.2 Perfil sociodemográfico dos participantes

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes

Informações de Base		2013		2017		2018	
Tempo de trabalho no hospital	Menos de 1 ano	127	10,8%	193	11,4%	179	10,7%
	1 a 5 anos	573	48,7%	765	45,2%	629	37,6%
	6 a 10 anos	262	22,3%	454	26,9%	555	33,2%
	11 a 15 anos	81	6,9%	115	6,8%	114	6,8%
	16 a 20 anos	72	6,1%	99	5,9%	109	6,5%
	21 anos ou mais	61	5,2%	65	3,9%	85	5,1%
Tempo de trabalho nesta unidade do hospital	Menos de 1 ano	132	11,2%	205	12,1%	209	12,5%
	1 a 5 anos	590	50,2%	741	43,8%	599	35,8%
	6 a 10 anos	287	24,4%	451	26,7%	521	31,2%
	11 a 15 anos	58	4,9%	132	7,8%	155	9,3%
	16 a 20 anos	54	4,6%	109	6,5%	108	6,5%
	21 anos ou mais	55	4,7%	53	3,1%	79	4,7%
Em sua função, você tem contato direto com os pacientes?	SIM	997	84,8%	1332	78,8%	1296	77,6%
Função que ocupa no hospital	Assistente Social	2	0,2%	9	0,5%	9	0,5%
	Enfermeiro	270	23,0%	257	15,2%	271	16,2%
	Farmacêutico	4	0,3%	15	0,9%	18	1,1%
	Fisioterapeuta	48	4,1%	83	4,9%	88	5,3%
	Fonoaudiólogo	0	0,0%	4	0,2%	4	0,2%
	Médico	51	4,3%	110	6,5%	135	8,1%
	Nutricionista	13	1,1%	20	1,2%	21	1,3%
	Psicólogo	1	0,1%	5	0,3%	6	0,4%
	Técnico Enfermagem, Laboratório, Radiologia	482	41,0%	650	38,4%	598	35,8%
*Demais profissionais	305	25,9%	538	31,9%	521	31,1%	
Setor de trabalho no hospital	Internação Cirúrgica	73	6,2%	186	11,0%	192	11,5%
	Internação Clínica	140	11,9%	214	12,6%	223	13,4%
	Internação Maternidade	68	5,8%	103	6,1%	92	5,5%
	Terapia Intensiva	325	27,6%	435	25,7%	428	25,6%
	Centros Cirúrgicos	92	7,8%	157	9,3%	146	8,7%
	Emergência	87	7,4%	143	8,5%	139	8,3%
	SADT	120	10,2%	205	12,1%	192	11,5%
	**Outras áreas	271	23,0%	248	14,7%	259	15,5%
*Demais profissionais: é representado por gerentes, coordenadores, supervisores, encarregados, recepcionistas, ascensoristas, agentes de portaria, auxiliares e técnicos administrativos, equipes de higienização e de auxiliares de serviços gerais.							

Fonte: Dados do estudo

Gráfico 2 - Percentual de adesão à pesquisa em relação ao número total de profissionais na função



Fonte: Dados do estudo

Quanto às características sociodemográficas dos profissionais (Quadro 1), destaca-se que, com relação ao tempo de trabalho no hospital, evidenciaram-se dois grupos principais nos anos pesquisados, um, de um a cinco anos na instituição representados em 2013, 2017 e 2018, respectivamente, por 48,7%, 45,2% 37,6% e, outro, de seis a 10 anos, por 22,3%, 26,9%, 32,2%. No que se refere ao tempo em que atuam na mesma unidade de trabalho, percebe-se também o destaque percentual dos mesmos grupos citados, de um a cinco anos (50,2%, 43,8%, 35,8%); de seis a 10 anos (24,4%, 26,7%, 31,2%). Entre os participantes dessa pesquisa, a maioria diz ter interação direta com os pacientes no desempenho das suas funções, cujo quantitativo de respostas positivas entre os anos caracterizou-se por 84,8% (2013), 78,8% (2017), 77,6% (2018).

Ao analisar a categoria profissional, observa-se a predominância da participação dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde e que estão diretamente envolvidos no processo assistencial (assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e técnico de enfermagem), representando um percentual de 74,1% (2013), 68,1% (2017) e 70,2 % (2018). O grupo “demais profissionais” está representado por

lideranças administrativas, encarregados, recepcionistas, ascensoristas, agentes de portaria, auxiliares e técnicos administrativos, equipes de higienização e auxiliares de serviços gerais.

Após análise preliminar das participações das diversas categorias que estão diretamente envolvidas no processo do cuidar (assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e técnicos de enfermagem), considerando o número total de profissionais no quadro funcional para cada função (Gráfico 02), percebe-se que os médicos parecem diferir das demais nesse quesito. Sendo assim, ao comparar o percentual médico de participação em relação aos outros profissionais durante os anos da pesquisa, respectivamente, obteve-se os seguintes resultados: 2013 (24,6% vs. 66,8%; $p < 0.001$), 2017 (51,9% vs. 83%; $p < 0.001$) e 2018 (57,9% vs. 77,7%; $p < 0.001$), indicando uma menor participação destes profissionais quando comparado ao restante dos integrantes da equipe nos diferentes anos. Porém, ao analisar apenas o percentual de participação dos médicos ao longo dos anos estudados, observa-se um crescimento significativo na comparação entre 2013 e 2018 respectivamente (24,6% vs. 57,9%; $p < 0.001$).

Ao analisar os setores do hospital a que os pesquisados pertenciam em 2013, 2017 e 2018, respectivamente, observa-se que a maior parte deles trabalha nas unidades que prestam assistência direta aos pacientes, tais como Terapia intensiva (27,6%, 25,7%, 25,6%); Internação clínica (11,9%, 12,6%, 13,4%); SADT – Serviço de apoio diagnóstico terapêutico (10,2%, 12,1%, 11,5%); Centros cirúrgicos (7,8%, 9,3%, 8,7%); Emergência (7,4%, 8,5%, 8,3%); Internação cirúrgica (6,2%, 11,0%, 11,5%); Internação maternidade (5,8%, 6,1%, 5,5%). O grupo representado por “Outras áreas” é composto por profissionais das áreas administrativas e de apoio do hospital que, por serem várias e, individualmente, apresentarem um percentual pequeno, foram agrupadas nessa opção.

5.3 Avaliação da cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais por grupo de dimensões

No que diz respeito às dimensões da cultura de segurança do paciente, serão apresentados os resultados dos percentuais gerais e por item (pergunta) de

respostas positivas por dimensões, nos anos estudados, separadas nos seguintes grupos: relativo à unidade de trabalho do profissional; relativo ao hospital; relativo aos resultados da cultura de segurança do paciente.

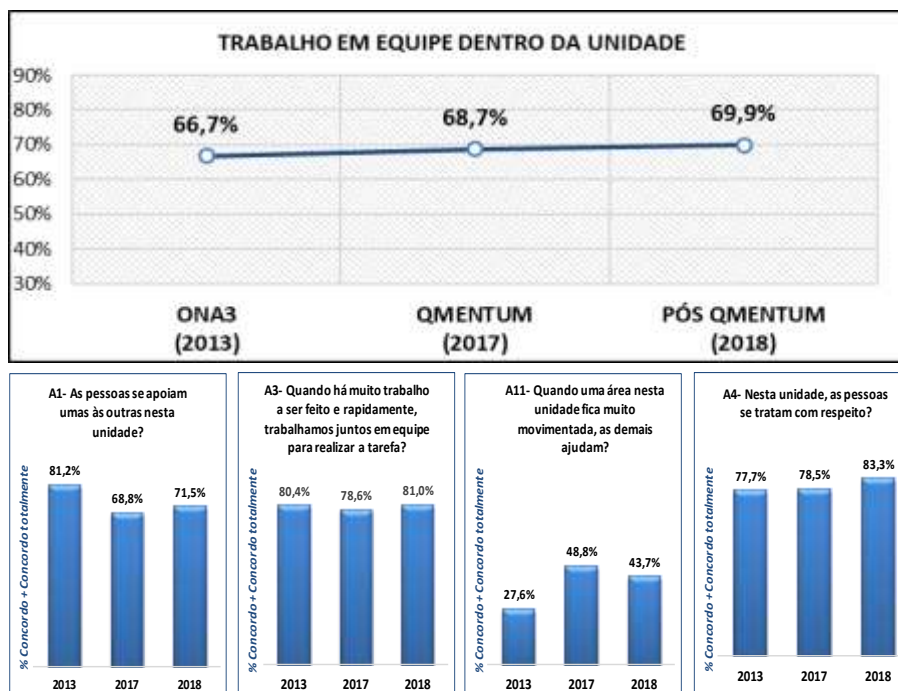
Todas as comparações entre os anos de 2013 vs. 2018 relacionadas ao aumento das taxas de repostas positivas, mostraram-se significativas ($p < 0,05$) em todas as dimensões que serão apresentadas a seguir, exceto na dimensão Adequação de profissionais.

5.3.1 Dimensões relativas à unidade de trabalho do profissional

Esse grupo representa as dimensões compostas por itens relacionados à unidade em que o profissional exerce a sua função no hospital, sendo composto por sete dimensões: Trabalho em equipe dentro da unidade; Melhoria contínua/aprendizado institucional; Adequação de profissionais; Resposta não punitiva aos erros; Participação do líder na promoção da segurança do paciente; Feedback e comunicação sobre os erros; Abertura para a comunicação.

5.3.1.1 Trabalho em equipe dentro da unidade

Gráfico 3 - Percentual de respostas positivas da dimensão trabalho em equipe dentro da unidade

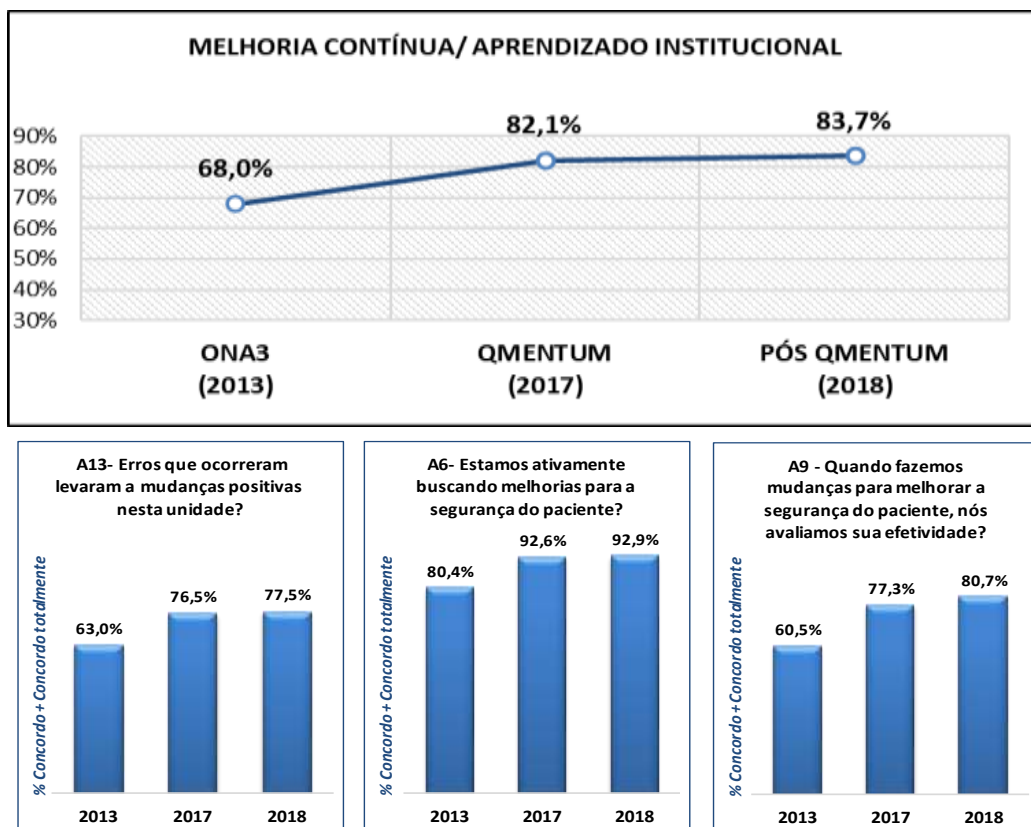


Fonte: Dados do estudo

Essa dimensão avaliou o trabalho em equipe dentro de uma mesma unidade durante os anos, sendo representada pelos seguintes percentuais de respostas positivas: 66,7% (2013), 68,7% (2017) e 69,9% (2018). Houve significância nas comparações realizadas entre os anos 2013 e 2017 (66,7% vs. 68,7%; $p < 0,05$), mostrando um avanço depois da conquista da acreditação Qmentum. Não houve significância estatística entre os anos de 2017 e 2018 (68,7% vs. 69,9%; $p > 0,05$).

5.3.1.2 Melhoria contínua/ Aprendizado institucional

Gráfico 4 - Percentual de respostas positivas da dimensão melhoria contínua/ aprendizado institucional



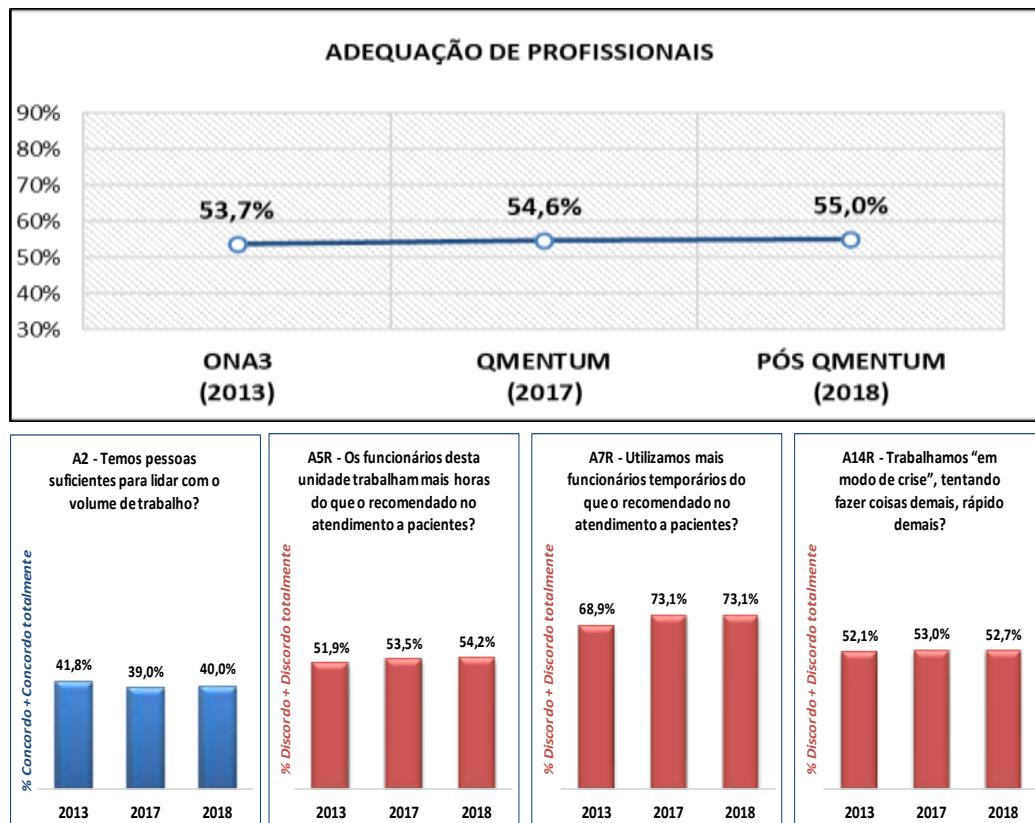
Fonte: Dados do estudo

Na dimensão “Melhoria contínua/ Aprendizado institucional”, avaliou-se o aprendizado das equipes a partir dos erros que resultaram em mudanças positivas. Os resultados percentuais de respostas positivas para os anos estudados foram: 68,0% (2013); 82,1% (2017) e 83,7% (2018). Houve significância na comparação entre os anos 2013 e 2017 (68,0% vs. 82,1%; $p < 0,05$). O aumento percentual de

resposta positivas entre os anos 2017 e 2018 não se demonstrou significativo (82,1% vs. 83,7%; $p>0,05$). Essa dimensão atingiu o patamar de fortaleza ($\geq 75\%$) a partir da conquista da certificação Qmentum.

5.3.1.3 Adequação de profissionais

Gráfico 5 - Percentual de respostas positivas da dimensão adequação de profissionais

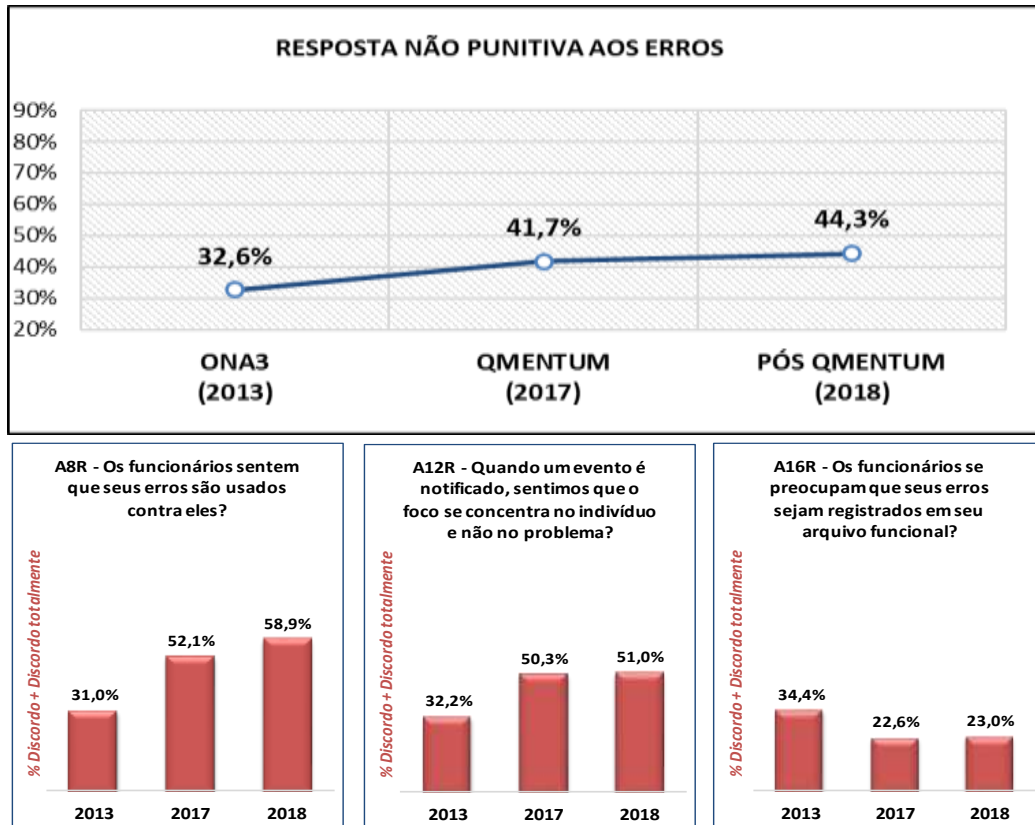


Fonte: Dados do estudo

Essa dimensão avaliou as questões relacionadas ao dimensionamento dos recursos humanos na unidade de trabalho do profissional, demonstrando os seguintes percentuais para as respostas positivas: 53,7% (2013), 54,6% (2017) e 55,0% (2018). Nos confrontos entre os anos estudados, não houve significância estatística em nenhum dos períodos comparados (53,7% vs. 54,6% vs. 55,0%; $p>0,05$). O resultado geral manteve-se no patamar de neutralidade (50% – 74%) independentemente da progressão dos níveis de acreditação.

5.3.1.4 Resposta não punitiva aos erros

Gráfico 6 - Percentual de respostas positivas da dimensão resposta não punitiva aos erros

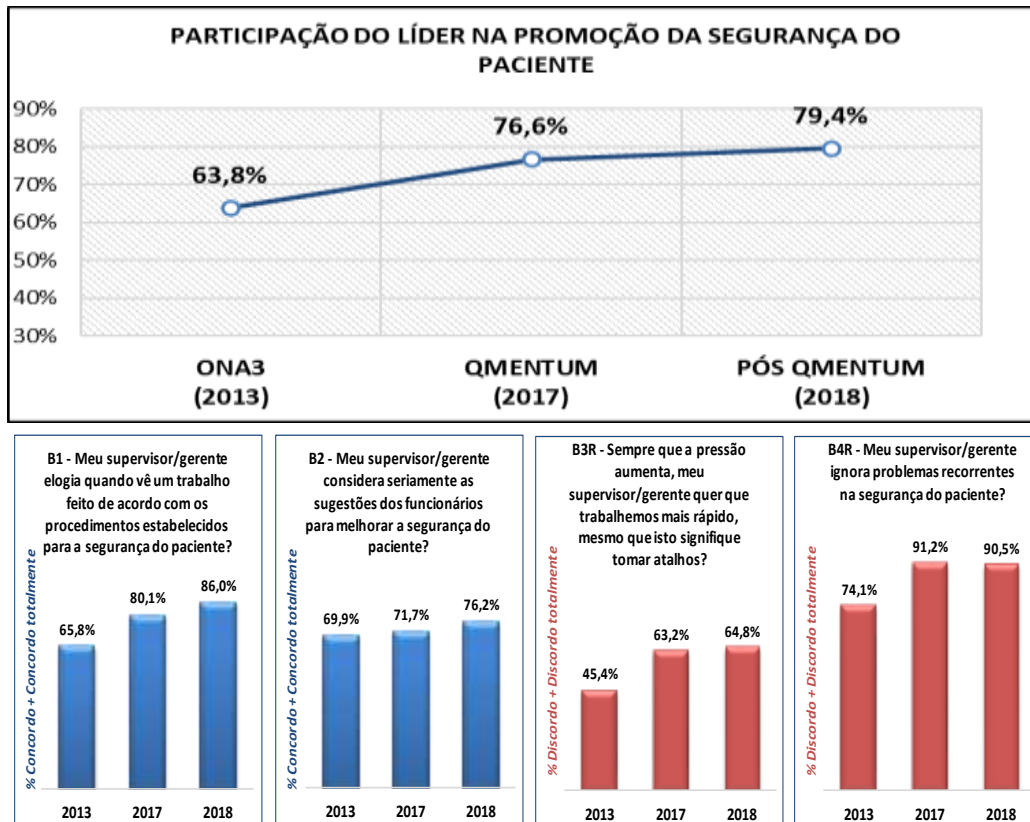


Fonte: Dados do estudo

Essa dimensão avalia a percepção dos profissionais sobre os erros por eles cometidos e os seus desdobramentos. As respostas positivas estão representadas pelos seguintes valores: 32,6% (2013), 41,7% (2017), 44,3% (2018), constatando ser uma área de fragilidade, na cultura de segurança (<50%). Quando comparamos os resultados dos anos estudados, percebemos um crescimento significativo, entre todos os períodos, durante a evolução do processo de acreditação (32,6% vs. 41,7% vs. 44,3%; $p < 0,05$).

5.3.1.5 Participação do líder na promoção da segurança do paciente

Gráfico 7 - Percentual de respostas positivas da dimensão participação do líder na promoção da segurança do paciente

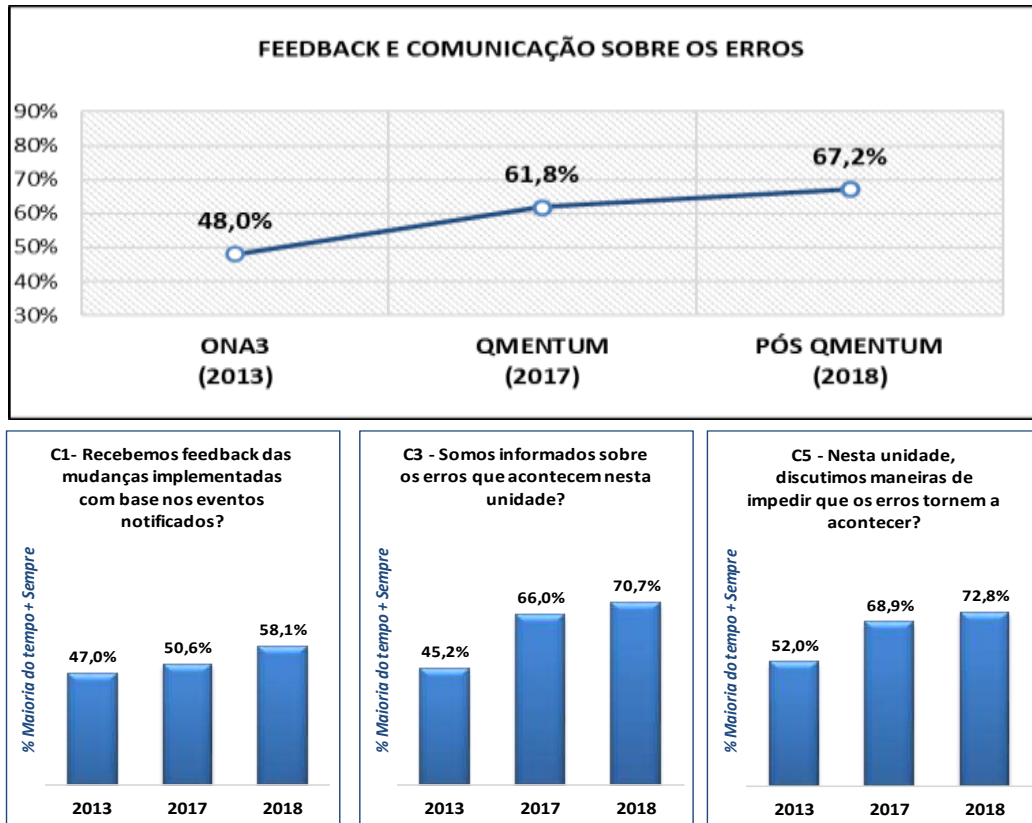


Fonte: Dados do estudo

A dimensão “Participação do líder na promoção da segurança do paciente” demonstra aspectos relacionados à interação dos líderes com seus liderados, a fim de melhorar a segurança do paciente. No ano 2013, era considerada como zona de neutralidade, na cultura de segurança (50% – 74%), com um quantitativo percentual geral para a dimensão de 63,8% de respostas positivas. A partir do ano 2017, com o atingimento da Acreditação Hospitalar Qmentum, o seu percentual subiu para 76,6% e, em 2018, para 79,4%, passando a ser uma área forte na cultura de segurança (>75%). Ao compararmos o percentual geral de repostas positivas esperadas para a dimensão entre os anos, percebemos um crescimento significativo em todas as comparações (63,8% vs. 76,6% vs. 79,4%; $p < 0,05$).

5.3.1.6 Feedback e comunicação sobre os erros

Gráfico 8 - Percentual de respostas positivas da dimensão feedback e comunicação sobre os erros

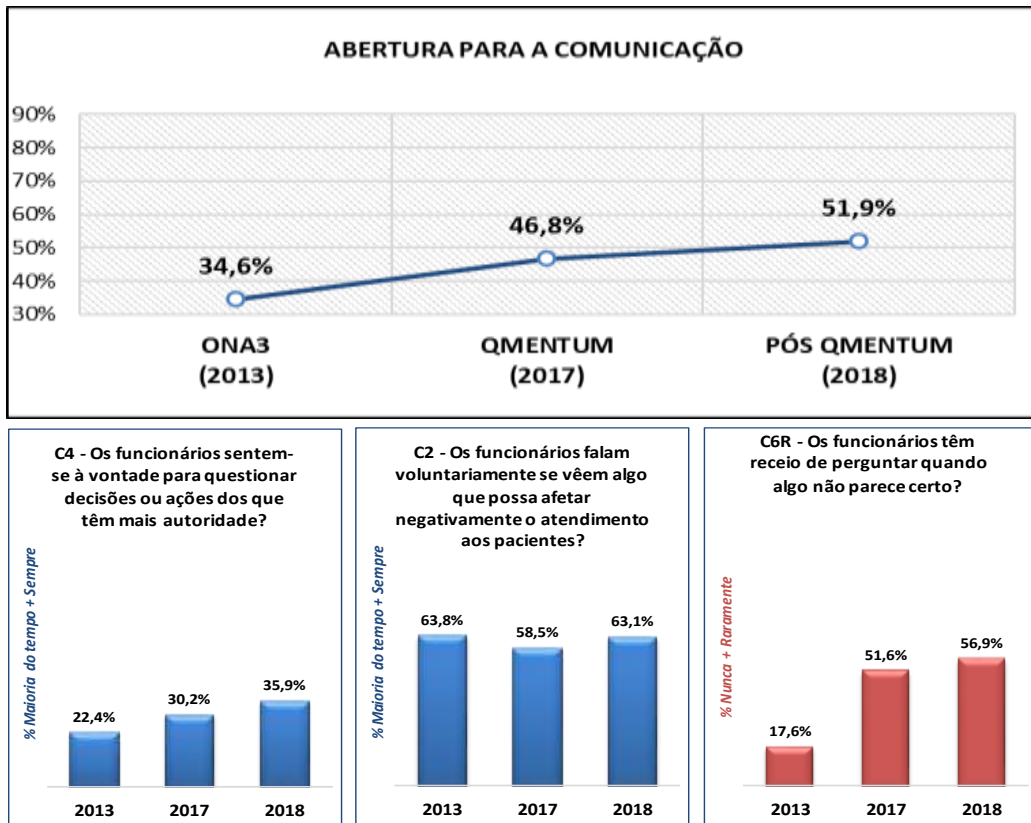


Fonte: Dados do estudo

Essa dimensão avalia as ocorrências e as tratativas das notificações, quando erros ocorrem, e tem como resultado percentual geral das respostas positivas os valores de 48,0% (2013), 61,8% (2017) e 67,2% (2018), demonstrando um aumento percentual significativo ao longo dos anos estudados com a evolução do nível de acreditação hospitalar (48,0% vs. 61,8% vs. 67,2%; $p < 0,05$).

5.3.1.7 Abertura para a comunicação

Gráfico 9 - Percentual de respostas positivas da dimensão abertura para a comunicação



Fonte: Dados do estudo

Na dimensão “Abertura para a comunicação”, é analisado se os profissionais têm liberdade para conversar com seus líderes sobre erros que podem afetar negativamente o paciente, e tem como resultado percentual geral das respostas positivas os valores 34,6% (2013), 46,8% (2017) e 51,9% (2018), demonstrando um aumento percentual significativo em todas as comparações realizadas ao longo dos anos estudados com a evolução do nível de acreditação hospitalar (34,6% vs. 46,8% vs. 51,9%; $p < 0,05$), saindo da zona de fragilidade (<50%) a partir de 2018.

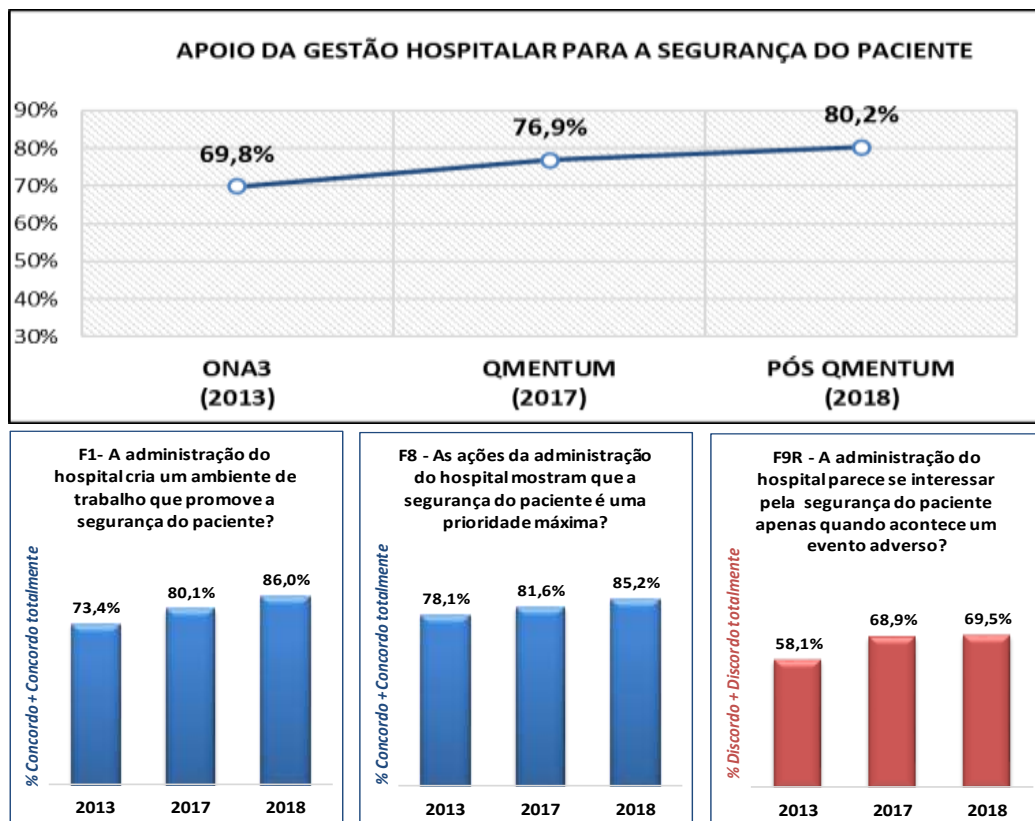
5.3.2 Dimensões relativas ao hospital

Esse grupo representa as dimensões compostas por itens relacionados às questões gerais do hospital como gestão e interação entre as unidades da instituição, sendo

composto por três dimensões: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; Trabalho em equipe entre as unidades; Passagens de plantão/turno e transferências internas.

5.3.2.1 Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente

Gráfico 10 - Percentual de respostas positivas da dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente

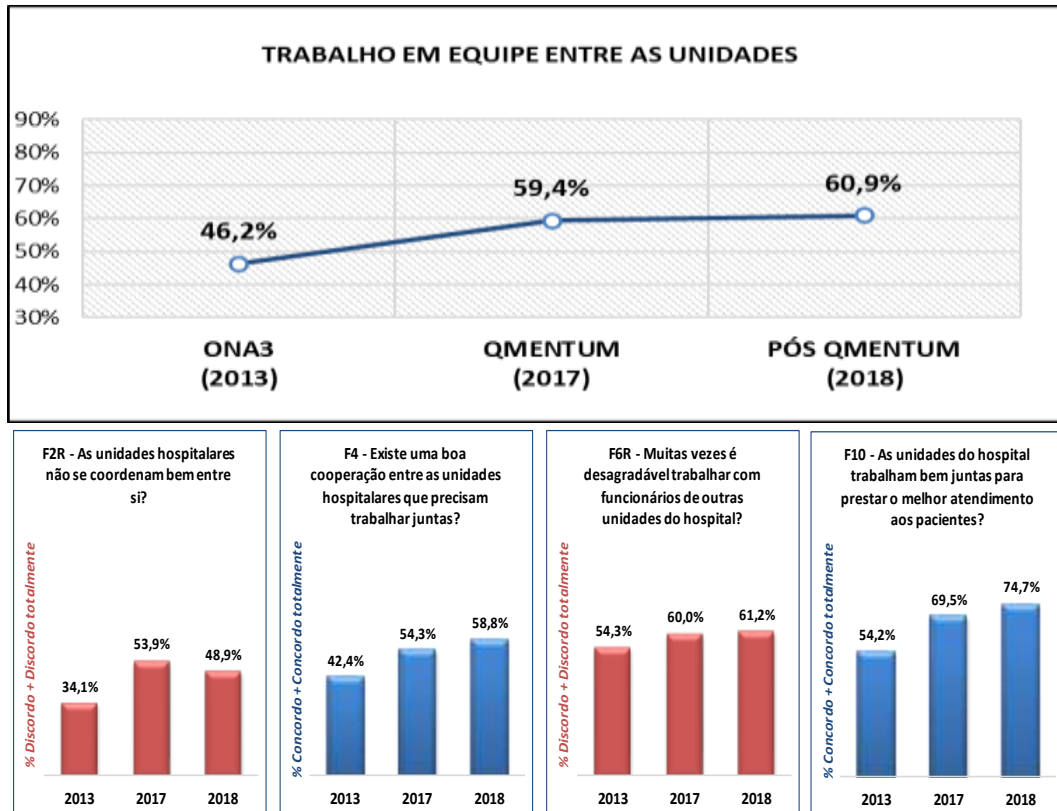


Fonte: Dados do estudo

A dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” avalia se a gestão hospitalar considera a segurança do paciente com uma prioridade e propicia um clima de trabalho favorável à manutenção de um ambiente seguro. O percentual geral de respostas positivas foi de 69,8% (2013), 76,9% (2017) e de 80,2% (2018), apresentando um aumento significativo em todas as comparações estatísticas realizadas entre os anos estudados (69,8% vs. 76,9% vs. 80,2%; $p < 0,05$), atingindo a zona de fortaleza, para a cultura de segurança do paciente, a partir de 2017 (>75%).

5.3.2.2 Trabalho em equipe entre as unidades

Gráfico 11 - Percentual de respostas positivas da dimensão trabalho em equipe entre as unidades

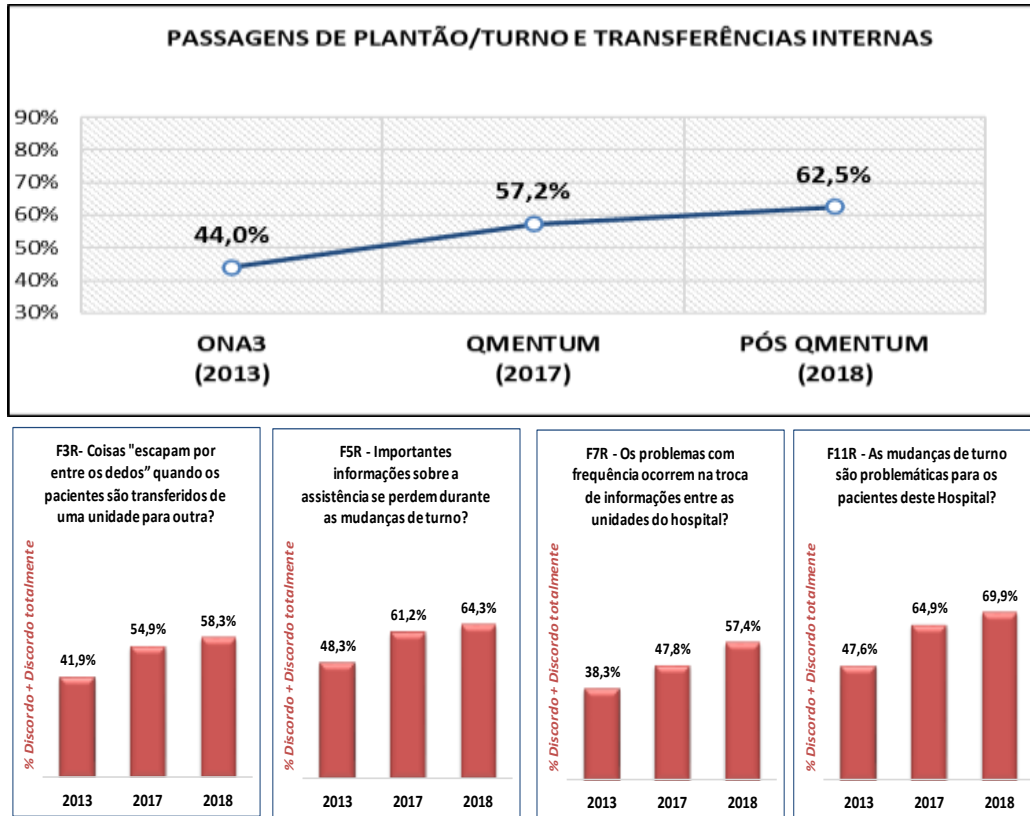


Fonte: Dados do estudo

Na dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades”, é avaliado se existe ajuda mútua entre as unidades do hospital buscando oferecer uma assistência com menos riscos aos pacientes. As respostas positivas foram representadas, percentualmente, por 46,2% (2013), 59,4% (2017) e 60,9% (2018). Essa dimensão, em 2013, encontrava-se em zona de fragilidade (<50%), para a cultura de segurança do paciente, demonstrando um crescimento significativo depois da conquista da Qmentum, em 2017 (46,2% vs. 59,4%; $p < 0,05$), não houve significância estatística na comparação entre os anos de 2017 e 2018 (59,4% vs. 60,9%; $p > 0,05$).

5.3.2.3 Passagens de plantão/turno e transferências internas

Gráfico 12 - Percentual de respostas positivas da dimensão passagens de plantão/turno e transferências internas



Fonte: Dados do estudo

A dimensão demonstrada acima analisa se existe perda de informações relevantes dos pacientes durante as transferências entre unidades no hospital. O percentual geral de respostas positivas foi de 44,0% (2013), 52,7% (2017) e de 62,5% (2018). Todas as comparações estatísticas do crescimento percentual das repostas positivas entre os anos estudados foram significativas (44% vs. 52,7% vs. 62,5%; $p < 0,05$). Observa-se que esta dimensão deixa de ser zona de fragilidade na transição entre ONA3 para a Qmentum

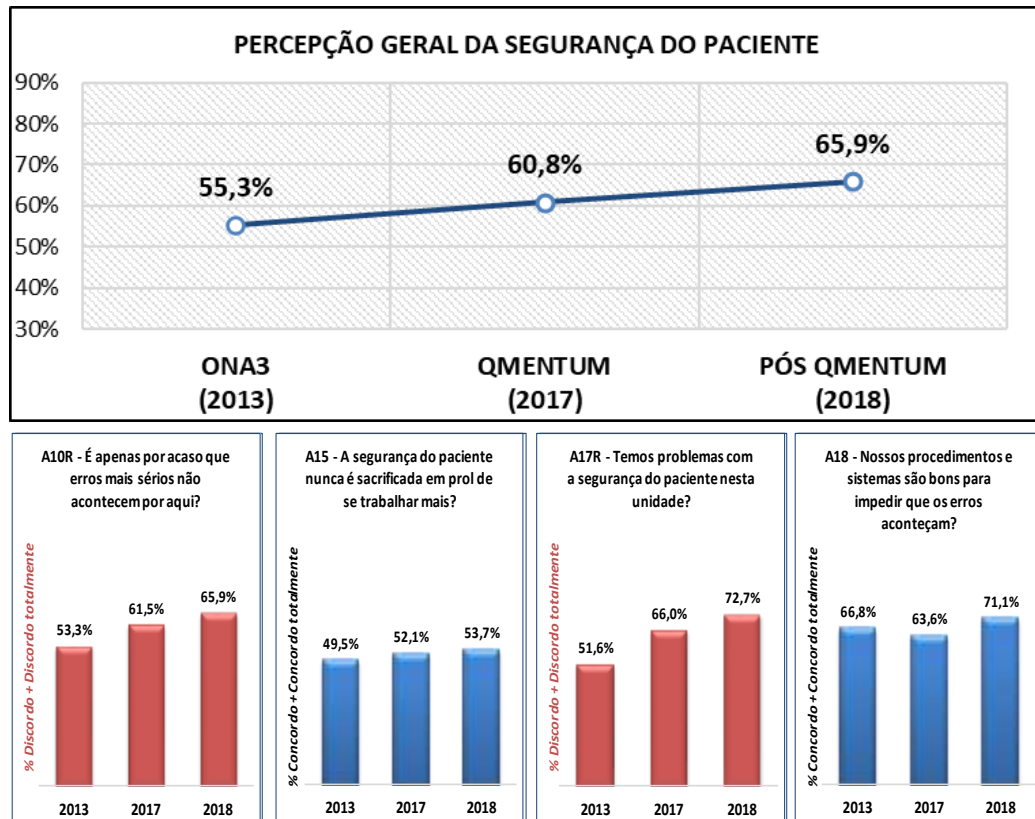
5.3.3 Dimensões relativas aos resultados da cultura de segurança do paciente

Esse grupo representa as dimensões compostas por itens relacionados às questões gerais de segurança do paciente como gestão do risco e notificação de eventos,

sendo composto por duas dimensões: Percepção geral da segurança do paciente; Frequência de notificação de eventos.

5.3.3.1 Percepção geral da segurança do paciente

Gráfico 13 - Percentual de respostas positivas da dimensão percepção geral da segurança do paciente

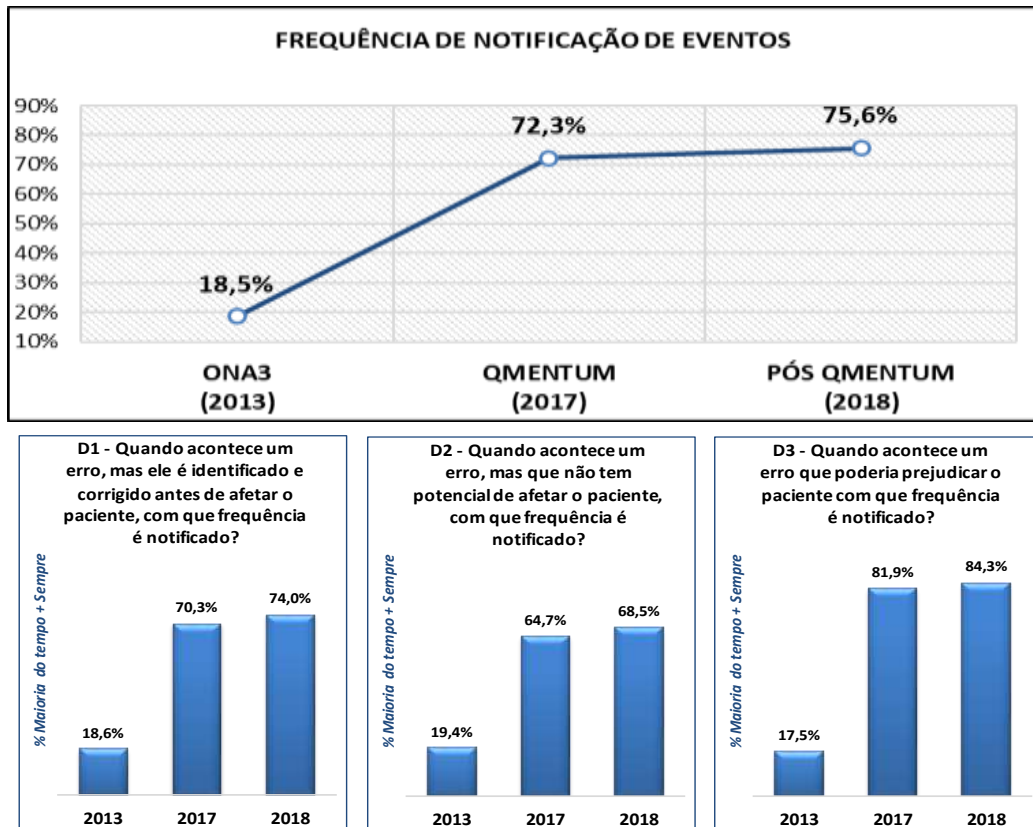


Fonte: Dados do estudo

Na dimensão “Percepção geral da segurança do paciente”, são avaliados se os sistemas e procedimentos que existem na instituição evitam que incidentes ocorram. O resultado percentual geral das respostas positivas apresenta-se através dos valores de 55,3% (2013), 60,8% (2017) e 65,9% (2018), demonstrado um aumento percentual significativo em todas as comparações realizadas ao longo dos anos estudados com a evolução dos níveis da acreditação hospitalar (55,3% vs. 60,8% vs. 65,9%; $p < 0,05$).

5.3.3.2 Frequência de notificação de eventos

Gráfico 14 - Percentual de respostas positivas da dimensão frequência de notificação de eventos



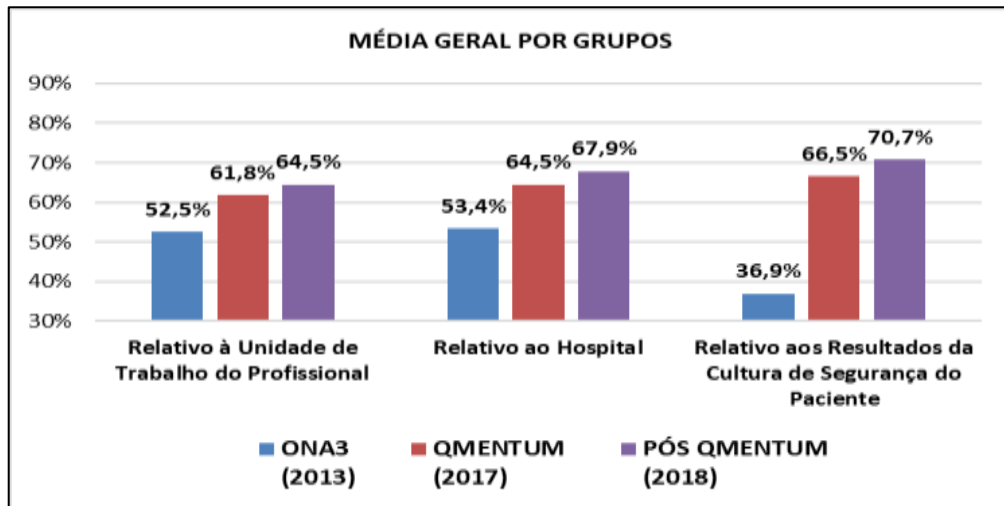
Fonte: Dados do estudo

A dimensão acima representada trata sobre relato de eventos notificados e erros que foram identificados e corrigidos antes de afetar os pacientes. Percebe-se uma evolução significativa na comparação entre os anos estudados, chamando a atenção para o fato de que, em 2013, existia uma grande fragilidade no percentual de respostas positivas, representadas por 18,5%, superado depois da conquista da Qmentum, em 2017, alcançando 72,3%, e consolidado, em 2018, com o percentual de 75,6%, passando a integrar uma área de fortaleza, na cultura de segurança do paciente. O aumento de respostas positivas entre todos os anos estudados foi significativo (18,5% vs. 72,3% vs. 75,6%; $p < 0,05$).

5.4 Média geral por grupos

O gráfico abaixo representa a média geral das respostas positivas por grupos de dimensões durante os anos estudados.

Gráfico 15 - Média geral das respostas positivas por grupos de dimensões



Grupos	Dimensões
Relativo à Unidade de Trabalho do Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe dentro da unidade; • Melhoria contínua/ aprendizado institucional; • Adequação de profissionais; • Resposta não punitiva aos erros; • Participação do líder na promoção da segurança do paciente; • Feedback e comunicação sobre os erros; • Abertura para a comunicação;
Relativo ao Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; • Trabalho em equipe entre as unidades; • Passagens de plantão/ turno e transferências internas.
Relativo aos Resultados da Cultura de Segurança do Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção geral da segurança do paciente; • Frequência de notificação de eventos.

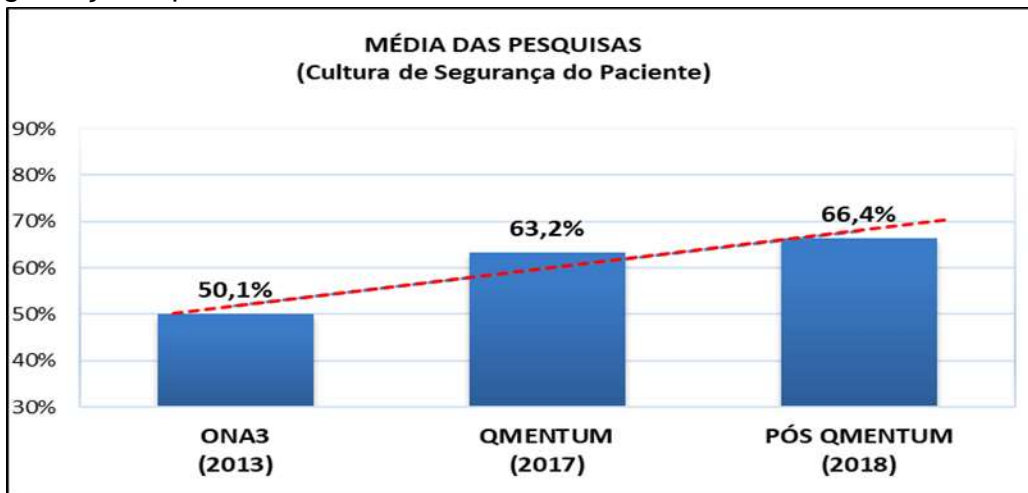
Fonte: Dados do estudo

O grupo Unidade de trabalho do profissional tem como percentual médio de respostas positivas para as 24 perguntas que compõem as sete dimensões os valores de 52,5% (2013), 61,8% (2017) e 64,5% (2018). O grupo do hospital tem como percentual médio de respostas positivas para as 11 perguntas que compõem as três dimensões os valores de 53,4% (2013), 64,5% (2017) e 67,9% (2018). O grupo dos resultados da cultura de segurança do paciente tem como percentual médio de respostas positivas para as sete perguntas que compõem as duas

dimensões os valores de 36,9% (2013), 66,5% (2017) e 70,7% (2018). Todos os grupos demonstraram um aumento percentual significativo ao longo dos anos estudados com a evolução dos níveis da acreditação hospitalar ($p < 0,05$).

5.5 Média geral da pesquisa de cultura de segurança do paciente

Gráfico 16 - Média geral das respostas positivas da pesquisa de cultura de segurança do paciente



Fonte: Dados do estudo

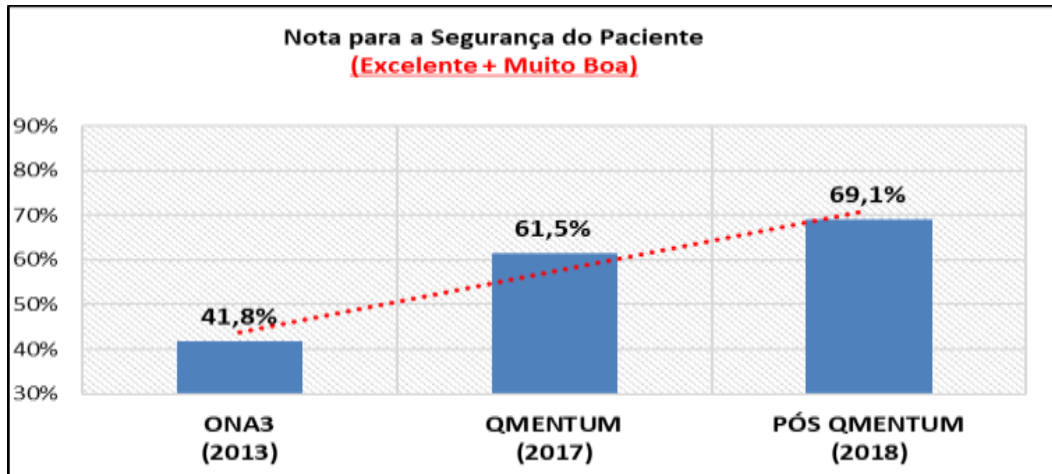
O percentual médio de respostas positivas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões de cultura de segurança do paciente para a população da pesquisa foi de 50,1% (2013), 63,2% (2017) e 66,4% (2018), demonstrado um aumento percentual de respostas positivas significativo em todas as comparações estatísticas realizadas entre os anos estudados com a evolução dos níveis da acreditação hospitalar (50,1% vs. 63,2% vs. 66,4%; $p < 0,05$).

5.6 Medidas de resultado de itens únicos

As medidas de resultado de itens únicos (nota para a segurança do paciente e notificação de eventos) não são consideradas como itens que compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente pela metodologia aplicada pela AHRQ, portanto, não são somados na média geral da pesquisa e, por esse motivo, são apresentadas, separadamente, a seguir.

5.6.1 Nota para a segurança do paciente

Gráfico 17 - Percentual das respostas positivas no item nota para a segurança do paciente

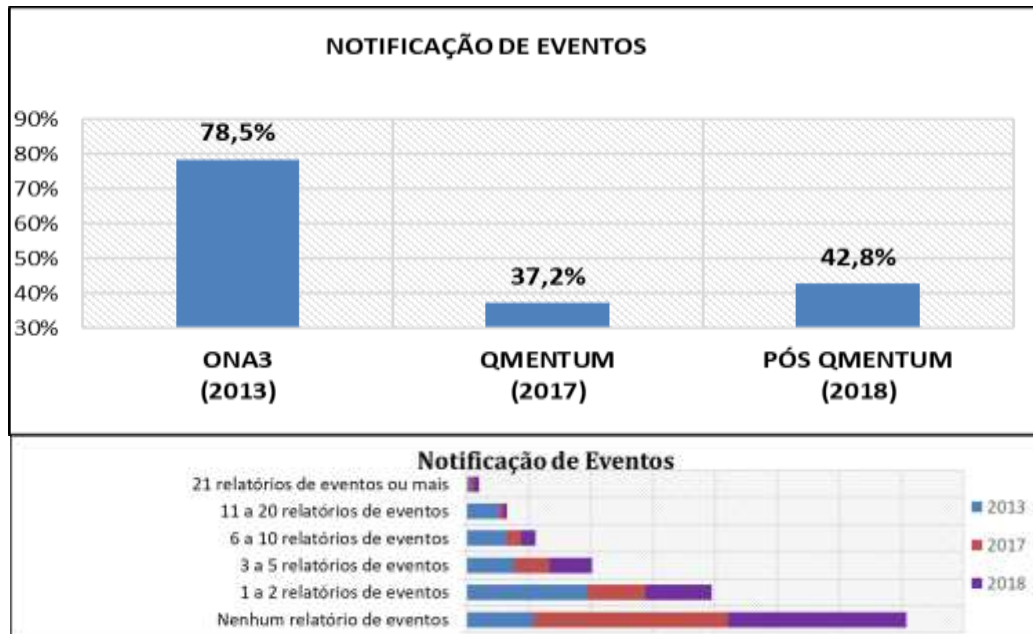


Fonte: Dados do estudo

Nessa seção, os participantes poderiam atribuir a sua área/unidade de trabalho hospitalar um conceito geral/nota relacionado à segurança do paciente, podendo optar por uma das seguintes opções: excelente, muito boa, satisfatória, ruim e muito ruim. No ano 2013, esse ponto era considerado como zona de fragilidade, na cultura de segurança (<50%), com um quantitativo percentual geral das respostas consideradas positivas para a dimensão (excelente e muito boa) de 41,8%. No ano 2017, com o atingimento da Acreditação Hospitalar Qmentum, o seu percentual subiu para 61,5% e, em 2018, com a consolidação do processo, atingiu 69,1%. Houve um crescimento significativo entre todos os anos estudados (41,8% vs. 61,5% vs. 69,1%; $p < 0,05$).

5.6.2 Notificação de eventos

Gráfico 18 - Percentual das respostas positivas no item notificação de eventos



Fonte: Dados do estudo

Com relação aos resultados percentuais para a pergunta *nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e enviou?* foram consideradas como positivas as repostas a partir de 1 a 21 relatórios de evento ou mais. No ano 2013, esse percentual foi de 78,5 %, em 2017 de 37,2% e, em 2018, de 42,8%. Nota-se um decréscimo significativo entre o ano 2013 e os demais anos comparados (78,5 %, vs. 37,2% vs. 42,8%; $p < 0,05$), assim como um crescimento relevante entre 2017 e 2018 (37,2% vs. 42,8%; $p < 0,05$).

6 DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado em um hospital geral, através da comparação de três bancos de dados anonimizados, em diferentes momentos do processo de acreditação hospitalar, com variáveis das pesquisas de Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC). Na discussão dos resultados, a seguir apresentados, buscou-se avaliar o comportamento das dimensões da cultura de segurança do paciente a cada progressão dessa certificação de qualidade.

A busca por estudos com características semelhantes ao do objeto dessa pesquisa produziu poucos resultados, impossibilitando comparações com realidades equivalentes. Por outro lado, evidencia alguns aspectos de originalidade dessa dissertação.

6.1 Índice de respostas das pesquisas

Tendo em vista a orientação da AHRQ de que sejam alcançados, no mínimo, 50% de respostas do total da amostra (83), podemos considerar representativo o percentual desta pesquisa, já que ele ficou acima de 50%. Outros estudos apresentaram taxas de respostas semelhantes, como na Palestina, em 2013, com 51%; na Arábia Saudita, em 2015, com 56% e, nos EUA, em 2018, com 54%. (116-118)

6.2 Características sociodemográficas dos profissionais

Com relação às características sociodemográficas dos profissionais, percebemos que, nos quesitos tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho em uma mesma unidade, existem dois grupos que se destacam: os que trabalham de um a cinco anos e os que trabalham de seis a 10 anos na instituição. O tempo de exercício em uma organização é considerado um indicador relevante para as ações de segurança do paciente, pois diz respeito à rotatividade das equipes que, quando elevada, pode vir a prejudicar a continuidade da assistência do paciente (119). Nosso hospital apresentou índices anuais de turnover (relação entre admissões e desligamentos e o total de efetivos), nos anos estudados, menores que 1,8%,

demonstrando uma baixa rotatividade de profissionais nesses períodos. Quando comparamos esses dados aos do Observatório ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados), nos mesmos anos, percebemos que esses índices são semelhantes. (120)

A maior parte dos participantes afirmou ter contato direto com os pacientes na função que executa, reforçando a predominância no estudo da participação dos profissionais que estão diretamente envolvidos no processo do cuidar (assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e técnicos de enfermagem em geral). No estudo americano, realizado em 2018, a estatística foi de 78%, resultado semelhante ao do nosso estudo, no mesmo ano(118).

Após análise das participações das diversas categorias que compõe a equipe assistencial, considerando o número total de profissionais no quadro funcional para cada função, percebe-se que os médicos apresentam uma menor participação quando comparado aos demais integrantes da equipe nos diferentes anos. Porém, quando comparamos individualmente a participação médica ao longo dos anos, percebemos um aumento percentual importante a partir de 2017. Engajar os médicos nos processos de melhoria da qualidade e segurança do paciente é um grande desafio para as organizações de saúde no mundo. Uma pesquisa realizada em 2019, nos Estados Unidos, com 706 executivos (líderes e médicos), 44% responderam que sua instituição não possuía estratégias definidas para o envolvimento do corpo clínico, enquanto 18% não sabiam da existência de qualquer orientação nesse sentido(121). Sendo assim, os gestores hospitalares precisam descobrir maneiras de motivar os médicos para que se insiram nos processos de qualidade, uma vez que essa experiência demonstra que aqueles que se comprometem participam de modo criativo, melhoram a efetividade no trabalho e propiciam um ambiente mais seguro para execução de suas atividades(122).

Quando abordado aos profissionais sobre a unidade em que trabalham, observa-se, na nossa pesquisa, um destaque percentual para a unidade de terapia intensiva, o que pode estar relacionado ao fato de o nosso hospital possuir cinco dessas

unidades, totalizando 129 leitos e representando um grande número de participantes dessas unidades.

6.3 Avaliação da cultura de segurança

A taxa média geral de respostas positivas para as dimensões de cultura de segurança deste estudo variou de 50,1 a 66,4%, nos anos pesquisados. No ano 2008, Taiwan realizou um trabalho em 74 hospitais e demonstrou uma taxa geral de 64% (123). O Irã, em 2017, em um hospital particular, certificado pela Joint Commission International, obteve 58%, percentual esse inferior ao estudo da AHRQ, realizado em 2018, em 630 hospitais americanos, que apresentou 65% de percentual de respostas positivas (118, 124).

Nos EUA, o processo de avaliação de qualidade em hospitais iniciou-se em 1918. Na década de 1960, mais de 90% dos hospitais americanos possuíam selos de acreditação (12). Em Taiwan, foi implementada a metodologia da acreditação hospitalar em 1978 e, em 2011, quase 100% dos seus hospitais possuíam esse tipo de qualificação (125).

O Brasil iniciou o processo de acreditação hospitalar em 1999. Em 2015, apenas 6,6% dos 6.154 hospitais brasileiros possuíam algum tipo de acreditação, podendo isso estar associado à inexistência de leis ou incentivos por parte dos governos e das operadoras de saúde que estimulem as instituições a buscarem a certificação. Essa reflexão ressalta o importante papel que o processo de acreditação teve em nossa instituição ao longo da sua evolução, aumentando sua taxa geral de repostas positivas na percepção institucional da cultura de segurança do paciente, por meio da progressão do seu processo metodológico, equiparando-se a taxas de países que aplicam esse método há muito tempo, tornando-se já um processo orgânico nas suas organizações(53).

Os estudos avaliados na literatura, em outros países, como EUA e Taiwan, apresentaram valores de taxa geral de 65% e 64%, respectivamente, semelhantes ao resultado encontrado no nosso(115,123). A maioria das pesquisas encontradas é realizada com conglomerados de hospitais, o que pode ter sido influenciado por

valores extremos em diversas instituições, os quais não são percebidos quando fazemos a média dessas taxas. O nosso trabalho retrata os resultados de uma única organização, não estando ele sujeito a falácias encontradas em estudos de agrupamento.

Ressaltamos que grande parte das pesquisas que encontramos na literatura, realizadas em diversos países, foram aplicadas apenas em um único momento, exceto nos Estados Unidos, onde a AHRQ as realiza a cada dois anos. O fato de a HSOPS ter sido desenvolvida lá torna o seu uso mais difundido, o que também pode justificar a ocorrência de as pesquisas americanas terem um tamanho amostral maior que os demais países.

No geral, a maioria das dimensões no nosso estudo apresentou crescimento significativo ao longo do alcance dos diferentes níveis de acreditação durante os anos estudados, obtendo uma avaliação positiva dos participantes para a cultura de segurança do paciente, com ênfase para aquelas que atingiram a zona de força com os percentuais de respostas positivas acima de 75%. São elas: “Melhoria contínua/Aprendizado institucional”, “Participação do líder na promoção da segurança do paciente”, “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” e “Frequência de notificação de eventos”.

As dimensões que saíram da zona de fragilidade (<50%) a partir da conquista da Qmentum foram: “Feedback e comunicação sobre os erros”, “Abertura para a comunicação”, “Trabalho em equipe entre as unidades” e “Passagens de plantão/turno e transferências internas”. Apenas a dimensão “Resposta não punitiva aos erros” permaneceu na zona de fragilidade, com os percentuais de respostas positivas abaixo de 50%, apesar de apresentar um crescimento significativo das taxas, nos anos estudados, demonstrando uma tendência de melhora.

Dos estudos avaliados, nenhum deles apresentou mais que três dimensões como zona de força na cultura de segurança do paciente, mas tiveram, pelo menos, duas delas na zona de fragilidade(115,118,123,126). Cabendo registrar uma exceção a um estudo brasileiro de 2007, realizado em 16 hospitais acreditados no estado de São Paulo, que avaliou a cultura de segurança com 60 profissionais exercentes de

cargos de liderança administrativa ou assistencial, no qual, das 12 dimensões analisadas, nove estavam em zona de fortaleza. É possível que os percentuais elevados obtidos no estudo estejam associados à inclusão apenas das organizações certificadas e todos os participantes sejam gestores nas instituições em que trabalham, sendo, habitualmente, os primeiros envolvidos nas etapas a serem conquistadas no processo de acreditação hospitalar(127).

Nos aspectos referentes às dimensões de fortaleza relativas à unidade de trabalho do profissional, observa-se que “Melhoria contínua/Aprendizado institucional” e “Participação do líder na promoção da segurança do paciente” atingiram esse patamar logo depois da certificação internacional. Vale a pena comentar que essas dimensões, desde a ONA 3, não eram pontos de fragilidade na nossa organização. O percentual de 83,7% alcançado na dimensão Melhoria contínua/Aprendizado institucional indica que o nosso hospital evoluiu para uma cultura de aprendizado forte em que os erros levaram à realização de mudanças positivas.

Uma característica relevante da Qmentum é o uso da metodologia “rastreadora” que avalia a conformidade dos padrões de qualidade e segurança interagindo durante as auditorias diretamente com pacientes, familiares, funcionários e incluindo a equipe de linha de frente no processo de acreditação, permitindo que os profissionais identifiquem os pontos fortes e as oportunidades de melhoria nos seus serviços(128).

Esse resultado vem colaborar com o índice de 79,4% alcançado na dimensão “Participação do líder na promoção da segurança do paciente”, em que os profissionais apontam a existência de lideranças proativas nas ações de segurança do paciente. Essa cultura começa com a liderança, que tem o papel de conceber, promover e criar um ambiente seguro, sendo a sua falta considerada como um entrave (129). As certificações de qualidade promovem a realização de projetos de treinamento e educação continuada, o que favorece a capacitação e o aumento da qualificação dos profissionais de saúde (130-132).

Desde 2011, na preparação para a ONA nível 3, a governança do hospital realiza reuniões mensais com líderes de todos os setores, aberto a outros profissionais que

desejam participar, para discussão dos resultados (assistenciais e operacionais) dos seus serviços, por meio de apresentações sistematizadas com análise crítica de indicadores e plano de ação para aqueles que não atingiram a meta estabelecida, melhorando, assim, o aprendizado institucional e motivando o líder a discutir os resultados com suas equipes em busca de soluções para o que não está adequado. Pelo princípio da gestão, para atingimento do nível 3 (ONA), são exigidos requisitos comprobatórios, tais como ciclos de melhoria em todos os serviços, respaldados por meio de taxas e indicadores que forneçam informações para a tomada de decisão e a sustentabilidade da instituição(106).

Muitas foram as estratégias planejadas como parte da metodologia de implantação do programa Qmentum, entre elas, a criação de times de alta performance, tendo como destaque o “Time da liderança”, formado pelo grupo de gestores responsáveis por estudar os métodos, bem como estabelecer metas e ferramentas de acompanhamento em direção à melhoria dos processos de suas equipes.

Entre os estudos avaliados (Apêndice A), quatro deles obtiveram positividade superior a 75% na dimensão “Melhoria contínua/ Aprendizado institucional” e cinco na “Participação do líder na promoção da segurança do paciente”. A pesquisa de Taiwan também alcançou a zona de fortaleza nessas duas dimensões e, simultaneamente, podem ter contribuído para esses resultados os aspectos culturais dos povos orientais que estabelecem relações muito hierarquizadas entre líderes e subordinados, colocando o líder como um exemplo a ser seguido (123).

Os EUA, desde 2014, atingiram 76% em “Participação do líder na promoção da segurança do paciente”. (133) Segundo a JCI (Joint Commission International), em qualquer organização de saúde, a primeira prioridade da liderança é ser responsável pelo atendimento eficaz, protegendo a segurança dos pacientes, funcionários, visitantes, consolidando a cultura de segurança da instituição(134).

Não se pode descartar que, em nosso hospital, pode ter ocorrido uma situação pontual de efeito sinérgico da liderança colegiada em busca de um objetivo comum, a certificação.

No que diz respeito às dimensões de fortaleza do grupo referentes aos aspectos do hospital, nota-se que a dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” passou para essa condição, em 2017, depois da conquista da Qmentum, mas não representava fragilidade em 2013. Contribuiu também para esse alcance, a ROP “Relatórios Trimestrais sobre Segurança dos Clientes”, a qual exige, a cada três meses, que seja dado conhecimento à governança dos eventos adversos ocorridos de forma documental, fazendo com que a alta gestão acompanhe a situação da segurança do paciente no hospital, bem como trace ações estratégicas de apoio aos líderes e libere recursos necessários para as intervenções de prevenção (113).

A partir de 2012, na revisão do planejamento estratégico, por recomendação do relatório diagnóstico para alcance da ONA3, foram incluídas metas institucionais assistenciais para acompanhamento mensal, pela administração, tais como taxas de adesão aos protocolos de prevenção de sepse, infarto agudo do miocárdio (IAM) e de tromboembolismo venoso (TEV), controle das taxas de sobrevida de choque séptico e IAM, percentual de cumprimento das práticas de segurança obrigatórias, entre outros. Esse documento consolida a visão da gestão em promover e assegurar a excelência na assistência à saúde.

Nos trabalhos revisados, apenas as pesquisas realizadas nos hospitais da Arábia Saudita, do Líbano e de São Paulo apresentaram essa dimensão como zona de fortaleza(117,126,127). Chama a atenção uma observação dos autores libaneses ao perceberem que apenas os hospitais acreditados da amostra conseguiram atingir bons resultados nessa dimensão (126).

Já a dimensão “Frequência de notificação de eventos” saiu da zona de fragilidade, em 2013, evoluindo em 2018, depois de um ano da certificação internacional, para a zona de fortaleza. Durante a ONA 3, o hospital já possuía um fluxo de notificação de eventos adversos/erros determinado e divulgado institucionalmente, porém o processo de informação desses dados pelos profissionais de saúde e acompanhamento das estratégias de melhorias pelos gestores ainda eram frágeis.

A partir de 2015, com as exigências para a certificação Qmentum e a mudança do prontuário eletrônico para o sistema Tasy, foi possível criar uma ferramenta eletrônica de notificação de eventos adversos prática e intuitiva, facilitando o acesso à comunicação desses incidentes e a visibilidade para todos os profissionais de saúde, bem como ocorreu uma intensificação dos treinamentos multidisciplinares visando à conscientização sobre a importância do relato de eventos e de erros para a melhoria dos processos assistenciais.

A realização dessas ações colaborou também para o crescimento significativo de duas dimensões que saíram da zona de fragilidade (<50%) ao longo do processo, porém ainda com um longo caminho de melhoria para trilhar: “Feedback e comunicação sobre os erros” e “Abertura para a comunicação”.

Proporcionar feedback e fortalecer os laços de confiança entre os membros de uma equipe são importantes características da cultura de segurança (129). A transparência na comunicação em saúde é essencial para o adequado funcionamento do hospital, fornece conhecimento, compõe o convívio entre os profissionais e determina padrões de comportamento (8). Apesar de a maioria dos profissionais concordarem que são informados sobre os erros que ocorrem em seus serviços e que existe discussão de ações para preveni-los, a maior parte dos participantes também respondeu que não se sente à vontade para questionar as decisões dos seus líderes. O feedback e a comunicação entre líderes e subordinados ainda são uma oportunidade de melhoria para a nossa instituição.

Como plano de ação a essas fragilidades identificadas no relatório dos auditores da Qmentum, em 2017, foi criado um formulário denominado “Gestão Diária do Plantão” para as unidades assistenciais com o objetivo de identificar o evento adverso/erro ocorrido no turno de cada equipe multidisciplinar escalada e, como rotina no fechamento do plantão, o líder discute com ela as possíveis causas e aponta estratégias para que não se repitam, proporcionando o feedback. Registre-se que, em complemento à estratégia acima, foi instituída a divulgação mensal, nos quadros físicos de gestão, a vista dos setores assistenciais desses eventos/erros e os planos de ação a serem executados, favorecendo o conhecimento e a transparência na comunicação de todos os profissionais envolvidos no cuidar. Tais atitudes podem ter

contribuído para o aumento significativo de respostas positivas nessas dimensões, em 2018.

Nenhum dos estudos analisados em outros países (Apêndice A) atingiu a zona de fortaleza nas dimensões analisadas acima. Chamam a atenção pesquisas nas quais a dimensão “Abertura na comunicação” encontra-se em zona de fragilidade estando, entre elas, a do Japão com um percentual de 45%, apesar de esse país já possuir uma familiarização com sistemas de notificação de eventos, desde 2002, ano em que o governo japonês criou um sistema interno de comunicação de incidentes obrigatórios para os hospitais (135).

A dimensão “Resposta não punitiva aos erros” obteve os resultados mais baixos das pesquisas durante os anos avaliados na perspectiva dos profissionais, caracterizando-se como a única dimensão que permaneceu na zona de fragilidade, porém apresentando crescimento significativo a cada evolução do processo de acreditação. Na análise dessa dimensão, percebemos uma grande preocupação dos respondentes quanto aos registros, nas suas fichas funcionais, de seus erros ou falhas ocorridas, todavia, a maioria entende que o foco do erro se concentra no problema e não no indivíduo, assim como os seus erros não são usados contra si.

Um fato que pode ter favorecido essas percepções é que, no sistema de prontuário eletrônico que utilizamos, o Tasy, para que um indivíduo notifique o evento adverso, é imprescindível que ele revele a sua identidade. Qualquer profissional de saúde, autorizado a acessar o prontuário, saberá o notificador daquele incidente.

Sistemas de notificação devem ser anônimos ou confidenciais. O primeiro é aquele em que não se solicita a identificação do notificador; no segundo, a identidade do notificador é conhecida, mas protegida dos demais membros da organização, só visível aos comitês de investigação, garantindo o seu sigilo. O sistema anônimo encoraja a notificação, porém não permite que perguntas de investigação sejam respondidas. O confidencial permite uma análise mais aprofundada dos incidentes e a relação de confiança precisa estar fortalecida para que haja incentivo à notificação sem medo da punição (75). A cultura punitiva responsabiliza o indivíduo pela ocorrência de erros, prejudica o aprendizado institucional a partir deles,

desencorajando a notificação e impedindo a identificação dos problemas no processo de trabalho (7).

Cabe destacar que, em hospitais acreditados, a notificação de eventos adversos é um dos pilares do sistema de qualidade e deve ter finalidade educativa e não punitiva, bem como buscar estudar os determinantes e propor oportunidades de melhorias para todo o sistema (106).

Todos os autores dos estudos avaliados em outros países (Apêndice A) encontraram também resultados que os mantêm na zona de fragilidade para essa dimensão, o que nos leva a pensar que a cultura de culpabilidade representa um paradigma global no desenvolvimento da cultura de segurança do paciente entre profissionais de organizações de saúde no mundo. Com o crescimento significativo da judicialização da saúde, e um cenário permeado por cobrança, pressão, estresse, falta de valorização, os profissionais se preocupam de que os erros ocorridos durante a prestação da assistência possam ser anotados no seu arquivo funcional e, caso notifiquem sejam penalizados (136). Chama a atenção o fato de que essa dimensão possui apenas questões negativas, o que pode induzir a mal-entendidos e à menor confiabilidade nos questionários (137). Domínios com pontuações mais baixas podem refletir o texto e não a limitação da cultura. Análises externas do HSOPS apontaram possíveis fragilidades em suas propriedades psicométricas em perguntas realizadas de forma negativa (137).

Quanto à dimensão “Adequação de profissionais”, ao serem analisadas as respostas apresentadas aos itens dessa dimensão, observa-se que, segundo a percepção dos profissionais, o quantitativo de pessoal é insuficiente para a demanda de trabalho. Por outro lado, a maioria afirma que não trabalha mais horas do que seria o desejado nem em situação de crise, o que contraria a primeira compreensão de que existem profissionais a menos que o necessário.

O esforço de sistematização gerado pelo processo da acreditação pode ocasionar uma carga significativa de trabalho em termos de tarefas administrativas, resistência e insatisfação por parte dos profissionais e influenciar o ambiente de trabalho (136, 138).

As metodologias de acreditação ONA e Qmentum possuem em seus padrões aspectos relacionados à gestão de pessoas que, entre outros pontos, analisa tecnicamente a adequação do quadro de pessoal nas unidades de trabalho dos hospitais avaliados à luz das legislações vigentes e determinações dos conselhos de classe, bem como questões relativas às condições do ambiente de trabalho objetivando uma assistência de saúde segura para os pacientes e também garantindo o bem-estar e a saúde dos profissionais. A nossa instituição sempre buscou estar em conformidade com os órgãos regulatórios e com os padrões estabelecidos nos processos de certificação de qualidade.

A particularidade do serviço hospitalar por sistema de plantões proporciona múltiplos empregos e aumento das jornadas de trabalho, comum entre os profissionais da saúde, levando assim, a um crescimento na ação de determinantes, como a exaustão e a fadiga, podendo afetar a qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, a assistência aos pacientes (139).

Quando observamos esse aspecto nos demais países do mundo, notamos que isso constitui um grande desafio para todos, já que os estudos em sua maioria se encontram com percentuais menores que 50% nessa dimensão (Apêndice A). Comparando-se ao nosso, apenas os estudos americanos estão fora da zona de fragilidade, tendo como maior valor percentual 55% de respostas positivas, nos três últimos anos em que foram realizadas as pesquisas(115,118,133).

Quando o assunto abordado é trabalho em equipe dentro de uma mesma unidade, os resultados indicam que há respeito entre os profissionais e apoio por parte de toda a equipe quando existe muito trabalho a ser feito. O processo de construção de equipe constitui-se um dos aspectos relevantes em um programa de acreditação, propiciando um clima de trabalho conjunto, encorajando os colaboradores a dar o melhor de si e estabelecendo um ambiente de entusiasmo para alcançar um objetivo comum, a certificação (91).

Algumas campanhas realizadas ao longo desse caminho da certificação favoreceram o aumento do sentimento do trabalho em equipe e a integração entre os seus membros, a exemplo da Campanha de Higienização das Mãos, realizada

por meio da gravação e exibição de vídeo institucional educativo, que atingiu profissionais de todas as unidades assistenciais, cuja finalidade era intensificar a divulgação das recomendações para prevenção de infecções entre as equipes, por meio da aplicação de técnicas para a lavagem das mãos. Além disso, cada colaborador treinado nas áreas tornou-se um agente multiplicador, treinando outros três profissionais da sua unidade. A quantidade de colaboradores qualificados por essa estratégia foi contabilizada por unidade, gerando uma competição motivacional entre os serviços do hospital, com destaque para as unidades que conseguiram capacitar toda a equipe.

A estratégia de implantação do método sistematizado de visitas multidisciplinares beira-leito diariamente, sobretudo nas unidades de terapia intensiva que, por meio da discussão entre os profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos), define metas diárias descritas no plano terapêutico dos pacientes internados, proporcionou maior integração dos membros de uma mesma unidade e entre profissionais de diferentes categorias de formação.

Na maioria dos estudos analisados em outros países, essa dimensão mostra-se como zona de fortaleza, e chama a atenção o estudo em Taiwan com 94% de repostas positivas nesse quesito. O autor reflete que a criação do “Comitê de Segurança do Paciente”, em 2003, pelo departamento de saúde do país, contribuiu para esse resultado, encorajando e capacitando as equipes de saúde na promoção do cuidado seguro (123).

A dimensão trabalho em equipe entre as unidades saiu da zona de fragilidade em 2013 com um aumento percentual significativo depois da conquista da Qmentum. Durante a preparação para a ONA 3, foi exigida a implantação de, pelo menos, dois protocolos de prevenção gerenciados, diretrizes assistenciais que controlam continuamente os indicadores de qualidade da prática clínica, buscando garantir segurança na assistência ao paciente e permeiam toda a instituição. Os primeiros foram os de IAM e SEPSE, ainda durante o processo da ONA, e o de TEV e AVC, durante a preparação para a Qmentum e todos eles contribuíram para o aumento da interação entre os serviços.

O êxito na execução desses protocolos envolve o trabalho, empenho e a sensibilização de toda a equipe assistencial multidisciplinar das unidades e dos setores de apoio envolvidos, na diminuição do tempo de execução de cada etapa do protocolo em prol de um desfecho positivo para o paciente, podendo ter sido um fator contribuidor para o aumento do trabalho colaborativo entre equipes de diferentes serviços.

Esses indicadores são avaliados mensalmente e apresentados às equipes dos diversos setores envolvidos para debater estratégias de melhoria para metas que não foram atingidas, além de sessões clínicas multidisciplinares para discutir individualmente os casos com desfechos negativos. Com relação ao trabalho em equipe entre unidades, nenhum dos estudos avaliados em outros países atingiu a zona de fortaleza nesse aspecto.

A dimensão “Passagens de plantão/transferências internas” também pode ter sido beneficiada por um impacto positivo das ações, acima citadas, saindo da zona de fragilidade na transição para a Qmentum e crescimento significativo na consolidação da metodologia depois de um ano.

Os estudos realizados em Taiwan, EUA e Japão mostraram fragilidade evidenciada pelo percentual abaixo de 50% nessa dimensão(123,118,135).

A qualidade da passagem de plantão está diretamente ligada à comunicação eficaz, pois as informações sobre os pacientes são essenciais para os profissionais de saúde, como forma de promover a continuidade do cuidado e a segurança da assistência prestada. (American Academy, 2011). Acredita-se que, aproximadamente, 4.000 transições de cuidados – a passagem de informações sobre pacientes entre plantões ou unidades de internação – aconteçam no período de um dia em um hospital (140).

Como estratégia para melhorar essa inadequação, orientada pelos consultores da metodologia Qmentum, foi criado o “Time Transferência das Informações”, que tinha como um de seus objetivos implantar ferramentas para a aperfeiçoamento da

comunicação institucional, garantindo que as informações necessárias ao cuidado seguro não fossem perdidas durante as transições do cuidado.

Os instrumentos desenvolvidos para padronização das informações nas evoluções escritas nos pontos de transferência do cuidado (admissões, encaminhamentos para exames e cirurgias, transferências entre unidades, intercorrências, entre outros), no prontuário eletrônico, por meio da obrigatoriedade às equipes de saúde do preenchimento de campos com dados essenciais para cuidado, foram importantes para aprimorar a qualidade das informações no prontuário do paciente, trazendo uma comunicação escrita mais eficaz no processo assistencial entre as equipes.

No que diz respeito à comunicação verbal, foi criado um formulário-padrão (checklist) para organizar as passagens de plantão entre turnos e entre unidades, aplicável a todos os serviços assistenciais, baseado no SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) – método que consiste no preenchimento de quatro critérios: S: Situação; B: Breve histórico; A: Avaliação e R: Recomendação, assegurando a organização da informação que está sendo emitida, de forma clara e padronizada, permitindo que as comunicações essenciais sobre o cuidado com o paciente não se percam durante a transição do cuidado (141). Sendo assim, ficou determinada para todas as unidades assistenciais, na passagem de plantões presenciais ou por telefone, a adoção dessa ferramenta para orientar a equipe nesse sentido, evitando o esquecimento de algum item importante.

Quando avaliamos a média dos resultados de respostas positivas das dimensões organizadas por grupos (unidade de trabalho do profissional, hospital e resultados da cultura de segurança do paciente), nota-se que todos eles apresentaram crescimento significativo ao longo da evolução do processo de certificação, demonstrando uma diferença percentual maior entre a ONA3 e a consolidação da Qmentum, fortalecendo o princípio de que a acreditação hospitalar traz melhorias na cultura de segurança ao longo dos seus anos de evolução. Não foi possível realizar comparação dos resultados por grupos em relação a outros estudos pela existência de uma lacuna de conhecimento nesse aspecto, em particular. Esse agrupamento está descrito na metodologia da AHRQ(83).

Com relação ao resultado da pergunta sobre a nota que o profissional dá para a segurança do paciente no hospital, tínhamos um resultado frágil, em 2013, no qual, apenas 41,8% consideravam a segurança do paciente como excelente e muito boa, saindo dessa situação em 2017, atingindo o percentual de 69,1% depois de um ano da Qmentum.

Nesse quesito, o estudo americano atingiu a zona de fortaleza desde 2014, com um percentual de 76%, o que pode ser explicado pelo longo caminho que os EUA possuem no movimento de segurança do paciente desde o lançamento do relatório histórico “To Err is Human”, mudando paradigmas conceituais desse assunto no mundo, além de ter sido o pioneiro nos processos de acreditação hospitalar(6,133).

No quesito “Notificação de eventos”, quando perguntado sobre o quantitativo de relatórios de eventos preenchidos nos últimos 12 meses, percebeu-se uma queda brusca no período de 2013 a 2017 e um pequeno aumento, em 2018. No entanto, quando observamos a base de dados do sistema de notificação do hospital, constatamos que houve 1.933 eventos notificados, em 2013, aumentando, em 2017, para 3.225 e ocorrendo uma pequena queda, em 2018, para 3.012. Esse aumento depois da ONA pode ser explicado pelos intensos esclarecimentos e treinamentos das equipes assistenciais, na fase preparatória para a Qmentum, na identificação de eventos, bem como a importância de notificá-los para a melhoria dos processos.

Outro aspecto relevante foi a tecnologia adquirida depois da implantação do prontuário eletrônico do Tasy, que permitiu a utilização de gatilhos no sistema para identificação automática de eventos não notificados, como criação de relatórios específicos para a equipe da gestão de risco do hospital, bem como alertas no sistema, envio de SMS e e-mails para lideranças e profissionais, sobre situações em que ocorreu um incidente e não foi realizada a sua notificação no sistema.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contribuição deste trabalho consistiu na ampliação das pesquisas sobre os efeitos do processo de acreditação na construção da cultura de segurança do paciente em organizações de saúde, item esse considerado como um ponto fundamental da cultura hospitalar, que espelha o comportamento dos membros de uma instituição, sobretudo nas crenças e nos valores por eles compartilhados, e no modo com que valorizam a segurança do paciente.

Estudos sobre cultura de segurança do paciente em organizações de saúde vêm sendo aplicados em diversos países no mundo para avaliar as percepções dos profissionais de saúde acerca desse importante assunto. No entanto, não temos conhecimento de que algum deles tenha avaliado o impacto dos diferentes níveis do processo de acreditação hospitalar, em um hospital geral, no fortalecimento da cultura de segurança do paciente ao longo da sua evolução, o que traduz o seu pioneirismo. Os efeitos observados foram consistentes e se mantiveram ao longo dos anos estudados.

A partir da nossa pesquisa, constatamos dimensões que se tornaram zonas de fortaleza na cultura de segurança do paciente ao longo do processo de evolução da acreditação, tais como “aprendizado institucional”, “participação do líder na promoção da segurança do paciente”, “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” e “frequência de notificação de eventos”, aspectos esses considerados primordiais quando falamos de uma cultura de segurança organizacional consolidada. Não podemos ignorar também as áreas que ainda são consideradas pontos a serem melhorados no nosso hospital como as dimensões “resposta não punitiva aos erros”, “abertura para a comunicação” e “adequação de profissionais”, mesmo evidenciando o crescimento significativo delas ao longo dos anos estudados, mostrando que estamos avançando por meio das estratégias de melhorias que vêm sendo implementadas ao longo dessa jornada de certificações de qualidade.

Apesar das contribuições, há algumas limitações, entre elas: o fato do estudo ser unicêntrico, considera os resultados encontrados apenas para o hospital em

questão. Como também, em função da anonimização não foi possível determinar a taxa de rotatividade de colaboradores nos diferentes períodos do estudo.

Dessa maneira, concluímos que a metodologia da acreditação hospitalar está associada a um ganho incremental no fortalecimento da cultura de segurança do paciente, na maioria dos domínios.

Esperamos que o desenvolvimento da presente pesquisa contribua para o aumento das evidências sobre os benefícios da acreditação hospitalar nas organizações de saúde e fomenta novos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Quinto Neto A. Processo de Acreditação: A Busca da Qualidade nas Organizações de Saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
2. Schiesari LMC. Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. 1999. 162 f. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
3. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Revista Crítica de Ciências Sociais. 2009; 8(5):65-82.
4. Mendes VLP. Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde. Rev Bras Enferm 1993 jul-dez; 46(3/4): 211-25.
5. Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do Paciente. v. 1: Conhecendo os Riscos nas Organizações de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
6. Kohn LY, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 1999.
7. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Doutorado; 2013.
8. WHO World Health Organization. Patient Safety - Conceptual Framework for the In-ternational Classification for Patient Safety. Version 1.1. Technical Report. January 2009.
9. Health and Safety Comission. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993:23.
10. Berssaneti FT, Saut AM, Barakat MF, Calarge FA. Is there any link between accreditation and models of organizational excellence? Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):650-7.
11. Oliveira JLC, Gabriel CS, Fertonani HP, Matsuda LM. Management changes resulting from hospital accreditation. Rev Latino Am Enfermagem. 2017;25:e2851.
12. Roberts JS, Coale JG, Redman MA. A history of the Joint Commission on accreditation of hospitals. JAMA, Aug 21 1987; 258(7).
13. Rooney AL, Van Ostemberg PR. Licensure, accreditation and certification: approaches to health care quality. Bethesda, MD: USAID Quality Assurance Project, 1999.

14. Devkaran S.O'Farrell PN. The impact of hospital accreditation on clinical documentation compliance: a life cycle explanation using interrupted time series analysis. *PMJ Open*. 2014;4(8): e005240. Doi: 10.1136 / bmjopen-2014-005240.
15. Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Ann Saudi Med*. 2011 ; 31 (4): 407-16. Doi: 10.4103 / 0256-4947.83204.
16. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *International journal for quality in health care*. 2008; 20(3):172-183.
17. Øvretveit J, Gustafson D. Evaluation of quality improvement programmes *BMJ Quality e Safety*. 2002;11:270-275.
18. Sack C, Scherag A, Lütkes P, Günther W, Jöckel K-H, Holtmann G. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37,000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011;23(3):278-283.
19. Lindlbauer I, Schreyögg J, Winter V. Changes in technical efficiency after quality management certification: A DEA approach using difference-indifference estimation with genetic matching in the hospital industry. *European Journal of Operational Research*. 2016; 250(3): 1026.
20. Mosadeghrad AM, Akbari AS, Yousefinezhadi T. Evaluation of accreditation effects in hospitals. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*. 2019;76(12):804-812.
21. Juran JM. *Controle da qualidade*. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1991.
22. Malik AM, Schiesari LMC. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. Série Saúde e Cidadania, v.3. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.
23. Fernandes WA. *O movimento da qualidade no Brasil*. São Paulo: Essential Idea; 2011.
24. Paladini EP. *Gestão da Qualidade no Processo: a qualidade na produção de bens e serviços*. 2. Ed. São Paulo: Atlas;1995.
25. El-warrack LO, Carâp LJ, Rodrigues MV, Rezende TB. *Qualidade e acreditação em saúde*. Rio de Janeiro: FGV; 2011.
26. Donabedian A. The Quality of Medical Care. *Science*. 1978;200(4344): 856-64. Doi: 10.1126 / science.417400.
27. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, Chicago. 1998 Sept.; 260(12):1743-1748.

28. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron Books, 1994.
29. Donabedian A. "The Seven Pillars of Quality", in Arch. Pathol. Lab. Med. 1990, 114:1115-118.
30. Mirshawka V. Hospital. Fui bem atendido? Makron Books, Rio de Janeiro, 1994.
31. Nogueira RP. Perspectivas da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
32. Zanon U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, Jul- Set. 2000.
33. Institute of Medicine. Medicare: a strategy for quality assurance. Volume I. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.
34. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies Press, 2001.
35. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2.ed.Porto Alegre: AMGH, 2013.
36. Lopes LMM, Santos SMP. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. Rev Enferm Referência. 2010
37. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910.
38. Scrivens E. Accreditation: protecting the professional or the consumer? Buckingham: Open University Press; 1995.
39. Vicent C. Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos. Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.
40. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al.. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Eng J Med 1991; 324: 377-84.
41. Weingart SN, Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. British Medical Journal. 2000; 320:7774-777.
42. Gawande AA, et al. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. Surgery.1999;126:66-75.
43. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ. 2001; 322:517-519.

44. Michel P, et al. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ*. 2004; 328:199-202.
45. Baker GR, Norton PG, Flintoff V. Canadian adverse events study. *CMAJ* 2004; 171.
46. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Leite E, Nunes C. *Seguranca do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública; 2011. 13-36l.
47. Aranaz-Andre´s JM, Aibar-Remo´n C, Vitaller-Murillo J et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:1022 –9.
48. Zegers M, de Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18:297-302.
49. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21:285-91.
50. Letaief M, Mhamdi SE, Asady R, Siddiqi S, Abdullatif A. Adverse events in Tunisian hospitals: results of a retrospective cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2011;22:380–5
51. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:279-84.
52. De Vries EN, Ramrattan M A, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008; 17(3):216-223.
53. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. *Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil*. Faculdade de Medicina UFMG Departamento de Clínica Médica. Belo Horizonte; 2018.
54. WHO. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety: foward programme. *Patient Safety* 2005.
55. WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Sections III e IV (PPS 49-90), 2008.
56. Donaldson LJ, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerousl. *Med J Aust*. 2006;184(10 Supl):S69-72.

57. WHO. World Health Organization. Patient safety – a global priority. Bull World Health Organ. Genebra 2004;82(12).
58. WHO. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety: Global Patient Safety: Clean Care is Safer Care. Patient Safety, 2006.
59. World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017.
60. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim Informativo. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA; 2011.
61. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013.
62. Brasil. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
63. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.
64. NPSF – National Patient Safety Foundation. Free from Harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Boston, 2015.
65. Freitas ME. Cultura organizacional: o doce controle no clube dos raros. In: Motta FCP, Caldas MP, editors. Cultura organizacional e cultura brasileira. São Paulo: Atlas; 1997. p. 293-304.
66. Lacombe FJ, Heilborn GLJ. Administração – Princípios e tendências. São Paulo: Saraiva, 2003.
67. Pires JCS, Macêdo KB. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. Revista de Administração Pública. 2006 Jan./Fev; 40 (1): 81-105.
68. Cooper MD. Towards a model of safety culture. Safety Science, Reino Unido. 2000;36:111-136.
69. Schein EH. Organizational culture and leadership. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1991.
70. Yafang T. Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and job satisfaction. BMC Health Services Research, 2011; 11:98.
71. Flin R, Mearns K, O'Connor P, Bryden R. Measuring safety climate: identifying the common features Saf. Sci. 2000; 34(1-3):177-92.

72. Cox SJ, Cox T. The structure of employee attitude to safety: a European example. *Work Stress*. 1991; 5:93-106.
73. Westrum R. Cultures with requisite imagination. In: Wise J, Stager P, Hopkins J, eds. *Verification and validation in complex man-machine systems*. New York: Springer, 1993.
74. Hudson P. Applying the lessons of high risks industries to health care. *Qual Saf Health Care*, 2003; 12(Supl I): i7-i12.
75. Wachter RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
76. Wachter RM. Personal accountability in healthcare: Searching for the right balance, *BMJ Quality & Safety*. 2013; 22(2):176– 80.
77. Reason JT, Carthey J, Leval MR. Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001.
78. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; (320):768-770.
79. Leape LL, Woods D, Hatlie M, Kizer K, Schroeder S, Lundberg G. Promoting patient safety by preventing medical error. *Journal of the American Association*. 1998; 280:1444-1447.
80. Wachter RM, Pronovost PJ. Balancing ‘no blame’ with accountability in patient safety, *New England Journal of Medicine*. 2009; 361(14): 1401– 6.
81. Tsai TC, Joynt KE, Orav EJ, Gawande AA, Jha AK. Variation in surgical-readmission rates and quality of hospital care. *N Engl J Med*. 2013; 369(12): 1134-1142.
82. Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ, et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Saf*. 2004, 30:59-68.
83. Sorra JS, Nieva VF. *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: September 2004.
84. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Safety Science*. 2007; 45:653-67.
85. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM: Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*, 2006; 15:109-115.
86. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a Acreditação. *Acta Paul Enferm, São Paulo (SP)*. 2005;18(2):213-219.

87. Novaes HM, Paganini JM. Garantia de Qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e Caribe. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/Federação Brasileira de Hospitais, série Silos, nº 13, 1992.
88. De Moraes Novaes H. História da acreditação hospitalar na América Latina—o caso Brasil. RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. 2015;12(4).
89. Brasil. Organização Nacional de Acreditação. Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Brasília: ONA, 2004.
90. Pomey MP, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos AP. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*, 2010;5(31):31.
91. Hayes J, Shaw C. Implementing accreditation Systems. *International Journal for Quality in Healthcare*. 1995; 7(2): 165-171.
92. Shaw CD. Evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003; 15(6): 455-456.
93. Fortes MT, Mattos RA, Baptista TW. Accreditation or accreditations? A comparative study about accreditation in France, United Kingdom and Cataluña. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2011;57(2):239-246. doi:10.1590/s0104-42302011000200025.
94. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008;20(3):172-183.
95. Duckett SJ. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. *Social science e medicine*. 1983; 17(20):1573-1579.
96. Pham HH, Coughlan J, O'Malley AS. The impact of quality reporting programs on hospital operations. *Health Aff*. 2006; 25:1412–22.
97. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. *BMJ Quality e Safety*. 2010; 19(1): 14-21.
98. Pomey MP. Accreditation and Other External Evaluations of Quality and Safety of Care and Services: Innovations for Improvement? In: *Management Innovations for Healthcare Organizations*. Routledge, 2015:69-86.
99. Kim MJ, Choi JS. Effects of perception of the healthcare accreditation, and job stress on turnover intention in nurses. *Journal of Muscle and Joint Health*. 2015;22(2):87-95.

100. Miller MR, Pronovost P, Donithan M, Zeger S, Zhan C, Morlock L, Meyer GS. Relationship between performance measurement and accreditation: implications for quality of care and patient safety. *American Journal of Medical Quality*. 2005; 20(5), 239- 252.
101. Mosadeghrad AM, Shahebrahimi SS, Ghazanfari M. Exploring the relationship between accreditation and hospital performance: using data mining approach. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2018;16(1): 33-50.
102. AL-Faouri I, Al-Dmour A, Al-Ali N, AbuALRub R, Abu Moghli F. Effect of Health Care Accreditation Council survey site visit on perceived stress level among Jordanian healthcare providers. *InNursing forum* 2019 Jan; 54(1): 30-37.
103. Hwang BJ, Kim JY. The causal relationship between healthcare accreditation system and business performance in medical service organizations. *Korean Journal of Accounting Research*. 2015; 20(1):209-232.
104. Organização Nacional de Acreditação - ONA. Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares. Pelotas: Educat, 2001.
105. ONA Organização Nacional de Acreditação. Manual Brasileiro de Acreditação. 2019. Disponível em: <https://www.ona.org.br/20anos/manual-brasileiro-de-acreditacao/>.
106. Organização Nacional de Acreditação. Manual brasileiro de acreditação hospitalar, Brasília: ONA, 2006.
107. Fortes MTR. Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2013.
108. Accreditation Canada. Accreditation Overview. Qmentum Accreditation Program [Internet]. Canada: Accreditation Canada; 2018. Available from: <https://accreditation.ca/qmentum>.
109. Touati N, Pompey MP. Accreditation at a crossroads: Are we on the right track?. *Health Policy*. 2009; 90(3): 156-165.
110. Xavier RV, Filho MMC (Eds.). Acreditação hospitalar: uma análise nos hospitais do Brasil que possuem a certificação internacional. Convibra. 2015.
111. Mitchell JI, Nicklin W, Macdonald B. The determinants of quality healthcare: implications for Canadian health leaders. *Healthcare Management Forum*. 2012; 25(3): 138-141.
112. IQG. Instituto Qualisa de Gestão. Disponível em: <https://www.iqq.com.br/>
113. Manual Accreditation Canada International. Required Organizational Practices. Handbook versão 2. 2016.

114. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/>.
115. Agency for Healthcare Research and Quality. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: user's guide. Rockville (MD): AHRQ;. 2016. (AHRQ Publication, 15).
116. Hamdan M, Saleem AA. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013; 25(2), Article ID mzt007:167– 175.
117. Alswat K, Abdalla RAM, Titi MA, Bakash M, Mehmood F, Zubairi B, Jamal D, El-Jardali F. Improving patient safety culture in Saudi Arabia (2012-2015): trending, improvement and benchmarking. *BMC Health Serv Res*. 2017 Aug 2;17(1):516. doi: 10.1186/s12913-017-2461-3. PMID: 28764780; PMCID: PMC5540485.
118. Famolaro T, Yount ND, Hare R, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 Database Report, Appendixes, Parts II and III (Appendixes for AHRQ Publication No.18-0025-EF). (Prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No. HHS290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2018.
119. Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.
120. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório. Edição 11. 2019).
121. Chokshi D, Stephen JS. Why Clinicians Are Not Engaged, and What Leaders Must Do About. 2019. <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.19.0630>.
122. Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: Loyola; 2001. 301.
123. Chen IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res*. 2010 Jun 7;10:152. Doi: 10.1186/1472-6963-10-152. PMID: 20529246; PMCID: PMC2903582.
124. Khorami MA, Mokhtari LB, Khanalilo Z. Evidence on the Patient Safety Culture and Nursing Work Environment in Iran. *Journal of patient safety and quality improvement*. 2018;6: 636-643.
125. Ming-Jung H, Heng-Hao C, Yu-Ting C, Jessie N. Effects of Hospital Accreditation on Medical Students: A National Qualitative Study in Taiwan. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2014;89. Doi: 10.1097/ACM.0000000000000481

126. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R, Te current state of patient safety culture in lebanese hospitals: A study at baseline. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010; 22(5): 386–395.
127. Clinco SDO. *O Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente [Dissertação de mestrado]*. São Paulo (SP): Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2007.
128. Tepfers A, Hruska C, Stone J, Moser J. New accreditation program: university health network's experience with Qmentum. *Healthc Q*. 2009;12(3):90-5. Doi: 10.12927/hcq.2013.20847. PMID: 19553771.
129. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Jun;42(2):156-65.
130. Pomey MP, François P, Contandriopoulos AP, Tosh A, Bertrand D. Paradoxes of French accreditation. *Quality & Safety in Health Care*. 2005;14(1), 51-55.
131. Newhouse RP. Selecting measures for safety and quality improvement initiatives. *The Journal of Nursing Administration*. 2006; 36(3), 109-113.
132. Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? *International Journal for Quality in Health Care*. 2011; 23(1), 8-14.
133. Sorra J, Famolaro T, Yount ND, et al. *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014 User Comparative Database Report*. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2014.
134. The Joint Commission. *The essential role of leadership in developing a safety culture*. Sentinel Event Alert. March 1, 2017. Issue 57.
135. Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang CC, Hasegawa T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Serv Res*. 2013 Jan 14;13:20.
136. Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJM, Alves M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20(1):151-158.
137. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Scientific World Journal*. 2018; 2018:9156301. Published 2018 Jul 19.

138. Pomey MP, Contandriopoulos AP, François P, Bertrand D. Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*. 2004;17(2-3):113-124.
139. Freitas GF, Fugulin FMT, Fernandes MFP. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, 2006 Set.; 40(3):434-438.
140. Vidyarthi AR. Triple handoff. *AHRQ Web M&M*. September 2006.
141. Cornell P, Gervis MT, Yates L, Vardaman JM. Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. *Med. Surg Nursing* 2014: 334-42.

Dimensões da cultura de segurança do paciente	Brasil (2007) ¹²⁷	Taiwan (2008) ¹²³	Líbano (2010) ¹²⁶	Palestina (2010) ¹¹⁶	EUA (2014) ¹³³	Arábia Saudita (2015) ¹¹⁷	EUA (2016) ¹¹⁵	Irã (2017) ¹²⁴	EUA (2018) ¹¹⁸	Japão (2018) ¹³⁵
Trabalho em equipe nas unidades	91%	94%	82%	71%	81%	85%	82%	76%	82%	72%
Aprendizado institucional	91%	84%	78%	62%	73%	86%	73%	63%	72%	54%
Ações do líder na promoção da segurança do paciente	89%	83%	66%	56%	76%	61%	78%	54%	80%	69%
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	92%	62%	78%	37%	72%	75%	72%	66%	72%	52%
Feedback e comunicação sobre os erros	89%	59%	68%	46%	67%	72%	68%	69%	69%	60%
Abertura para a comunicação	68%	58%	57%	36%	62%	45%	64%	55%	66%	45%
Frequência de notificação de eventos	77%	57%	68%	35%	66%	69%	67%	69%	67%	65%
Percepção geral para a segurança do paciente	81%	65%	72%	43%	66%	59%	66%	72%	66%	48%
Trabalho em equipe entre as unidades	86%	72%	56%	44%	61%	67%	61%	54%	62%	45%
Adequação de profissionais	68%	39%	37%	38%	55%	34%	54%	21%	53%	33%
Passagens de plantão e transferências internas	80%	48%	50%	48%	47%	56%	44%	67%	48%	43%
Resposta não punitiva aso erros	55%	45%	24%	17%	44%	25%	45%	33%	47%	46%
Média Geral	81%	64%	61%	44%	64%	61%	65%	58%	65%	53%

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL PORTUGUÊS/REAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA 16 DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Pesquisador: MILENA MARIA SAMPAIO TORRES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87485818.0.0000.5029

Instituição Proponente: REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.724.940

Apresentação do Projeto:

Projeto conciso, bem apresentado, obedecendo as normas de apresentação de protocolos de pesquisa, detalhando a importância, objetivos e metodologia. A introdução está adequadamente apresentada, chamando a atenção para a importância do tema a ser analisado; o racional teórico está apresentado de maneira clara e objetiva. As referências são atuais.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão claramente apresentados:

Geral- avaliar o impacto da acreditação hospitalar, nacional e internacional, na cultura de segurança do paciente.

Secundários: - definir as características da cultura e segurança do paciente entre profissionais que atuam, direta ou indiretamente, no cuidado ao paciente entre os diferentes níveis de acreditação;

- estudar os determinantes que estão associados aos processos de melhoria.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há risco para os envolvidos no estudo: os dados da Instituição não serão divulgados. A confidencialidade das informações nos registros a serem consultados, será mantida.

Benefícios:

Endereço: Av. Princesa Isabel nº 690, Edf. Valdemar Belém
Bairro: Barra Avenida **CEP:** 40.144-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-5797 **Fax:** (71)3203-5797 **E-mail:** cep@hportugues.com.br

HOSPITAL PORTUGUÊS/REAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA 16 DE



Continuação do Parecer: 2.724.940

A análise dos dados (resultados) obtidos contribuirá para a qualidade da assistência e da segurança na prestação do cuidado ao paciente;

Estimulará maior integração da equipe;

Oportunidade de identificação de treinamentos específicos para as equipes multidisciplinares;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de grande importância por definir o impacto dos diversos processos de acreditação na assistência e na segurança do paciente e nos diversos grupos profissionais envolvidos.

O desenho do estudo está apropriado para os objetivos do trabalho:

os critérios de inclusão e de exclusão estão apresentados;

os dados a serem coletados das avaliações aplicadas após cada acreditação, estão bem definidos (apresentados no Anexo 01 do protocolo);

na análise estatísticas proposta está adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações. Na há violação ética.

Concluímos por recomendar a aprovação do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1053418.pdf	13/03/2018 14:02:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/03/2018 14:01:47	MILENA MARIA SAMPAIO TORRES	Aceito
Outros	20171213095135511.pdf	13/03/2018 13:56:50	MILENA MARIA SAMPAIO TORRES	Aceito
Outros	20171213095207009.pdf	13/03/2018 13:56:13	MILENA MARIA SAMPAIO TORRES	Aceito
Outros	20171213095229661.pdf	13/03/2018 13:55:30	MILENA MARIA SAMPAIO TORRES	Aceito

Endereço: Av. Princesa Isabel nº 690, Edf. Valdemar Belém
Bairro: Barra Avenida **CEP:** 40.144-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-5797 **Fax:** (71)3203-5797 **E-mail:** cep@hportugues.com.br

HOSPITAL PORTUGUÊS/REAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA 16 DE



Continuação do Parecer: 2.724.940

Outros	20171213095313892.pdf	13/03/2018 13:54:56	MILENA MARIA SAMPAIO TORRES	Aceito
Outros	20171213095253415.pdf	13/03/2018 13:54:18	MILENA MARIA SAMPAIO TORRES	Aceito
Outros	20171213095105340.pdf	13/03/2018 13:53:07	MILENA MARIA SAMPAIO TORRES	Aceito
Folha de Rosto	20171213143652749.pdf	13/03/2018 13:50:01	MILENA MARIA SAMPAIO TORRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 20 de Junho de 2018

Assinado por:
Reinaldo Martinelli
(Coordenador)

Endereço: Av. Princesa Isabel nº 690, Edif. Valdemar Belém
Bairro: Barra Avenida **CEP:** 40.144-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-5797 **Fax:** (71)3203-5797 **E-mail:** cep@hportugues.com.br

Anexo B – Questionário

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relatos de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 minutos para ser preenchida.

- Um "Evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.
- "Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Admissão de Clientes/Recepção ○ Bioimagem (Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear) ○ Central de Materiais Esterilizados ○ Centro Cirúrgico (Geral e Day) ○ Centro de Oncologia ○ Centro Obstétrico ○ Emergência Geral ○ Emergência Obstétrica ○ Emergência Ortopédica ○ Emergência Otorrinolaringologia ○ Endoscopia ○ Farmácia ○ Hemocentro São Lucas ○ Hemodiálise ○ Hemodinâmica 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hotelaria/Higienização ○ Medicina Laboratorial ○ Nutrição/EMTN ○ Segurança ○ Unidade de Internação Cirúrgica ○ Unidade de Internação Clínica ○ Unidade de Internação Maternidade ○ Unidade de Internação Oncológica ○ Unidade Semi Intensiva ○ Unidade Coronariana – UCO ○ Unidade Gastro-Hepatológica – UGH ○ Unidade Pós-Cardíaca - UPC ○ Unidade Terapia Intensiva – UTI ○ UTI Neonatal ○ Outras áreas ADM e Apoio _____
--	---

Seção A – Sua Área /Unidade de Trabalho

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

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

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem um nem outro	Concordo	Concordo Totalmente
1.As pessoas se apoiam umas às outras nesta unidade?					
2.Temos pessoas suficientes para lidar com o volume de trabalho?					
3.Quando há muito trabalho a ser feito e rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para realizar a tarefa?					
4.Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito?					
5.Os funcionários desta unidade trabalham mais horas do que o recomendado no atendimento a pacientes?					
6.Estamos ativamente buscando melhorias para a segurança do paciente?					
7.Utilizamos mais funcionários temporários do que o recomendado no atendimento a pacientes?					
8.Os funcionários sentem que seus erros são usados contra eles?					
9.Erros que ocorreram levaram a mudanças positivas nesta unidade?					
10.É apenas por acaso que erros mais sérios não acontecem por aqui?					
11.Quando uma área nesta unidade fica muito movimentada, as demais ajudam?					
12.Quando um evento é notificado, sentimos que o foco se concentra no indivíduo e não no problema?					
13.Quando fazemos mudanças para melhorar a segurança do					

paciente, nós avaliamos sua efetividade?					
14.Trabalhamos "em modo de crise", tentando fazer coisas demais, rápido demais?					
15.A segurança do paciente nunca é sacrificada em prol de se trabalhar mais?					
16.Os funcionários se preocupam que seus erros sejam registrados em seu arquivo funcional?					
17.Temos problemas com a segurança do paciente nesta unidade?					
18.Nossos procedimentos e sistemas são bons para impedir que os erros aconteçam?					

Seção B – Seu supervisor / Chefe

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

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem um nem outro	Concordo	Concordo Totalmente
1.Meu supervisor/gerente elogia quando vê um trabalho feito de acordo com os procedimentos estabelecidos para a segurança do paciente?					
2.Meu supervisor/gerente considera seriamente as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente?					
3.Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/gerente quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isto signifique tomar atalhos?					
4.Meu supervisor/gerente ignora problemas recorrentes na segurança do paciente?					

Seção C – Comunicações

Com que frequência às situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Majoria do tempo	Sempre
1.Recebemos feedback das mudanças implementadas com base nos eventos notificados?					
2.Os funcionários falam voluntariamente se veem algo que possa afetar negativamente o atendimento aos pacientes?					
3.Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade?					
4.Os funcionários sentem-se à vontade para questionar decisões ou ações dos que têm mais autoridade?					
5.Nesta unidade, discutimos maneiras de impedir que os erros tornem a acontecer?					
6.Os funcionários têm receio de perguntar quando algo não parece certo?					

Seção D - Frequência de Eventos Notificados

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

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Majoria do tempo	Sempre
1.Quando acontece um erro, mas ele é identificado e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?					

2.Quando acontece um erro, mas que não tem potencial de afetar o paciente, com que frequência é notificado?					
3.Quando acontece um erro que poderia prejudicar o paciente com que frequência é notificado?					

Seção E – Nota para a segurança do paciente

	Excelente	Muito boa	Satisfatória	Ruim	Muito Ruim
1.Dê uma nota geral para a segurança do paciente em sua área/unidade de trabalho hospitalar					

Seção F – Seu hospital

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

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem um nem outro	Concordo	Concordo Totalmente
1.A administração do hospital cria um ambiente de trabalho que promove a segurança do paciente?					
2.As unidades hospitalares não se coordenam bem entre si?					
3.Coisas "escapam por entre os dedos" quando os pacientes são transferidos de uma unidade para outra?					
4.Existe uma boa cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar juntas?					
Importantes informações sobre a assistência se perdem durante as mudanças de turno?					
5.Muitas vezes é desagradável trabalhar com funcionários de outras unidades do hospital?					
6.Os problemas com frequência ocorrem na troca de informações entre as unidades do hospital?					
7.As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma prioridade máxima?					
8.A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas quando acontece um evento adverso?					
9.As unidades do hospital trabalham bem juntas para prestar o melhor atendimento aos pacientes?					
10.As mudanças de turno são problemáticas para os pacientes deste Hospital?					

Seção G – Números de eventos notificados

	Nenhum relatório de eventos	1 a 2 relatórios de eventos	3 a 5 relatórios de eventos	6 a 10 relatórios de eventos	11 a 20 relatórios de eventos	21 relatórios de eventos ou mais
1.Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e enviou?						

Seção H – Informações Gerais

	Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 anos ou mais
1.Há quanto tempo você trabalha neste hospital?						
2.Há quanto tempo você trabalha nesta área/unidade de trabalho hospitalar?						

3. Há quanto tempo você trabalha em sua profissão ou especialização atual?						
--	--	--	--	--	--	--

	Até 20 horas por semana	20 a 39 horas por semana	40 a 59 horas por semana
4. Tipicamente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?			

	SIM, tenho contato ou interação direta com os pacientes.	NÃO, não tenho contato ou interação direta com os pacientes.
5. Em sua função, você tipicamente tem contato ou interação direta com os pacientes?		

6. Qual é o seu cargo neste hospital?

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Agente de Portaria <input type="radio"/> Auxiliar Operacional (ASH, ASG, Unidade, Ajudantes...) <input type="radio"/> Assistente Social <input type="radio"/> Enfermeiro (a) Assistencial <input type="radio"/> Enfermeiro (a) Administrativo <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Gestores (Gerentes, Coordenadores, Supervisores, Fiscais...) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Médico (a) <input type="radio"/> Nutricionista <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Recepcionista <input type="radio"/> Técnico (Enfermagem, Laboratório, Radiologia...) <input type="radio"/> Técnico Administrativo (Logística Farmacêutica...) <input type="radio"/> Outro: _____
--	---

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre a segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital.

Obrigado por completar o questionário e participar dessa pesquisa!