**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

GRAZIELA CALDANA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO *QUALITY
IMPROVEMENT IMPLEMENTATION SURVEY II* E SUBESCALAS DO
*PREPARATION OF HEALTH SERVICES FOR ACCREDITATION***

RIBEIRÃO PRETO

2018

GRAZIELA CALDANA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO *QUALITY
IMPROVEMENT IMPLEMENTATION SURVEY II* E SUBESCALAS DO
*PREPARATION OF HEALTH SERVICES FOR ACCREDITATION***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel.

Linha de pesquisa: Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Caldana, Graziela

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
QUALITY IMPROVEMENT IMPLEMENTATION SURVEY II E SUBESCALAS DO
PREPARATION OF HEALTH SERVICES FOR ACCREDITATION. Ribeirão Preto,
2018.

190 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Carmen Sílvia Gabriel

1. Pesquisa Metodológica em Enfermagem. 2. Estudos de Validação.
3. Acreditação. 4. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. 5. Avaliação de
Resultados (Cuidados de Saúde).

FOLHA DE APROVAÇÃO

Caldana, Graziela

Adaptação Transcultural e Validação do questionário *Quality Improvement Implementation Survey II* e subescalas do *Preparation of Health Services for Accreditation*.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo e amor **Kleber Allan**, pelo apoio, incentivo e companheirismo.

Obrigada por ser meu grande parceiro nessa jornada.

À minha filha **Ísis**, pelo amor e alegria que me motivam.

À minha mãe **Silvana**, fazendo-se sempre presente em todos os momentos da minha vida. Obrigada por seu amor, dedicação e suporte constante na realização dos meus sonhos.

Ao meu pai **Sebastião**, exemplo de perseverança e valor ao trabalho.

Aos meus irmãos **Rafaella**, **Romano** e **Arthur**, por dividirem comigo os momentos mais felizes e também os mais difíceis.

Obrigada pelo apoio e alegria que trazem à minha vida.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelas oportunidades e bênçãos sem fim na minha vida e em toda a minha trajetória profissional.

Aos meus **familiares** pelas muitas palavras de conforto e incentivo em toda a minha trajetória.

Aos meus queridos **amigos**, pelo incentivo e carinho, por fazerem os meus dias mais felizes e por estarem ao meu lado tornando a minha vida mais completa.

Aos **amigos do grupo de pesquisa**, pelo apoio e parceria na realização de projetos de pesquisa.

À farmacêutica **Josy Maria Maximiano Silva**, pela colaboração, disponibilidade e paciência na coleta de dados do estudo.

À **Marcela Pagoto Souza**, por toda sua disponibilidade, sempre muito solícita. Obrigada por seu apoio e suas contribuições.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, por todos os anos de formação desde à graduação em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem e pela oportunidade em realizar o doutorado.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo**, pelo fomento provido e importantes contribuições na construção e desenvolvimento desta pesquisa.

As **instituições participantes** desta pesquisa, essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha querida orientadora, **Carmen Silvia Gabriel**, por empenhar seus esforços e compartilhar seus conhecimentos durante os momentos de orientação. Minha imensa gratidão pela sua generosidade e oportunidade de crescimento pessoal, intelectual e profissional.

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo 2013/05302-5.

*Na vida, não vale tanto o que temos, nem tanto importa o que somos.
Vale o que realizamos com aquilo que possuímos e, acima de tudo,
importa o que fazemos de nós!*

Chico Xavier

RESUMO

CALDANA, G. **Adaptação Transcultural e Validação do Questionário *Quality Improvement Implementation Survey II* e subescalas do *Preparation of Health Services for Accreditation***. 2018. 190 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Na perspectiva de contribuir para a melhoria da qualidade, os serviços de saúde precisam desenvolver e aprimorar seus processos internos para melhoria de seus resultados assistenciais. A adoção de programas para a melhoria contínua da qualidade, como a acreditação, é uma maneira de avaliar se esses processos promovem, de fato, a segurança e a qualidade do atendimento. Este estudo, de delineamento metodológico, objetivou adaptar e validar, para uso no Brasil, instrumentos que possibilitem mensurar aspectos destes programas de melhoria da qualidade. Para tanto optou-se pelo questionário *Quality Improvement Implementation Survey II* (QIIS) e pelas subescalas do *Preparation of Health Services for Accreditation* (PHSA), analisando as suas propriedades psicométricas para profissionais que atuam nas áreas assistenciais, administrativas e de apoio de hospitais acreditados. O QIIS é dividido em duas seções, denominadas A e B. A primeira mensura e classifica o tipo de cultura na qual se enquadra o hospital; as respostas são obtidas em escores entre 0 e 100 pontos e integra cinco subescalas e vinte itens analisados em quatro categorias: Cultura de Grupo; de Desenvolvimento; Hierárquica e Racional. A seção B destaca as ações do hospital para a melhoria da qualidade; apresenta sete subescalas com cinquenta e oito itens: Liderança, Informação e Análise, Planejamento Estratégico da Qualidade, Utilização de Recursos Humanos, Gestão da Qualidade, Resultados da Qualidade e Satisfação do Cliente. As subescalas denominadas Acreditação e Benefício da Acreditação foram adotadas do PHSA. A primeira subescala possui quatro itens e a segunda, oito. Tanto para a seção B do QIIS e subescalas do PHSA, as respostas foram medidas por meio de escalas do tipo Likert. O delineamento metodológico seguiu os seguintes passos: tradução e síntese das traduções, avaliação por comitê de especialistas, retrotradução, pré-teste e análise das propriedades psicométricas. Os dados foram coletados em sete hospitais

acreditados, no período de junho de 2016 a agosto de 2017. Participaram do estudo 581 profissionais. A validade de face e conteúdo dos instrumentos foi avaliada pelo comitê de especialistas, tradutores, respondentes do pré-teste e pelas pesquisadoras que conduziram este estudo. Quanto à análise das propriedades psicométricas, realizou-se a Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória. Em termos de resultados, o delineamento do perfil da amostra apresentou-se de maioria feminino (68,2%), com idade média de 35,4 anos e cerca de 8 anos de atuação nos hospitais, sendo que a maioria das respostas eram de sujeitos que atuavam em hospitais com fins lucrativos (66,4%), 19% de respostas foram de hospitais públicos e 14,2% de filantrópicos. Após ajustes do modelo, a seção A da versão final do QIIS passou a ter quatro subescalas e treze itens; já a seção B, o mesmo número de subescalas, porém com quarenta e um itens. Quanto às subescalas do PHSA, houve mudança apenas na segunda (Benefício da Acreditação), com a exclusão de dois itens. Com relação à confiabilidade, obteve-se valor adequado para a consistência interna das seções A e B da versão adaptada do QIIS e subescalas do PHSA, tendo os Alphas de *Cronbach* variando de 0,64 a 0,94; exceto na categoria “Cultura Racional”, que não apresentou medidas de ajustes adequadas (Alpha 0,53). Diante dos resultados, conclui-se que, apenas na categoria “Cultura Racional” não houve medidas adequadas para a sua aplicabilidade. A versão adaptada do QIIS e escalas do PHSA atenderam aos critérios de validade e confiabilidade na amostra estudada. Acredita-se que a utilização possibilitará um diagnóstico situacional dos hospitais brasileiros que adotaram a acreditação como estratégia para a melhoria contínua da qualidade.

Descritores: Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Estudos de Validação; Acreditação; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Avaliação de Resultados(Cuidados de Saúde).

ABSTRACT

CALDANA, G. **Transcultural Adaptation and Validation of the Quality Improvement Implementation Survey II and the Scales of the Preparation of Health Services for Accreditation**. 2018. 190 f. Thesis (Doctorate in Sciences) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

In order to contribute to the improvement of the quality of health services need to develop and improve their internal processes to improve their care results.. The adoption of programs for continuous quality improvement, such as accreditation, is one way to assess whether these processes actually promote safety and quality of care. The purpose of this study was to adapt and validate the Quality Improvement Implementation Survey II (QIIS) and subscales of the Preparation of Health Services for Accreditation (PHSA) for use in Brazil, as well as to analyze its psychometric properties for professionals working in care areas , administrative and support services of accredited hospitals. The QIIS is divided into two sections, named A and B. The first measures and classifies the type of culture in which the hospital fits; the answers are obtained in scores between zero and 100 points and integrates five subscales and twenty items analyzed in four categories: Group Culture; Hierarchical and Rational; of Development. Section B highlights the hospital's actions to improve quality; presents seven subscales with fifty-eight items: Leadership, Information and Analysis, Quality Strategic Planning, Use of Human Resources, Quality Management, Quality Results and Customer Satisfaction. The Accreditation and Accreditation Benefit subscales were adopted from the PHSA, used to measure the results of the implementation of an accreditation program under the nurses' perspective. The first subscale has fourth items and the second, eight. For both section B of QIIS and PHSA, responses were measured using the Likert scale. The methodological design followed the following steps: translation and synthesis of translations, evaluation by expert committee, back-translation, pre-test and analysis of psychometric properties. Data were collected from seven accredited hospitals from June 2016 to August 2017. A total of 581 professionals participated in the study. The face and content validation of the instruments was evaluated by the committee of experts, translators and researchers who conducted this study. Regarding the analysis of the psychometric

properties, the Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis were performed. In terms of results, the outline of the sample profile was female (68.2%), with an average age of 35.4 years and about 8 years old in hospitals, with the majority of responses being from subjects who worked in for-profit hospitals (66.4%), 19% from public hospital responses and 14.2% from philanthropists. After adjustments of the model, section A of the final version of QIIS, now has four subscales (thirteen items); already section B, the same number of subscales, but with forty-one items. As for the subscales of the PHSA, there was change only in the second subscale (Benefit of Accreditation), with the exclusion of two items. Regarding reliability, an adequate value for the internal consistency of section A and B were obtained, of the adapted version of the QIIS and subscales of the PHSA with the alphabets of *Cronbach* varying from 0.64 to 0.94; except in the "Rational Culture" category, which did not present adequate adjustment measures (Alpha 0.53). In the light of the results, it is concluded that, only in the category "Rational Culture" there were no adequate measures for its applicability. The adapted version of the QIIS and PHSA scales met the criteria of validity and reliability in the sample studied. It is believed that the use will enable a situational diagnosis of Brazilian hospitals that have adopted accreditation as a strategy for the continuous improvement of quality.

Descriptors: Methodological Research in Nursing; Validation Studies; Accreditation; Quality Assurance of Health Care; Results Evaluation (Health Care).

RESUMEN

CALDANA, G. **Adaptación Transcultural y Validación del Cuestionario Quality Improvement Implementation Survey II y escalas de la preparación de los Servicios de Salud para la Acreditación.** 2018. 190 f. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

En la perspectiva de contribuir a la mejora de la calidad los servicios de salud necesitan desarrollar y perfeccionar sus procesos internos para mejorar sus resultados asistenciales. La adopción de programas para la mejora continua de la calidad, como la acreditación, es una manera de evaluar si estos procesos promueven, de hecho, la seguridad y la calidad de la atención. Este estudio, de delineamiento metodológico, objetivó adaptar y validar para uso en Brasil el cuestionario Quality Improvement Implementation Survey II (QIIS) y sub escalas del Preparation of Health Services para Acreditación (PHSA), así como analizar sus propiedades psicométricas para profesionales que actúan en las áreas asistenciales, administrativas y de apoyo de hospitales acreditados. El QIIS se divide en dos secciones, denominadas A y B. La primera mensura y clasifica el tipo de cultivo en el que se encuadra el hospital; las respuestas son obtenidas en escasos entre 0 y 100 puntos e integra cinco sub escalas y veinte ítems analizados en cuatro categorías: Cultura de Grupo; de Desarrollo; Jerárquica y Racional. La sección B destaca las acciones del hospital para la mejora de la calidad; , que presenta siete sub escalas con cincuenta y ocho ítems: Liderazgo, Información y Análisis, Planificación Estratégica de la Calidad, Utilización de Recursos Humanos, Gestión de la Calidad, Resultados de la Calidad y Satisfacción del Cliente. Las sub escalas denominadas, Acreditación y Beneficio de la Acreditación, fueron adoptadas del PHSA, utilizado con el objetivo de medir los resultados de la implementación de programa de acreditación bajo la óptica de los enfermeros. La primera sub escala poseía cuatro ítems y la segunda, ocho. Tanto para la sección B de QIIS y PHSA, las respuestas se miden a través de la escala del tipo Likert. El delineamiento metodológico siguió los siguientes pasos: traducción y síntesis de las traducciones, evaluación por comité de especialistas, retro traducción, pre-test y análisis de las propiedades psicométricas. Los datos fueron recolectados en siete hospitales acreditados, en el período de junio de

2016 a agosto de 2017. Participaron del estudio 581 profesionales. La validez de apariencia y contenido de los instrumentos fue evaluada por el comité de especialistas, traductores, respondedores del pre-test y por las investigadoras que condujeron este estudio. En cuanto al análisis de las propiedades psicométricas, se realizó el Análisis Factorial Exploratorio y Análisis Factorial Confirmatorio. En términos de resultados, el delineamiento del perfil de la muestra se presenta de mayoría femenina (68,2%), con edad media de 35,4 años y cerca de 8 años de actuación en los hospitales, siendo que la mayoría de las respuestas eran de sujetos que actuaban en hospitales con fines lucrativos (66,4%), 19% de respuestas de hospitales públicos y 14,2% de filantrópicos. Después de ajustes del modelo, la sección A de la versión final del QIIS, pasó a tener cuatro sub escalas (trece ítems); ya la sección B, el mismo número de sub escalas, pero con cuarenta y un ítems. En cuanto a las sub escalas del PHSA, hubo cambio sólo en la segunda sub escala (Beneficio de la Acreditación), con la exclusión de dos ítems. En cuanto a la confiabilidad, obtenemos valor adecuado para la consistencia interna de la sección A y B de la versión adaptada del QIIS y sub escalas del PHSA con las Alphas de *Cronbach* variando de 0,64 a 0,94; excepto en la categoría "Cultura Racional", que no presentó medidas de ajustes adecuados (Alpha 0,53). Ante los resultados, concluimos que, sólo en la categoría "Cultura Racional" no hubo medidas adecuadas para su aplicabilidad. La versión adaptada del QIIS y las escalas del PHSA atendieron a los criterios de validez y confiabilidad en la muestra estudiada. Se cree que la utilización posibilitará un diagnóstico situacional de los hospitales brasileños que adoptaron la acreditación como estrategia para la mejora continua de la calidad.

Descriptores: Investigación Metodológica en Enfermería; Estudios de Validación; Acreditación; Garantía de la calidad de la atención de salud; Evaluación de Resultados (Atención de Salud).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estrutura dos critérios do prêmio <i>Baldrige</i>	36
Figura 2	Etapas de tradução e ATC percorridas na pesquisa.....	59
Figura 3	AFC da subescala “Liderança”.....	109
Figura 4	AFC da subescala “Informação e Análise”.....	109
Figura 5	AFC da subescala “Planejamento Estratégico da Qualidade”.....	110
Figura 6	AFC da subescala “Utilização de Recursos Humanos”.....	111
Figura 7	AFC da subescala “Gestão da Qualidade”.....	111
Figura 8	AFC da subescala “Resultados da Qualidade”.....	112
Figura 9	AFC da subescala “Satisfação do Cliente”.....	113
Figura 10	AFC das subescalas “Acreditação” e “Benefícios da Acreditação” do PHSA.....	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Os 14 pontos do método Deming.....	31
Quadro 2	Os Setes Pilares da Qualidade, segundo Donabedian.....	32
Quadro 3	Início dos programas de acreditação por registro histórico.....	38
Quadro 4	Diagrama Relacional de Dimensões de Cultura Organizacional.....	46
Quadro 5	Distribuição dos estudos que utilizaram ferramentas para a avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade em hospitais.....	50
Quadro 6	Pré-requisitos para a indicação da Adaptação Transcultural de instrumentos de coleta de dados.....	57
Quadro 7	Comparação das alterações realizadas na Versão Português Consensual e T12 da seção A do QIIS após tradução, avaliação do comitê de especialistas e análise das pesquisadoras.....	79
Quadro 8	Comparação das alterações realizadas na Versão Português Consensual e T12 da seção B da QIIS após tradução, avaliação do comitê de especialistas e análise das pesquisadoras.....	81
Quadro 9	Comparação das alterações realizadas na Versão Português Consensual e T12 das subescalas do PHSA , após tradução, avaliação do comitê de especialistas e análise das pesquisadoras.....	87
Quadro 10	Comparação entre a Versão Original do QIIS e a subescala “ <i>Accreditation</i> ” do PHSA com a Versão R12 Final.....	89
Quadro 11	Versão final do QIIS e escalas do PHSA.....	94
Quadro 12	Alpha de <i>Cronbach</i> das subescalas do QIIS e PHSA original e da versão adaptada para o Brasil.....	114

LISTA DE TABELAS^[1]_{SEP}

Tabela 1	Avaliação da compreensão da pesquisa sobre a implementação de melhoria da qualidade.....	90
Tabela 2	Distribuição dos profissionais segundo o perfil ocupacional na etapa de validação do QIIS e subescalas do PHSA.....	98
Tabela 3	Matriz de correlações da categoria “ Cultura de Grupo ” da seção A do QIIS.....	100
Tabela 4	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da categoria “ Cultura de Grupo ”.....	100
Tabela 5	Matriz de correlações da categoria “ Cultura de Desenvolvimento ” da seção A do QIIS.....	101
Tabela 6	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da categoria “ Cultura de Desenvolvimento ”.....	101
Tabela 7	Matriz de correlações da categoria “ Cultura Hierárquica ” da seção A do QIIS.....	102
Tabela 8	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da categoria “ Cultura Hierárquica ”.....	102
Tabela 9	Matriz de correlações da categoria “ Cultura Racional ” da seção A do QIIS.....	102
Tabela 10	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da categoria “ Cultura Racional ”.....	103
Tabela 11	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “ Liderança ”.....	103
Tabela 12	Estatísticas de item-total para as medidas da subescala “ Liderança ” com os itens excluídos.....	104
Tabela 13	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “ Informação e Análise ”.....	104
Tabela 14	Estatísticas de item-total para as medidas da subescala “ Informação e Análise ” com os itens excluídos.....	104
Tabela 15	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “ Planejamento Estratégico da Qualidade ”.....	105
Tabela 16	Estatísticas de item-total para as medidas da subescala “ Planejamento Estratégico da Qualidade ” com os itens excluídos.....	105
Tabela 17	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “ Utilização de Recursos Humanos ”.....	106
Tabela 18	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da dimensão “ Gestão da Qualidade ”.....	106
Tabela 19	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “ Resultados da Qualidade ”.....	106
Tabela 20	Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “ Satisfação do Cliente ”.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAAHC	Accreditation Association for Ambulatory Health Care
ACHS	Australian Council on Healthcare Standards
ACI	<i>Accreditation Canada Internacional</i>
ACS	Colégio Americano de Cirurgiões
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AGPAL	<i>Australian General Practices Accreditation Limited</i>
ANAES	<i>Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	American Psychological Association
ATC	Adaptação Transcultural
AZUS	<i>Agency for Accreditation of Health Care Institutions of Serbia</i>
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCAOS	Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde
CCHFA	<i>Canadian Council on Health Facilities Accreditation</i>
CGHS	Sistema de Saúde do Governo Central
CHKS	<i>Caspe Healthcare Knowledge Systems</i>
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
EUA	Estados Unidos da América
HAP	<i>Hospital Accreditation Program</i>
HAS	<i>Haute Autorité de Santé</i>
HQS	<i>Health Quality Service</i>
IAEA	<i>International Atomic Energy Agency</i>
IQS	Instituto de Qualidade em Saúde
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
ITAES	<i>Instituto Tecnico para la Acreditacion de Establecimientos de Salud</i>
JCHAO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JCQHC	<i>Japan Council for Quality Health Care</i>
MSA	Medida de Adequação de Amostragem
MSQH	<i>Malaysian Society for Quality in Health</i>
MV	Máxima Verossimilhança
NABH	Conselho Nacional de Acreditação de Hospitais e Provedores de Saúde
NCQA	<i>National Committee for Quality Assurance</i>
NIAH	<i>Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals</i>

NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
OCAI	<i>Organizational Culture Assessment Instrument</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PHSA	<i>Preparation of Health Services for Accreditation</i>
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
PPH	Programa de Padronização de Hospitais
QIIS	<i>Quality Improvement Implementation Survey II</i>
SAS	<i>Swiss Accreditation Agency</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TQM	<i>Total Quality Management</i>
VPC	Versão Português Consensual
VPF	Versão Pré-Final

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	22
1.1	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	22
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	OBJETIVO GERAL.....	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
3.1	GESTÃO DA QUALIDADE.....	30
3.2	PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	35
3.3	A ACREDITAÇÃO NO BRASIL.....	40
3.4	CULTURA ORGANIZACIONAL.....	44
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	49
4.1	O USO DE INSTRUMENTOS PARA MENSURAR OS RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE MELHORIA DA QUALIDADE.....	49
4.2	APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO – QIIS.....	53
4.3	APRESENTAÇÃO DAS SUBESCALAS DO INSTRUMENTO – PHSA.....	56
4.4	O PROCESSO DE ATC DE INSTRUMENTOS E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	57
4.5	TRADUÇÃO.....	60
4.6	SÍNTESE DAS TRADUÇÕES.....	60
4.7	AVALIAÇÃO PELO COMITÊ DE ESPECIALISTAS.....	60
4.8	RETROTRADUÇÃO.....	61
4.9	PRÉ-TESTE.....	61
5	AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DA VERSÃO ADAPTADA.....	62
5.1	PSICOMETRIA.....	62
5.2	VALIDADE.....	63
6	MÉTODO.....	68
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	68
6.2	PROTEÇÃO AOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	68
6.3	PROCESSO DE ATC E VALIDADE PSICOMÉTRICA.....	69
6.3.1	Tradução e síntese das traduções.....	69
6.3.2	Avaliação pelo comitê de especialistas.....	69
6.3.3	Retrotradução.....	70
6.3.4	Pré-teste.....	70
6.4	ETAPAS RELACIONADAS ÀS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	71

6.4.1	Cenários de estudo.....	71
6.4.2	População e amostra.....	72
6.4.3	Coleta de dados.....	72
6.5	ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICA DOS DADOS	73
6.5.1	Análise fatorial exploratória.....	74
6.5.2	Análise fatorial confirmatória.....	74
7	RESULTADOS.....	77
7.1	TRADUÇÃO E SÍNTESE DAS TRADUÇÕES.....	77
7.2	AVALIAÇÃO PELO COMITÊ DE ESPECIALISTAS.....	78
7.3	RETROTRADUÇÃO.....	88
7.4	PRÉ-TESTE.....	90
7.5	RESULTADOS DOS TESTES RELACIONADOS ÀS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	98
7.5.1	Perfil da amostra.....	98
7.5.2	Análise fatorial exploratória.....	99
7.5.2.1	Análise fatorial exploratória da seção a cultura do hospital matriz de correlações.....	99
7.5.2.2	Análise fatorial exploratória da seção B do QIIS.....	103
7.5.2.3	Análise fatorial exploratória das subescalas do PHSA.....	107
7.5.4	Análise fatorial confirmatória da seção B do QIIS.....	107
7.5.5	Análise fatorial confirmatória das subescalas do PHSA.....	113
8	DISCUSSÃO.....	116
8.1	VALIDADE DE FACE E CONTEÚDO.....	118
8.2	ANÁLISE PSICOMÉTRICA.....	122
9	CONCLUSÃO.....	127
	REFERÊNCIAS.....	130
	APÊNDICES.....	144
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes.....	145
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Especialistas.....	147
	APÊNDICE C - Formulário para avaliação semântica do questionário adaptado.....	149
	APÊNDICE D – Versão Final Adaptada do QIIS e Subescalas do PHSA.....	162
	ANEXOS.....	167
	ANEXO A – <i>Quality Improvement Implementation Survey II</i>	168
	ANEXO B – Nota de esclarecimento sobre a nomenclatura do <i>Quality Improvement Implementation Survey II</i>	175
	ANEXO C - Subescalas do <i>Preparation of Health Services for Accreditation</i>	176

ANEXO D – Permissão para o adaptação e validação do <i>Quality Improvement Implementation Survey</i>	179
ANEXO E – Permissão para a adaptação e validação das subescalas do <i>Preparation of Health Services for Accreditation</i>	180
ANEXO F – Permissão para o uso do <i>Preparation D'um de santé A l'Accreditation</i>	181
ANEXO G – Aprovação do Comitê de Ética.....	182
ANEXO H – Devolutiva sobre a R12.....	183
ANEXO I- Autorização para coleta de dados - hospital 1.....	184
ANEXO J – Autorização para coleta de dados - hospital 2,3 e 4.....	185
ANEXO K - Autorização para coleta de dados - hospital 5.....	186
ANEXO L – Autorização para coleta de dados - hospital 6.....	187
ANEXO M – Autorização para coleta de dados - hospital 7.....	188
ANEXO N – Devolutiva sobre a versão R12 Final.....	189
ANEXO O – Cutoff Criteria.....	190

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Na era da globalização, diante de inúmeros meios de acesso à informação em saúde, a sociedade passou a adotar uma atitude mais crítica e consciente sobre seus direitos em relação à qualidade e segurança dos cuidados prestados. Entende-se que tais fatores são componentes críticos da gestão em saúde, sendo assim, esses serviços têm passado por processos de melhoria, com vistas ao atendimento das demandas desta sociedade, cada vez mais exigente (CASTRO et al., 2013).

Acredita-se que, para o alcance da melhoria da qualidade, os serviços de saúde precisam desenvolver e aprimorar seus processos internos para o alcance de melhores resultados assistenciais. Uma maneira de avaliar se os processos promovem, de fato, a segurança e a qualidade do atendimento, é a adoção de programas que busquem o contínuo aperfeiçoamento. Estes programas possibilitam uma avaliação que emerge como uma possibilidade de criar uma gestão focada na qualidade e cultura de segurança, a fim de melhorar continuamente os processos na prestação do cuidado ao paciente e aos resultados obtidos, configurando-se como um dos caminhos para o gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde (MANZO; BRITO; ALVES, 2013).

Tendo em vista que os serviços de saúde podem desenvolver os processos de avaliação interna conforme a necessidade e realidade local e não havendo no Brasil uma legislação que aponte quais ferramentas de qualidade adotar, optou-se por analisar o programa de avaliação externa da qualidade denominado Acreditação Hospitalar enquanto objeto de investigação deste estudo, por entender-se que no contexto da escalada na complexidade dos cuidados de saúde e das mudanças no perfil epidemiológico das populações, pode contribuir para assegurar que os cuidados tenham os melhores padrões de qualidade (ACCREDITATION CANADÁ, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, o “Programa de Acreditação Hospitalar” é parte importante do esforço para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. O desenvolvimento desse tipo de programa é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético

(BRASIL, 2002b), mas destaca-se, novamente, que não é uma obrigação legal.

O número de hospitais acreditados no Brasil ainda se constitui de um universo pequeno quando se pensa no número de instituições existentes no país. Dentre os 6.125 hospitais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 301(5%) são acreditados (BRASIL, 2017).

Considerando a saúde como um direito de todos, que abrange a garantia de uma cobertura universal, assistência digna, de qualidade e segura, a acreditação configura-se como um dos meios de concretização desse direito constitucional, contribuindo para remodelar o cenário de insegurança que, atualmente, cerca as instituições de saúde (BRASIL, 1988; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2014).

Há indicações de que, a acreditação leva à melhoria da qualidade do gerenciamento e também da assistência à saúde; também fortalece a eficácia da equipe interdisciplinar, a comunicação e a utilização de indicadores que levam à tomada de decisões baseadas em evidências (OLIVEIRA et al., 2017; OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; FIGUEIREDO, 2012; POMEY et al., 2010; EL-JARDALI et al., 2008). Além disso, esse modelo de avaliação externa da qualidade pode garantir reconhecimento público ao hospital acreditado (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

No entanto, também é apresentada como uma questão complexa. Uma revisão sistemática que examinou a acreditação quanto aos seus processos e resultados obtidos, pontuou opiniões mistas: duas categorias apresentaram resultados consistentes, sendo elas: promover a mudança e desenvolvimento profissional. Resultados inconsistentes, devido a avaliações contrastantes, foram identificados em cinco categorias: atitude profissional, impacto organizacional, impacto financeiro, medidas de qualidade e avaliação de programas (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008).

Revisão sistemática que analisou a percepção dos profissionais de saúde frente ao processo de acreditação, destacou evidências positivas sobre a adoção do método de avaliação externa para melhorar a qualidade do serviço de saúde, bem como adotá-la como uma estratégia de *marketing*. Porém, a questão do custo foi citada como um obstáculo para os hospitais que não possuem recursos financeiros suficientes para adequar-se às normas estabelecidas pelas organizações acreditadoras (ALKHENIZAN; SHAW, 2011).

Em síntese que apresenta os principais impactos da implementação da Acreditação Hospitalar, Mendes e Mirandola (2015) destacam as melhorias organizacionais quanto à gestão de processos, ao aumento da segurança do paciente e a melhoria da imagem pública do hospital. Porém, não evidenciaram benefício financeiro para as instituições.

Entende-se que, ainda não está claro como o processo de acreditação afeta os serviços de saúde ou os resultados da sua assistência para a equipe, pacientes, famílias, comunidade e sociedade. As organizações que participam de acreditação confirmam seu compromisso com a melhoria da qualidade, mitigação de riscos, segurança do paciente, eficiência e responsabilidade, e enviam uma mensagem aos principais tomadores de decisão e a comunidade afirmando que ela pode contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde, destacando que, apesar dos seus benefícios, ainda se fazem necessárias pesquisas que possam medir os resultados desse programa de avaliação externa para os diversos interessados do sistema de saúde (ACREDITATION AGRÉMENT CANADÁ, 2016).

Revisão de literatura realizada pela pesquisadora deste estudo destaca que há poucas evidências disponíveis sobre as ferramentas utilizadas para a avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade no contexto hospitalar. Obteve-se 09 estudos internacionais que utilizaram instrumentos de avaliação com este fim (AL-AWA et al., 2012; SACK et al., 2010; EL-JARDALI et al., 2008; SEKIMOTO et al., 2008; ITO; SUGAWARA, 2005; AL TEHEWY et al., 2009; HOSFORD, 2008; SUÑOL et al., 2009; POMEY et al., 2004). Dentre as ferramentas utilizadas, destaca-se o modelo avaliativo de Shortell et al. (1995), que, por meio do “*Quality Improvement Implementation Survey II*” (QIIS), avalia os resultados da implementação de programas de melhoria da qualidade, fundamenta sua análise nas percepções dos colaboradores e também relaciona à cultura do hospital. Tais estudos serão apresentados mais detalhadamente na seção 4.1.

Com o objetivo de avaliar a implementação do programa de melhoria da qualidade, um estudo realizado em 16 hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) adotou o QIIS. Os autores destacam que o referido instrumento têm sido usado com sucesso pelas organizações a fim de diagnosticar o desempenho destas em muitos setores dos EUA, incluindo áreas relacionadas e não relacionadas aos cuidados de saúde (SHORTELL et al., 2000).

Estudos que utilizaram o QIIS para analisar os resultados da implementação da acreditação ou outra iniciativa para a melhoria da qualidade destacam que os programas influenciaram no desenvolvimento de práticas de melhoria na organização apresentando, portanto, um impacto positivo na qualidade (GHAREEB, 2015; ABOLFOTOUH et al., 2014).

Uma pesquisa que objetivou avaliar o impacto da acreditação sobre a qualidade dos cuidados na óptica dos enfermeiros, também adotou o QIIS e duas subescalas provenientes do estudo de Pomey (2002), denominadas “acreditação” e “benefícios da acreditação” do questionário “*Preparation D’um de santé A l’Accreditation*”; traduzido para o inglês como “*Preparation of health services for Accreditation*” (PHSA) (EL-JARDALI et al. 2008).

No estudo publicado por Pomey (2002) e Pomey et al. (2004), as mudanças organizacionais foram avaliadas durante e após a implementação do programa de acreditação, obrigatório nos hospitais da França. A autora refere que a acreditação pode promover ações para a melhoria da qualidade em hospitais, conduzindo assim, a melhores resultados.

Outro estudo que utilizou o QIIS e também as subescalas “Acreditação” e “Benefícios da Acreditação” do PHSA teve como objetivo mensurar o resultado do processo de acreditação pela *Accreditation Canada International* (ACI) na organização do serviço de atenção primária à saúde no Estado do Catar – oriente médio - bem como os resultados da qualidade e aprendizado pela óptica dos colaboradores das áreas assistenciais, administrativas e gerência. No referido estudo, os resultados indicam que a organização alcançou melhorias significativas em qualidade e desempenho nos cuidados prestados aos pacientes. A acreditação foi classificada como uma ferramenta valiosa para a implementação de mudanças para a melhoria da organização do serviço de saúde (GHAREEB, 2015 p.97).

Pesquisa que utilizou as subescalas adaptadas por El-Jardali et al. (2008) em uma amostra de enfermeiros afirma que o questionário mostra confiabilidade e validade adequadas. Isso indica que é uma boa ferramenta de medição para a identificação de áreas que exigiram melhorias e aprimoramentos no que tange à adoção de programas de melhoria da qualidade (AL-QAHTANI et al., 2012).

Nesse contexto, verifica-se que há poucos instrumentos disponíveis na literatura que avaliam a implementação de melhoria da qualidade e seus resultados

nos serviços de saúde, particularmente no contexto da acreditação. Além do fato de não haver estudos nacionais de adaptação e validação do QIIS e PHSA para a avaliação de resultados da implementação de programas de melhoria da qualidade, o que possibilitaria, por meio da aplicação das escalas, a obtenção de resultados avaliativos sobre os programas de acreditação hospitalar, fundamentais para a melhoria contínua da qualidade.

No intuito de disponibilizar o uso de um instrumento de avaliação que seja preciso e confiável para o fim a que se propõe, o tema central deste estudo é a validação do QIIS e duas subescalas do PHSA adaptadas por El-Jardali (2008), a partir do seguinte questionamento: o QIIS e as subescalas do PHSA são passíveis de serem utilizadas por profissionais das áreas assistenciais, administrativas e de apoio que atuam em serviços hospitalares no Brasil, possibilitando a avaliação do resultado da implementação do programa de acreditação hospitalar em semelhança a seu desempenho na cultura em que a escala se originou?

Este trabalho adota como referencial teórico a gestão pela qualidade focada no uso das medidas do QIIS e PHSA como um componente a ser utilizado no contexto da avaliação dos resultados da implementação da acreditação hospitalar, cujos conceitos fundamentais serão apresentados no tópico a seguir. O referencial metodológico adotado para a Adaptação Transcultural (ATC) seguiu as diretrizes de Ferrer et al. (1996) e Beaton et al. (2007) e a análise psicométrica as recomendações de Hair et al. (2009) e Marôco (2014).

Acredita-se que, por meio de um questionário adaptado para a realidade brasileira e que possa ser aplicado nas instituições hospitalares acreditadas, será possível identificar e mensurar fragilidades e potencialidades relacionadas ao programa de acreditação, compreender como esse processo afeta os hospitais além de investigar os resultados decorrentes da sua implantação sob a óptica dos profissionais que nelas atuam.

Espera-se com este estudo contribuir com tema de tamanha magnitude que é a “melhoria da qualidade em serviços de saúde”, subsidiando o diagnóstico situacional de hospitais brasileiros, no que concerne à mensuração dos resultados de programas de acreditação nos níveis estruturais e organizacionais.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Os objetivos da pesquisa nos ajudarão a demonstrar, de forma clara, as intenções almejadas com o presente trabalho. Eles serão dispostos em objetivos geral e específicos, de acordo com o exposto a seguir:

2.1 OBJETIVO GERAL

Adaptar transculturalmente e validar o questionário *Quality Improvement Implementation Survey* (QIIS) e as subescalas do *Preparation of health services for Accreditation* (PHSA), para uso no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos, apresentam-se:

- a) Avaliar a validade de face e conteúdo por meio da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens da versão do QIIS e duas subescalas do PHSA, traduzidas para o português em uma amostra de trabalhadores de hospitais acreditados.
- b) Avaliar a validade de construto do QIIS e subescalas do PHSA por meio da análise fatorial.
- c) Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do QIIS e subescalas do PHSA por meio da consistência interna dos itens.
- d) Disponibilizar um instrumento válido para medir os resultados da implementação do programa de acreditação hospitalar.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 GESTÃO DA QUALIDADE

O conceito e o significado de qualidade são dinâmicos e vêm se transformando ao longo da história, sendo introduzidos novos elementos balizados pelo progresso das organizações e sociedade (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002). Destaca-se que, as práticas da Gestão da Qualidade têm parte dos princípios norteadores de estudiosos, tais como: Crosby (1986); Juran (1989; 1992); Ishikawa (1993) e Deming (1990).

Crosby (1986) analisou a administração focada na qualidade e definiu que esta não pode ser avaliada como boa ou ruim; porém, acredita que as exigências devam estar ou não em conformidade com as especificações. Sua proposta incluía buscar a conformidade com os requisitos, prevenir erros, desenvolver um padrão de desempenho fundamentado no defeito zero e considerar a avaliação da qualidade como um investimento.

Para Juran (1989), a melhoria contínua da qualidade é uma mudança no estilo de gerenciamento e também de cultura. Destaca ainda que, a gestão da qualidade deve ser realizada utilizando-se três processos: o planejamento, o controle e a melhoria da qualidade (JURAN, 1992).

Outro importante estudioso da qualidade, Kaoru Ishikawa, difundiu a “revolução do pensamento administrativo” que consiste em praticar um bom controle de qualidade visando sempre a satisfação do cliente (ISHIKAWA, 1993 p. 43). É reconhecido pela criação do diagrama de causa-efeito (“espinha de peixe”) e pelo desenvolvimento do conceito de Círculos de Controle da Qualidade, ambas ferramentas com foco na qualidade (ISHIKAWA, 1993).

Para Ishikawa (1993 p. 43-44), a qualidade é uma revolução da própria filosofia administrativa, exigindo uma mudança de mentalidade de todos os integrantes da organização, principalmente os altos executivos.

Deming (1990), administrador que se destacou na indústria japonesa por capacitar os gerentes em relação ao controle estatístico nas etapas de produção, destacando as causas de erros desnecessários nesse processo, desenvolveu 14 princípios para a transformação da administração para o alcance da qualidade,

descritos no quadro 1.

Quadro 1 – Os 14 pontos do método Deming.

1. Criar constância de propósitos para a melhora do produto e do serviço
2. Adotar uma filosofia para a era econômica atual
3. Não depender da inspeção para garantir a qualidade
4. Acabar com a prática de aprovar orçamentos baseados no preço
5. Melhorar constantemente o sistema de produção e de prestação de serviços
6. Instituir treinamento
7. Adotar e instituir liderança
8. Trabalhar de forma eficaz, sem medo
9. Romper as barreiras entre os departamentos
10. Eliminar lemas, estímulos e metas para a mão de obra exigindo perfeição
11. a) Substituir os padrões de trabalho pela liderança
b) Eliminar o processo de administração (objetivos numéricos) por objetivos apoiados pelos líderes
12. a) Remover as barreiras que privam os funcionários de orgulhar-se pela execução do seu trabalho. Líderes devem mudar a busca pelo resultado em números absolutos pela qualidade
13. Instituir um programa de educação e auto-aprimoramento
14. Incentivar o processo de transformação

Fonte: Deming (1990, p. 18). Traduzido pela autora (2017).

Independentemente dos conceitos destacados pelos estudiosos citados, reconhece-se uma base comum nos diferentes caminhos apontados para a melhoria da qualidade: o empenho e o apoio da gestão são essenciais; não existem atalhos para a qualidade; a educação e o treinamento devem ser contínuos; a maior parte dos problemas associados à qualidade podem ser atribuídos às ações e às políticas de gestão; os gestores devem fornecer aos trabalhadores os meios necessários para realizarem um bom trabalho; a medição é crítica; os fornecedores devem ser envolvidos no esforço de qualidade e a procura da qualidade deve ser um esforço contínuo (SUAREZ, 1992).

No âmbito da gestão da qualidade em saúde, destacam-se as contribuições de estudiosos como Codman (1996); Donabedian (1980); Berwick, Godfrey e Roessner (1990).

Ernest Codman, autor de trabalhos sobre a garantia da qualidade nos resultados das intervenções e procedimentos médicos, publicou em 1917, um relatório com recomendações de análise sobre a prática assistencial em toda a organização, por meio de comparações e padronização dos resultados (CODMAN, 1996).

Os estudos realizados por Avedis Donabedian, pesquisador que se dedicou

a estudar a qualidade na atenção médica, são considerados de grande valia na atualidade. Sabe-se que, grande parte dos estudos realizados nessa área, a partir dos anos 80, basearam-se no quadro conceitual proposto por este pesquisador, que apresenta duas teorias principais: a primeira se baseia na tríade que observa a relação entre os componentes da estrutura, processo e resultado e a segunda nos sete pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1980;1990; 2003).

A **estrutura** destacada por Donabedian corresponde aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros da instituição e envolve, além da estrutura física, a capacitação dos colaboradores que prestam a assistência; o **processo** abrange as atividades desenvolvidas entre os profissionais e os pacientes, destacando-se também os aspectos éticos dessa relação; os **resultados** correspondem ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, a satisfação de padrões e expectativas dos usuários (DONABEDIAN, 1990; 2003).

A eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e equidade são, respectivamente, os sete pilares que definem a qualidade no cuidado em saúde, descritos no quadro 2 (DONABEDIAN, 1990).

Quadro 2 – Os Setes Pilares da Qualidade, segundo Donabedian.

EFICÁCIA	Capacidade de produzir melhorias na saúde e no bem-estar das pessoas. 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. Consiste no grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
EFICIÊNCIA	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	Incorpora os custos na avaliação dos efeitos do cuidado. O processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” são desnecessárias.
ACEITABILIDADE	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.
LEGITIMIDADE	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral
EQUIDADE	Distribuição do cuidado e de seus benefícios a partir do princípio de justiça social. Torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Fonte: Donabedian (1990, p.18). Traduzido pela autora (2017).

Ainda em relação à qualidade nos serviços de saúde, Berwick aponta a necessidade de redução de desperdícios, foco no paciente e utilização adequada de recursos. No “*Quality Chasm Report*”, o autor aponta os seis passos para a melhoria da qualidade em saúde: (1) Segurança do Paciente; (2) Eficácia: o serviço de saúde deve se basear em evidências científicas, evitando os cuidados ineficazes; (3) Foco no paciente: os cuidados devem respeitar a individualidade do paciente; (4) Tempo: deve haver redução no tempo de espera e atraso, tanto para os pacientes quanto para os profissionais. (5) Eficiência: redução dos custos, evitar o desperdício de suprimentos, equipamentos, espaço físico e também de ideias e espírito humano. (6) Equidade: fechar lacunas raciais e étnicas no estado de saúde (BERWICK, 2002, p. 83).

Um conceito atual apresentado pelo estudioso Costa Junior (2015 p.24) define a qualidade em saúde como o resultado compartilhado e concordante do conjunto de atitudes e práticas de um indivíduo, seja profissional de saúde ou pacientes, orientadas por construção de políticas e instrumentos coletivos, que condicionam mudanças ou adequações positivas em um processo ou atividade de um serviço de saúde.

A gestão da qualidade em saúde tem sido discutida na atualidade, nos diferentes níveis de atenção e setores envolvendo mudanças estruturais e paradigmáticas visíveis aos profissionais e usuários. Os serviços precisam atender as necessidades e às preferências de clientes, cada vez mais exigentes e menos tolerantes, enquanto equilibra o provimento de todos os tipos de insumo, para o alcance de um atendimento integral e resolutivo, com destaque para a administração de custos, que tem apresentado aumento exponencial no setor (SAVASSI, 2012).

Segundo o Institute of Medicine (2001), os serviços de saúde são qualificados quando há padrões ótimos pré-definidos sobre as medidas de desempenho da tríade estrutura, processos e resultados; quando implicam programas de controle de qualidade, atendendo às necessidades das pessoas; e trazem segurança aos profissionais e usuários.

O processo da Gestão da Qualidade envolve duas áreas de atuação: o nível global e o nível operacional. No primeiro, a Gestão da Qualidade deve colaborar com a alta administração na definição das políticas da qualidade; no

âmbito operacional, ela deve desenvolver, implantar e avaliar os programas de qualidade (PALADINI, 2007).

Para Samico et al. (2010), a avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção de instrumentos a serem utilizados na avaliação e as ações para a melhoria da qualidade são influenciadas pelo meio social e produtivo em que a instituição se encontra; também pelas constantes atualizações ao longo dos anos, ou seja, as teorias clássicas da administração, passam por adaptações nesse aspecto.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (1998) define o termo qualidade “como o grau em que os serviços de saúde proporcionam o alcance das necessidades de saúde da população de forma consistente e fundamentado nos conhecimentos científicos atuais”.

Tronchin, Freitas e Melleiro (2016, p. 80) destacam que a ideia de avaliação está embutida no conceito de qualidade. Diante do exposto, entende-se que a abordagem da qualidade em saúde tem estreita relação com a avaliação dos serviços.

Na perspectiva de que a qualidade é uma resposta gerencial para o atendimento das expectativas dos clientes e para a manutenção das organizações num cenário de mudanças, procedimentos avaliativos da qualidade têm sido implementados nos serviços de saúde, destacando-se a metodologia da acreditação como uma avaliação externa conhecida internacionalmente (MANZO; BRITO; CORRÊA; 2012).

Schiesari (2014) ressalta que as metodologias de avaliação externa estão mais divulgadas e acessíveis no Brasil, com relevantes resultados em relação aos avanços da implantação da gestão da qualidade nos serviços de saúde. Por outro lado, é preciso refletir sobre as perspectivas futuras das certificações de qualidade, o que exigirá mudanças no sentido de equilibrar as exigências e as normas no seguimento de padrões com a flexibilidade e singularidade local (SCHIESARI, 2014).

Estudo desenvolvido no sul do Brasil destacou que a acreditação foi um fator determinante para capacitar os enfermeiros à atuação gerencial (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014). Outro estudo, que objetivou analisar as percepções

de gestores e trabalhadores sobre as mudanças no gerenciamento hospitalar advindas da acreditação, destacou mudanças categorizadas em operacionais, estruturais e financeiras: Trabalhar com planejamento estratégico, aumento do número de gestores das áreas assistenciais e administrativas e trabalhar com orçamentos para a redução de custos (OLIVEIRA et al., 2017).

Nesse sentido, entende-se que a ferramenta da acreditação caracteriza-se como uma busca pela excelência em gestão, permitindo a realização de um diagnóstico sobre os serviços de saúde, por meio da identificação dos pontos críticos a serem melhorados, levando à realização de ações para a melhoria e, conseqüentemente, a uma melhoria da assistência prestada.

3.2 PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

À proporção que mudanças influenciadas por movimentos políticos e econômicos contemporâneos ocorrem no contexto mundial, nas conformações educacionais, sociais e no setor da saúde, a garantia da qualidade nos serviços de saúde vem se tornando um desafio singular, uma vez que a qualidade no âmbito da saúde tem retratado uma ampliação progressiva de ações referentes à melhoria contínua, sustentando ininterruptamente as exigências da competitividade de mercado e dos usuários desses serviços (DUARTE; SILVINO, 2012).

A adoção de normas como a *ISO 9001:2000*, de premiações como o *Malcolm Baldrige* e o programa como o *Total Quality Management (TQM)* constituem uma alternativa para que as organizações concorram nos moldes do mercado atual (SHANKAR, 2003), incluindo as organizações de saúde.

O modelo normativo da *International Organization for Standardization (ISO)* para a área de Gestão da Qualidade surgiu em meio à expansão da globalização. As normas **ISO série 9000** foram editadas pela primeira vez em 1979 e, rapidamente, tornaram-se uma referência para a gestão da qualidade das empresas (CARVALHO; PALADINI, 2005).

O ***Malcolm Baldrige National Quality Award*** foi criado nos EUA em 1987 com o objetivo de conscientizar sobre o gerenciamento de qualidade e reconhecer as empresas americanas que implementaram sistemas de gerenciamento de

qualidade bem-sucedidos. Os prêmios podem ser concedidos anualmente em três categorias distintas: negócios (subdividido em manufatura, serviços e pequenas empresas); saúde e educação. São elencadas sete categorias para avaliação com um sistema de contagem de pontos (máximo 1.000 pontos): 1) Liderança - 120 pontos. 2) Planejamento estratégico - 85 pontos; 3) Foco no cliente e no mercado - 85 pontos; 4) Medição – 90 pontos; 5) Recursos humanos - 90 pontos; 6) Gestão dos processos - 85 pontos; 7) Resultados - 450 pontos (PALADINI, 2005, p. 98; BALDRIGE FOUNDATION, 2016a).

A figura 1 destaca que todas as categorias são ligadas e integradas, ilustrando quatro elementos principais: o promotor (liderança), o sistema (conjunto de processos), as medidas de progresso e a meta.

Figura 1 - Estrutura dos critérios do prêmio Baldrige.

Fonte: Baldrige Foundation (2016b).

O **TQM** surgiu na metade da década de 1980, apresentando construtos para avaliação da qualidade com foco no relacionamento com os clientes; na liderança; no envolvimento e na participação dos profissionais; relacionamento com os fornecedores e parceiros; na gestão e melhoria contínua de processos, produtos e serviços. As etapas de implantação do TQM se resumem no estabelecimento de objetivos e estruturas organizacionais; a atribuição de poder,

ou seja, delegar responsabilidades para adequar o TQM aos objetivos da empresa (PALADINI, 2005, p. 90).

Iniciativas de melhoria da qualidade nos serviços hospitalares são relatadas em diversos países (MALIK; TELES, 2001; LEE et al.; 2002; HASAN; KERR, 2003; MANAF, 2005; MACINATI, 2008; ALAVI; MAHAMOUD, 2008; OLÁSTICO; TOLEDO, 2013). Uma das estratégias adotadas para melhorar a qualidade e a produtividade nas organizações de saúde é a criação de programas de Acreditação Hospitalar (POMEY et al., 2010).

A Acreditação Hospitalar teve como seu programa precursor, a avaliação da qualidade do cuidado ao paciente realizada em hospitais de ensino americanos por Ernest Codman, cirurgião, que em 1924 liderou o “Programa de Padronização de Hospitais” (PPH) após a criação do Colégio Americano de Cirurgiões (ACS) em 1913. O PPH teve como objetivo estabelecer padrões de qualidade para a avaliação de hospitais nos Estados Unidos (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em meados do século XX, o ACS, juntou-se ao Colégio Americano de Clínicos, à Associação Americana de Hospitais e à Associação Médica Canadense, passando a compor a JCAHO, ficando responsável pelo programa de acreditação hospitalar. O programa tinha o objetivo de introduzir conceitos de qualidade por meio de auditoria externa (NOVAES, 2007).

Nos últimos anos, tal comissão passou a direcionar suas atividades para a assistência, por meio do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade e ao desempenho institucional (RODRIGUES et al., 2011). Na década de 70, publicou o Manual de Acreditação para Hospital, denominado “*Accreditation Manual for Hospital*”, contendo padrões ótimos de qualidade, considerando também processos e resultados da assistência (FELDMAN; CUNHA 2006). Em 1972, o MS dos EUA confirmou essa Comissão Conjunta como sua representante na acreditação dos hospitais (NOVAES, 2007).

Inicialmente, desenvolvida e aplicada aos hospitais norte-americanos, depois de um tempo de maturação e consolidação de suas bases fundamentais, a acreditação foi reconhecida devido à sua importância e aplicabilidade. A propagação da experiência americana, como um caso de sucesso, fez com que os programas de acreditação passassem a ser, cada vez mais, utilizados, mundialmente, tanto por provedores, isoladamente, quanto por

redes assistenciais dos sistemas públicos e dos sistemas privados de saúde (OBSERVATÓRIO DA ACREDITAÇÃO EM SAÚDE, [2017]). O registro da primeira avaliação com o intuito de “acreditar” um hospital norte-americano data de 1951, como um feito da JCAHO. Na sequência, o Canadá registrou o seu primeiro programa oficial em 1958 e a Austrália, em 1974, tornou-se o terceiro modelo, até então, conhecido no mundo. Na Europa, o Reino Unido demonstrou, desde os primórdios da acreditação, interesse pelo tema, mas, somente, a partir da década de 80 efetivamente se empenhou na implantação dos seus programas. O *The Hospital Accreditation Program (HAP)* foi o primeiro a ser desenvolvido, na Inglaterra. Toda a estrutura deste programa derivou do modelo canadense e os seus padrões foram publicados, pela primeira vez, em 1988. No decorrer de sua experiência, a fundação reestruturou o seu programa de acreditação que passou a chamar-se *Health Quality Service (HQS)*.

Em 2005, o HQS foi incorporado ao *Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)*, uma empresa de desenvolvimento em tecnologia da informação e *benchmarking* na área de saúde, com participação internacional em mais de 15 países que, naquele momento, ampliava seu nicho de especialização. A CHKS representa, atualmente, o principal programa de acreditação no Reino Unido (OBSERVATÓRIO DA ACREDITAÇÃO EM SAÚDE, [2017]).

O quadro 3 destaca o crescimento global das organizações acreditadoras pelo mundo.

Quadro 3 - Início dos programas de acreditação por registro histórico.

ANO	PAÍS	PROGRAMA
1951	Estados Unidos	JCAHO
1953	Canadá	Canadian Commission on Hospital Accreditation
1958	Canadá	CCHFA – Canadian Council on Health Facilities Accreditation Em 1988, renomeado, Canadian Council on Hospital Accreditation
1974	Austrália	ACHS – Australian Council on Healthcare Standards
1979	Estados Unidos	AAAH – Accreditation Association for Ambulatory Health Care
1986	Taiwan	Taiwan Joint Commission on Healthcare Accreditation
1987	Austrália	Aged Care Standards and Accreditation Agency, Australia
1989	Nova Zelândia	Quality Health New Zealand
1990	Reino Unido	HAP – Hospital Accreditation program
1991	Reino Unido	HQS – Health Quality Scheme
	Estados Unidos	NCQA – National Committee for Quality Assurance
1994	África do Sul	Council for Health Service Accreditation of Southern Africa

1995	Finlândia	The Finland Health Quality Service
1996	Argentina	ITAES - Instituto Tecnico para la Acreditacion de Establecimientos de Salud
	Espanha	Fundação Avedis Donabedian
	Japão	Japan Council for Quality Health Care
1998	Austrália	AGPAL – Australian General Practices Accreditation Limited
	Brasil	CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde
	Polônia	Hospital Accreditation Programme
	Suíça	SAS – Swiss Accreditation Agency
1999	França	ANAES – Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé HAS - Haute Autorité de Santé
	Malásia	MSQH – Malaysian Society for Quality in Health
	Holanda	NIAZ – The Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals
	Tailândia	HA – Hospital Accreditation Thailand
	Brasil	ONA – Organização Nacional de Acreditação
	Zâmbia	Zambia Hospital Accreditation Programme
2000	Portugal	IQS – Instituto de Qualidade em Saúde Programa Nacional Oficial
	Líbano	Ministry of Public Health - Committee for Evaluation Classification and Accreditation of Hospitals
2001	Alemanha	National Accreditation System e Joint Commision International
	Suíça	Swiss Accreditation Service
2003	Colômbia	National Accreditation Board
2005	Albânia	IQS – Instituto de Qualidade em Saúde Programa Nacional Oficial
	Índia	National Accreditation Board
2007	Jordânia	Health Care Accreditation Council
2008	Sérvia	AZUS - Agency for Accreditation of Health Care Institutions of Serbia
	Romênia	JCHAO
2009	Croácia	Agency for Quality and Accreditation in Health Care
2010	Filipinas	Hospital Accreditation Commission
	Koreia do Sul	Korea Institute for Healthcare Accreditation
2012	Costa Rica	Acreditas Global
	Peru	Acreditas Global

Elaborado pela autora (2017). Fonte: Observatório da Acreditação em Saúde ([2017]); Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2012); Shaw et al. (2013); World Health Organization (2003); Novaes (2015); Costes et al. (2017); Schilling, Cranovsky, Straub (2001); Ammar, Wakim e Hajj (2007).

Diante do exposto no quadro 3, tem-se que, nos últimos vinte anos, o interesse pelo método teve um crescimento expressivo, haja vista que, em todas as regiões do mundo, estabeleceram-se, e continuam a se estabelecer, agências acreditadoras.

No caso da América Latina, em 1998, a partir de uma iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Federação Latino-Americana de Hospitais foi elaborado o

“Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina”, que apresenta indicadores baseados e avaliados por peritos de alto nível nos países da região das Américas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1998).

A constatação da expansão mundial das práticas de acreditação justifica-se, em parte, pelo estabelecimento de políticas de melhoria da qualidade em diversos países.

3.3 A ACREDITAÇÃO NO BRASIL

No caso brasileiro, o processo de implementação de programas de avaliação da qualidade em serviços de saúde começa no final dos anos oitenta, quando o “Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar” destaca-se como o principal programa que aproxima a metodologia da acreditação. Atualmente, o referido programa é denominado “Compromisso com a Qualidade Hospitalar” (CQH); e é um programa da Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, também inspirado nos trabalhos da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS) dos EUA, que objetiva contribuir para a melhoria da qualidade hospitalar, por meio da avaliação de hospitais do Estado de São Paulo desde os anos noventa (COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, 2017).

Vale ressaltar que o modelo não é classificatório e seu modelo de gestão está baseado na metodologia de avaliação de empresas da Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ). Os sete critérios de Excelência do PNQ, adotados pelo CQH e mencionados como elementos de modelo de gestão são: Liderança; Estratégia e Planos; Clientes e Sociedade; Informação e Conhecimento; Pessoas; Processos; Resultados da Organização. Schiesari (1999) detalha que o CQH “inspirou-se” na JCHAO, tomando por base os padrões então divulgados, porém criando um mecanismo mais simples.

Também ao final dos anos 80, sob a coordenação do médico Humberto de Moraes Novaes, a OPAS estabelece uma série de padrões para os serviços hospitalares da América Latina que, se atingidos, dariam ao hospital a condição de “acreditado”. O objetivo era criar mecanismos de melhoria dos serviços

hospitalares e ter parâmetros para promover esse aperfeiçoamento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

A OMS (2003) apoiou iniciativas à introdução da acreditação no Brasil, e Schiesari (1999) indica que é possível perceber alguma atuação do Banco Mundial no âmbito da acreditação, nesse mesmo período (1991-1992), com o apoio em pesquisa sobre as iniciativas brasileiras para garantia da qualidade, cujo resultado indicou “ser urgente a necessidade de introduzir no país um sistema independente de acreditação de hospitais”.

Em 1994, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões organizou, juntamente com a Academia Nacional de Medicina e com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, o Seminário de Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade, que teve como resultado a criação do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), cujos objetivos eram a implementação de procedimentos, das técnicas e dos instrumentos voltados para acreditação e cooperação técnica às instituições de saúde comprometidas com o processo de melhoria contínua da qualidade (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2016).

No ano de 1998, o Ministério da Saúde realizou um projeto de divulgação da “Acreditação no Brasil” que tinha como objetivo sensibilizar e melhorar a compreensão de gestores de serviços de saúde, de profissionais da área, das organizações de classe e das empresas ligadas ao setor saúde sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação, bem como sua forma de operacionalização. Esse projeto culminou, em 1999, com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização privada, sem finalidade econômica e de interesse coletivo que tem como principais objetivos a implantação e a implementação, em nível nacional, de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade. Essa organização define Acreditação como um processo em que as organizações de saúde adquirem um reconhecimento público fornecido por organizações avaliadoras de reconhecimento internacional que garantem, com base em determinados padrões, a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2002a).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reconhece a ONA por

meio da Resolução nº 921 de 29 de maio de 2002, como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2002a).

Além da ONA, diferentes organizações acreditadoras certificam hospitais no Brasil, sendo eles: *Joint Commission International* (JCI), *Accreditation Canada Internacional* (ACI) e o *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO). A JCI é o programa de acreditação norte-americano (EUA) representado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), tem como objetivo estimular a melhoria contínua e sustentada nas instituições de saúde, por meio de padrões de consenso internacional, de metas internacionais de segurança do paciente e de assistência ao monitoramento com indicadores (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2016). Na metodologia de avaliação da ACI, todo o processo está alinhado aos princípios da Governança Clínica. Possibilita o acompanhamento dos indicadores de desempenho e resultado através de uma plataforma customizada. Orientações de especialistas internacionais dão suporte à metodologia e garantem um processo contínuo de melhorias e introdução de inovações (INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO, 2016).

Por sua vez, a metodologia da NIAHO possui elevado foco na segurança do paciente. Sua avaliação no Brasil é realizada por auditores americanos que verificam detalhadamente a conformidade das organizações com as determinações da norma. A certificação por este método coloca a organização em uma classe mundial de hospitais (INSTITUTO DE ACREDITAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE, 2016).

Apesar do incremento na busca de estratégias e modelos de gestão que visem à excelência e à qualidade nos serviços de saúde, a quantidade de hospitais acreditados no Brasil ainda é reduzida. Dos 301 (5%) hospitais acreditados no Brasil, 63 possuem Acreditação pela ONA nível I, 67 ONA nível II (Acreditado Pleno), 97 pela ONA III (com excelência), 33 pela JCI, 43 pela ACI e 05 pela NIAHO. Cabe ressaltar que essa porcentagem pode ser ainda menor, tendo em vista os hospitais que possuem mais de uma acreditação simultaneamente.

Quando se avalia o total de hospitais acreditados por Estado, observa-se uma predominância absoluta na região Sudeste, com um total de 210 hospitais,

perfazendo 70%.

Gráfico 1 - Hospitais acreditados nos Estados brasileiros. Ribeirão Preto-SP, 2017.

Fonte: Dados elaborados pela autora (2017).

Nesse aspecto, diante do número de hospitais brasileiros cadastrados ($n=6.125$), ressalta-se que a região sudeste possui o maior número de hospitais ($n=2067 - 33,7\%$) - (BRASIL, 2017). De acordo com o Censo de 2010, a população dessa região, corresponde a 45,5% do total nacional, sendo também a região com maior densidade populacional (BRASIL, 2010).

A acreditação no Brasil, apesar de ser um processo voluntário, poderá contribuir para a melhoria dos processos gerenciais e impactar positivamente os resultados assistenciais dessas instituições. De maneira independente ao tipo de certificação, ela ainda é uma ação onde as instituições privadas sobressaem-se, contrastando com a conduta exibida nos países socioeconomicamente desenvolvidos, nos quais a acreditação integra, gradativamente, as ações governamentais, englobando as instituições de saúde administradas pelo poder público (CAMILLO et al., 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante do esforço para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. Há investimentos em palestras de sensibilização, criação e consensualização de padrões e níveis de qualidade, e na sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo de maneira sustentável. O desenvolvimento desse programa é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético (BRASIL, 2002b).

Acredita-se que o fator crucial para a implementação de programas de melhoria de qualidade como a acreditação é a significativa dedicação à cultura do hospital enfatizando o empoderamento, a autonomia e o aceite de riscos pelos atores envolvidos no processo assistencial (SHORTELL et al.,1995).

3.4 CULTURA ORGANIZACIONAL

Este capítulo aborda a cultura organizacional e seus conceitos clássicos, estudados por autores como Schein (1984; 2010); Fleury e Fischer (1996; 2010); Cameron e Quinn (2011) e Helman (2009), os quais apresentam distinções e semelhanças nos conceitos e elucidam construtos sobre o tema.

Assim como em outros setores, a cultura organizacional de um hospital, considera o conjunto de valores e padrões que norteiam a forma como as pessoas interagem, o modo como percebem a instituição e como se empenham no seu trabalho.

A cultura organizacional é uma construção histórica e social, que se caracteriza por experiências, crenças e valores dos indivíduos abarcando o conhecimento, a moral e as normas que regem o comportamento de um grupo, sendo transmitidos de geração para geração (HELMAN, 2009).

Para Schein (1984), a cultura organizacional é um padrão de pressupostos básicos compartilhados desenvolvidos para lidar com problemas de adaptação externa e de integração interna, e que funcionam suficientemente bem para serem considerados válidos a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas. É também um conceito dinâmico que é aprendido, transmitido e mudado. O mesmo proporciona uma visão didática de como se dá a dinâmica das organizações e das mudanças que nela ocorrem e/ou podem ocorrer. Ainda destaca os níveis de cultura organizacional e descreve suas especificidades:

Artefatos visíveis: são facilmente identificados, porém de difícil interpretação, pois estão atrelados a uma lógica mais profunda que apenas os outros níveis de profundidade podem fornecer. São exemplos de artefatos visíveis *layout*, arquitetura, tecnologia, produtos e a linguagem, assim como rituais e cerimônias observáveis até o vestuário das pessoas.

Crenças e valores: orientam o comportamento das pessoas e exprimem o que esses relatam como razão do seu comportamento. Em sua maioria tais relatos são racionalizações ou idealizações sobre o comportamento das pessoas. São justificativas expostas, portanto, são mais conscientes.

Pressupostos Básicos: são pressupostos inconscientes que determinam como os membros de um grupo pensam, percebem e agem.

A cultura cria uma mentalidade e um sistema de referência. Para ilustrar os poderosos efeitos da cultura, pode-se dizer que ela possui um papel essencial para determinado grupo que equivale ao papel que a personalidade ou o caráter têm para um indivíduo. Ou seja, ela determina os padrões de comportamento, de reações, de sentimentos e de julgamentos. Ela guia e constrange o comportamento dos membros do grupo, a partir das normas compartilhadas por aquele grupo (SCHEIN, 2010).

Neste contexto, a cultura de uma organização pode ser compreendida como um conjunto de práticas, valores, crenças e sentimentos construídos pelos seus fundadores e que são herdados, compartilhados e disseminados entre os membros da organização, definido qual a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação às questões do trabalho (SCHEIN, 2010; BASTOS, 2001).

Fleury e Fischer (1996) definem cultura a partir da concepção de Edgard Schein (1984), porém acrescentam a dimensão política, que considera inerente a este fenômeno:

[...] conjunto de valores e pressupostos básicos que atribuem significações e construção da identidade organizacional, podendo agir como elemento de comunicação e consenso, como também ocultar e instrumentalizar as relações de dominação (p. 11).

Observam também que a cultura organizacional expressa uma série de valores que foram criados com o passar da história da empresa, tendo desenvolvido como parte do processo interno e externo de adaptação (FLEURY; FISCHER, 2010).

No âmbito da saúde, conhecer a cultura de uma organização é importante para que ela passe a ser utilizada como uma estratégia de melhoria para a organização. O hospital é uma organização que apresenta uma grande complexidade na sua infraestrutura, nos seus processos, recursos e também na sua cultura.

Os líderes em saúde medem cada vez mais a mudança de cultura organizacional usando métricas quantitativas para avaliar a correlação existente entre mudança de cultura e desempenho e qualidade de atendimento (SHORTELL et al., 2001).

De acordo com Shortell et al. (1995), a implementação de iniciativas de melhoria da qualidade foram associadas à cultura organizacional participativa, flexível e de risco. A primeira seção do QIIS baseia-se nas dimensões culturais de Quinn e Kimberly (1984) apresentadas no quadro 4.

Quadro 4 - Diagrama Relacional de Dimensões de Cultura Organizacional.

Foco Interno	Flexibilidade		Foco Externo
	Grupo	Desenvolvimento	
	Hierárquica	Racional	
	Estabilidade		

Fonte: Quinn e Kimberly (1984). Traduzido pela autora (2017)

- **Grupo:** à medida em que o respondente percebe que a cultura está baseada em normas e valores associados com afiliação, trabalho em equipe e participação.
- **Desenvolvimento:** à medida em que o respondente percebe que a cultura está baseada em aceitar riscos, em inovação e mudanças.
- **Hierárquica:** à medida em que o respondente percebe que a cultura reflete os valores e normas associados com burocracia.
- **Racional:** à medida em que o respondente percebe que a cultura enfatiza eficiência e realizações

Estes modelos não são considerados como ideais para qualquer tipo de situação. Cameron e Quinn (2011) destacam que contingências do ambiente determinam que tipo de Cultura Organizacional é mais adequada para aquela situação. Assim, a cultura é um fenômeno social coletivo e, por isso, é aprendida e

não herdada geneticamente. Ela define, além de padrões de pensamentos, julgamentos e sentimentos, atitudes corriqueiras, como a maneira de cumprimentar outra pessoa, de comer, se vestir, manter certa distância de outros, mostrar ou não os sentimentos, hábitos de higiene, etc (HOFSTEDE; HOFSTEDE; MINKOV, 2010).

É importante destacar que a presença de um valor ou prática organizacional não exclui a presença de outro aparentemente oposto. O estudo da cultura organizacional envolve identificar quais valores e práticas estão mais presentes, ou seja, que predominam na organização. Não obstante, os valores e práticas que compoem a cultura organizacional sofrem influência da cultura nacional, o que traz a necessidade de outras investigações que elucidem esta relação (FERREIRA et al., 2002).

As práticas de melhoria da qualidade influenciam e são influenciadas pela cultura apresentada nas organizações de saúde e entende-se que pode haver culturas diferentes dentro da mesma organização de saúde tendo em vista que a maturidade dos grupos e as lideranças podem influenciar a questão da cultura do hospital.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 O USO DE INSTRUMENTOS PARA MENSURAR OS RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE MELHORIA DA QUALIDADE

A melhoria da qualidade envolve atividades complexas que devem ser planejadas e implementadas, de forma que o seu impacto seja mensurado e que seus resultados sempre sejam devolvidos para os sistemas.

O Relatório Mundial da Saúde, elaborado pela OMS no ano de 2000, apontou um crescimento mundial relacionado às ações para a melhoria da qualidade, fazendo com que cada vez mais países venham desenvolver e aplicar métodos de avaliação interna e externa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Este cenário certamente leva à necessidade de se avaliar o resultado da implementação da acreditação ou de outros programas para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde por meios de instrumentos válidos e consistentes.

Neste sentido, faz-se necessária a utilização de ferramentas avaliativas que adotem um rigor metodológico em sua construção a fim de garantir informações em parâmetros confiáveis e fidedignos com vistas a consolidar as estratégias de qualidade utilizadas e traçar novas perspectivas na busca da excelência dos serviços.

Em revisão integrativa da literatura, desenvolvida pelas presentes pesquisadoras nas bases de dados “Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde” (LILACS), MEDLINE/Pubmed e CINAHL; adotou-se como critério de inclusão os artigos primários publicados na íntegra que mostram as ferramentas utilizadas para avaliação dos resultados dos programas de melhoria da qualidade, publicados em português, inglês e espanhol, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2016; foram identificados 09 estudos que utilizaram algum instrumento na avaliação de resultados da implementação de programas de melhoria da qualidade, categorizados em: “Estudos que adotaram questionário”; “Estudos que adotaram questionário e *checklist*”; “Estudos que adotaram questionário e análise documental” e “Multimétos”, descritos no quadro 5.

Quadro 5 - Distribuição dos estudos que utilizaram ferramentas para a avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade em hospitais.

CATEGORIA	AUTOR, TÍTULO E ANO	OBJETIVO	DELINEAMENTO	FERRAMENTA
Estudos que adotaram questionário	Al-Awa B. Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. 2012.	Avaliar a cultura da segurança do paciente segundo a percepção da equipe de enfermagem após a implementação do Programa de Acreditação Canadense.	Estudo de coorte retrospectivo e prospectivo	<i>The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)</i>
	Sack C. Challenging the holy grail of Hospital accreditation: A cross sectional study of inpatient satisfaction in the field of cardiology. 2010.	Avaliar a relação entre a satisfação do paciente e o status do Programa de Acreditação.	Estudo transversal, com abordagem quantitativa.	<i>Pickler In patient Questionnaire</i>
	El-Jardali F. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. 2008.	Avaliar o impacto percebido após a implementação do programa de Acreditação Hospitalar sob a ótica do enfermeiro.	Estudo transversal, com abordagem quantitativa.	<i>Quality Improvement Implementation Survey II</i> <i>Preparation of Health Services for Accreditation</i>
	Sekimoto M. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. 2008.	Caracterizar a situação dos programas de controle de infecção nos hospitais de ensino no Japão e avaliar o impacto da acreditação.	Estudo transversal, com abordagem quantitativa.	Questionário construído pelos autores com base nas normas da <i>Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)</i> .
	Ito H. Relationship between accreditation scores and the public disclosure of accreditation reports: a cross sectional study. 2005.	Examinar a associação entre a divulgação pública de relatórios de acreditação e os escores obtidos.	Estudo transversal, com abordagem quantitativa.	Questionário construído pelos autores com base nas normas da <i>Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)</i> .

Estudos que adotaram questionário e checklist	Al Tehewy M. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes. 2009.	Determinar o resultado do programa de acreditação nas unidades de saúde e nas organizações não governamentais a partir da satisfação do paciente e do provedor.	Estudo quase-experimental.	"Questionário de satisfação do paciente"; "Questionário de satisfação do provedor" "Checklist para o cumprimento das normas estabelecidas".
Estudos que adotaram questionário e análise documental	Hosford SB. Hospital progress in reducing error: the impact of external interventions. 2008.	Determinar se os padrões estabelecidos pelo programa de acreditação, os relatórios de erros médicos e a conscientização pública resultaram em melhoria da qualidade.	Estudo transversal, com abordagem quantitativa.	Questionário baseado no sistema BALDRIGE: <i>Health Care Criteria for Performance Excellence</i> .
Estudos que adotaram questionário e entrevistas semiestruturadas	Sunol R. Impact of quality strategies on hospital outputs. 2008.	Explorar a opinião de pacientes, profissionais e financiadores a fim de compreender a associação entre implementação de estratégias de melhoria da qualidade em hospitais e o sucesso em atender aos requisitos de qualidade.	Estudo transversal, com abordagem quantitativa.	Questionário desenvolvido pelos autores baseado nas dimensões avaliativas sobre segurança e foco no paciente de acordo com o programa "Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals" divulgado pela Organização Mundial da Saúde – Europa. As entrevistas semiestruturadas contemplaram as seções temáticas: clínica, melhoria da qualidade, segurança do paciente e execução de sete estratégias de melhoria da

				qualidade: 1. acreditação, 2. programas de gestão da qualidade, 3. auditoria, 4. avaliação interna dos padrões clínicos, 5. sistemas de segurança do paciente, 6. diretrizes de prática clínica, 7. indicadores de desempenho e sistemas para a obtenção percepção dos pacientes.
Multimétodos	Pomey MP. Accreditation: a tool for organizational change in hospitals. 2004.	Examinar a dinâmica de mudança que operou a seguir dos preparativos para implantação do Programa de Acreditação Hospitalar	Estudo de Caso longitudinal, com análise qualitativa e quantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário: <i>“Preparation d’un de santé a l’Accreditation”</i>. - Análise documental, estudo de caso e entrevista semiestruturada

Fonte: Dados trabalhados pela autora (2017).

A ausência de estudos nacionais comprova o distanciamento de comprovações dos resultados da implementação de programas de melhoria da qualidade no Brasil. Isto pode estar relacionado à falta de consolidação de uma cultura de avaliação, tão incentivada nos modelos de gestão focados na qualidade dos serviços de saúde e em suas ferramentas.

A maioria dos instrumentos de medidas construídos encontra-se em inglês e são disponibilizados para populações que dominam esse idioma. Porém, é imprescindível a construção de medidas específicas para outras populações, uma vez que a compreensão de saúde e o acesso aos serviços de assistência se modificam nas diversas culturas.

4.2 APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO - QIIS

O QIIS é um questionário desenvolvido pelo doutor Stephen M. Shortell, professor de Política e Gestão em Saúde e diretor do “Centro de Pesquisa em Organizações e Inovação em Saúde” da Escola de Saúde Pública da Universidade de Berkeley – Califórnia. Foi utilizado pelo referido autor em um estudo que analisou as relações entre a cultura do hospital, os processos de melhoria de qualidade e os resultados da implementação de programa de melhoria da qualidade, selecionados para uma amostra de mais de 7.000 pessoas em 61 hospitais dos Estados Unidos, em 1995 (ANEXO A). No referido estudo, o autor afirma que a cultura do hospital estava significativamente relacionada com a implementação do programa de melhoria da qualidade e que a implementação dessas melhorias, por sua vez, estavam positivamente associadas a melhores resultados aos pacientes e desenvolvimento de recursos humanos.

Em relação à nomenclatura do instrumento, o autor informa que não existe um QIIS I. Este foi desenvolvido apenas como um modelo para a construção do QIIS II, porém nunca utilizado. A informação está documentada no presente estudo (ANEXO B).

Estudo de Shortell et al. (2004) utilizou o QIIS com o objetivo de examinar a correlação da eficácia da equipe e suas consequências na promoção de melhoria nos cuidados para pacientes com doenças crônicas. Os resultados destacam que o foco na satisfação do paciente, a presença de uma equipe empenhada e o envolvimento dos médicos foram positivamente associados a uma maior eficácia por

parte da equipe. Como limitação do referido estudo, os autores destacam que a realização de uma análise transversal apenas, limita a capacidade de derivar inferências causais e, embora os dados sobre a cultura e a melhoria da qualidade tenham sido analisados e correlacionados, não se pode dizer definitivamente que uma maior centralização no paciente, por exemplo, realmente causa maior eficácia. Apesar dessas limitações, os autores destacam que os instrumentos no qual o QIIS se baseia – “*Baldrige Quality Improvement Scales*” e o “*Competing Values Framework*” são eficazes no que se pretende medir (SHORTELL et al. 2004).

O QIIS é organizado em duas seções. A seção “A” analisa o tipo de cultura do hospital, estruturada por 05 subescalas e 20 itens, denominadas respectivamente: *Hospital Character*, *Hospital’s Managers*, *Hospital Cohesion*, *Hospital Emphases* e *Hospital Rewards*. Em cada subescala são distribuídos 100 pontos ao longo dos itens. O maior número é atribuído à alternativa mais parecida com a organização onde atua (SHORTELL et al., 1995).

Para a construção da seção “A”, Shortell se baseou no “*Organizational Culture Assessment Instrument*” (OCAI), desenvolvido por Quinn e Kimberly (1984); baseado no modelo teórico conhecido como *Competing Values Framework*, útil para a organização e interpretação de uma grande variedade de fenômenos organizacionais (CAMERON; QUINN, 2011).

Para a análise dos resultados, Quinn e Kimberly (1984) categorizaram os quatro tipos de cultura como: hierárquica (formada pelos itens 3, 7, 11, 15 e 19 da seção A do QIIS); racional (formada pelos itens 4, 8, 12, 16, e 20); de desenvolvimento (2, 6, 10, 14 e 18) e de grupo (formada pelos itens 1, 5, 9, 13 e 17); as quais foram anteriormente apresentadas no referencial teórico deste estudo.

Shortell et al. (1995) ainda descreve que embora o questionário especifique o “hospital” como uma referência, o QIIS pode ser e tem sido adaptado a outras instituições, tais como sistemas de saúde, grupos médicos e universidades. No referido estudo, houve a substituição da palavra “organização” por “hospital”.

A seção “B” foi baseada nos critérios de avaliação do “*Baldrige Quality Improvement Scales*” para o prêmio *Malcolm Baldrige National Quality Award Criteria*. O autor elaborou as subescalas, medidas por meio de uma escala do tipo Likert de 1 a 5 pontos, sendo: 1- discordo fortemente; 2- discordo; 3- nem concordo, nem discordo; 4- concordo; 5- concordo fortemente.

Para cada uma destas subescalas, apresentadas no parágrafo a seguir, estão

listados os seguintes itens: a sua definição; o número de itens; o número de itens necessários para calcular a pontuação da subescala e o alpha de *Cronbach*.

- a) **Leadership:** a liderança e envolvimento dos executivos criam e mantêm o foco no cliente. Os níveis de qualidade são visíveis e compreensíveis e a extensão destes está integrada ao sistema de gerenciamento do hospital. Formada por 11 itens; sendo necessários que, pelo menos 5 sejam válidos para calcular a pontuação do respondente. Alpha 0.93.
- b) **Information and Analysis:** o escopo, o gerenciamento e uso de dados e informações mantêm o foco no cliente, impulsionam a excelência na qualidade e melhora no desempenho operacional e competitivo. Formada por 7 itens; sendo necessários pelo menos 3 válidos para calcular a pontuação do respondente. Alpha 0.90.
- c) **Strategic Quality Planning:** extensão no qual o empregado está envolvido e empoderado nos esforços de planejamento para a melhoria da qualidade do hospital. Formada por 7 itens; sendo necessários pelo menos 4 válidos para calcular a pontuação do respondente. Alpha 0.88.
- d) **Human Resource Utilization:** aos colaboradores do hospital, são oferecidos educação e treinamento adequados para planejamento e ações em melhoria da qualidade. Formada por 8 itens; sendo necessários pelo menos 4 válidos para calcular a pontuação do respondente. Alpha 0.79.
- e) **Quality Management:** todas as unidades de trabalho, incluindo as unidades de pesquisa e desenvolvimento e suprimentos, contribuem para a qualidade geral e os requerimentos de desempenho operacional. Examina os elementos chave do processo de gerenciamento incluindo projeto, gerenciamento de produção diária e entrega, melhoria de qualidade e performance operacional, e avaliação de qualidade. Formado por 8 itens, sendo necessários pelo menos 4 válidos para calcular a pontuação do respondente. Alpha 0.85.
- f) **Quality Results:** extensão no qual o hospital tem demonstrado melhoria mensurável em qualidade, performance operacional e qualidade de suprimentos. Formado por 7 itens; sendo necessários pelo menos 3 válidos para calcular a pontuação do respondente. Alpha 0.88.
- g) **Customer Satisfaction:** o hospital efetivamente acessa e alcança os requerimentos e expectativas dos clientes (incluindo pacientes, empregados,

médicos). Formado por 9 itens na escala, sendo necessários pelo menos 3 itens válidos para calcular a pontuação do respondente. Alpha 0.87.

4.3 APRESENTAÇÃO DAS SUBESCALAS DO INSTRUMENTO - PHSA

As duas subescalas provenientes do questionário *Preparation d'un de santé A l'Accreditation* desenvolvido por Pomey et al. (2002) foram adotadas pelo professor e pesquisador da *American University of Beirute e McMaster University*, Fadi El-Jardali. As subescalas denominadas "Accreditation" e "Benefits of Accreditation" medem o envolvimento dos enfermeiros após a implementação do programa de avaliação externa da qualidade sob a óptica desses profissionais. As respostas são medidas por meio da escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo: 1 - discordo fortemente; 2 - discordo; 3 - nem concordo, nem discordo; 4 - concordo; 5 - concordo fortemente. O instrumento completo usado em El-Jardali et al. (2008) está documentado no presente estudo (ANEXO C).

Cabe destacar que o instrumento elaborado e disponibilizado por Pomey (2002) no idioma francês, permitiu medir a acreditação em sua fase de implementação e, posteriormente, os resultados desses preparativos no serviço de saúde. Nesse sentido, com o intuito de analisar o impacto do programa de acreditação, Fadi El-Jardali as adaptou para o fim proposto, para o idioma do país (Líbano) e para a população alvo (enfermeiros).

As subescalas foram traduzidas para o Árabe e para o Inglês e testadas em um estudo piloto com 15 enfermeiros, apresentando um Alpha de *Cronbach* de 0.84 para a subescala "Accreditation" e 0.92 para "Benefits of Accreditation". Posteriormente, o autor aplicou o instrumento em uma amostra de 1.968 enfermeiros de 59 hospitais libaneses, desses, 1048 questionários foram respondidos. A análise da confiabilidade destacou um Alpha de *Cronbach* de 0.87 para a subescala "Accreditation" e 0.93 para "Benefits of Accreditation", respectivamente.

Para o desenvolvimento do presente estudo, optou-se por utilizar as subescalas disponíveis em inglês.

4.4 O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.

A adaptação de instrumentos de mensuração da área da saúde para outros idiomas cresce na mesma proporção do aumento de pesquisas multinacionais e multiculturais (BEATON et al., 2007; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Esse aumento é marcado pela proximidade entre pessoas de diferentes partes do mundo em razão da globalização e das tecnologias de informação (MUÑIZ; ELOSUA; HAMBLETON, 2013), uma vez que o processo de adaptação de instrumentos possibilita a comparação de fenômenos em diversas culturas, proporcionando também, a economia de tempo e de recursos (FERRER et al., 1996).

Para traduzir um instrumento e aplicá-lo em uma determinada população, é necessário adaptá-lo considerando o idioma e a cultura, conservando o sentido dos itens originais na versão adaptada (CARDOSO, 2006). Nesse processo, deverão ser aceitas sugestões para a realização de mudanças necessárias para a melhor compreensão dos itens que possibilitem maior confiança na avaliação dos resultados (BEATON, 2000; CHWALON, 1995).

Quanto à taxonomia, o termo ‘adaptação transcultural’ (ATC) melhor se enquadra. A ATC de um instrumento, exige o uso de um método rigoroso, almejando a equivalência entre o instrumento original e aquele adaptado para a nova realidade. É usado para englobar dois componentes: 1) o processo de análise do idioma, o qual contempla a **tradução** literal das palavras e sentenças de uma língua para outra; 2) a adaptação cultural da redação para uso em outra configuração considerando o contexto e o estilo de vida (BEATON et al., 2007 p. 3).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) destacam cinco exemplos de onde a atenção deve ser dada no processo de ATC, considerando onde será usado, além do idioma e da cultura de onde foi desenvolvido o instrumento. Os cenários estão resumidos no quadro 6 e apresentam alguns pré-requisitos para que ocorra alguma tradução e / ou ATC.

Quadro 6 – Pré-requisitos para a indicação da ATC de instrumentos de coleta de dados.

		CARACTERÍSTICAS			ADAPTAÇÕES	
		Cultura	Língua	País de uso	Tradução	ATC
1	Na mesma população	---	---	---	---	---
2	Em imigrantes do país de origem	✓	---	---	---	✓
3	Em outro país com a mesma língua	✓	---	✓	---	✓
4	Em imigrantes que não falam a mesma língua do país de origem	✓	✓	---	✓	✓
5	Em outros países e em outra língua	✓	✓	✓	✓	✓

Fonte: Guillemin; Bombardier; Beaton (1993). Traduzido pela autora (2017)

A literatura apresenta diversas sistematizações para a ATC, com diferenças entre si na descrição da execução das etapas. A falta de um consenso leva muitos pesquisadores a fazer uma mescla de diferentes estratégias que melhor se enquadram para o processo e obtenção de um instrumento adaptado com qualidade (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Apesar de não haver consenso acerca do melhor método, para esse estudo procurou-se obter um seguimento-padrão seguindo as orientações de Beaton et al. (2007) e Ferrer et al. (1996).

Para assegurar o rigor metodológico da tradução e da ATC de instrumentos, Beaton et al. (2007) desenvolveu uma série de recomendações para cada uma das etapas que compõem o processo de ATC: tradução, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por um comitê de especialistas, pré-teste e submissão de todos os documentos para os autores do instrumento para avaliação do processo de adaptação.

No estudo de Ferrer et al. (1996), há uma inversão nas etapas de ATC, de modo que, depois de obtidas as traduções é realizada a síntese destas a partir da revisão por um comitê de especialistas. A justificativa pauta-se no fato de que é possível a detecção de erros ou problemas de compreensão nessa fase, os quais não poderiam ser notados após a retrotradução. Dessa forma, fica assegurado o objetivo da retrotradução que é o de observar possíveis erros de significado na primeira versão traduzida. Todas as etapas do processo de tradução e ATC adotadas neste estudo estão representadas na figura 2.

Figura 2 – Etapas de tradução e ATC percorridas na pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

4.5 TRADUÇÃO

O instrumento deve ser traduzido por, pelo menos, dois tradutores, com proficiência do idioma de interesse, brasileiros; um deles com conhecimento sobre o fenômeno avaliado, gerando duas traduções. As traduções devem ser comparadas e as discrepâncias ou ambiguidades existentes devem ser destacadas (BEATON et al., 2007).

4.6 SÍNTESE DAS TRADUÇÕES

As traduções provenientes da conclusão da primeira etapa são comparadas para a realização da síntese dessas traduções, ou seja, uma versão consensual das duas traduções é produzida pelos autores do estudo (BEATON et al., 2007).

Nesta etapa, Beaton et al. (2007) sugerem a participação de uma terceira pessoa cuja função é servir como mediador em discussões de diferenças de tradução. Trabalhando a partir do questionário original, bem como a versão do primeiro tradutor (T1) e o segundo tradutor (T2), a síntese dessas traduções é produzida, resultando em uma tradução comum (T-12).

4.7 AVALIAÇÃO PELO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

O Comitê de Especialistas deve consolidar todas as versões e componentes do questionário e desenvolver a Versão Pré-Final (VPF) para testes de campo. É necessário revisar todas as traduções e resolver discrepâncias, documentando o processo em um relatório (BEATON et al., 2007).

A formação de um Comitê de Especialistas é determinante para a concretização da equivalência do instrumento. Recomenda-se a escolha de um comitê multidisciplinar para se obter a validade semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens entre a versão original e adaptada (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). A composição mínima do comitê inclui pelo menos um especialista na metodologia do estudo, um profissional de saúde, um profissional com domínio no idioma de origem do instrumento, bem como todos os tradutores e um colaborador nas sínteses das traduções (BEATON et al., 2007).

A **equivalência semântica** avalia a qualidade gramatical e o significado das

palavras, ou seja, se existem múltiplos significados para a mesma expressão. A **equivalência idiomática** trata de coloquialismos ou expressões difíceis de traduzir. A **equivalência cultural** (ou experimental) prioriza os itens que coerentes à realidade da cultura na qual o instrumento será aplicado. A **equivalência conceitual** adequa os conceitos explorados na versão original em relação aos eventos vividos pelos sujeitos da cultura de destino, uma vez que os itens podem ser equivalentes em significado semântico. Por exemplo: o conceito de “família” pode incluir pessoas externas ao núcleo familiar (BEATON et al., 2007).

Estudioso na temática sobre estudos de validação sugere que, entre os especialistas, deve haver concordância de, pelo menos, 80% nas deliberações adotadas (PASQUALI, 2009). A versão síntese, após avaliação pelo comitê de especialistas, denomina-se T12.

4.8 RETROTRADUÇÃO

A retrotradução consiste na tradução da versão síntese do instrumento (T12) para o idioma de procedência. A versão traduzida é analisada em busca de inconsistências ou erros conceituais, buscando sempre a conformidade com a versão original.

Os tradutores devem ter as seguintes características: serem bilíngues, tendo o inglês como língua materna. Os dois tradutores não devem estar atentos nem informados sobre os conceitos explorados e, de preferência, não ter experiência na área da saúde (BEATON et al., 2007). As principais razões para isso são evitar o viés de informação e provocar significados inesperados do questionário, aumentando, assim, a probabilidade de "destacar as imperfeições" (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; SHUMAKER; BERZON, 1994).

Em seguida, uma Versão Pré Final (VPF) é elaborada e prossegue-se com a avaliação (BEATON et al., 2007).

4.9 PRÉ-TESTE

Nesta etapa, uma amostra da população responde à VPF do instrumento, a fim avaliar a equivalência de face e conteúdo do instrumento. Para tanto, o pré-teste é aplicado em uma amostra de 30 a 40 sujeitos (BEATON et al., 2007; GUILLEMIN;

BOMBARDIER; BEATON, 1993; PASQUALI, 2009). Finalizado o pré-teste, a versão final adaptada do instrumento estará pronta para ser aplicada na população alvo do estudo.

Deve-se notar que, embora o pré-teste forneça informações sobre como uma pessoa interpreta os itens no questionário, ele não aborda a validade de constructo, a confiabilidade ou os padrões de resposta de itens que também são decisivos para que uma ATC seja bem-sucedida. Os testes psicométricos são altamente recomendados, porém não são necessários para a aprovação da versão traduzida (BEATON et al., 2007).

5 AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DA VERSÃO ADAPTADA

5.1 PSICOMETRIA

Essa fase é fundamental, pois a equivalência de uma medida pode ser apenas demonstrada por meio da análise dessas propriedades e sua coerência com o questionário original (FAYERS; MACHIN, 2007).

No início da modernidade, a revolução científica forneceu uma base consistente para medidas físicas como temperatura, pressão e assim por diante. No final do século XIX e início do século XX, ocorreu uma revolução semelhante na psicologia com a medição da inteligência e da personalidade (KELDERMAN, 2015-2017). Portanto, a psicometria foi inicialmente definida como "A arte de impor medição e número sobre as operações da mente" (GALTON, 1879, p.149).

Para Braga e Cruz (2006) medir é a atribuição de valores aos atributos de um objeto, segundo regras que garantem a validade e a confiabilidade dos resultados da medida. Nesse sentido, a psicometria fundamenta-se na medida por teoria, construindo as hipóteses sobre relações entre os atributos de um fenômeno, permitindo a medida indireta destes.

Rao e Sinharay (2007, p. 21) definem Psicometria ou Psicologia Quantitativa como um conjunto de modelos e métodos estatísticos que foram desenvolvidos para primeiro resumir, descrever e extrair inferências de dados empíricos coletados em pesquisas psicológicas.

Desde 1936, a Sociedade Psicométrica esteve na vanguarda do desenvolvimento de teorias e métodos formais para estudar a adequação e a

fidelidade das medidas psicológicas. Nos anos seguintes, outras sociedades foram criadas, como a *American Psychological Association* (APA) em 1946 (posteriormente renomeada de “Divisão de Avaliação, Medidas e Estatística, em 1988), em 1960 a “*The Society of Multivariate Experimental Psychology*” foi fundada (SOCIETY OF MULTIVARIATE EXPERIMENTAL PSYCHOLOGY, 2017); Em 1964, o “National Council on Measurement in Education” inaugurou o *Journal of Educational Measurement*, publicando artigos sobre psicometria (PSYCHOMETRIC SOCIETY, 2017).

A partir dessas raízes históricas, na segunda metade do século XX, a psicometria havia implantado seu território intelectual: escalas psicológicas, medidas psicológicas e educacionais e fator de análise (RAO; SHINHARAY, 2007).

Atualmente, a psicometria abrange praticamente todos os métodos estatísticos que são úteis para as ciências sociais e comportamentais, incluindo o tratamento de dados faltantes, a combinação de informações prévias com dados medidos, medições obtidas de experimentos especiais, visualização de resultados estatísticos e assim por diante. Os modelos e métodos psicométricos agora têm uma ampla gama de aplicabilidade em várias disciplinas, como educação, psicologia industrial e organizacional, genética comportamental, neuropsicologia, psicologia clínica, medicina e até química (PSYCHOMETRIC SOCIETY, 2017).

5.2 VALIDADE

A validade de um construto é definida como a propriedade de medir o que se supõe por meio de instrumento de medida. Espera-se que os constructos descritos nos itens produzam medições úteis para a finalidade proposta, ou seja, analisa se os itens medem os atributos que se esperam. Também diz respeito ao que a escala avalia e se o faz de forma efetiva (CARDOSO, 2006; FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009; URBINA, 2007).

Pasquali (2009) descreve que os critérios mais frequentes utilizados no processo de validação são: a validade de face e conteúdo - já descrita nas etapas da ATC desse estudo - e a validade de construto e de critério, descrita a seguir:

✓ **Validade de construto**

Examina a relação teórica dos itens, ou seja, se constituem uma representação adequada do construto, e verifica a hipótese da representação comportamental. Podem-se usar correlações, mudanças fora do tempo, diferenças entre grupos e análise fatorial, para avaliar a validade de construto, bem como utilizar dois principais métodos: validade convergente e a validade divergente ou discriminante (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009).

A validade convergente evidencia semelhanças em construtos avaliados, ou seja, confirma altas correlações entre escalas que avaliam um construto relacionado com a teoria. A correlação pode apresentar-se positiva ou negativa, dependendo do sentido do escore da escala.

A validade divergente ou discriminante reconhece que dimensões antecipadamente conhecidas de uma medida não devem se relacionar com outras dimensões. Apresenta correlações baixas entre medidas que devem diferir, ou seja, a escala mede a não relação dos construtos (FAYERS; MACHIN, 2007; URBINA, 2007).

A análise fatorial é um método formal para investigar a estrutura interna de um instrumento e tem como aspecto relevante a avaliação da confiabilidade, pois fornece meios de examinar e testar a dimensionalidade da medida (FAYERS; MACHIN, 2007; FERREIRA; MARQUES, 1998; PASQUALI, 2009). O objetivo fundamental da análise fatorial é reduzir o quantitativo de dimensões necessárias para se descrever dados originados de um grande número de escalas. Existem dois procedimentos básicos: Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

A AFE é realizada na escala original e permite ao pesquisador verificar a relação entre medidas, a fim de identificar os construtos implícitos que interpretam a variabilidade observada. Na AFC busca-se testar hipótese e comprovar a teoria a respeito de elementos presumidamente existentes (PASQUALI 2009; URBINA, 2007).

Enquanto as técnicas de AFE produzem uma carga para cada variável sobre cada fator, na AFC, apenas as cargas que teoricamente conectam um item medido ao seu fator latente correspondente são calculadas, e as demais cargas são assumidas como nulas (HAIR et al., 2009).

Assim, na AFC, o pesquisador especifica, a priori, o número de fatores e como as variáveis carregam sobre tais fatores. Todas as variáveis (itens) medidas são relacionadas com cada fator, estimando a carga fatorial e espera-se que os valores encontrados para cada carga fatorial sejam maiores do que 0,4. Quando um modelo da AFC se ajusta e demonstra validade de constructo, a teoria de mensuração é sustentada (HAIR et al., 2009).

Considera-se, portanto, que a AFC nos permite confirmar ou rejeitar a teoria prévia, no caso de estudos de adaptação transcultural e validação do instrumento isso se resume na confirmação da dimensionalidade da versão adaptada.

✓ **Validade de critério**

Demonstra se os valores obtidos pelo instrumento encontram-se relacionados com uma medida de critério, ou seja, considera se a escala se relaciona de forma prática com critérios externos, tais como outros instrumentos estabelecidos. A relação entre duas escalas pode ser observada por meio do coeficiente de correlação, que é dividida em duas modalidades: a validade concorrente, que observa se a escala se correlaciona com outras variáveis concomitantes, e a validade preditiva, que ressalta a capacidade da escala em prever outras variáveis (CHWALOW, 1995; FAYERS; MACHIN, 2007; URBINA, 2007).

Keszei, Novak e Streiner (2010) chamam a atenção para o fato de que tanto a confiabilidade quanto a validade não são propriedades fixas de um instrumento/escala, mas sim, uma função entre o instrumento, o grupo onde ele está sendo usado e as circunstâncias da sua utilização. Referem, então, que uma escala pode ser confiável e válida em um conjunto de circunstâncias, mas não pode manter essas características em uma condição diferente.

Para o presente estudo, não foi realizada a validade de critério, por não haver escalas similares no Brasil para comparação.

✓ **Confiabilidade**

A confiabilidade de um instrumento diz respeito à coerência das respostas obtidas em medições repetidas e o grau de independência entre os resultados quando aplicados em diferentes ocasiões. Refere-se a resultados consistentes e precisos e pode ser avaliada por diferentes métodos: estabilidade (teste-reteste),

consistência interna (alpha de *Cronbach*) e equivalência (FERREIRA; MARQUES, 1998; FIELD, 2009; URBINA, 2007).

O Alpha de *Cronbach* permite avaliar se cada item da escala mede, de forma equivalente, o mesmo conceito, ou seja, se os itens estão positivamente relacionados, o que comprova a medida de um mesmo construto. Os valores do Alpha de *Cronbach* variam de 0 a 1, e os considerados no limite de aceitabilidade estão entre 0,60 e 0,70 (HAIR et al., 2009, p.100).

MÉTODO

6 MÉTODO

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa consiste em um estudo metodológico com delineamento transversal, que visa elaborar uma nova intervenção ou, ainda, validar e avaliar ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011), cuja proposta foi realizar a ATC e validar o QIIS e duas subescalas do PHSA.

A permissão para a adaptação e validação do QIIS foi solicitada ao Dr. Stephen Shortell. Também foi solicitada a autorização para a utilização das duas subescalas do PHSA para o Dr. Fadi El-Jardali. Optou-se também por solicitar a autorização da autora do *Preparation D'um de santé A l'Accreditation*, Dra. Marie-Pascale Pomey. Todos concederam a permissão para o desenvolvimento do presente estudo (ANEXOS D, E, F).

6.2 PROTEÇÃO AOS SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em atendimento aos critérios preconizados na resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) e no protocolo n. 25041213.0.000.5393 (ANEXO G).

Antes da coleta de dados, os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos e o método do estudo, assim como os aspectos éticos que norteiam uma investigação científica, assegurando-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a sua participação em qualquer momento do estudo. Todos os que concordaram em participar do referido estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

O instrumento também foi disponibilizado via *internet*, onde foi possível prosseguir mediante concordância com o termo apresentado.

6.3 PROCESSO DE ATC E VALIDADE PSICOMÉTRICA

6.3.1 Tradução e síntese das traduções

No processo de tradução, o primeiro estágio foi solicitar dois tradutores independentes, de nacionalidade brasileira; um deles com conhecimento sobre o fenômeno avaliado pelo instrumento, gerando duas traduções. As versões traduzidas foram denominadas de T1 e T2, as quais foram compiladas em um formulário que possibilitou a comparação e síntese destas.

Com o objetivo de analisar e formular a síntese das traduções, os pesquisadores formaram um primeiro comitê de especialistas, composto por 01 docente com formação em Estatística, 02 enfermeiros assistenciais, 01 médico, 01 enfermeiro docente e os tradutores. O convite foi feito pessoalmente e por meio de contato telefônico. O formulário foi entregue ao comitê após concordância e assinatura de duas vias do TCLE (APÊNDICE B). Uma das vias foi encaminhada a presente pesquisadora, enquanto a outra permaneceu com o especialista. A aprovação dos itens ocorreu quando houve concordância acima de 80% das traduções apresentadas. Considerando todas as contribuições, a síntese final das traduções foi realizada pela presente pesquisadora e orientadora deste estudo, gerando a Versão Português Consensual (VPC).

6.3.2 Avaliação pelo comitê de especialistas

Com vistas à realização da validação semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens, a VPC foi analisada por um comitê de especialistas, formado por profissionais da área da saúde com amplo conhecimento na temática, especialistas em gestão hospitalar, da língua inglesa e da metodologia em questão: 01 Enfermeiro assistencial (e também Mestre em Ciências), 02 enfermeiros gerentes (o primeiro Mestre e o segundo Doutor em Ciências). O convite foi feito pessoalmente e por meio de contato telefônico. Após o consentimento, solicitou-se que os especialistas assinassem duas vias do TCLE. Uma das vias foi encaminhada a presente pesquisadora, enquanto a outra via permaneceu com o especialista.

Aos especialistas, foram entregues a VPC e os relatórios das etapas de tradução e síntese. Neste documento, verificou-se a concordância, de pelo menos

80% de aprovação dos itens. Após a resolução de discrepâncias, a síntese da VPC foi realizada pela presente pesquisadora e orientadora do estudo, gerando a versão T12 que, em seguida, foi submetida à retrotradução.

6.3.3 Retrotradução

A versão T12 foi enviada para retrotradução que foi feita por dois tradutores independentes, falantes nativos da língua inglesa, que desconheciam o instrumento original e não participaram da primeira etapa do processo de tradução.

Após a conclusão dessa etapa, originaram-se duas novas versões em inglês, denominadas R1 e R2. Essas versões foram comparadas pela presente pesquisadora e orientadora do estudo, gerando a síntese da retrotradução (R12). A versão R12 foi enviada para os autores do QIIS e subescalas do PHSA para análise e comparação com as subescalas originais. Ao Dr. Stephen Shortell e Dr. Fadi El-Jardali, as informações foram enviadas via email e a devolutiva foi documentada (ANEXO H). Tendo em vista a realização do Doutorado Sanduiche pela presente pesquisadora na Universidade de Montreal – Canadá, em 2014, foi possível apresentar a versão R12 para a Dra. Marie-Pascale Pomey, autora da versão francesa do PHSA. A presente pesquisadora realizou as alterações indicadas e, portanto, a versão elaborada após as considerações dos autores supracitados foi denominada de R12 Final, versão essa que foi traduzida para o português, originando a VPF, encaminhada ao pré-teste.

6.3.4 Pré-teste

O instrumento foi aplicado a uma amostra composta por 31 profissionais selecionados de forma aleatória, estratificada por categorias, sendo eles: enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e funcionários das áreas administrativas e apoio que trabalham em um hospital do governo Estadual de grande porte, localizado no interior do Estado de São Paulo, mantido com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), acreditado pela ONA (nível III) e Acreditação Internacional Canadense. A carta de autorização encontra-se em anexo (ANEXO I).

Para a coleta dos dados, foi elaborado um formulário, (APÊNDICE C)

contendo os itens traduzidos e a escala do tipo Likert: 0 (não entendi nada); 1 (entendi só um pouco); 2 (entendi mais ou menos); 3 (entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas); 4 (entendi quase tudo) a 5 (entendi perfeitamente e não tive dúvidas). Nesse material, também havia caixa para comentários e sugestões de melhoria.

A coleta de dados ocorreu durante todo o mês de março de 2015. As análises descritivas dos dados do pré-teste foram realizadas utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 17.0.

6.4 ETAPAS RELACIONADAS ÀS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

6.4.1 Cenários de estudo

O estudo foi realizado em sete hospitais escolhidos por conveniência, tendo em vista que todos são acreditados pela ONA; seis são também acreditados pela Acreditação Internacional Canadense e três pela *Joint Commission International*:

- a) **Hospital 1:** Instituição do governo Estadual, de grande porte, localizado no interior do Estado de São Paulo, mantido com recursos do SUS, acreditado pela ONA (nível III) e Acreditação Internacional Canadense – o mesmo do pré-teste (ANEXO I).
- b) **Hospital 2:** Instituição privada, de grande porte, localizado na zona oeste da cidade de São Paulo. É Acreditado pela ONA (nível III), Acreditação Internacional Canadense e Acreditação Internacional Joint Commission.
- c) **Hospital 3:** Instituição privada, de grande porte, localizado na região nordeste da cidade de São Paulo. É Acreditado pela ONA (nível III), Acreditação Internacional Canadense e Acreditação Internacional Joint Commission.
- d) **Hospital 4:** Instituição privada, de grande porte, localizado na região sudeste da cidade de São Paulo. É Acreditado pela ONA (nível III), Acreditação Internacional Canadense e Acreditação Internacional Joint Commission.

Os hospitais 2, 3 e 4 fazem parte de uma rede de hospitais que possuem no total mais de 750 leitos, contam com uma equipe multiprofissional formada por cerca de 5 mil colaboradores (entre as áreas administrativas e assistenciais) e

aproximadamente 3.800 médicos cadastrados. A carta de aceite das instituições encontra-se no ANEXO J.

- e) **Hospital 5:** Instituição privada, de grande porte, localizado no interior do Estado de São Paulo. É Acreditado pela ONA (nível III) e Acreditação Internacional Canadense (ANEXO K).
- f) **Hospital 6:** Instituição beneficente e filantrópica, de grande porte, localizada na zona leste da cidade de São Paulo. É acreditado pela ONA (nível III) e Acreditação Internacional Canadense. Atualmente conta com 1.500 colaboradores entre as áreas assistenciais e administrativas (ANEXO L).
- g) **Hospital 7:** Instituição de caráter filantrópico que atende toda a população do sudoeste de Minas Gerais. Como instituição filantrópica, 70% dos seus pacientes são atendidos pelo SUS. É acreditado pela ONA (nível II). (ANEXO M).

6.4.2 População e amostra

A população é composta por todos os colaboradores das áreas assistenciais, administrativas e de apoio dos hospitais.

Critérios de inclusão: Funcionários que atuam há pelo menos um ano nas instituições nas áreas assistenciais administrativas e de apoio, não terceirizados.

Critérios de exclusão: Funcionários afastados por licença ou férias.

A amostra é do tipo não probabilística, realizada com todos os profissionais, das categorias escolhidas de cada instituição, que se enquadrassem nos critérios de inclusão estabelecidos.

6.4.3 Coleta de dados

Foi agendado um encontro com os gerentes das respectivas instituições para apresentação da presente pesquisadora, dos objetivos do estudo e dos aspectos éticos, assim como convidá-los a participar da pesquisa. Nos hospitais 2, 3 e 4; o processo foi feito apenas por contato telefônico.

Mediante as autorizações das instituições e do Comitê de Ética em pesquisa, foi oferecido o TCLE bem como instrumento de coleta dos dados.

O questionário foi disponibilizado em todas as instituições via impressa e pela companhia de desenvolvimento de pesquisas online, denominado de “SurveyMonkey”. O período de coleta de dados ocorreu entre junho de 2016 e agosto de 2017.

6.5 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICA DOS DADOS

O instrumento de pesquisa foi respondido por 581 profissionais incluídos na amostra. A seleção amostral pautou-se pela avaliação dos *missings values**, pois dos 581 respondentes, foram observadas muitas faltas de respostas nos dados demográficos (n= 490 repostas válidas para a variável gênero; n= 493 para a variável profissão e n=485 para o nível de escolaridade) e na seção A do QIIS (n=402 repostas válidas). Já na seção B houve 401 respostas válidas e nas subescalas do PHSA, 506 respostas válidas.

Diante da ausência de informações que nos embasa sobre o procedimento de validação das subescalas originais do QIIS e PHSA, tendo em vista que os referidos estudos as utilizaram como medida para testar uma hipótese e não com a finalidade de validá-las, utilizou-se a AFE e AFC como procedimento padrão para a validação de instrumentos de pesquisa.

Os direcionamentos desses procedimentos foram impactados pelos seguintes fatores: i) as subescalas apresentam uma grande quantidade de itens de resposta; ii) relativamente, a amostra é pequena para a quantidade de itens do instrumento de pesquisa; iii) a indicação de uma opção “não sei” no QIIS, potencializou o aumento de *missing values**; iv) muitos *missing values* na seção A do QIIS e nas variáveis de dados demográficos.¹

Assim, tais fatos indicaram para que as validações fossem **independentes** para cada subescala, fixando o número de fatores igual a um em cada uma delas, orientado pelas considerações teóricas colocadas nesta pesquisa, sendo que os *missings values* foram avaliados nesse contexto.

¹ Missings values = dados ausentes.

6.5.1 Análise fatorial exploratória

Optou-se por ajustar um modelo de AFE, independente, para cada subescala das seções do QIIS e subescalas do PHSA, considerando apenas itens com pesos fatoriais maiores que 0,70: valor este, segundo a literatura (HAIR et al., 2009), que pode ser considerado um item significativo, do ponto de vista estatístico e prático, para formação do escore fatorial do construto.

Além desse critério balizador para proposta dos modelos finais da AFE, olhou-se também para as seguintes medidas de ajustes: correlações maiores que 0,30 e significativas; teste de esfericidade de Bartlett significativo; medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) superior a 0,70. Para a medida da fatorabilidade do conjunto geral de variáveis e variáveis individuais utilizou-se a Medida de Adequação de Amostragem (MSA) superior a 0,50. Também foi considerada uma porcentagem superior a 60% para a porcentagem da variância explicada pelos fatores (HAIR et al., 2009; MARÔCO, 2010)

O Teste de esfericidade de **Bartlett** é um teste estatístico para a presença de correlações entre as variáveis. Ele fornece a significância estatística de que a matriz de correlação tem correlações significantes entre pelo menos algumas das variáveis (HAIR et al., 2009). Já a **MSA** é uma medida para quantificar o grau de intercorrelações entre as variáveis e a adequação da análise fatorial. Esse índice varia de 0 a 1, alcançando 1 quando cada variável é perfeitamente prevista sem erro pelas outras variáveis. MSA devem exceder 0,50 tanto para o teste geral quanto para cada variável individual; variáveis com valores inferiores a 0,50 devem ser omitidas da análise fatorial (HAIR et al., 2009, p. 110).

A estatística **KMO** mede a adequação da amostra para cada variável no construto e também para o modelo completo. Os valores variam de 0 a 1, onde o valor próximo de 0 indica uma correlação fraca entre as variáveis e o valor mais próximo de 1 indica melhor adequação da análise fatorial (MARÔCO, 2007).

6.5.2 Análise fatorial confirmatória

Para estimar os modelos na AFC, utilizaram-se as subescalas do QIIS e as subescalas do PHSA com as mesmas amostras selecionadas na AFE. No entanto,

quando os modelos originados na AFE foram rodados com essas amostras, dois aspectos emergiram: muitos *outliers** multivariados e uma falta exacerbada de normalidade multivariada. Como a falta de normalidade poderia ser amenizada devido à exclusão dos *outliers*, antes de rodar os modelos na AFC, optou-se por tratar os *outliers*.²

Para isso, a partir da distribuição uniforme, criou-se uma variável com valores aleatórios entre um e dez, e regrediu essa variável contra os itens de cada um dos constructos do QIIS e do PHSA. Assim, a partir dos resultados das regressões lineares calcularam-se as distâncias de Mahalanobis de cada uma das observações e excluíram-se os pontos influentes a partir do seguinte critério: *outlier* = 1 se a distância de Mahalanobis multiplicada por $n / (n-1)^2$ fosse maior que o valor obtido com a função inversa da distribuição beta com $\text{Alpha} = k / 2$ e $\text{beta} = [(n-1) - k] / 2$, onde n é o tamanho da amostra e k é o número de itens (variáveis) presentes na equação original para cálculo do resíduo (MARÔCO, 2014; HAIR et al., 2009).

Após esse procedimento foram excluídos cerca de 12% de valores considerados *outliers*, ficando com amostras entre 400 e 490 observações.

A **medida de Mahalanobis** é uma avaliação que mede a distância de cada observação em um espaço multidimensional a partir do centro médio de todas as observações, fornecendo um único valor para cada, independentemente do número de variáveis em questão. Valores mais elevados representam observações muito afastadas da distribuição geral de observações neste espaço multidimensional (HAIR et al., 2009, p. 78).

Após o tratamento dos *outliers*, os modelos da AFC foram rodados por Máxima Verossimilhança (MV) para ajustes. Também optou-se por confirmar a significância dos parâmetros e estimativa de vieses pelo método *bootstrap**.³ Para finalizar o ajuste do modelo AFC avaliou-se a qualidade do ajustamento local pelos pesos fatoriais ($>0,70$), pela fiabilidade individual dos itens através da Fiabilidade Compósita (FC $>0,70$) e Variância Média Extraída (VME $>0,50$) para cada fator.

² Outliers = dados que se diferenciam drasticamente de todos os outros.

³ Bootstrap = Uma abordagem para validar um modelo multivariado extraindo-se um grande número de sub-amostras e estimando modelos para cada uma delas (HAIR, 2009).

RESULTADOS

7 RESULTADOS

Os resultados apresentados nesta seção derivaram do desenvolvimento do processo de ATC e da análise das propriedades psicométricas do QIIS e subescalas do PHSA.

7.1 TRADUÇÃO E SÍNTESE DAS TRADUÇÕES

Nesta fase, tendo em vista a adaptação para o contexto brasileiro, foram apresentadas pelos especialistas sugestões de melhoria registradas no relatório VPC, a saber: Quanto ao título, o termo “**Questionário**” foi alterado para “**Estudo**” ou “**Pesquisa**”. Na seção A do QIIS, no campo de instruções para o preenchimento, o termo “**talvez devesse**” foi modificado por “**poderia**”. Nessa mesma seção, na subescala denominada “*Hospital Character*”, houve sugestão de mudança de “**Característica do Hospital**” para “**Ambiente Hospitalar**”, com a justificativa de que a palavra “Character” não é um termo muito utilizado em português para esse contexto. Para um dos especialistas, esse termo seria uma tradução possível segundo diferentes dicionários, mas teria ainda “tipo” e “natureza” também. Para 80% dos especialistas, o termo “ambiente” traduziu bem as afirmativas que constam no questionário. No item de número dois dessa subescala, a palavra “**empreeneurial**” foi traduzida de três diferentes maneiras: “**moderno**” e “**empresarial**” pelo tradutor T1 e “**empreendedor**” pelo tradutor T2. Nessa primeira fase de avaliação, 70% dos especialistas sugeriram a inserção da palavra “empreendedor”. Essa observação foi informada no relatório VPC para a etapa de validação de face e conteúdo pelo comitê de especialistas.

No item cinco da subescala denominada de “Gerência Hospitalar”, para o termo “*mentors*”, houve concordância de 100% para a utilização da palavra “**orientadores**” ao invés de “**mentores**”.

A versão original das dimensões da escala “Hospital Cohesion” da seção A, destaca o termo “*glue*”, que traduzido literalmente significa “cola”. Para essa tradução, 100% dos especialistas optaram pela palavra “**unido**”. Observa-se uma das sentenças: “O que mantém o hospital unido é a lealdade e tradição”.

Na seção B, o termo “**Senior Executives**” dividiu a opinião dos especialistas. Na tradução T1 esse termo foi traduzido como “**Executivos principais**”, já na

versão T2 como “**Executivos Seniors**”. Um dos especialistas sugeriu o uso da palavra “**administrador**”.

No item 39 da subescala denominada “*Strategic Quality Planning*”, o termo “**employees**” foi traduzido como “**funcionários**” ao invés de “**trabalhadores**”, por 80% dos especialistas,

Já na subescala “*Human Resource Utilization*”, houve empate sobre o uso do termo “**training**”, traduzido como “**capacitação**” e “**treinamento**”.

No PHSA, no item 79 da subescala denominada “*Accreditation*”, a palavra “*survey*” foi entendida como “**avaliação**” ou “**visita de acreditação**”.

O item 89 da subescala denominada “*Benefits of Accreditation*” apresenta alguns tipos de serviços de saúde na sentença: “*Accreditation enables the hospital to better respond to its partners (other hospitals, diverse hospitals, private clinics, etc.)*”. Para esses tipos de intuições, 80% dos especialistas sugeriram colocar “**outros serviços de saúde**”, já que pode haver outras parcerias no contexto brasileiro.

Todas as expressões adotadas, as dúvidas e as sugestões de melhoria foram descritas no relatório da VPC, documentadas e encaminhadas para apreciação do comitê de especialistas, etapa seguinte da ATC.

7.2 AVALIAÇÃO PELO COMITÊ DE ESPECIALISTAS^[1]_{SEP}

Nessa etapa, o comitê de especialistas avaliou o relatório VPC e contribuiu com sugestões de melhoria levando em consideração a validade semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens. As mudanças sugeridas foram pontuais e se relacionaram a troca de palavras e expressões por sinônimos mais aplicáveis ao contexto hospitalar e a melhorar a compreensão de sentenças descritas a seguir.

Na subescala “**Hospital Rewards**” da seção A do QIIS, um especialista sugeriu a mudança da palavra “**de cima para baixo**” por “**independente da função ou hierarquia**”, na sentença.

Na seção B, para o termo “**Senior Executives**”, que dividiu a opinião dos especialistas na primeira rodada de avaliação, foi sugerido o uso da expressão “**executivos principais**”. Um dos especialistas sugeriu a utilização do termo “**alta direção**”. A porcentagem de aprovação para o uso da expressão “executivos principais” foi de 85% quando somada a opinião de todos os especialistas, ou seja, daqueles que participaram da síntese das traduções e da avaliação semântica,

idiomática e conceitual dos itens.

Após análise do relatório da VPC pelos especialistas, pela pesquisadora e pela orientadora do estudo, gerou-se a versão T12, posteriormente submetida à retrotradução. As sugestões sinalizadas em negrito na descrição dos resultados e documentadas na VPC, estão no quadro 7 que também apresenta às sugestões acatadas na versão T12, obtida mediante análise dos especialistas, da presente pesquisadora e orientadora do estudo.

Quadro 7 – Comparação das alterações realizadas na VPC e T12 da **seção A** do **QIIS** após tradução, avaliação do comitê de especialistas e análise das pesquisadoras.

ORIGINAL	VPC	T12
Quality Improvement Implementation Survey II	“Pesquisa” ou “Estudo” de Implementação de Melhoria da Qualidade	Pesquisa sobre a Implementação de Melhoria da Qualidade
Seção A		
Hospital Character	Ambiente Hospitalar	Ambiente Hospitalar
1.Hospital A is a very personal place. It is a lot like an extended family. People seem to share a lot of themselves.	1. O Hospital A é um local com ambiente bem familiar. Parece muito uma extensão da família. As pessoas parecem compartilhar muito sobre si mesmas.	1. O Hospital A é um local com ambiente bem familiar. Parece muito uma extensão da família. As pessoas parecem compartilhar muito sobre si mesmas.
2.Hospital B is a very dynamic and entrepreneurial place. People are willing to stick their necks out and take risks.	2.O Hospital B é um local muito dinâmico e “moderno” ou “empresarial” . As pessoas estão dispostas a ousar e assumir riscos.	2. O Hospital B é um local muito dinâmico e empreendedor . As pessoas estão dispostas a ousar e assumir riscos.
3.Hospital C is a very formalized and structured place. Bureaucratic procedures generally govern what people do.	3.O Hospital C é um lugar muito formal e estruturado. Os procedimentos burocráticos geralmente regem o que as pessoas fazem.	3. O Hospital C é um lugar muito formal e estruturado. Os procedimentos burocráticos geralmente regem o que as pessoas fazem.
4.Hospital D is very production oriented. A major concern is with getting the job done. People aren't very personally involved.	4.O Hospital D é voltado para a produção. Uma grande preocupação é ter o trabalho realizado . As pessoas não estão muito envolvidas pessoalmente.	4. O Hospital D é voltado para a produção. Uma das maiores preocupações é concluir o trabalho. . As pessoas não estão muito envolvidas pessoalmente.
Hospital's Managers	Gerencia Hospitalar	Gerencia Hospitalar
5.Managers in Hospital A are warm and caring. They seek to develop employees' full potential and act as their mentors or guides.	5.Os gerentes do Hospital A são amistosos e cuidadosos. Eles buscam desenvolver o pleno potencial dos funcionários e agem como seus mentores ou guias.	5. Os gerentes do Hospital A são amistosos e cuidadosos. Eles buscam desenvolver o pleno potencial dos funcionários e agem como seus orientadores ou guias.

Continua.

6.Managers in Hospital B are risk-takers. They encourage employees to take risks and be innovative.	6.Os gerentes do Hospital B assumem riscos. Eles encorajam os funcionários a assumirem riscos e serem inovadores.	6. Os gerentes do Hospital B assumem riscos. Eles encorajam os funcionários a assumirem riscos e serem inovadores.
7.Managers in Hospital C are rule-enforcers. They expect employees to follow established rules, policies, and procedures.	7.Os gerentes no Hospital C reforçam o cumprimento das regras/normas. Eles esperam que os funcionários sigam as regras, políticas e procedimentos estabelecidos.	7. Os gerentes no Hospital C reforçam o cumprimento das regras/normas. Eles esperam que os funcionários sigam as regras, políticas e procedimentos estabelecidos.
8.Managers in Hospital D are coordinators and coaches. They help employees meet the hospital's goals and objectives.	8.Os gerentes no Hospital D são coordenadores e técnicos . Eles ajudam os funcionários a atingir as metas e os objetivos do hospital.	8. Os gerentes no Hospital D são coordenadores e tutores . Eles ajudam os funcionários a atingir as metas e os objetivos do hospital.
Hospital Cohesion	Coesão da Equipe ou Coesão Hospitalar	Coesão da Equipe
9. The glue that holds Hospital A together is loyalty and tradition. Commitment to this hospital runs high.	9.O que mantém o Hospital A unido é a lealdade e a tradição. O comprometimento com o hospital é alto.	9. O que mantém o Hospital A unido é a lealdade e a tradição. O comprometimento com o hospital é alto.
10.The glue that holds Hospital B together is commitment to innovation and development. There is an emphasis on being first.	10.O que mantém o Hospital B unido é o compromisso com a inovação e o desenvolvimento. Há ênfase em ser o primeiro.	10. O que mantém o Hospital B unido é o compromisso com a inovação e o desenvolvimento. Há ênfase em ser o primeiro.
11.The glue that holds Hospital C together is formal rules and policies. Maintaining a smooth running operation is important here.	11.O que mantém o Hospital C unido são as regras formais e políticas. Manter o funcionamento harmonioso da operação é importante aqui.	11. O que mantém o Hospital C unido são as regras formais e políticas. Manter o funcionamento harmonioso da operação é importante aqui.
12.The glue that holds Hospital D together is the emphasis on tasks and goal accomplishment. A production orientation is commonly shared.	12. O que mantém o Hospital D unido é a ênfase no cumprimento das tarefas e das metas. A orientação para a produção é frequentemente compartilhada.	12. O que mantém o Hospital D unido é a ênfase no cumprimento das tarefas e das metas. A orientação para a produção é frequentemente compartilhada.
Hospital Emphases	Ênfase do Hospital	Ênfase do Hospital
13.Hospital A emphasizes human resources. High cohesion and morale in the organization are important.	13. O Hospital A prioriza os recursos humanos. A alta coesão e a confiança na organização são importantes.	13. O Hospital A prioriza os recursos humanos. A alta coesão e a confiança na organização são importantes.
14.Hospital B emphasizes growth and acquiring new resources. Readiness to meet new challenges is important.	14. O hospital B prioriza o crescimento e a aquisição de novos recursos. Prontidão para enfrentar novos desafios é importante.	14. O hospital B prioriza o crescimento e a aquisição de novos recursos. Prontidão para enfrentar novos desafios é importante.
15.Hospital C emphasizes permanence and stability. Efficient, smooth operations are important.	15. O Hospital C prioriza a continuidade e a estabilidade. Operações sem problemas e eficientes são importantes.	15. O Hospital C prioriza a continuidade e a estabilidade. Eficiência e bom funcionamento operacional são importantes.
16.Hospital D emphasizes competitive actions and achievement. Measurable goals are important.	16. O Hospital D prioriza ações competitivas e de sucesso. Metas mensuráveis são importantes.	16. O Hospital D prioriza ações competitivas e de sucesso. Metas mensuráveis são importantes.

Continuação.

Hospital Rewards	Recompensas do Hospital	Recompensas do Hospital
17. Hospital A distributes its rewards fairly equally among its members. It's important that everyone from top to bottom be treated as equally as possible.	17. O Hospital A distribui suas recompensas de maneira razoavelmente igual entre seus membros. É importante que todos, de cima a baixo , sejam tratados da forma mais igualitária possível.	17. O Hospital A distribui suas recompensas de maneira razoavelmente igual entre seus membros. É importante que todos, independentemente da função ou hierarquia sejam tratados da forma mais igualitária possível.
Hospital B distributes its rewards based on individual initiative. Those with innovative ideas and actions are most rewarded.	18. O Hospital B distribui suas recompensas com base nas iniciativas individuais. Aqueles com ideias e ações inovadoras são os mais recompensados.	18. O Hospital B distribui suas recompensas com base nas iniciativas individuais. Aqueles com ideias e ações inovadoras são melhores recompensados.
Hospital C distributes rewards based on rank. The higher you are, the more you get.	19. O Hospital C distribui recompensas com base na hierarquia. Quanto mais alto você estiver, mais você receberá.	19. O Hospital C distribui recompensas com base na hierarquia. Quanto mais alto você estiver, mais você receberá.
Hospital D distributes rewards based on the achievement of objectives. Individuals who provide leadership and contribute to attaining the hospital's goals are rewarded.	20. O Hospital D distribui recompensas com base no alcance de objetivos. Indivíduos que demonstram liderança e contribuem para atingir as metas do hospital são recompensados.	20. O Hospital D distribui recompensas com base no alcance de objetivos. Indivíduos que demonstram liderança e contribuem para atingir as metas do hospital são recompensados.

Quadro 8 - Comparação das alterações realizadas na VPC e T12 da **seção B** do **QIIS** após tradução, avaliação do comitê de especialistas e análise das pesquisadoras.

Section B	Seção B	Seção B
Leadership	Liderança	Liderança
21. The senior executives provide highly visible leadership in maintaining an environment that supports quality improvement.	21. Os executivos seniores demonstram liderança altamente visível na manutenção de ambiente que encoraja a melhoria da qualidade.	21. A alta direção demonstra liderança altamente visível na manutenção de ambiente que encoraja a melhoria da qualidade.
22. The CEO/Administrator is a primary driving force behind quality improvement efforts.	22. O diretor executivo/administrador é a principal força motriz por detrás dos esforços de melhoria da qualidade.	22. O diretor executivo/administrador é a principal força motriz por detrás dos esforços de melhoria da qualidade.
23. The senior executives allocate adequate organizational resources (e.g., finances, people, time, and equipment) to improving quality.	23. Os executivos seniores alocam recursos organizacionais adequados para melhorar a qualidade (ex: financeiros, pessoas, tempo e equipamento).	23. A alta direção aloca recursos organizacionais adequados para melhorar a qualidade (ex: financeiros, pessoas, tempo e equipamento).
24. The senior executives consistently participate in activities to improve the quality of care and services.	24. Os executivos seniores participam de forma coerente e constante das atividades para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	24. A alta direção participa de forma consistente das atividades para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.

Continuação.

25.The senior executives have articulated a clear vision for improving the quality of care and services.	25.Os executivos seniores articularam uma visão clara para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	25. A alta direção articula uma visão clara para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.
26.The senior executives have demonstrated an ability to manage changes (e.g., organizational, technological) needed to improve the quality of care and services.	26.Os executivos seniores têm demonstrado habilidade em gerenciar as mudanças (exemplo: organizacionais, tecnológicas) necessárias para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	26. A alta direção demonstra habilidade em gerenciar as mudanças (exemplo: organizacionais, tecnológicas) necessárias para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.
27.The senior executives act on suggestions to improve the quality care and services.	27- Os executivos seniores agem de acordo com as sugestões feitas para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	27. A alta direção age de acordo com as sugestões feitas para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.
28.The physician leadership is personally involved in quality improvement efforts.	28. A liderança médica está pessoalmente envolvida nos esforços de melhoria da qualidade.	28. A liderança médica está pessoalmente envolvida nos esforços de melhoria da qualidade.
29.The senior executives have a thorough understanding of how to improve the quality of care and services.	29. Os executivos seniores tem um entendimento minucioso sobre como melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	29. A alta direção tem amplo entendimento Sobre como melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.
30.The senior executives generate confidence that efforts to improve quality will succeed.	30. Os executivos seniores passam confiança de que os esforços para melhorar a qualidade serão bem sucedidos.	30.A alta direção passa confiança de que os esforços para melhorar a qualidade serão bem sucedidos.
31.Senior executives seek information on needs and suggestions for quality improvement directly from external customers (e.g., patients, families, and payers).	31. Os executivos seniores buscam informação sobre necessidades e sugestões para a melhoria da qualidade diretamente de clientes externos (exemplo: pacientes, familiares e fontes pagadoras).	31. A alta direção busca informações sobre necessidades e sugestões para a melhoria da qualidade diretamente de clientes externos (pacientes, familiares e fonte pagadoras).
Information and Analysis	Informação e Análise	Informação e Análise
32.The hospital collects a wide range of data and information about the quality of care and services.	32.O hospital coleta uma grande variedade de dados e informações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços.	32. O hospital coleta uma grande variedade de dados e informações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços.
33.The hospital uses a wide range of data and information about the quality of care and services to make improvements.	33. O hospital utiliza uma grande variedade de dados e informações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços para fazer melhorias.	33. O hospital utiliza uma grande variedade de dados e informações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços para fazer melhorias.
34.The hospital continually tries to improve how it uses data and information on the quality of care and services.	34.O hospital tenta melhorar continuamente o modo como usa/utiliza os dados e a informação sobre a qualidade do cuidado e dos serviços.	34. O hospital tenta melhorar continuamente o modo como utiliza os dados e a informação sobre a qualidade do cuidado e dos serviços.

Continua.

35.The hospital continually tries to improve the accuracy and relevance of its data on the quality of care and services provided.	35.O hospital tenta melhorar continuamente a acurácia e a relevância de seus dados sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados.	35. O hospital tenta melhorar continuamente a acurácia e a relevância de seus dados sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados.
36.The hospital continually tries to improve the timeliness of its data on the quality of care and services provided.	36. O hospital tenta melhorar continuamente a atualidade de seus dados sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados.	36. O hospital tenta melhorar continuamente a atualização dos seus dados sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados.
37.Hospital employees are actively involved in determining what data are collected for the purpose of improving the quality of care and services.	37.Os funcionários do hospital são envolvidos ativamente na escolha de quais dados serão coletados com o propósito de melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	37.Os funcionários do hospital são envolvidos ativamente na escolha de quais dados serão coletados com o propósito de melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.
38.The hospital compares its data to data on the quality of care and services at other hospitals.	38.O hospital compara seus dados sobre qualidade do cuidado e dos serviços com os dados de outros hospitais.	38. O hospital compara seus dados sobre qualidade do cuidado e dos serviços com os dados de outros hospitais.
Strategic Quality Planning	Planejamento Estratégico da Qualidade	Planejamento Estratégico da Qualidade
39.Hospital employees are given adequate time to plan for and test improvements.	39. Os “trabalhadores” ou “funcionários” do hospital dispõem de tempo suficiente para planejar e testar melhorias.	39. Os funcionários do hospital dispõem de tempo suficiente para planejar e testar melhorias.
40.Each department and work group within this hospital maintains specific goals to improve quality.	40.Cada departamento e grupo de trabalho dentro deste hospital mantém metas específicas para melhorar a qualidade.	40. Cada departamento e grupo de trabalho dentro deste hospital mantém metas específicas para melhorar a qualidade.
41.The hospital's quality improvement goals are known throughout the organization.	41.As metas de melhoria da qualidade do hospital são conhecidas por toda a organização.	41. As metas de melhoria da qualidade do hospital são conhecidas por toda a organização.
42.Hospital employees are involved in developing plans for improving quality.	42.Os “trabalhadores” ou “funcionários” do hospital são envolvidos no desenvolvimento de planos para melhorar a qualidade.	42. Os funcionários do hospital são envolvidos no desenvolvimento de planos para melhorar a qualidade.
43.Middle managers (e.g., department heads, program directors, and first line supervisors) are playing a key role in setting priorities for quality improvement.	43.Os gerentes intermediários (ex: chefes de departamento, diretores de programas, e os supervisores diretos) têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.	43. A Média Gerência (ex: chefes de departamento, diretores de programas, e os supervisores diretos) têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.
44.External customers are playing a key role in setting priorities for quality improvement.	44. Os clientes externos têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.	44. Os clientes externos têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.

Continua.

45.Non-managerial employees are playing a key role in setting priorities for quality improvement.	45. Funcionários que não participam da gestão têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.	45. Funcionários que não participam da gestão têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.
Human Resource Utilization	Utilização de Recursos Humanos	Utilização de Recursos Humanos
46.Hospital employees are given education and training in how to identify and act on quality improvement opportunities.	46. Os “ trabalhadores ” ou “ funcionários ” do hospital recebem educação e treinamento em como identificar e agir frente a oportunidades de melhoria da qualidade.	46. Os funcionários do hospital recebem treinamento e desenvolvimento em como identificar e agir frente a oportunidades de melhoria da qualidade.
47.Hospital employees are given education and training in statistical and other quantitative methods that support quality improvement.	47- Os “ trabalhadores ” ou “ funcionários ” do hospital recebem educação e treinamento em estatística e outros métodos quantitativos que auxiliam a melhoria da qualidade.	47. Os funcionários do hospital recebem treinamento e desenvolvimento em estatística e outros métodos quantitativos que auxiliam a melhoria da qualidade.
48.Hospital employees are given the needed education and training to improve job skills and performance.	48- Os “ trabalhadores ” ou “ funcionários ” do hospital recebem a educação e o treinamento necessários para melhorar as habilidades e o desempenho no trabalho.	48. Os funcionários do hospital recebem a treinamento e desenvolvimento necessários para melhorar as habilidades e o desempenho no trabalho.
49.Hospital employees are rewarded and recognized (e.g., financially and/or otherwise) for improving quality.	49. Os “ trabalhadores ” ou “ funcionários ” do hospital são recompensados e reconhecidos (ex: financeiramente e/ou de outra maneira) por melhorar a qualidade.	49. Os funcionários do hospital são recompensados e reconhecidos (ex: financeiramente e/ou de outra maneira) por melhorar a qualidade.
50.Inter-departmental cooperation to improve the quality of services is supported and encouraged.	50. A cooperação interdepartamental para melhorar a qualidade dos serviços é apoiada e encorajada .	50. A cooperação interdepartamental para melhorar a qualidade dos serviços é apoiada e incentivada .
51.Hospital employees have the authority to correct problems in their area when quality standards are not being met.	51. Os “ trabalhadores ” ou “ funcionários ” do hospital têm a autoridade para corrigir os problemas na sua área quando os padrões de qualidade não estão sendo atingidos.	51. Os funcionários do hospital têm a autoridade para corrigir os problemas na sua área quando os padrões de qualidade não estão sendo atingidos.
52.Hospital employees are supported when they take necessary risks to improve quality.	52. Os “ trabalhadores ” ou “ funcionários ” do hospital são apoiados quando assumem riscos necessários para melhorar a qualidade.	52. Os funcionários do hospital são apoiados quando assumem riscos necessários para melhorar a qualidade.
53.The hospital has an effective system for employees to make suggestions to management on how to improve quality.	53. O hospital tem um sistema efetivo para que os “ trabalhadores ” ou “ funcionários ” façam sugestões à gerência sobre como melhorar a qualidade.	53. O hospital tem um sistema efetivo para que os funcionários façam sugestões à gerência sobre como melhorar a qualidade.

Continua.

Quality Management	Gestão da Qualidade	Gestão da Qualidade
54. The hospital regularly checks equipment and supplies to make sure they meet quality requirements.	54. O hospital verifica regularmente os equipamentos e suprimentos para se assegurar de que eles atendam aos requisitos da qualidade.	54. O hospital verifica regularmente os equipamentos e suprimentos para se assegurar de que eles atendam aos requisitos da qualidade.
55. The quality assurance staff effectively coordinate their efforts with others to improve the quality of care and services the hospital provides.	55. A equipe da garantia da qualidade coordena de forma efetiva seus esforços com os demais para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços que o hospital provê.	55. A equipe da gestão da qualidade coordena de forma efetiva seus esforços com os demais para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços que o hospital provê.
56. Data from suppliers are used when developing the hospital's plan to improve quality.	56. Os dados dos fornecedores são usados para o desenvolvimento do plano do hospital para melhorar a qualidade.	56. Os dados dos fornecedores são usados para o desenvolvimento do plano de melhoria da qualidade do hospital.
57. The hospital has effective policies to support improving the quality of care and services.	57. O hospital tem políticas efetivas para apoiar / estimular a melhoria da qualidade do cuidado e dos serviços.	57. O hospital tem políticas efetivas para apoiar / estimular a melhoria da qualidade do cuidado e dos serviços.
58. The hospital works closely with suppliers to improve the quality of their products and services.	58. O hospital trabalha próximo aos fornecedores para melhorar a qualidade dos seus produtos e serviços.	58. O hospital mantém estreita relação com os fornecedores para melhorar a qualidade dos seus produtos e serviços.
59. The hospital tries to design quality into new services as they are being developed.	59. O hospital tenta planejar a qualidade nos novos serviços à medida que eles estão sendo desenvolvidos.	59. O hospital tenta planejar a qualidade nos novos serviços à medida que eles estão sendo desenvolvidos.
60. The services which the hospital provides are thoroughly tested for quality before they are implemented.	60. Os serviços que o hospital provê são minuciosamente testados em termos de qualidade antes de serem implementados.	60. Os Serviços que o hospital oferece são exaustivamente testados quanto à qualidade antes de serem implantados.
61. The hospital views quality assurance as a continuing search for ways to improve.	61. O hospital vê a garantia da qualidade como uma busca contínua por maneiras de melhorar.	61. O hospital vê a gestão da qualidade como uma forma contínua de melhorar.
62. The hospital encourages employees to keep records of quality measurements	62. O hospital encoraja/incentiva os funcionários a manter os registros das medidas/da medição/da mensuração da qualidade.	62. O hospital incentiva os funcionários a manter os registros da mensuração da qualidade.
Quality results	Resultados da Qualidade	Resultados da Qualidade
63. The hospital has done a good job documenting that changes made in providing services have produced the intended results.	63. O hospital fez um bom trabalho ao documentar que as mudanças feitas na prestação de serviços produziram os resultados desejados.	63. O hospital tem feito um bom trabalho documentando que as mudanças feitas na prestação de serviços produziram os resultados desejados.
64. The hospital has done a good job of simplifying how care and services are provided.	64. O hospital fez um bom trabalho ao simplificar como o cuidado e os serviços são prestados.	64. O hospital tem feito um bom trabalho ao simplificar como o cuidado e os serviços são prestados.

Continuação.

65.Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in the quality of care provided to medical, surgical and obstetric patients.	65. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade do cuidado prestado a pacientes clínicos, cirúrgicos e obstétricos.	65. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade do cuidado prestado a pacientes clínicos, cirúrgicos e obstétricos.
66.Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in the quality of services provided by clinical support departments such as laboratory, pharmacy, and radiology	66. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade dos serviços prestados pelos departamentos de apoio clínico, tais como o laboratório, a farmácia e a radiologia.	66. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade dos serviços prestados pelos departamentos de apoio clínico, tais como o laboratório, a farmácia e a radiologia.
67.Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in the quality of services provided by support areas such as accounting, billing, human resources, and marketing.	67. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade dos serviços prestados áreas de apoio, tais como contabilidade, faturamento, recursos humanos e marketing.	67. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade dos serviços prestados áreas de apoio, tais como contabilidade, faturamento, recursos humanos e marketing.
68.Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in patient satisfaction results.	68. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis nos resultados relacionados à satisfação do paciente.	68. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis nos resultados relacionados à satisfação do paciente.
69.Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable cost reduction while maintaining or improving quality.	69. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado redução estável e mensurável dos custos, com manutenção ou melhoria da qualidade.	69. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado redução estável e mensurável dos custos, com manutenção ou melhoria da qualidade.
Customer Satisfaction	Satisfação do Cliente	Satisfação do Cliente
70.The hospital does a good job of assessing current patient needs and expectations.	70. O hospital faz um bom trabalho de avaliação das necessidades e expectativas atuais dos pacientes.	70. O hospital faz um bom trabalho de avaliação das necessidades e expectativas atuais dos pacientes.
71.The hospital does a good job of assessing future patient needs and expectations.	71. O hospital faz um bom trabalho de avaliação das necessidades e expectativas futuras do paciente.	71. O hospital faz um bom trabalho de avaliação das necessidades e expectativas futuras do paciente.
72.Hospital employees promptly resolve patient complaints.	72. Os funcionários do hospital resolvem prontamente as "reclamações" ou "queixas" dos pacientes.	72. Os funcionários do hospital resolvem prontamente as "reclamações" dos pacientes.
73.Patients' complaints are studied to identify patterns and prevent the same problems from recurring.	73. As reclamações dos pacientes são estudadas para identificar padrões e evitar a recorrência dos mesmos problemas.	73. As reclamações dos pacientes são estudadas para identificar padrões e evitar a recorrência dos mesmos problemas.
74.The hospital uses data from patients to improve services.	74. O hospital utiliza dados de pacientes para melhorar os serviços.	74. O hospital utiliza dados de pacientes para melhorar os serviços.

Continua.

75.Data on patient satisfaction are widely communicated to hospital staff.	75. Dados sobre a satisfação do paciente são amplamente comunicados ao pessoal do hospital.	75.Dados sobre a satisfação do paciente são amplamente comunicados ao pessoal do hospital.
76.The hospital does a good job of assessing physician satisfaction with hospital services.	76. O hospital faz um bom trabalho de avaliação da satisfação dos médicos com os serviços hospitalares/em relação aos serviços hospitalares.	76.O hospital faz um bom trabalho de avaliação da satisfação dos médicos com os serviços hospitalares/em relação aos serviços hospitalares.
77.The hospital uses data on customer expectations and/or satisfaction when designing new services.	77- O hospital utiliza os dados sobre as expectativas e/ou satisfação do cliente ao planejar novos serviços.	77.O hospital utiliza os dados sobre as expectativas e/ou satisfação do cliente ao planejar novos serviços.
78.The hospital does a good job of assessing employee satisfaction with services provided by other employees and departments.	78. O hospital faz um bom trabalho de avaliação da satisfação dos funcionários com os serviços prestados por outros funcionários ou departamentos.	78.O hospital faz um bom trabalho de avaliação da satisfação dos funcionários com os serviços prestados por outros departamentos.

Quadro 9 - Comparação das alterações realizadas na VPC e T12 das **subescalas do PHSA**, após tradução, avaliação do comitê de especialistas e análise das presentes pesquisadoras.

Preparation of Health Services for Accreditation		
Accreditation	Acreditação	Acreditação
79.During the preparation for the last survey, important changes were implemented at the hospital.	79. Durante a preparação para a última avaliação, mudanças importantes foram implementadas no hospital.	79.Durante a preparação para a última avaliação, foram realizadas mudanças na organização do serviço.
80.You participated in the implementation of these changes.	80.Você participou da implementação dessas mudanças.	80.Você participou da implementação dessas mudanças.
81.You learned of the recommendations made to your hospital since the last survey (if it's the case).	81.Você tomou conhecimento a respeito das recomendações feitas ao hospital desde a última avaliação (se este for o caso).	81.Você tomou conhecimento a respeito das recomendações feitas ao hospital durante a realização da última avaliação.
82.These recommendations were an opportunity to implement important changes at the hospital.	82.Estas recomendações foram uma oportunidade para implementar mudanças importantes no hospital.	82. Estas recomendações foram importantes para implementar mudanças no hospital.
Benefits of accreditation	Benefícios da Acreditação	Benefícios da Acreditação
83. Accreditation enables the improvement of patient care.	83. A acreditação possibilita a melhoria do cuidado / da assistência ao paciente.	83. A acreditação possibilita a melhoria do cuidado aos pacientes.
84. Accreditation enables the motivation of staff and encourages teamwork and collaboration.	84. A acreditação possibilita a motivação do pessoal e incentiva o trabalho em equipe e a colaboração.	84. A acreditação possibilita a motivação do pessoal e incentiva o trabalho em equipe e a colaboração.
85.Accreditation enables the development of values shared by all professionals at the hospital.	85. A acreditação possibilita o desenvolvimento de valores compartilhados por todos os profissionais do hospital.	85. A acreditação possibilita o desenvolvimento de valores compartilhados por todos os profissionais do hospital.
86.Accreditation enables the hospital to better use its internal resources (e.g. finances, people, time, and	86. A acreditação permite que o hospital utilize melhor seus recursos internos (ex: finanças, pessoas, tempo e	86. A acreditação permite que o hospital utilize melhor seus recursos internos (ex: finanças, pessoas, tempo e

equipment).	equipamentos).	equipamentos).
87. Accreditation enables the hospital to better respond to the populations needs.	87. A acreditação possibilita que o hospital responda melhor às necessidades da população.	87. A acreditação possibilita que o hospital responda melhor às necessidades da população.
88. Accreditation enables the hospital to better respond to its partners (other hospitals, diverse hospitals, private clinics, etc.)	88. A acreditação possibilita que o hospital responda melhor a seus parceiros (outros hospitais, diversos hospitais, clínicas privadas, etc.)	88. A acreditação possibilita que o hospital responda melhor a seus parceiros (outros serviços de saúde.)
89. Accreditation is a valuable tool for the hospital to implement changes.	89. A acreditação é uma ferramenta valiosa para o hospital implementar mudanças.	89. A acreditação é uma ferramenta valiosa para o hospital implementar mudanças.
90. The hospital's participation in accreditation enables it to be more responsive when changes are to be implemented.	90. A participação do hospital na acreditação possibilita que este seja mais responsivo quando mudanças estão por ser implementadas.	90. A participação do hospital na acreditação possibilita que este seja mais responsivo na implementação das mudanças necessárias.

Fonte: Dados trabalhados pela autora (2016).

De maneira geral, para as etapas de tradução, síntese das traduções, avaliação semântica, idiomática, cultural e conceitual; os especialistas informaram que as questões foram claras e pertinentes ao referencial teórico e ao que se propõe medir.

7.3 RETROTRADUÇÃO

Para a versão retrotraduzida denominada R12, encaminhada aos autores das subescalas originais, houve sugestões de melhoria para algumas expressões. As contribuições foram realizadas pelo Dr. Stephen Shortell para o QIIS e pela Dra. Marie-Pascale Pomey para um item da subescala do PHSA.

Na subescala “Liderança” da seção B do QIIS, foi sugerida a mudança do termo “**physician**” por “**medical**” no item 28; “**senior executives**” por “**Top management**” no item 30. Os demais itens estão apresentados no quadro 10, que destaca a versão R12 após as contribuições feitas pelos autores das subescalas originais, denominada de R12 Final.

Quadro 10 – Comparação entre a Versão Original do QIIS e subescala “*Accreditation*” do PHSA e a Versão R12 Final.

ORIGINAL	R12 Final
QIIS	
LEADERSHIP	LEADERSHIP
28. The physician leadership is personally involved in quality improvement efforts. 30. The senior executives generate confidence that efforts to improve quality will succeed.	28. Medical leadership is personally involved in efforts to improve quality. 30. Top management provides confidence that the efforts that have been made to improve quality shall be successful.
INFORMATION AND ANALYSIS	INFORMATION AND ANALYSIS
36. The hospital continually tries to improve the timeliness of its data on the quality of care and services provided.	36. The hospital steadily tries to improve and make sure the data to improve quality are available when needed.
USE OF HUMAN RESOURCES	USE OF HUMAN RESOURCES
48. Hospital employees are given the needed education and training to improve job skills and performance.	48. The employees of the hospital get the education and the training needed to improve skills and performance in the workplace .
QUALITY RESULTS	QUALITY RESULTS
63. The hospital has done a good job documenting that changes made in providing services have produced the intended results. 68. Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in patient satisfaction results.	63. The hospital has done a good job in documenting the changes that have been made to the provision of services, to produce the desired results. Item 68. Over the last few years, the hospital has shown steady and measurable improvements in results related to client satisfaction.
CLIENT SATISFACTION	CLIENT SATISFACTION
Item 78. The hospital does a good job of assessing employee satisfaction with services provided by other employees and departments.	Item 78. The hospital does a good job in appraising employee satisfaction with the services provided by other staff and other departments.
PHSA	
ACCREDITATION	ACCREDITATION
81. You learned of the recommendations made to your hospital since the last survey .	81. You learned of the recommendations made to your hospital since the last accreditation visit .

Fonte: Dados trabalhados pela autora (2016).

A versão R12 Final foi novamente encaminhada aos autores das versões originais para aprovação, a fim de se obter mais um indicador de qualidade no processo de ATC. Somente a Dra. Pomey e o professor Dr. Shortell emitiram o parecer sobre a versão. Ambos favoráveis e sem outras alterações (ANEXO N). O autor Fadi-El-Jardali, que não respondeu às mensagens, recebeu a cópia da aprovação dos demais autores; dessa forma, considera-se que ele ficou ciente da aprovação.

Em seguida, a versão R12 Final foi traduzida para o português, gerando a Versão Pré Final (VPF). Ressalta-se que, apesar de mudanças de alguns termos em inglês, não houve alteração no sentido da frase ao realizar a retrotradução para

o português; portanto a versão denominada VPF manteve-se similar aquela denominada T12.

7.4 PRÉ-TESTE

No pré-teste, participaram 04 enfermeiros, 05 técnicos e 06 auxiliares de enfermagem, 03 médicos, 02 nutricionistas, 01 farmacêutico/bioquímico, 02 auxiliares de farmácia, 02 recepcionistas, 01 gerente de Recursos Humanos, 01 assistente de planejamento, 01 gerente de engenharia e 03 auxiliares administrativos (n=31). Os profissionais eram oriundos de unidades diversas: Clínica, Cirurgia, Terapia Intensiva, Pediatria, Laboratório, Farmácia, Administração/Direção, serviço de Controle de Infecção Hospitalar e outras.

Em relação ao tempo de experiência profissional, 43% (n=13) dos profissionais atuavam no hospital a mais de 15 anos, e o tempo mais prevalente de atuação no hospital investigado foi de 5 a 10 anos (35%), seguido de acima de 20 anos (22%).

Os resultados demonstram que as questões mostraram-se de fácil compreensão. A média global de compreensão alcançada foi 4,58 (valor máximo=5). Os graus médios de compreensão dos itens, apresentados na tabela 1, demonstram valores médios superiores a 4,30.

Tabela 1 - Avaliação da compreensão da pesquisa sobre a implementação de melhoria da qualidade pelos respondentes no pré-teste. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

Questões	População Alvo (n=31) Número de respostas válidas	Média (Desvio Padrão)
Seção A- Cultura do Hospital		
Cultura do Hospital		
1	96,7%	4,63 (0,72)
2		4,33 (0,92)
3		4,30 (0,84)
4		4,37 (0,96)
Gerência Hospitalar		
5	100%	4,32 (1,08)
6		4,39 (0,92)
7		4,58 (0,89)
8		4,48 (0,90)
Coesão da Equipe		
9	100%	4,29 (1,13)
10		4,58 (0,72)
11		4,48 (0,85)

12		4,35 (1,05)
Ênfase do Hospital		
13	100%	4,45 (0,89)
14		4,58 (0,85)
15		4,58 (0,76)
16		4,58 (0,85)
Recompensas do Hospital		
17	100%	4,52 (0,99)
18		4,48 (1,18)
19		4,65 (0,75)
20		4,55 (0,99)
Seção B		
Liderança		
21	100%	4,65 (0,61)
22		4,29 (1,01)
23		4,48 (0,72)
24		4,52 (1,03)
25		4,29 (1,01)
26		4,32 (1,08)
27		4,58 (0,67)
28		4,52 (0,81)
29		4,42 (0,76)
30		4,35 (0,87)
31		4,55 (0,62)
Informação e Análise		
32	100%	4,45 (0,92)
33		4,55 (0,67)
34		4,58 (0,72)
35		4,23 (1,12)
36		4,39 (0,76)
37		4,32 (0,75)
38		4,39 (1,05)
Planejamento Estratégico da Qualidade		
39	100%	4,48 (0,89)
40		4,74 (0,63)
41		4,55 (0,92)
42		4,61 (0,84)
43		4,71 (0,74)
44		4,26 (1,29)
45		4,32 (1,32)
Utilização de Recursos Humanos		
46	100%	4,48 (0,85)
47		4,52 (0,85)
48		4,65 (0,71)
49		4,35 (1,23)
50		4,45 (0,89)
51		4,61 (0,71)
52		4,61 (0,76)
53		4,61 (0,67)
Gestão da Qualidade		
54	100%	4,61 (0,76)
55		4,32 (1,01)
56		4,58 (0,67)
57		4,48 (0,92)
58		4,58 (0,72)

59		4,68 (0,54)
60		4,55 (0,72)
61		4,68 (0,47)
62		4,61 (0,71)
Resultados da Qualidade		
63		4,48 (0,85)
64		4,58 (0,76)
65	100%	4,61 (0,71)
66		4,58 (0,85)
67		4,65 (0,61)
68		4,55 (0,85)
69		4,55 (0,81)
Satisfação do Cliente		
70		4,61 (0,76)
71		4,55 (0,77)
72		4,61 (0,84)
73	100%	4,45 (1,09)
74		4,65 (0,61)
75		4,55 (0,67)
76		4,61 (0,84)
77		4,52 (1,03)
78		4,42 (1,12)
Acreditação		
79	100%	4,35 (1,23)
80		4,55 (0,89)
81		4,61 (0,89)
82		4,74 (0,57)
Benefícios da Acreditação		
83		4,55 (0,96)
84		4,68 (0,91)
85	100%	4,77 (0,62)
86		4,68 (0,79)
87		4,71 (0,74)
88		4,81 (0,60)
89		4,74 (0,63)
90		4,77 (0,62)

Fonte: Dados trabalhados pela autora (2016).

Em relação à compreensão dos itens da escala, 32,2% (n=10) relataram dificuldade em compreender a distribuição dos pontos nas dimensões da seção A do QIIS. Desses, 6,4% (n=2) justificaram que se trata de uma avaliação complexa já que havia informações importantes e que condiziam à realidade do hospital em todas as alternativas. Outro respondente informou que, para responder a seção A, seria necessário tempo para refletir sobre a gestão do hospital e como “tudo funciona” e, por isso, poderia haver abstenção de respostas.

Os demais comentários sobre os itens da seção A do QIIS foram similares ao

que foi apresentado anteriormente: “não é simples e rápido avaliar a qualidade do serviço hospitalar, e responder à QIIS demanda reflexão e tempo. Outro respondente (n=1) informou que responder a um questionário com grande número de itens é “bem cansativo”.

A partir das considerações no pré teste sobre a distribuição dos pontos, na versão final do instrumento foi inserida uma observação ao lado de cada enunciado das subescalas, a fim de reforçar a informação de que a totalidade deve ser de 100 pontos. Também foram destacadas em negrito as letras que caracterizavam os hospitais (A, B, C e D).

Sobre o tempo de resposta do instrumento, 100% (n=31) dos profissionais informaram gastar mais de 25 minutos para responder, exigindo que estes se organizassem no seu processo de trabalho a fim de estarem disponíveis para responder. Desses, 32,2% (n=10) pediram para levar o questionário para casa e entregarem em outra data, devido ao grande número de itens a serem avaliados.

Quanto ao título do instrumento apresentado em português, os respondentes foram questionados sobre o que pensam ser avaliado antes da leitura das instruções. Do total de respondentes, 39% (n=12) descreveram a sua percepção, agrupadas a seguir: 1- A qualidade do atendimento e segurança do paciente; 2- Qualidade do hospital; 3- Estratégias implementadas para a melhoria da qualidade do serviço; 4- Qualidade da instituição, melhorias, dificuldades e experiências; 5- Qualidade dos serviços da instituição; 6-Impacto das práticas na melhoria do cuidado; 7- Qualidade do atendimento multidisciplinar ao paciente; 8- Pesquisa de melhoria; 9- Avaliar a Acreditação nos hospitais; 10- Os processos necessários para a implantação ou aperfeiçoamento dos programas de qualidade. O registro dessas informações demonstram bom entendimento do que o instrumento adaptado pretende medir, já que todas as percepções registradas tinham como foco a avaliação dos resultados da qualidade.

Sobre a redação das sentenças, não houve sugestões de melhoria ou mudança. Além disso, os participantes responderam à totalidade dos itens, apesar de argumentarem sobre a extensão do questionário.

Quanto à operacionalização da coleta de dados, os entrevistados reforçaram a necessidade de a presente pesquisadora deixar o questionário para ser respondido em momento oportuno e com tranquilidade, considerando o processo de trabalho do hospital.

A versão final do questionário, após o pré-teste, apresentava 14 subescalas com 90 itens e está apresentada no quadro 11. Ela foi adotada para a etapa seguinte do estudo de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.

Quadro 11 – Versão final do QIIS e subescalas do PHSA.

VERSÃO FINAL (após pré-teste)
PESQUISA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORIA DA QUALIDADE
Seção A
Instruções
<p>Estas perguntas referem-se ao tipo de hospital com o qual sua instituição mais se parece. Cada um destes itens contém quatro descrições de hospitais. Por favor, distribua os 100 (cem) pontos entre as 4 (quatro) descrições dependendo do quanto a descrição se assemelha a seu hospital. Nenhuma das descrições é melhor que as demais. Elas são simplesmente diferentes. Para cada pergunta, por favor, use todos os 100 pontos.</p> <p>Por exemplo: Na questão 1, se o Hospital A for muito semelhante ao meu, o B parece um pouco similar, e o C e o D não têm semelhança alguma, eu poderia dar 70 pontos para o A e os 30 pontos restantes para o B.</p>
Ambiente Hospitalar (Por favor, distribua os 100 pontos)
<ol style="list-style-type: none"> 1. O Hospital A é um local com ambiente bem familiar. Parece muito uma extensão da família. As pessoas parecem compartilhar muito sobre si mesmas. 2. O Hospital B é um local muito dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a ousar e assumir riscos. 3. O Hospital C é um lugar muito formal e estruturado. Os procedimentos burocráticos geralmente regem o que as pessoas fazem. 4. O Hospital D é voltado para a produção. Uma das maiores preocupações é concluir o trabalho. As pessoas não estão muito envolvidas pessoalmente.
Gerência Hospitalar (Por favor, distribua os 100 pontos)
<ol style="list-style-type: none"> 5. Os gerentes do Hospital A são amistosos e cuidadosos. Eles buscam desenvolver o pleno potencial dos funcionários e agem como seus orientadores ou guias. 6. Os gerentes do Hospital B assumem riscos. Eles encorajam os funcionários a assumirem riscos e serem inovadores. 7. Os gerentes no Hospital C reforçam o cumprimento das regras/normas. Eles esperam que os funcionários sigam as regras, políticas e procedimentos estabelecidos. 8. Os gerentes no Hospital D são coordenadores e tutores. Eles ajudam os funcionários a atingir as metas e os objetivos do hospital.
Coesão da Equipe (Por favor, distribua os 100 pontos)
<ol style="list-style-type: none"> 9. O que mantém o Hospital A unido é a lealdade e a tradição. O comprometimento com o hospital é alto. 10. O que mantém o Hospital B unido é o compromisso com a inovação e o desenvolvimento. Há ênfase em ser o primeiro. 11. O que mantém o Hospital C unido são as regras formais e políticas. Manter o funcionamento harmonioso da operação é importante aqui. 12. O que mantém o Hospital D unido é a ênfase no cumprimento das tarefas e das metas. A orientação para a produção é frequentemente compartilhada.
Ênfase do Hospital (Por favor, distribua os 100 pontos)
<ol style="list-style-type: none"> 13. O Hospital A prioriza os recursos humanos. A alta coesão e a confiança na organização são importantes. 14. O hospital B prioriza o crescimento e a aquisição de novos recursos. Prontidão para enfrentar novos desafios é importante. 15. O Hospital C prioriza a continuidade e a estabilidade. Eficiência e bom funcionamento operacional são importantes. 16. O Hospital D prioriza ações competitivas e de sucesso. Metas mensuráveis são importantes.

Recompensas do Hospital (Por favor, distribua os 100 pontos)
<p>17. O Hospital A distribui suas recompensas de maneira razoavelmente igual entre seus membros. É importante que todos, independentemente da função ou hierarquia sejam tratados da forma mais igualitária possível.</p> <p>18. O Hospital B distribui suas recompensas com base nas iniciativas individuais. Aqueles com ideias e ações inovadoras são melhores recompensados.</p> <p>19. O Hospital C distribui recompensas com base na hierarquia. Quanto mais alto você estiver, mais você receberá.</p> <p>20. O Hospital D distribui recompensas com base no alcance de objetivos. Indivíduos que demonstram liderança e contribuem para atingir as metas do hospital são recompensados.</p>
Seção B
<p style="text-align: center;">Instruções</p> <p>Nesta seção, você vai avaliar o esforço do seu hospital em melhorar a qualidade do cuidado e os serviços por ele prestados. Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação. Indique o seu grau de concordância ou discordância com as afirmações e selecione a resposta que melhor caracteriza o seu hospital. Ao responder às perguntas, pense em como o seu hospital realmente é agora, não como você pensa que ele poderá ser no futuro ou como você gostaria que ele fosse.</p> <p>Categoria das Respostas:</p> <p>Ao assinalar a resposta correta, por favor, tenha em mente as seguintes orientações gerais relativas à escolha da categoria de resposta. Você deve assinalar "Concordo Totalmente" quando, por exemplo, a afirmação representa uma descrição totalmente precisa do seu hospital. Você deve assinalar "Discordo Totalmente" quando a descrição for totalmente imprecisa.</p> <p>A resposta "Não Concordo Nem Discordo" deve ser assinalada quando, com base em sua experiência, você acredita que a afirmação não é uma descrição particularmente precisa nem imprecisa do seu hospital. Esta situação pode surgir porque há uma grande variação nas atividades que a afirmação descreve. Por exemplo, você pode assinalar "Não Concordo Nem Discordo" quando a afirmação for verdadeira para alguns departamentos, mas não para outros. Se você não tiver informação suficiente para responder à pergunta, por favor, assinale "Não sei".</p>
LIDERANÇA
<p>21. A alta direção demonstra liderança altamente visível na manutenção de ambiente que encoraja a melhoria da qualidade.</p> <p>22. O diretor executivo/administrador é a principal força motriz por detrás dos esforços de melhoria da qualidade.</p> <p>23. A alta direção aloca recursos organizacionais adequados para melhorar a qualidade (ex: financeiros, pessoas, tempo e equipamento).</p> <p>24. A alta direção participa de forma consistente das atividades para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.</p> <p>25. Alta direção articula uma visão clara para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.</p> <p>26. Alta direção demonstra habilidade em gerenciar as mudanças (exemplo: organizacionais, tecnológicas) necessárias para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.</p> <p>27. A alta direção age de acordo com as sugestões feitas para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.</p> <p>28. A liderança médica está pessoalmente envolvida nos esforços de melhoria da qualidade.</p> <p>29. A alta direção tem amplo entendimento sobre como melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.</p> <p>30. A alta direção passa confiança de que os esforços para melhorar a qualidade serão bem sucedidos.</p> <p>31. A alta direção busca informações sobre necessidades e sugestões para a melhoria da qualidade diretamente de clientes externos (exemplo: pacientes, familiares e fontes pagadoras).</p>
INFORMAÇÃO E ANÁLISE
<p>32. O hospital coleta uma grande variedade de dados e informações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços.</p> <p>33. O hospital utiliza uma grande variedade de dados e informações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços para fazer melhorias.</p> <p>34. O hospital tenta melhorar continuamente o modo como utiliza os dados e a informação sobre a qualidade do cuidado e dos serviços.</p> <p>35. O hospital tenta melhorar continuamente a acurácia e a relevância de seus dados sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados.</p>

<p>36. O hospital tenta continuamente melhorar e atualizar seus dados sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados.</p> <p>37. Os funcionários do hospital são envolvidos ativamente na escolha de quais dados serão coletados com o propósito de melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.</p> <p>38. O hospital compara seus dados sobre qualidade do cuidado e dos serviços com os dados de outros hospitais.</p>
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA QUALIDADE
<p>39. Os funcionários do hospital dispõem de tempo suficiente para planejar e testar melhorias.</p> <p>40. Cada departamento e grupo de trabalho dentro deste hospital mantêm metas específicas para melhorar a qualidade.</p> <p>41. As metas de melhoria da qualidade do hospital são conhecidas por toda a organização.</p> <p>42. Os funcionários do hospital são envolvidos no desenvolvimento de planos para melhorar a qualidade.</p> <p>43. A Média Gerência (ex: chefes de departamento, diretores de programas, e os supervisores diretos) têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.</p> <p>44. Os clientes externos têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.</p> <p>45. Funcionários que não participam da gestão têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.</p>
UTILIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
<p>46. Os funcionários do hospital recebem educação e treinamento em como identificar e agir frente a oportunidades de melhoria da qualidade.</p> <p>47. Os funcionários do hospital recebem educação e treinamento em estatística e outros métodos quantitativos que auxiliam a melhoria da qualidade.</p> <p>48. Os funcionários do hospital recebem a educação e o treinamento necessários para melhorar as habilidades e o desempenho no trabalho.</p> <p>49. Os funcionários do hospital são recompensados e reconhecidos (ex: financeiramente e/ou de outra maneira) por melhorar a qualidade.</p> <p>50. A cooperação interdepartamental para melhorar a qualidade dos serviços é apoiada e incentivada.</p> <p>51. Os funcionários do hospital têm a autoridade para corrigir os problemas na sua área quando os padrões de qualidade não estão sendo atingidos.</p> <p>52. Os funcionários do hospital são apoiados quando assumem riscos necessários para melhorar a qualidade.</p> <p>53. O hospital tem um sistema efetivo para que os funcionários façam sugestões à gerência sobre como melhorar a qualidade.</p>
GESTÃO DA QUALIDADE
<p>54. O hospital verifica regularmente os equipamentos e suprimentos para se assegurar de que eles atendam aos requisitos da qualidade.</p> <p>55. A equipe da gestão da qualidade coordena de forma efetiva seus esforços com os demais para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços que o hospital provê.</p> <p>56. Os dados dos fornecedores são usados para o desenvolvimento do plano de melhoria da qualidade do hospital.</p> <p>57. O hospital tem políticas efetivas para apoiar / estimular a melhoria da qualidade do cuidado e dos serviços.</p> <p>58. O hospital trabalha próximo aos fornecedores para melhorar a qualidade dos seus produtos e serviços.</p> <p>59. O hospital tenta planejar a qualidade nos novos serviços à medida que eles estão sendo desenvolvidos.</p> <p>60. Os serviços que o hospital oferece são minuciosamente testados quanto à qualidade antes de serem implementados.</p> <p>61. O hospital vê a gestão da qualidade como uma forma contínua de melhorar.</p> <p>62. O hospital incentiva os funcionários a manter os registros da mensuração da qualidade.</p>
RESULTADOS DA QUALIDADE

- 63.O hospital tem feito um bom trabalho documentando as mudanças feitas na prestação de serviços produziram os resultados desejados.
- 64.O hospital tem feito um bom trabalho ao simplificar como o cuidado e os serviços são prestados.
- 65.Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade do cuidado prestado a pacientes clínicos, cirúrgicos e obstétricos.
- 66.Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade dos serviços prestados pelos departamentos de apoio clínico, tais como o laboratório, a farmácia e a radiologia.
- 67.Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade dos serviços prestados áreas de apoio, tais como contabilidade, faturamento, recursos humanos e marketing.
- 68.Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis nos resultados relacionados à satisfação do paciente.
- 69.Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado redução estável e mensurável dos custos, com manutenção ou melhoria da qualidade.

SATISFAÇÃO DO CLIENTE

70. O hospital faz um bom trabalho de avaliação das necessidades e expectativas atuais dos pacientes.
71. O hospital faz um bom trabalho de avaliação das necessidades e expectativas futuras do paciente.
72. Os funcionários do hospital resolvem prontamente as reclamações dos pacientes.
73. As reclamações dos pacientes são estudadas para identificar padrões e evitar a recorrência dos mesmos problemas.
- 74.O hospital utiliza dados de pacientes para melhorar os serviços.
- 75.Dados sobre a satisfação do paciente são amplamente divulgados ao pessoal do hospital.
76. O hospital faz um bom trabalho de avaliação da satisfação dos médicos em relação aos serviços hospitalares.
- 77.O hospital utiliza os dados sobre as expectativas e/ou satisfação do cliente ao planejar novos serviços.
78. O hospital faz um bom trabalho de avaliação da satisfação dos funcionários com os serviços prestados por outros funcionários e departamentos.

ACREDITAÇÃO

- 79.Durante a preparação para a última visita de acreditação, importantes mudanças foram implementadas no hospital.
- 80.Você participou da implementação dessas mudanças.
- 81.Você tomou conhecimento a respeito das recomendações feitas ao hospital durante a realização da última visita de acreditação.
- 82.Estas recomendações foram importantes para implementar mudanças no hospital.

BENEFÍCIOS DA ACREDITAÇÃO

83. A acreditação possibilita a melhoria da assistência aos pacientes.
84. A acreditação possibilita a motivação do pessoal e incentiva o trabalho em equipe e a colaboração.
85. A acreditação possibilita o desenvolvimento de valores compartilhados por todos os profissionais do hospital.
86. A acreditação permite que o hospital utilize melhor seus recursos internos (ex: finanças, pessoas, tempo e equipamentos).
87. A acreditação possibilita que o hospital responda melhor às necessidades da população.
88. A acreditação possibilita que o hospital responda melhor a seus parceiros (outros serviços de saúde).
89. A acreditação é uma ferramenta valiosa para o hospital implementar mudanças.
90. A participação do hospital na acreditação possibilita que este seja mais ágil quando as mudanças devem ser implementadas .

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

7.5 RESULTADOS DOS TESTES RELACIONADOS ÀS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

7.5.1 Perfil da amostra

A maioria dos respondentes foi do sexo feminino (68,2% - n= 334) com idade média de 35,4 anos ($\pm 9,2$) e trabalham ou prestam serviço no hospital há cerca de 8 anos ($\pm 6,8$). A maior parte dos respondentes é proveniente da área administrativa (25,2% n= 124), seguidos por técnicos em enfermagem (19,1% n= 94) e enfermeiros (17,8% n= 88).

Quanto ao nível de escolaridade e formação profissional, dos 581 respondentes, houve 485 respostas válidas para o primeiro e 493 para o segundo. Desses, 9.5% (n= 55) cursaram ensino médio; Ensino técnico 32,4% (n=157); Graduação 24.6% (n=143); MBA ou Especialização 18.4% (n=107); Mestrado 2,4% (n=14); Doutorado 1.5% (n=9). A maioria dessas respostas vieram de hospitais privados (66,4%) e público (19%). 14,2% das respostas foram provenientes de hospitais filantrópicos. O perfil ocupacional dos respondentes está apresentado na tabela 2. Seguindo a lógica da variável profissão, que indicou que a maioria dos respondentes é da área administrativa. Condizentes com o perfil de profissão e unidade onde trabalham, os indivíduos indicaram, na maioria, que trabalham em período comercial (41,7%).

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais segundo o perfil ocupacional na etapa de validação do QIIS e subescalas do PHSA. Ribeirão Preto-SP, 2017.

Profissão	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Outro (especifique)	66	11.4	13.4	13.4
Médico	30	5.2	6.1	19.5
Enfermeiro	88	15.1	17.8	37.3
Técnico de Enfermagem	94	16.2	19.1	56.4
Auxiliar de Enfermagem	55	9.5	11.2	67.5
Farmacêutico	15	2.6	3.0	70.6
Nutricionista	7	1.2	1.4	72.0
Fisioterapeuta	14	2.4	2.8	74.8
Area Administrativa	124	21.3	25.2	100.0
Total	493	84.9	100.0	

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Em relação às perguntas do instrumento de pesquisa, que visaram identificar a inserção e percepção dos indivíduos com a gestão da qualidade, pode-se indicar que, dos 432 (74,4%) respondentes, 356 (82,4%) não participam de nenhuma comissão de qualidade no hospital; 377 (78,5%) consideram-se satisfeitos com o modelo de gestão atual do hospital e 353 (74%) também estão satisfeitos com o processo de acreditação do hospital.

7.5.2 Análise fatorial exploratória

7.5.2.1 Análise fatorial exploratória da seção A - cultura do hospital

Nesta seção, o maior número de respostas válidas aconteceu na subescala **Ambiente Hospitalar** com $n = 429$ e o menor número de respostas na subescala **Recompensas do Hospital** com $n = 404$.

Para os quatro constructos esperados na presente seção: Cultura de Grupo, de Desenvolvimento, Hierárquica e Racional, realizou-se quatro AFE independentes. Uma vez que não havia a possibilidade de rodar uma única AFE com todos os constructos simultaneamente, a partir das unidades de medidas esperadas: ambiente hospitalar, gerencia hospitalar, coesão da equipe, ênfase do hospital e recompensas do hospital, pois a soma de cada unidade de medida deveria ser igual a 100, ou seja, causaria colinearidade perfeita no modelo (soluções indeterminadas).

Assim como descrito no método do presente estudo, cabe também destacar nos resultados, as medidas de ajustes utilizadas como critério de inclusão e exclusão dos itens das escalas: i) correlações maiores que 0,30 e significativas; ii) teste de esfericidade de Bartlett; iii) medida de KMO superior a 0,70; iv) MSA superior a 0,50; e v) porcentagem da variância explicada pelos fatores superior a 60% (HAIR et al., 2009; MARÔCO, 2010).

Considerando cada uma das unidades de medida para formar as categorias, que se obteve pelo enunciado da sigla do hospital: Cultura de Grupo (Hospital A), Cultura de Desenvolvimento (Hospital B), Cultura Hierárquica (Hospital C) e Cultura Racional (Hospital D); os modelos estimados não foram bons. Com as medidas de adequações, foram realizados ajustes para tornar os modelos melhores, apresentados a seguir:

a) Cultura de Grupo (Hospital A)

Nesse construto, o item 17 da subescala “Recompensas do Hospital” foi excluído. Assim o modelo apresenta KMO= 0, 77. Teste de esfericidade de Barlett altamente significativo ($X^2=407$; p-valor<0,000), MAS's>0,70, porcentagem da variância explicada = 60%, pesos fatoriais >0,70 e Alta de *Cronbach* = 0,76.

Esse modelo, com a exclusão da medida de recompensa do hospital, pode ser considerado aceitável. A tabela 3 destaca as correlações realizadas conforme orientação descrita na escala original. Na tabela 4, são apresentadas as medidas de KMO e teste de esfericidade de Bartlett significativo.

Tabela 3 – Matriz de correlações da categoria “**Cultura de Grupo**” da seção A do QIIS. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

Matriz de correlações

		Ambiente1	Gerência5	Coesão9	Ênfase13
Correlação	Ambiente 1	1.000	.511	.459	.363
	Gerência 5	.511	1.000	.516	.521
	Coesão 9	.459	.516	1.000	.428
	Ênfase13	.363	.521	.428	1.000
Sig. (Unilateral)	Ambiente1		.000	.000	.000
	Gerência5	.000		.000	.000
	Coesão9	.000			.000
	Ênfase13		.000		.000

Tabela 4 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da categoria “**Cultura de Grupo**” Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

KMO e Barlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.772
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui- Quadrado	407.757
	gl.	6
	Sig.	.000

b) Cultura de Desenvolvimento (Hospital B)

Os itens 10 e 18 da subescala “Coesão da Equipe” e “Recompensas do Hospital”, respectivamente, foram excluídos devido apresentarem pesos fatoriais < 0,70 e baixa comunalidade. Ainda assim, o modelo de AFE apresentou medidas de adequação questionáveis: KMO = 0,60, teste de esfericidade de Bartlett altamente

significativo ($X^2=141$; $p\text{-valor}<0,000$), $MSA's > 0,50$, porcentagem da variância explicada = 57%, pesos fatoriais $> 0,70$ e Alpha de *Cronbach* = 0,61.

Esse modelo, com apenas três itens (ambiente hospitalar, gerência hospitalar e ênfase do hospital), pode ser considerado aceitável, caso se cogite que se trata de uma pesquisa exploratória. Nesse caso, seriam excluídas as subescalas denominadas “Recompensas do Hospital” e “Coesão da Equipe”.

Tabela 5 – Matriz de correlações da categoria “**Cultura de Desenvolvimento**” da seção A do QIIS. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

Matriz de correlações

		Ambiente1	Gerência5	Ênfase14
Correlação	Ambiente 2	1.000	.396	.234
	Gerência 6	.396	1.000	.415
	Ênfase14	.234	.415	1.000
Sig. (Unilateral)	Ambiente2		.000	.000
	Gerência6	.000		.000
	Ênfase14	.000	.000	

Tabela 6 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da categoria “**Cultura de Desenvolvimento**”. Ribeirão Preto- SP, Brasil, 2017.

KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.604
teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	141.523
	gl.	3
	Sig.	.000

c) Cultura Hierárquica (Hospital C)

Foram necessárias as exclusões do item 15 da subescala “Ênfase do Hospital” e do item 19 da subescala “Recompensas do Hospital”, para um melhor ajuste do modelo: $KMO = 0,63$, teste de esfericidade de Bartlett altamente significativo ($X^2 = 157$; $p\text{-valor}<0,000$), $MSA's > 0,60$, porcentagem da variância explicada = 58%, pesos fatoriais $> 0,70$ e Alpha de *Cronbach* = 0,63.

Da mesma forma que o constructo anterior, esse modelo, com apenas três itens (ambiente hospitalar, gerência hospitalar e coesão da equipe), pode ser considerado aceitável, caso se cogite que se trata de uma pesquisa exploratória.

Tabela 7 – Matriz de correlações da categoria “**Cultura Hierárquica**” da seção A do QIIS. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

Matriz de correlações

		Ambiente1	Gerência5	Coesão11
Correlação	Ambiente 3	1.000	.379	.454
	Gerência 7	.379	1.000	.294
	Coesão11	.454	.294	1.000
Sig. (Unilateral)	Ambiente3		.000	.000
	Gerência7	.000		.000
	Coesão11	.000	.000	

Tabela 8 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da categoria “**Cultura Hierárquica**”. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.631
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	157.385
	gl.	3
	Sig.	.000

d) Cultura Racional (Hospital D)

Os itens 8 e 20 foram excluídos, respectivamente, das subescalas “Gerência Hospitalar” e “Recompensas do Hospital”. Porém, mesmo com a exclusão desses, o modelo não apresentou medidas de ajustes adequadas: KMO = 0,61, teste de esfericidade de Bartlett altamente significativo ($\chi^2 = 80$; p- valor<0,000), MSA's > 0,50, porcentagem da variância explicada = 51%, pesos fatoriais > 0,60 e Alpha de Cronbach = 0,53. Porém, mesmo em se tratando de uma pesquisa exploratória, esse modelo seria muito questionável.

Tabela 9 – Matriz de correlações da categoria “**Cultura Racional**” da seção A do QIIS. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

Matriz de correlações

		Ambiente1	Gerência5	Coesão11
Correlação	Ambiente 4	1.000	.323	.262
	Gerência 12	.323	1.000	.231
	Coesão16	.262	.231	1.000

Sig. (Unilateral)	Ambiente 4		.000	.000
	Gerência 12	.000		.000
	Coesão 16	.000	.000	

Tabela 10 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da categoria “**Cultura Racional**”. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.609
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	80.111
	gl.	3
	Sig.	.000

7.5.2.2 Análise fatorial exploratória da seção B do QIIS

Os modelos AFE estimados para os sete constructos do QIIS apresentaram medidas de ajustes excelentes, com o critério do autovalor > 1 selecionando uma estrutura unifatorial para cada modelo, como inicialmente esperado. As correlações entre os itens foram muito altas, as MSA's na sua maioria superaram 0,80, os valores do KMO no geral foram maiores que 0,80, a porcentagem da variância explicada superou 60% em todos os modelos e o Alpha de *Cronbach* $> 0,80$. Apenas alguns ajustes, descritos a seguir, foram necessários devido a poucos itens apresentarem pesos fatoriais menores que 0,70:

a) Liderança

Nessa subescala, os itens 22 e 28 foram excluídos a fim de alcançar uma carga fatorial dentro dos valores recomendados pela literatura. A tabela 11 destaca os valores da medida de KMO e o teste de esfericidade de Bartlett.

Tabela 11 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “**Liderança**”. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.938
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	3552.739
	gl.	36
	Sig.	.000

Após os ajustes, a subescala apresentou uma porcentagem de variância explicada de 68%, MSA's >0.90 e Alpha de *Cronbach* de 0.94 com 9 itens.

As medidas ajustadas após a exclusão dos itens estão apresentadas na tabela 12.

Tabela 12 - Estatísticas de item-total para as medidas da subescala “**Liderança**” com os itens excluídos. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

	Média de escala	Variância de escala	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach
Liderança21	30.6589	19.956	.731	.935
Liderança23	30.8187	18.848	.763	.934
Liderança24	30.7154	19.192	.802	.931
Liderança25	30.6940	19.299	.840	.929
Liderança26	30.7173	18.973	.830	.930
Liderança27	30.7914	19.212	.732	.936
Liderança29	30.7135	19.599	.780	.933
Liderança30	30.7212	19.295	.799	.931
Liderança31	30.7544	19.775	.678	.938

b) Informação e Análise

Houve a exclusão do item 37. O item 38 não foi avaliado devido a quantidade de respostas “não sei”. Após os ajustes, a subescala apresentou uma porcentagem de variância explicada de 72%, MSA's > 0.80 e Alpha de *Cronbach* de 0.90 com 5 itens. As medidas ajustadas após a exclusão dos itens estão apresentadas nas tabelas 13 e 14.

Tabela 13 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “**Informação e Análise**”. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.823
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	1794.620
	gl.	10
	Sig.	.000

Tabela 14 - Estatísticas de item-total para as medidas da subescala “**Informação e Análise**” com os itens excluídos. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

	Média de escala	Variância de escala	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach
Informação32	15.7820	3.267	.704	.895
Informação33	15.7878	3.156	.796	.875
Informação34	15.7782	3.112	.775	.880
Informação35	15.7667	3.248	.764	.882
Informação36	15.7304	3.259	.763	.882

c) Planejamento Estratégico da Qualidade

Nessa subescala, houve exclusão dos itens 43, 44 e 45. Após os ajustes, a subescala apresentou uma porcentagem de variância explicada de 69%, MSA's > 0.80 e Alpha de Cronbach de 0.84 com 4 itens. As medidas ajustadas após a exclusão dos itens estão apresentadas nas tabelas 15 e 16.

Tabela 15 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “**Planejamento Estratégico da Qualidade**”. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.806
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado gl.	888.869 6
	Sig.	.000

Tabela 16 - Estatísticas de item-total para as medidas da subescala “**Planejamento Estratégico da Qualidade**” com os itens excluídos. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

	Média de escala	Variância de escala	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach
planejamento39	11.1541	3.478	.633	.827
planejamento40	10.6416	4.775	.617	.822
planejamento41	10.8247	3.751	.751	.754
planejamento42	10.7611	3.970	.736	.764

d) Utilização de Recursos Humanos

Não houve exclusão de itens para essa subescala. As medidas destacam uma porcentagem de variância explicada de 63%, MSA's > 0.84 e Alpha de Cronbach de 0.91 com 8 itens.

Tabela 17 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “**Utilização de Recursos Humanos**”. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.877
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	2707.991
	gl.	28
	Sig.	.000

e) Gestão da Qualidade

Para essa subescala, não houve exclusão de itens. As medidas destacam uma porcentagem de variância explicada de 65%, MSA's > 0.90 e Alpha de *Cronbach* de 0.93 com 9 itens. A tabela 18 destaca os valores da medida de KMO e o teste de esfericidade de Bartlett.

Tabela 18 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da dimensão “**Gestão da Qualidade**”. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.931
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	3016.649
	gl.	36
	Sig.	.000

f) Resultados da Qualidade

Nesta subescala, também não houve exclusão de itens. As medidas destacam uma porcentagem de variância explicada de 65%, MSA's > 0.84 e Alpha de *Cronbach* de 0.91 com 7 itens. A tabela 19 destaca os valores da medida de KMO e o teste de esfericidade de Bartlett.

Tabela 19 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “**Resultados da Qualidade**”. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.871
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	2245.968
	gl.	21
	Sig.	.000

g) Satisfação do Cliente

Não foi necessária exclusão de itens. As medidas destacam uma porcentagem de variância explicada de 66%, MSA's > 0.80 e Alpha de *Cronbach* de 0.93 com 9 itens. A tabela 20 destaca os valores da medida de KMO e o teste de esfericidade de Bartlett.

Tabela 20 - Medida KMO e teste de esfericidade de Bartlett da subescala “Satisfação do Cliente”. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2017.

KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.891
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui- Quadrado	3563.371
	gl.	36
	Sig.	.000

Para as subescalas da seção A do QIIS, a AFC não foi realizada pelo fato de que estas não seriam confirmadas devido aos pesos fatoriais apresentados na AFE.

7.5.3.3 Análise fatorial exploratória das subescalas do PHSA

No caso da escala PHSA os dois fatores foram estimados simultaneamente. Pelo critério do autovalor > 1 a técnica retornou que uma estrutura bifatorial seria suficiente para explicar a variabilidade dos dados. Os dois fatores, depois da exclusão dos itens 89 e 90, explicaram 75% da variância dos dados. Os itens se aglutinaram nos dois fatores conforme o esperado: Acreditação (itens 79-82) e Benefícios da Acreditação (itens 83- 88). O KMO do modelo foi de aproximadamente 0,90, todas MSA superaram 0,80, nenhum peso fatorial foi abaixo de 0,70 e o Alpha de *Cronbach* foi de .856 para a subescala “Acreditação” e .935 para “Benefícios da Acreditação”.

7.5.3 Análise fatorial confirmatória da seção B do QIIS

Em todas as subescalas da seção B e PHSA foram necessários ajustes nos modelos originados pela AFE, seja pela existência de alta correlação ou exclusão

entre os itens que não se adequaram aos valores de ajustamento global do modelo fatorial de acordo com os índices e respectivos valores de referência descritos em Marôco (2014), a saber: $P[\chi^2 > 0.05]$, χ^2/df ([2;5]), CFI (> 0.90), GFI (> 0.90), RMSEA (< 0.10) e $P[rmsea \leq 0.05] \geq 0.05$.

Num segundo momento, no caso de ajuste não aceitável, examinaram-se: i) os pesos fatoriais de cada um dos itens, pela possibilidade de exclusão de itens com peso fatorial < 0.70 ; ii) os índices de modificação (superiores a 4) entre as correlações dos itens pela possibilidade de contemplar essas correlações no modelo; e iii) os resíduos padronizados (> 2.0) para verificação de itens que poderiam estar causando problemas de uma forma geral. Nesse sentido, após ter sido feito os ajustes que serão discutidos adiante, os modelos se encaixaram nos valores de referência segundo o *Cutoff Criteria* de Hu e Bentler (1999) (ANEXO O).

Como já apresentado na seção 6.5.2 do presente estudo, utilizou-se o método MV para ajuste dos modelos, no entanto, mesmo com a exclusão de cerca de 12% da amostra devido os *outliers*, não se tonou possível aceitar a hipótese de normalidade multivariada. Como o exame de excesso de curtose apontou valores muito grandes (> 100) optou-se por confirmar a significância dos parâmetros e estimativa de seus vieses por *bootstrap* ($n = 2.000$, corrigido para viés).

Como os pesos fatoriais apresentaram valores consistentemente altos, o método *bootstrap* confirmou a significância desses mesmos pesos fatoriais e estimou valores baixos de vieses, optou-se por apresentar os valores encontrados por MV, sem perda de generalidades.

Para finalizar o ajuste do modelo AFC avaliaram-se a qualidade do ajustamento local pelos pesos fatoriais (> 0.70) e pela fiabilidade individual dos itens através da fiabilidade compósita ($FC > 0.70$) e a variância média extraída ($VME > 0.50$) para cada fator.

Ao final esperam-se índices menores para os modelos ajustados do que para os modelos originais baseados na AFE. No caso da PHSA, a validade discriminante pôde ser avaliada, comparando as VME de cada fator com o quadrado da correlação entre as subescalas “Acreditação” e “Benefícios da Acreditação”.

a) Liderança

Tornou-se necessária a exclusão do item 23 e contemplação de diversas

correlações entre os itens. Após esses ajustes, as medidas de adequação foram excelentes, todos os pesos fatoriais foram superiores a 0,80 com FC = 0,962 e VME = 0,76.

Figura 3 – AFC da subescala “Liderança”.

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

b) Informação e Análise

O item 32 foi excluído. Após esses ajustes as medidas de adequação foram aceitáveis e excelentes, todos os pesos fatoriais foram superiores a 0,70 com FC = 0,91 e VME = 0,717.

Figura 4 – AFC da subescala “Informação e Análise”.

AFC QII (Informação e Análise)
 $\chi^2(1)=3,130$; $p=,077$; $\chi^2 df=3,130$
 CFI=,998; GFI=,997; RMSEA=,066; $P(rmsea \leq 0.05)=,255$

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

c) Planejamento Estratégico da Qualidade

Nenhum item foi excluído, apesar do fato de que pelo critério de peso fatorial $< 0,70$ deveriam ter sido excluídos dois itens e a escala ficaria apenas com dois itens, um número menor de itens do que o recomendado: 3 itens por subescala (MARÔCO, 2014). Entendeu-se ser importante ajustar um modelo com todos esses itens, já que os pesos fatoriais desses dois itens, potencialmente a serem excluídos, foram de 0,66 e 0,69, ou seja, muito próximo de 0,70. Também não foi necessária a contemplação de nenhuma correlação entre os itens. Por isso, as medidas de adequação foram aceitáveis e excelentes com $FC = 0,87$ e $VME = 0,627$.

Figura 5 – AFC da subescala “Planejamento Estratégico da Qualidade”.

AFC QII (Planejamento Estratégico)
 $\chi^2(2)=6,057$; $p=,048$; $\chi^2 df=3,029$
 $CFI=,996$; $GFI=,994$; $RMSEA=,065$; $P(rmsea \leq 0.05)=,261$

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

d) Utilização de Recursos Humanos

Tornou-se necessária a exclusão de três itens: 46, 47 e 48; e a contemplação da correlação entre os itens 50-51 e 50-53. Após esses ajustes, as medidas de adequação foram excelentes, todos os pesos fatoriais foram superiores a 0,70 com $FC = 0,91$ e $VME = 0,678$.

Figura 6 – AFC da subescala “Utilização de Recursos Humanos

AFC QII (Utilização de RH)
 $\chi^2(3)=4,205$; $p=,240$; $\chi^2_{df}=1,402$
 CFI=,999; GFI=,996; RMSEA=,030; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,621$

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

e) Gestão da Qualidade

Foram necessárias as exclusões dos itens 54 e 56 e contemplação de diversas correlações. Após esses ajustes, as medidas de adequação foram aceitáveis ou excelentes, todos os pesos fatoriais foram superiores a 0,80 com FC = 0,96 e VME = 0,763.

Figura 7 – AFC da subescala “Gestão da Qualidade”.

AFC QII (Gestão da Qualidade)
 $\chi^2(8)=26,808$; $p=,001$; $\chi^2_{df}=3,351$
 CFI=,994; GFI=,982; RMSEA=,076; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,076$

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

f) Resultados da Qualidade

Tornou-se necessário a exclusão do item 63 e contemplação de algumas correlações. Após esses ajustes, as medidas de adequação foram aceitáveis ou excelentes, todos os pesos fatoriais foram superiores a 0,70 com FC = 0,95 e VME = 0,77.

Figura 8 – AFC da subescala “Resultados da Qualidade”.

AFC QII (Resultado da Qualidade)
 $\chi^2(6)=23,155$; $p=,001$; $\chi^2_{df}=3,859$
 CFI=,994; GFI=,984; RMSEA=,079; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,067$

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

g) Satisfação do Cliente

Foram necessárias as exclusões dos itens 74 e 76 e contemplação de diversas correlações. Após esses ajustes, as medidas de adequação foram aceitáveis ou excelentes, todos os pesos fatoriais foram superiores a 0,80 com FC = 0,95 e VME = 0,77.

Figura 9 – AFC Satisfação do Cliente

AFC QII (Satisfação do Cliente)
 $\chi^2(8)=25,485$; $p=,001$; $\chi^2_{df}=3,186$
 CFI=,995; GFI=,983; RMSEA=,073; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,099$

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

7.5.4 Análise fatorial confirmatória das subescalas do PHSA

Foram necessárias as exclusões dos itens 83 e 88 e a contemplação de duas correlações: $80 \leftrightarrow 81$ e $84 \leftrightarrow 85$. Após esses ajustes, as medidas de adequação foram excelentes, todos os pesos fatoriais foram superiores a 0,70 com FC Acreditação = 0,92 e FC Benefícios da Acreditação = 0,96; e VME Acreditação = 0,74 e VME Benefícios da Acreditação = 0,87. Como a correlação entre Acreditação e Benefícios da Acreditação é igual a 0,67 ($0,67^2 = 0,45$) e as VME's superaram seu valor ao quadrado pode-se aceitar a validade discriminante no presente modelo.

Figura 10 – AFC das subescalas “Acreditação e Benefícios da Acreditação do PHSA”

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

A versão final do instrumento adaptado e validado para hospitais brasileiros é formada por 13 subescalas com 64 itens. Diante da realização da análise da confiabilidade da versão adaptada, foi possível comparar os valores do alpha de *Cronbach* das versões originais, destacados no quadro 12:

Quadro 12 – Alpha de *Cronbach* das subescalas do QIIS e PHSA original e da versão adaptada para o Brasil.

ORIGINAIS	ADAPTADOS PARA O BRASIL
QIIS	QIIS
<i>Leadership</i> 0.93	Liderança 0.94
<i>Customer Satisfaction</i> 0.87	Satisfação do Cliente 0.93
<i>Quality Management</i> 0.85	Gestão da Qualidade 0.93
<i>Information and Analysis</i> 0.90	Informação e Análise 0.90
<i>Quality Results</i> 0.88	Resultados da Qualidade 0.90
<i>Strategic Quality Planning</i> 0.88	Planejamento Estratégico da Qualidade 0.83
<i>Human Resource Utilization</i> 0.79	Utilização de Recursos Humanos 0.91
PHSA	PHSA
<i>Accreditation</i> 0.87	Acreditação 0.85
<i>Benefits of Accreditation</i> 0.93	Benefícios da Acreditação 0.93

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Como demonstra o Quadro 12, os valores do alfa para as subescalas sofreram poucas alterações significativas, quando os itens foram excluídos na AFE e AFC.

Ao analisar a confiabilidade da subescala adaptada “**utilização de recursos humanos**”, foi observada uma consistência interna mais satisfatória do que a versão original. Esse último dado sugeriu que a maior ou a menor fidedignidade das dimensões da escala não depende de itens isolados, mas do conjunto dos itens.

DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

Aplicar a “Pesquisa de Implementação para a Melhoria da Qualidade” - o primeiro questionário em português do Brasil que avalia especificamente os resultados da implementação do programa de acreditação hospitalar – traduziu-se em um desafio por conta das pesquisas ainda incipientes sobre essa temática no Brasil.

Apesar disso, já se verifica que alguns estudiosos dedicam-se à temática da acreditação no país e contribuem para a compreensão da importância da adoção desse método de avaliação externa e a disseminação do conhecimento (MALIK; SCHIESARI, 2016; BRUBAKK et al., 2015; SCHIESARI, 2014; FELDMAN; CUNHA, 2006).

Nessa perspectiva, destaca-se que a acreditação no Brasil teve início quase 30 anos mais tarde que na América do Norte e Europa. Segundo Novaes (2015), a grande diferença entre a acreditação americana e a brasileira, é que os hospitais americanos recebem recursos do governo desde que sejam acreditados; o que não ocorre no Brasil. Esta pode ser uma justificativa para o baixo percentual de hospitais acreditados no país.

No presente estudo, a coleta de dados ocorreu em sete hospitais acreditados, desses, quatro eram privados, um público – mantido com recursos do SUS - e dois eram filantrópicos. Cabe destacar que, dos 301 hospitais acreditados no Brasil, 76% (n= 228) são instituições privadas e 14% (n=42) públicas.

De maneira independente ao tipo de certificação, a acreditação hospitalar existente no Brasil ainda é uma ação em que as instituições privadas sobressaem-se, contrastando com a conduta exibida nos países socioeconomicamente desenvolvidos, nos quais a acreditação integra, gradativamente, as ações governamentais. Em adição a quantidade diminuta de hospitais públicos acreditados, o número de pesquisas abrangendo esse tema no Brasil é insuficiente, levando em consideração que a acreditação nos serviços públicos favorece a instauração de uma liderança participativa e condizente com os princípios do SUS, uma vez que valoriza a cooperação entre gestores, profissionais e usuários no delineamento de táticas para viabilizar modelos de assistência efetivos (CAMILLO et al., 2016).

A pesquisa de 2009 das organizações europeias de acreditação apontou que

"a aceitação e a estabilidade da acreditação voluntária dependem em grande parte de vantagem comercial tangível para as instituições credenciadas, seja aumentando a participação de mercado ou por meio de financiamento direto" (SHAW et al., 2010). Na Índia, o Sistema de Saúde do Governo Central (CGHS) providenciou uma remuneração de mais 15% para os hospitais credenciados pelo Conselho Nacional de Acreditação de Hospitais e Provedores de Saúde (NABH) (PERSONAL COMMUNICATION, 2013).

No contexto da gestão pela qualidade em saúde, os resultados do presente estudo mostrou que 356 (82,4%) respondentes não participam de nenhuma comissão de qualidade no hospital; porém há uma grande porcentagem de satisfação com o modelo gerencial (78%5) e com o processo de acreditação do hospital (74%).

A integração multiprofissional no processo de gestão da qualidade é imprescindível considerando que os profissionais precisam reconhecer a complementaridade e proceder ativamente à articulação das ações para a prestação da assistência (SCHRAIBER et al., 1999).

Nesse sentido, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), apresenta iniciativas que contribuem para a qualificação dos processos de cuidado e da prestação de serviços para a segurança do paciente destacando que o envolvimento dos profissionais faz-se necessário para uma boa governança dos serviços de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

Diante da porcentagem de respondentes encontrada neste estudo que não participam de comissões de qualidade do hospital, pode-se apresentar como uma limitação a ausência de dados que justifiquem tal informação. Nesse contexto, para novas pesquisas, sugere-se maior investigação a fim de analisar e compreender a percepção dos profissionais.

Estudo qualitativo realizado com enfermeiros e técnicos de enfermagem, que objetivou conhecer a atuação e as influências da enfermagem no processo de acreditação hospitalar, destacou relatos sobre a falta de integração da equipe multiprofissional e o desinteresse no envolvimento das atividades gerenciais do hospital, ainda que devessem estar unidos em busca da excelência dos serviços. No entanto, a satisfação com o processo de acreditação foi bem avaliada pelos respondentes, que destacaram aspectos positivos sobre o processo de avaliação externa da qualidade: sentimento de satisfação por saber que contribuem pela

conquista e valorização do hospital; a qualidade medida por meio dos indicadores e a segurança do profissional ao prestar à assistência diante da disponibilidade de recursos materiais, técnicos e humanos mais qualificados (MANZO et al., 2012).

No estudo de Ghareeb (2015 p. 126), os funcionários envolvidos no processo de acreditação tiveram uma percepção positiva em relação aos que não estavam diretamente envolvidos; mostrando mais confiança sobre as mudanças trazidas nas fases de preparação, implementação e recomendação.

Sob essa lógica, o desinteresse da equipe fragiliza todo o processo de acreditação, tendo em vista que o apoio desses profissionais é de grande valia (QUINTO; BITTAR, 2004).

Revisão sistemática afirma que, embora a quantidade de estudos relacionados à acreditação pareça aumentar no universo das publicações científicas, nas principais bases de dados *online*, nos idiomas português, inglês e espanhol, não se encontram estudos que tenham como foco específico as mudanças gerenciais advindas do processo de avaliação externa da qualidade (OLIVEIRA et al., 2017).

A disponibilidade de um questionário válido para medir os resultados da implementação de programa de melhoria da qualidade, contribui para o desenvolvimento de novas investigações a fim de colaborar e ampliar pesquisas nessa temática em detrimento de uma melhor estrutura dos serviços e assistência prestada.

Ressalta-se que os instrumentos adotados no presente estudo para ATC e validação possuem itens que avaliam aspectos importantes para a identificação de resultados sobre a melhoria da qualidade, porém não passaram por análise de propriedades psicométricas, sendo possível apenas a comparação do Alpha de *Cronbach*. A ausência dos dados psicométricos pode ser explicada pelo fato do objetivo da pesquisa dos autores das versões originais, os quais não buscavam o construto da escala para a validação, e sim, usá-las em pesquisa exploratória, como meio para alcançar o objetivo da pesquisa.

8.1 VALIDADE DE FACE E CONTEÚDO

Com base no que foi apontado na revisão da literatura e discussões técnicas, esse estudo cumpriu satisfatoriamente as etapas essenciais da ATC do QIIS e subescalas do PHSA para a língua portuguesa e contexto brasileiro.

A validade de face e de conteúdo conferiu ao instrumento sua equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual por meio do comitê de especialistas e da participação dos sujeitos de pesquisa.

Com relação ao referencial metodológico adotado para a ATC de instrumentos de avaliação, seguiu-se as recomendações preconizadas pela literatura internacional (BEATON et al., 2007; FERRER, 1996). Em complemento ao procedimento adotado, para esse estudo, optou-se por realizar a síntese das traduções por um primeiro comitê de especialistas, diante da complexidade e extensão do questionário; formado por pessoas com comprovado conhecimento na temática e prática assistencial e gerencial bem como na adaptação de instrumentos de avaliação. Além da complexidade e extensão do questionário, tal escolha justifica-se pela população alvo do estudo que é composta por colaboradores de diferentes áreas do hospital. Importante saber qual o entendimento sobre as traduções também.

Cabe destacar que, no processo de ATC, a literatura nacional também contribui para fundamentar algumas modificações na ordem dos passos propostos em estudos internacionais, como destacados nos estudos de Echevarria-Guanilo (2006); Dantas (2007) e Ferreira (2006): i) retro-tradução realizada após a avaliação pelo comitê de especialistas; ii) tradução da versão em português consenso 2 (ou T12 na literatura internacional) para o inglês, comparação com a versão original e avaliação da versão final em inglês pelo autor principal; iii) análise semântica realizada com a versão em português consenso 3 (ou versão português final) antes do pré-teste.

No pré-teste, também foi possível coletar as informações de profissionais de diferentes categorias, o que pode ser considerado um ganho tendo em vista que o instrumento será disponibilizado à todos os colaboradores.

Quanto às colocações dos sujeitos sobre a distribuição de pontos e forma de apresentação da seção A do QIIS - cujo o intuito é classificar os hospitais quanto à sua cultura organizacional – apresentam-se algumas sugestões para pesquisas futuras: i) utilizar apenas as perguntas relacionadas com a categoria “Cultura de Grupo” e elaborar o enunciado dos itens em termos de afirmação “5 = concordo totalmente” até “1 = discordo totalmente” (escala tipo *Likert*); ii) a exclusão da subescala “Recompensas do Hospital”, que em todos os constructos, foram retiradas da análise devido o baixo peso fatorial; iii) excluir os itens da categoria “Cultura

Racional”, que mostrou ajuste sofrível. No entanto, adotar essas sugestões seriam ajustes radicais, tendo em vista que todas as categorias entram na classificação proposta no referencial teórico no qual o QIIS se baseia.

Sabendo-se que, o QIIS é dividido em duas seções que medem resultados diferentes – o primeiro classifica o hospital quanto à sua cultura e a segunda, os resultados da implementação de programa de melhoria da qualidade - entende-se que há também a possibilidade do hospital adotar apenas uma das seções e medir o que se propõe.

Shortell et al. (1995) afirma que, o fator crucial para implementação da Melhoria da Qualidade nos hospitais é o reconhecimento da importância de cada um dos tipos de cultura e destacar a predominante, enfatizando o empoderamento, autonomia e aceite de riscos.

Estudo que objetivou avaliar a relação entre a cultura do hospital e à satisfação de médicos com as suas capacidades gerenciais e organizacionais em 12 hospitais dos EUA, adotou o conceito de cultura de Quinn e Kimberly (1984) - o *Competing Values framework* - bem como adotado por Shortell no QIIS. No referido estudo, a “**cultura de grupo**”, destacada como participativa, foi positivamente associada à satisfação pessoal, com os recursos humanos e sofisticação tecnológica. Já a “**cultura hierárquica**”, classificada como burocrática pelos respondentes, foi negativamente associada à satisfação com a tomada de decisão gerencial e a competitividade do nível de prática. A “**cultura racional**”, orientada para as tarefas, foi negativamente associada à satisfação com os recursos humanos. Os resultados sugerem que o contexto cultural do grupo pode ser um contribuinte importante para a satisfação, permanência do médico na equipe e na participação das atividades gerenciais (ZAZZALI et al., 2007).

É pouco provável que um hospital seja totalmente caracterizado com apenas um dos tipos de cultura, embora no nível individual alguns respondentes possam caracterizar os hospitais como sendo do mesmo tipo. A maior probabilidade é que se observe uma combinação de tipos de cultura. De fato, esta pode ser uma necessidade desde que hospitais, como a maioria das organizações, precisam ter pelo menos alguns aspectos da cultura hierárquica (ex. regras, estabilidade), racional (ex. planejamento, eficiência), desenvolvimento (ex. crescimento) e de grupo (ex. participação) (SHORTELL et al., 1995).

O equilíbrio entre os as dimensões dos tipos de cultura do *Competing Values framework* é apontado no *National Evaluation of the Improving Chronic Illness Care*. Avaliação que objetivou medir a cultura organizacional com foco nos resultados sobre a satisfação dos pacientes e a eficácia da equipe em busca da melhoria no atendimento à pacientes com doenças crônicas. Sobre as categorias adotadas (de grupo, de desenvolvimento, hierárquica e racional), houve uma associação significativa entre ter um equilíbrio entre essas dimensões e a eficácia percebida das equipes para a melhoria da qualidade (SHORTELL et al., 2004).

O “*Western Network Quality Improvement Study*”, discutido em Shortell et al. (1995), apoia a afirmação de que há mais de um tipo de cultura em uma mesma instituição. Adicionalmente, o “*Health Systems Integration Study*”, investigou a integração funcional, a integração do médico com o sistema, a integração clínica e a performance de 11 sistemas de assistência em saúde pelos EUA, indicando que a cultura de grupo e de desenvolvimento são importantes para o sucesso da integração resultando em ações para a melhoria contínua da qualidade (SHORTELL et al., 1996). Entretanto, um estudo em pacientes submetidos a colocação de ponte de safena em 16 hospitais considerou a cultura organizacional ter pouco efeito nos resultados de cuidados para estes pacientes (SHORTELL et al., 2000).

Mate et al. (2014) afirma que, para que os líderes e profissionais de saúde adotem a filosofia de acreditação, eles devem vê-lo como uma diferença discernível de qualidade e segurança, bem como uma decisão comercial sólida. Uma pesquisa internacional de 44 organizações globais de acreditação apontou que mais de 80% indicaram “melhoria da qualidade” como principal motivador para a acreditação, embora incentivos e benefícios comerciais também tenham desempenhado um importante papel motivador (SHAW et al., 2013).

Durante a validação semântica dos questionários, neste estudo, verificou-se se como limitação, a quantidade de itens do instrumento, o tempo dispendido para respondê-lo e a maneira como se deu a distribuição de pontos nas respostas da seção A do QIIS pois não é simples e nem rápido avaliar e responder ao QIIS e subescalas do PHSA, já que demanda reflexão e tempo. Cabe destacar que, apesar das possibilidades apresentadas para a aplicação em separado da seção A do QIIS, sugere-se o uso deste por completo, considerando a importância de classificar o hospital pesquisado e fazer correlações entre a cultura e as dimensões de melhoria da qualidade apresentadas na seção B do mesmo instrumento.

Verifica-se ainda outra limitação, pautada na categorização da cultura dos hospitais, já que é possível classifica-los em uma das quatro categorias apresentadas por Kim e Kimberly (1984). É importante destacar que, a cultura de uma organização é criada pelos seus líderes, políticas e recursos humanos de uma instituição e que, esses valores se aperfeiçoam com o tempo, com a necessidade local e atual (SANTOS, 2007). O termo cultura de segurança, por exemplo, surgiu na década de 1980 no relatório do acidente nuclear de Chernobyl da *International Atomic Energy Agency* (IAEA) (FLIN et al., 2000; INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY, 1986).

Nos serviços de saúde, a cultura de segurança pode ser definida como a cooperação de ações individuais e grupais que buscam minimizar a ocorrência de danos ao paciente (COOPER, 2000; ZOHAR et al., 2007).

Para mensurar a cultura de segurança do paciente, existem outros instrumentos disponíveis e validados no Brasil, como o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPS) (ROBB; SEDDON, 2010). Os dois instrumentos foram traduzidos e validados culturalmente para a realidade brasileira em 2011 e 2013 respectivamente (CARVALHO, 2011; CARVALHO; CASSIANI, 2012; REIS, 2013).

No relatório que discute a melhoria da segurança do paciente 15 anos após a publicação do “*To Err is Human*”, os especialistas destacam a mudança cultural vista como primeiro plano, em vez de ser tratada como uma entre várias atividades de segurança. A recomendação principal desse relatório é de que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança. Também destacam a necessidade da realização de pesquisas para medir cultura, mas com o fim de elaborar um plano para melhores práticas gerenciais (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015, p. 11-12).

Preparar-se para a visita de acreditação é um exemplo da aplicação da técnica de TQM para criar uma cultura organizacional comprometida com a melhoria contínua no processo de trabalho pela equipe de saúde, qualidade do serviço e satisfação dos clientes (GHAREEB, 2015).

8.2 ANÁLISE PSICOMÉTRICA

Obtida a versão português final do instrumento, ela foi aplicada a 581

profissionais das áreas assistenciais, administrativas e de apoio a fim de disponibilizar a versão adaptada do QIIS e subescalas do PHSA, na língua portuguesa para ser usada em nosso país. Tendo em vista a grande quantidade de itens de resposta do questionário, o tamanho da amostra para a quantidade de itens e a quantidade de *missing values* apresentados; as análises foram feitas de forma independente. Dessa forma foi possível alcançar uma proporção mínima aceitável de observações por item (10:1). A literatura recomenda uma proporção mínima de observações por item de 5:1, mas a proporção preferida é de 15:1 ou 20:1 (HAIR et al., 2009, p. 169).

Na pesquisa realizada por Shortell et al. (1995), apesar de desenvolver o questionário, o seu objetivo não era a validação. Outro fator que justifica a ausência de dados psicométricos está relacionado ao período no qual os instrumentos foram elaborados.

Às exigências científicas, profissionais e éticas no campo de testes e na prática de psicologia evoluíram. Os avanços no campo da pesquisa psicométrica e psicológica descrevem uma área caracterizada pela disponibilidade de modelos psicométricos complexos, pelo impacto da tecnologia na construção / administração de testes e pela crescente conscientização internacional da importância do uso correto dos testes e destacam as consequências de uso incorreto. Isto delimita de alguma forma, a situação atual do uso de testes em psicologia (RAO; SINHARAY, 2007).

Os textos originais em inglês adotados nesta pesquisa para validação não dispunham de informações sobre psicometria, restringindo-se a descrição do valor dos Alphas de *Cronbach* das subescalas.

No processo de validação de um instrumento, é muito importante a análise da confiabilidade. Na versão adaptada do QIIS e escalas do PHSA, foram calculados os Alphas de *Cronbach* do escore total e seus domínios, obtendo-se valores considerados adequados conforme classificação proposta pela literatura adotada (HAIR et al., 2009, p.100). Comparando os valores do Alpha de *Cronbach* da versão brasileira do QIIS e as duas escalas do PHSA total com os resultados alcançados pelos autores na sua construção, no caso do QIIS e adaptação para o PHSA constatamos valores semelhantes.

Quanto aos resultados relacionados à análise da validade de constructo da versão adaptada do QIIS e subescalas do PHSA, optou-se pela análise fatorial para

verificar a dimensionalidade.

Na AFC, utilizou-se o método MV para ajustes dos modelos, no entanto, mesmo com a exclusão de 12% amostra devido os *outliers*, não se tornou possível aceitar a hipótese de normalidade multivariada, ou seja, constatou-se que o que possivelmente estava causando o excesso de curtose foi a baixa variabilidade de respostas. Em muitos itens os respondentes indicaram somente 2 (discordo), gerando range entre 2 e 4 (concordo), por exemplo. A pequena faixa de valores amostrados potencializa a faixa de normalidade e aumenta o nível de multicolinearidade, que foi outro problema encontrado nas análises.

Concorda-se, portanto, com afirmação de Keszei, Novak e Streiner (2010), que a validade e a confiabilidade não são propriedades fixas de um instrumento e sim o resultado da interação entre o instrumento, a população avaliada e as suas circunstâncias. Deste modo, a validade e a confiabilidade das versões QIIS e subescalas do PHSA no contexto brasileiro, devem ser consideradas dentro da realidade do presente estudo.

Curado, Teles e Marôco (2013) destacam que, medir em saúde pode apresentar uma faceta ligada à medida global ou individual de uma população. Esse tipo de medida, seja objetiva ou subjetiva emerge de dois tipos de variáveis: as diretamente e as não diretamente observáveis. Nesse sentido, as escalas do tipo Likert permitem estimar o construto latente que está subjacente (HILL; HILL, 2009; MARÔCO, 2014).

Cabe destacar que a metodologia de Likert é uma das mais usadas nos mais diversos campos da investigação e particularmente na área da psicologia, saúde e educação médica (CURADO; TELES; MARÔCO, 2013).

Algumas escalas são compostas por subescalas ou dimensões. Nessas situações é recomendado que cada uma tenha entre cinco e dez itens e o mínimo aceitável deve conter três (MARÔCO, 2014). O não cumprimento deste pressuposto pode levar a problemas relacionados com a fiabilidade e com a validade (ANASTASI, 1990; MARÔCO, 2014; PASQUALI, 2009). Nesse sentido, de acordo com as recomendações da literatura adotada nesse estudo, a versão adaptada do QIIS e subescalas do PHSA, diferentemente da versão original com 14 subescalas e 90 itens, apresenta em sua versão final 13 subescalas e 64 itens (APÊNDICE D).

Com base nos resultados e evidências encontradas na literatura, pode-se constatar que o QIIS e subescalas do PHSA podem ser indicadores válidos para

mensurar os resultados da implementação do programa de Acreditação Hospitalar nos hospitais brasileiros.

O progresso da “ciência da qualidade” nos serviços de saúde inclui aumentar o reconhecimento de que existem meios para alcançá-la, e cabe aos pesquisadores, também os líderes organizacionais, buscarem fazer um link da prática com as evidências, buscando assim a sua melhoria contínua.

O capacitação focalizada especificamente em segurança e qualidade é essencial. Além disso, há necessidade de capacitar também pesquisadores para conduzir pesquisas que desenvolvam ferramentas para para conduzir melhorias operacionais e de resultados (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

CONCLUSÃO

9 CONCLUSÃO

Os resultados do desenvolvimento e da validação das propriedades psicométricas do instrumento QIIS e subescalas do PHSA permitirão a disponibilização de um instrumento válido, confiável e específico para avaliação dos resultados da implementação do programa de Acreditação Hospitalar para hospitais brasileiros.

O QIIS e subescalas do PHSA, desenvolvidas originalmente na língua inglesa, foram culturalmente adaptadas e validadas em uma amostra de colaboradores dos hospitais acreditados no Estado de São Paulo e seguiram as etapas preconizadas na referencial metodológico adotado.

Conforme os objetivos propostos e os resultados obtidos no presente estudo, pode-se concluir que a versão adaptada do QIIS e subescalas do PHSA para o Brasil:

- ✓ Conservou as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual conforme a versão original;
- ✓ Mostrou que manteve a validade de face e de conteúdo da versão original de acordo com a avaliação do comitê de especialistas;
- ✓ Revelou valor adequado de Alpha de *Cronbach*, constatando a confiabilidade da medida por meio da consistência interna de seus itens na amostra estudada com destaque para a categoria “Cultura Racional” da seção A do QIIS e a subescala “Recompensas do Hospital”, que não apresentaram medidas de ajustes adequadas para a sua aplicabilidade.
- ✓ Por meio dos ajustes na AFE e AFE, houve mudanças na estrutura inicialmente adotada no modelo proposto pelos autores das versões originais. Após ajustes do modelo, a seção A da versão final do QIIS passou a ter quatro subescalas e treze itens; já a seção B, o mesmo número de subescalas, porém com quarenta e um itens. Quanto às subescalas do PHSA, houve mudança apenas na segunda subescala (Benefícios da Acreditação), com a exclusão de dois itens.

Acredita-se que a adoção da “Pesquisa sobre a Implementação de Melhoria da Qualidade”, nome dado a versão adaptada, possibilitará um diagnóstico situacional dos hospitais brasileiros que adotaram a acreditação como estratégia para a melhoria contínua da qualidade.

A contribuição do estudo é clara ao constatar-se que, no Brasil, não havia instrumentos de avaliação de resultados da implementação de programa de acreditação hospitalar, permitindo também a identificação do tipo de cultura do hospital.

Como proposta para pesquisas futuras, recomenda-se a análise das propriedades psicométricas do QIIS e subescalas do PHSA para que sejam validados no país de origem. Por fim, para o contexto brasileiro, sugere-se a aplicação em futuras investigações para outros serviços de saúde que continue a busca de evidências sobre a validade e a confiabilidade da versão adaptada para o Brasil.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABOLFOTOUH, M. A. et al. Nursing perception towards impact of JCI accreditation and quality of care in a tertiary care hospital, Central Saudi Arabia. **International Journal of Medicine and Medical Sciences**, Lagos, v. 47, n. 1, p. 1447-60, mar. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/261358412_Nursing_Perception_Towards_Impact_of_JCI_Accreditation_and_Quality_of_Care_in_a_Tertiary_Care_Hospital_Central_Saudi_Arabia>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- ACCREDITATION CANADA. **The value and impact of health care accreditation: a literature review**. Ottawa: Accreditation Canada, 2013. Disponível em: <<https://aventa.org/pdfs/valueimpactaccreditation.pdf>> . Acesso em: 10 ago. 2017.
- ACCREDITATION AGRÉMENT CANADÁ. **Accreditation Report**. Edmonton: Alberta Health Services, 2016. Disponível em: <<https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/msd/ahs-msd-ac-full-report-2016.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol. 38, n. 2, p. 335-336, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>>. Acesso em: 22 junho. 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Série Segurança do Paciente e Qualidade e Serviços de Saúde: Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília; 68 p. 2016. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cader-no-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em 13 novembro. 2017.
- ALAVI, J.; MAHAMOUD, M. Y. The role of quality improvement initiatives in ealthcare operational environments. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 21, n. 2, p. 133-145, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/09526860810859003>>. Acesso em: 25 ago. 2017.
- AL-AWA, B.; AI MAZROOA, A.; RAYES, O.; EI HATI, T.; DEVREUX, I.; AL-NOURY, K.; et al. Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. **Ann Saudi Med**, v. 32, n. 2, p. 143-150, 2012.
- AL-QAHTANI, M. F. et al. Quality of care in accredited and nonaccredited hospitals: perceptions of nurses in the Eastern Province, Saudi Arabia. **The Journal of the Egyptian Public Health Association**, Cairo, v. 87, n. 3-4, p. 39-44, aug. 2012. Disponível em: < 10.1097/01.EPX.0000417998.98106.9d>. Acesso em: 19 abr. 2017.
- AL TEHEWY M, SALEM B, HABIL I, EL OKDA S. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 3, p. 183-189, 2009.

REFERÊNCIAS

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE.

National Safety and Quality Health Service (NSQHS) Standards. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2012. Disponível em: <<https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2011/09/NSQHS-Standards-Sept-2012.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

AMMAR, W.; WAKIM, R.; HAJJ, I. Accreditation of hospitals in Lebanon: a challenging experience. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Alexandria, v. 13, n. 1, p. 138-149., jan./feb. 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/117235/1/13_1_2007_138_149.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

ANASTASI, A. Psychological testing. New York: Macmillan; 1990.

BALDRIGE FOUNDATION. **Our history.** Washington: Baldrige Foundation, 2016a. Disponível em: <<http://baldrigefoundation.org/who-we-are/history.html>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

BALDRIGE FOUNDATION. **Who we are.** Purpose, Mission, Vision, and Values. Washington: Baldrige Foundation, 2016b. Disponível em: <<http://baldrigefoundation.org/who-we-are/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BASTOS, M. A. R. A temática cultura organizacional nos estudos na área da saúde e da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 68-74, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11486.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BEATON, D. et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures contributors to this document.**

Toronto: Institute for Work & Health; 2007. Disponível em: <<http://www.dash.iwh.on.ca/translate2.htm>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. **Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures.** Philadelphia, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BERWICK, D. M. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. **Health Affairs**, Millwood, v. 21, n. 3, p. 80-90, may/jun. 2002. Disponível em: <10.1377/hlthaff.21.3.80>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Curing health care - new strategies for quality improvement:** a report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 98-104, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução no 921, de 29/05/2002.** Reconhece a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do

REFERÊNCIAS

- processo de acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil. Brasília: ANVISA, 2002a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c7db5480474597539fd1df3fbc4c6735/RDC+921-2002.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:< <http://datasus.saude.gov.br/cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em:< <https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 21 jul. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. p. 59. Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 out. 2017.
- CAMERON, K. S.; QUINN, R. E. **Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework**. 3rd. edition. The Jossey-Bass business & management series. 2011.
- CAMILLO, N. R. S. et al. Accreditation in a public hospital: perceptions of a multidisciplinary team. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3. p. 423-430, may/june 2016. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690306i>>. Acesso em: 18 fev. 2017.
- CARDOSO, I. Aspectos Transculturais na Adaptação de Instrumentos de Avaliação Psicológica. **Interacções**. Santarém, n. 10. p. 98-112, 2006.
- CARVALHO, M. M.; PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade: teoria e casos**. Rio de Janeiro: Campus, 2005.
- CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnarrie para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 575-582, maio/jun. 2012.
- CASTRO, S. F. F. et al. Acreditação no contexto de um hospital público: achados da avaliação externa diagnostic. **Revista Acreditação**, Porto Alegre, v. 3, n. 6, p.1-13, 2013. Disponível em:< <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5626579.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2017.
- CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Educ. Counseling**, Ireland, v. 26, n. 1-3, p. 313–318, 1995. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/073839919500767T>. Acesso em: 10 set. 2017.
- CODMAN, E. A. **A study in hospital efficiency**. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Press, 1996.
- COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. **Hospitais selados**. São Paulo: CQH, 2017. Disponível em: < http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=137>. Acesso em: 25 out. 2017.
- CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Institucional**. São Paulo: CBA, 2016. Disponível em:<<http://www.cbacred.org.br/institucional>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- COOPER, M. D. Towards a model of safety culture. **Safety Science**, Amsterdam, v. 36, n. 2, p. 111-136, 2000.
- COSTA JUNIOR, H. **Qualidade e Segurança em Saúde**: os caminhos da melhoria via Acreditação Internacional relatos, experiências e práticas. Rio de Janeiro: DOC Content, 2015.
- COSTES, R. et al. **Hospital Accreditation Commission Official Launch**. Philippines: Health Promo, 2017. Disponível em:< <http://www.healthpromo.doh.gov.ph/hospital-accreditation-commission/>>. Acesso em: 25 out. 2017.
- CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento**. New York: McGraw-Hill, 1986.
- CURADO, M. A. S.; TELES, J.; MAROCO, J. Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n.1, p.146-152, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100146&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2017.
- DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 115 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,

REFERÊNCIAS

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. São Paulo: Marques Saraiva, 1990.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives Of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1119, nov. 1990.

DUARTE, M. M.; SILVINO, Z. R. Sistematizando la literatura sobre acreditación hospitalaria: de 2005 a 2010. **Enfermería Global**, Murcia, v. 11, n. 1, p. 299-312, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.11.1.125421>>. Acesso em: 19 mar. 2017

EL-JARDALI, F. et al. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 20, n. 5, p. 363-371, out. 2008. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn023>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S.; SANTOS, C. B. Adaptação transcultural da "Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS" para ser aplicada em pacientes queimados brasileiros. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 526-533, 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2327>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and Measurements: validity, reliability, sensitivity. In: _____. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation of Patient-Reported Outcomes**. 2. ed. New York: Wiley, 2007. cap. 4, p. 77-107.

FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 540-545, jul/ago. 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a11.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, abr/jun. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **The European Respiratory Journal**, Copenhagen, v. 9, n. 6, p. 1160-1166, jun.1996.

REFERÊNCIAS

- FERREIRA, M. C.; ASSMAR, E. M. L.; ESTOL, K. M. F.; HELENA, N. C. C.; CISNE, M. C. F. Desenvolvimento de um instrumento brasileiro para avaliação da cultura organizacional. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.7, n.2, p.271-280, jul. 2002. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2017.
- FERREIRA, P. L.; MARQUES, F. B. **Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde**: Princípios Metodológicos Gerais. Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Faculdade de Economia, Coimbra. 1998. Disponível em:< <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9968/1/RD199801.pdf>>. Acesso em 2 ago. 2017.
- FIELD, A. **Descobrimos a estatística usando o SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Disponível em: <<https://aprender.ead.unb.br>> Acesso em: 10 set. 2017.
- FIGUEIREDO, K. F. **Panorama de Acreditação Hospitalar no Brasil 2009-2011**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.
- FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- FLIN, R. et al. Measuring climate: identifying the common features. **Safety Science**, Amsterdam, v. 34, n. 1-3, p. 177-192, 2000.
- GALTON, F. Psychometric experiments. **Brain: A Journal of Neurology**, n. 11, v. 2, p. 149-162, 1879.
- GHAREEB, A. **Examining the impact of accreditation on a primary healthcare organization in Qatar**. 2015. 111f. Tese (Doutorado) – Walden University, College of Health Sciences, Minneapolis, 2015. Disponível em:< <http://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3100&context=dissertations>>. Acesso em: 15 jun. 2017.
- GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Health sector accreditation research: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 20, n. 3, p. 172-83, jun. 2008. Disponível em:< 10.1093/intqhc/mzn005>. Acesso em: 18 jun. 2017.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**. Oxford, v. 46, n.12, p. 1417-1432, 1993.
- GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002. Disponível em:< <https://www.scielo.org/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

REFERÊNCIAS

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling**, v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>>. Acesso em: 20 dez 2017.

RAO, C. R.; SINHARAY, S. Handbook of Statistics 26: Psychometrics. In:_____. **A history and Overview of Psychometrics**. 1. ed. Amsterdam: Elsevier. 2007. cap. 1. p. 1-22.

HASAN, M.; KERR, R. M. The relationship between total quality management practices and organizational performance in service organizations. **The TQM Magazine**, Wagon Lane, v. 15, n. 4, p. 286-291, 2003. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1108/09544780310486191>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HILL, M. M.; HILL, A. Investigação por Questionário. Lisboa: Sílabo; 2009.

HOSFORD SB. Hospital progress in reducing error: the impact of external interventions. **Hosp. Top**, v. 86, n. 1, p. 9–19, 2008.

HOFSTEDE, G.; HOFSTEDE, G. J.; MINKOV, M. **Cultures and Organizations: Software of the Mind**. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 2010. Disponível em: <http://testrain.info/download/Software%20of%20mind.pdf>> Acesso em: 10 set. 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: National Academic Press, 2001.

INSTITUTO DE ACREDITAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE. **Niaho**. Belo Horizonte: IAG, 2016. Disponível em:< <http://www.iagsaude.com.br/normas-certificaveis-legislacoes/ler/30/niaho>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. **Instituições de saúde acreditadas pelo IQG**. São Paulo: IQG, 2016. Disponível em: <<http://www2.iqg.com.br/instituicoes/instituicoes-de-saude-acreditadas-pelo-iqg/>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. **Summary report on the post-accident review meeting on the Chernobyl accident**. International Safety Advisory Group (Safety Series 75-INSAG-1). Vienna: International Atomic Energy Agency, 1986.

ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total: à maneira japonesa**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

ITO H, SUGAWARA, H. Relationship between accreditation scores and the public

REFERÊNCIAS

disclosure of accreditation reports: a cross sectional study. **Qual. Saf. Health Care**, London, v. 14, n. 2, p. 87–92, 2005.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Exemples of monitoring and evaluation in special care units. In: JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **Spacial care unit monitoring and evaluating in perspective**. Chicago: JCAHO, 1998.

JURAN, J. M. **Qualidade em produtos e serviços**. São Paulo: Pioneira, 1992.

JURAN, J. M. **Liderança pela qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1989.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 68, p. 319-323, apr.2010.

KELDERMAN, H. **What is Psychometrics?** In: Psychometric Society. Copyright 2015-2017. Disponível em: <<https://www.psychometricsociety.org/content/what-psychometrics>>. Acesso em: 10 set. 2017.

LEE, S. et al. Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Korean hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, Kindlington, v. 14, n. 5, p. 383-391, oct. 2002. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/14.5.383>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MACINATI, M. S. The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. **Health Policy**, Amsterdam, v. 85, n. 2, p. 228-241, fev. 2008.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade e acreditação. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. N. (Org.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016. v. 1, p. 353-357.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração Hospitalar**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, july/sept. 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n3/v41n3a06.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MANAF, N. H. A. Quality management in Malaysian public health care. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 18, n. 2-3, p. 204-216, 2005. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1108/09526860510594767>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MANZO, B.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 46-51, jan./fev. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a07.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

MANZO, B. F. BRITO, M. J. M.; CORREA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista da Escola**

REFERÊNCIAS

- de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, 2012. Disponível em:< <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40960/44473>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- MANZO, B. F.; RIBEIRO, H. C. T. C.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p.151-158, fev, 2012.
- MAROCO, J. **Análise Estatística com utilização do SPSS**. Lisboa, Edições Sílabo, 2007.
- MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações**. 2. ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2014.
- MATE, K. S. et al. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. **Globalization and Health**, London, v. 10, p. 68, oct. 2014. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4200136/>>. Acesso em: 18 jun. 2017.
- MENDES, G. H. S.; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 636-648, jul./sep. 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/gp/v22n3/0104-530X-gp-0104-530X1226-14.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2017.
- MUÑIZ, J.; ELOSUA, P.; HAMBLETON, R.K. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: **Psicothema**, v. 25, n. 2, p.151-157, 2013.
- NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Livres de Danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois do To Err is Human**. 2015. Disponível em: https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm_portugues-br.pdf> Acesso em: 20 nov. 2017.
- NOVAES, H. M. História da acreditação hospitalar na América Latina: o caso Brasil. **Revista Face**, Belo Horizonte, 2015. Disponível em:< <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/download/2693/1634>>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- NOVAES, H. M. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 133-140, out./dez. 2007. Disponível em:< <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-9776>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- OBSERVATÓRIO DA ACREDITAÇÃO EM SAÚDE. Rede mundial de conhecimento para a melhoria contínua e segurança dos cuidados em saúde. **A acreditação na história**. [S.l: s.n], [2017]. Disponível em:< <https://observatoriodacreditacao.wordpress.com/a-acreditacao-na-historia/>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

REFERÊNCIAS

- OLÁSTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-530X2013005000011> >. Acesso em: 25 jan. 2017.
- OLIVEIRA, J. C. et al. Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. e2851, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2851.pdf >. Acesso em: 19 dec. 2017.
- OLIVEIRA, J. I. C.; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 63-69, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf>
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde**. Brasília: OPAS, 2014. Disponível em: <<http://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/29-estrategia-para-o-acesso-universal-a-saude-e-a-cobertura-universal-de-saude/file>>. Acesso em: 18 jun. 2017.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manual de Acreditação de Hospitais para América-Latina e Caribe**. São Paulo: Suprimentos e Serviços, 1998.
- PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade**: teoria e casos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade**: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- PERSONAL COMMUNICATION. Giridhar Gyani: **On behalf of the national accreditation board for hospitals and healthcare providers**. [S.l: s.n]; 2013.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- POMEY, M. P. et al. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. **Implementation Science**, London, v. 5, p. 31, apr. 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-31> >. Acesso em: 19 jun. 2017.
- POMEY, M. P. et al. Accreditation as a tool for organizational change. **International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating**, Bradford, v. 17, n; 2-3, 113-124, 2004.

REFERÊNCIAS

- POMEY, M. P. **La préparation à l'accréditation: un outil de changement organisationnel?** 2002. 600 f. Doctoral Thesis - Université de Montréal, Faculté des études supérieures, 2002. Disponível em: <<http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000001302.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.
- PSYCHOMETRIC SOCIETY. 2017. Disponível em: <<https://www.psychometricsociety.org/content/what-psychometrics>> Acesso em: 21 set. 2017.
- QUINN, J. B.; KIMBERLY, J. R. Paradox, planning, and perseverance: Guidelines for managerial practice. In: QUINN, J. B.; KIMBERLY, J. R. (Ed.). **Managing organizational transitions**. Homewood: Irwin, 1984. p. 295-314.
- QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N.; **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa; 2004.
- REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro (RJ), 2013.
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2018.
- ROBB, G.; SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? **The New Zealand Medical Journal**, Wellington, v. 123, n. 1314, p. 68-78, may, 2010.
- RODRIGUES, M. V. et al. Acreditação em organizações em saúde. In: RODRIGUES, M. V. et al. **Qualidade e acreditação em saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2011. cap. 3, p. 77-111.
- SACK, C.; LÜTKES, P.; GÜNTHER, W.; ERBEL, R.; JÖCKEL, K. H.; HOLTSMANN, G. J. Challenging the holy grail of hospital accreditation: a cross sectional study of inpatient satisfaction in the field of cardiology. **BMC Health Serv. Res.**, v. 10, n. 120, p. 1-7, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877683/pdf/1472-6963-10-120.pdf>> . Acesso em: 20 jul. 2014.
- SAMICO, I. et al (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: IMIP MedBook, 2010.
- SANTOS, S. R. Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 229-235, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/7690/6730>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

REFERÊNCIAS

- SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/qualidade-servicos-publicos-savassi.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.
- SCHEIN, E. H. **Coming to a new awareness of organizational culture**. Sloan Management Review, Boston, Massachusetts Institute of Technology, v. 25, n. 2, p.3-16, 1984.
- SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 4. ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2010.
- SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4229-4234, oct. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4229.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2017.
- SCHIESARI, L. M. C. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- SCHILLING, J.; CRANOVSKY, R.; STRAUB, R. Quality programmes, accreditation and certification in Switzerland. **International Journal of Quality Health Care**, Kidlington, v. 13, n. 2, p. 157-161, apr. 2001.
- SHUMAKER, S.; BERZON, R. **The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis**. Oxford: Rapid communications of Oxford, 1994.
- SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2017.
- SEKIMOTO, M.; IMANAKA, Y.; KOBAYASHI, H.; OKUBO, T.; KIZU, J.; KOBUSE, H.; et. al. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. Japan Council for Quality Health Care. **Am. J. Infect. Control**, v. 36, n. 3, p. 212-9, 2008.
- SHANKAR, N. K. ISO 9000: integration Europe and North America. **European Quality**, Gijón, v. 9, n. 4, p. 20-29, sep. 2003.
- SHAW, H. D. et al. Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 25, n. 3, p. 222-231, 2013.
- SHAW, C. et al. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 22, n. 5, p.

REFERÊNCIAS

341-350, oct. 2010.

SHORTELL, S. M. et al. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. **Health Services Residence**, Chicago, v. 30, n. 2, p. 377-401, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070069/pdf/hsresearch00047-0111.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

SHORTELL, S. M.; ROBIN, R. G.; ANDERSON, D. A.; ERICKSON, K. M.; MITCHELL, J. B. **Remaking Health Care in America**: Building Organized Delivery Systems. 1. ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1996.

SHORTELL, S. M. et al. Implementing evidence-based Mmedicine: the role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations. **Medical Care**, Philadelphia, v. 39, n. 7, supl. 1, p. 62-78, jul. 2001.

SHORTELL, S. M. et al. Assessing the impact of total quality management and organization culture of multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients. **Medical Care**, Philadelphia, v. 38, n. 2, p. 207-217, feb. 2000.

SHORTELL, S. M. et al. The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. **Med Care**, v.42, n.11, p.1040-8, 2004.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M.; CARRASCO, M. E. L. Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 93-99, jun. 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44510>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SOCIETY OF MULTIVARIATE EXPERIMENTAL PSYCHOLOGY. 2017. Disponível em: <<https://www.smep.org/>>. Acesso em: 21 nov 2017.

SUAREZ, J. G. **Three experts on quality management**: Philip B. Crosby, W. Edwards Deming, Joseph M. Juran. Arlington: Departament of the Navy TQL Office, 1992.

SUÑOL, R.; VALLEJO, P.; THOMPSON, A.; LOMBARTS, M. J. M. H, SHAW, C.D.; KLAZINGA, N. Impact of quality strategies on hospital outputs. **Quality & Safety in Health Care**. Suppl 1: i62-8, 2009.

TRONCHIN, D. M. R.; FREITAS, G. F.; MELLEIRO, M. M. Avaliação de serviços, qualidade e segurança do paciente no setor de saúde. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016. cap. 6, p. 59-73.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality and accreditation in health care services**: a Global Review. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <

REFERÊNCIAS

http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health systems**: improving performance. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: < http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1 >. Acesso em: Acesso em: 25 mar. 2017.

ZAZZALI, L. J.; ALEXANDER, J. A.; SHORTELL, S. M.; LAWTON, R. B. Organizational Culture and Physician Satisfaction with Dimensions of Group Practice. **Health Serv Res**, v. 42, n. 3, p.1150–1176, 2007.

ZOHAR, D. et al. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. **Critical Care Medicine**, New York, v. 35, n. 5, p.1312-17, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Profissionais/Participantes)**

1. Nome da Pesquisa: **Adaptação Transcultural e Validação de Instrumentos de Avaliação de Resultados do Programa de Melhoria da Qualidade.**
2. Pesquisador responsável: Enf.a Graziela Caldana e Enf.a Dr.a Carmen Silvia Gabriel
3. Promotor da Pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.
4. Agência Financiadora da Pesquisa: Fundação de Amparo e Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Gostaria de convidá-lo (a) para participar desta pesquisa que tem como objetivo adaptar culturalmente e validar um questionário para a avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade. Em sua participação, você terá que responder a um questionário de aproximadamente 30 minutos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá gastos ou remuneração. Caso você venha sentir desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais salientamos que você não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas no questionário, se achar que ela é muito pessoal ou se sentir desconfortável em falar. Você terá total liberdade em conversar diretamente com os responsáveis pela pesquisa por meio de contato telefônico, pessoalmente ou via e-mail, os quais estão informados ao final deste documento. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Não haverá benefícios diretos a você, mas a sua contribuição, mediante o preenchimento do questionário, será de grande importância para ajudar a validar o primeiro instrumento em português do Brasil para a avaliação de resultados do programa de qualidade hospitalar.

Uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue a você. E, finalmente, quando o trabalho for apresentado não será usado o seu nome e nem fornecido qualquer informação que possa identificá-lo. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador abaixo assinado.

Eu _____ RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar deste estudo.

1. Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;
4. O Compromisso de me proporcionar informações atualizadas durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

Em caso de dúvida você poderá procurar por: Carmen Silvia Gabriel Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900. Cidade: Ribeirão Preto-

SP Telefones: (16) 3315-3471 / (16) 992769815 E-mail: cgabriel@eerp.usp.br Graziela Caldana Endereço: Rua Flório de Souza Coelho, 114. Cidade: Ribeirão Preto –

SP Celular: (16) 99368-8668 E-mail: graziela.caldana@usp.br

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger os participantes de pesquisas), visto que essa é uma orientação da CONEP .

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP, localizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sala 38, e-mail: cep@eerp.usp.br. Telefone: (16) 3315-9197. Horário de Funcionamento: de segunda à sexta, das 8h às 17h.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Comitê de Especialistas)

1. Nome da Pesquisa: Adaptação Transcultural e Validação de Instrumentos de Avaliação de Resultados do Programa de Melhoria da Qualidade.^[1]^[2]^[3]^[4]^[5]^[6]^[7]^[8]^[9]^[10]^[11]^[12]^[13]^[14]^[15]^[16]^[17]^[18]^[19]^[20]^[21]^[22]^[23]^[24]^[25]^[26]^[27]^[28]^[29]^[30]^[31]^[32]^[33]^[34]^[35]^[36]^[37]^[38]^[39]^[40]^[41]^[42]^[43]^[44]^[45]^[46]^[47]^[48]^[49]^[50]^[51]^[52]^[53]^[54]^[55]^[56]^[57]^[58]^[59]^[60]^[61]^[62]^[63]^[64]^[65]^[66]^[67]^[68]^[69]^[70]^[71]^[72]^[73]^[74]^[75]^[76]^[77]^[78]^[79]^[80]^[81]^[82]^[83]^[84]^[85]^[86]^[87]^[88]^[89]^[90]^[91]^[92]^[93]^[94]^[95]^[96]^[97]^[98]^[99]^[100]

2. Pesquisador responsável: Enf.a, doutoranda Graziela Caldana e Enf.a Prof.a Dr.a Carmen Silvia Gabriel.

3. Promotor da Pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.^[1]^[2]^[3]^[4]^[5]^[6]^[7]^[8]^[9]^[10]^[11]^[12]^[13]^[14]^[15]^[16]^[17]^[18]^[19]^[20]^[21]^[22]^[23]^[24]^[25]^[26]^[27]^[28]^[29]^[30]^[31]^[32]^[33]^[34]^[35]^[36]^[37]^[38]^[39]^[40]^[41]^[42]^[43]^[44]^[45]^[46]^[47]^[48]^[49]^[50]^[51]^[52]^[53]^[54]^[55]^[56]^[57]^[58]^[59]^[60]^[61]^[62]^[63]^[64]^[65]^[66]^[67]^[68]^[69]^[70]^[71]^[72]^[73]^[74]^[75]^[76]^[77]^[78]^[79]^[80]^[81]^[82]^[83]^[84]^[85]^[86]^[87]^[88]^[89]^[90]^[91]^[92]^[93]^[94]^[95]^[96]^[97]^[98]^[99]^[100]

4. Agência Financiadora da Pesquisa: Fundação de Amparo e Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Gostaria de convidá-lo (a) para participar desta pesquisa que tem como objetivo adaptar culturalmente e validar um questionário para a avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade. Para o alcance do objetivo, será realizada a adaptação cultural e validação do instrumento que avalia os resultados do programa de qualidade hospitalar. Caso aceite participar, você deverá avaliar as versões traduzidas do instrumento quanto ao significado das palavras, expressões coloquiais, no intuito de desenvolver a versão que será submetida ao pré-teste, no prazo estimado de 05 a 10 dias. Não lhe será cobrado nada, assim como não haverá remuneração financeira pela sua participação no estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo seu anonimato.

É importante ressaltar que sua participação é voluntária e, portanto, poderá recusar-se a participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo a sua pessoa. Caso sinta algum desconforto em avaliar o instrumento no período estipulado e haja a necessidade de mais tempo, você terá total liberdade em conversar diretamente com os responsáveis pela pesquisa por meio de contato telefônico, pessoalmente ou via e-mail, os quais estão informados ao final deste documento. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Quanto aos benefícios, a sua contribuição com esta pesquisa, mediante a avaliação do questionário, ajudará a validar o primeiro instrumento em português para a avaliação de resultados do programa de qualidade hospitalar.

Os resultados desta pesquisa serão publicados e divulgados em revistas e eventos científicos. Uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue a você. E, finalmente, quando o trabalho for apresentado não será usado o seu nome e nem fornecido qualquer informação que possa identificá-lo. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Desde já agradeço pela atenção e participação e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Eu _____ RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;

2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo;

3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;

4. O Compromisso de me proporcionar informações atualizadas durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;

Declaro que concordo em participar deste estudo e que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Em caso de dúvida você poderá procurar por: ^[L]_[SEP]Carmen Silvia Gabriel^[L]_[SEP] Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900. Cidade: Ribeirão

Preto- SP^[L]_[SEP] Telefones: (16) 3315-3471 / (16) 992769815 E-mail: cgabriel@eerp.usp.br
Graziela Caldana^[L]_[SEP] Endereço: Rua Flório de Souza Coelho, 114. Cidade: Ribeirão Preto

– SP^[L]_[SEP] Celular: (16) 99368-8668^[L]_[SEP] E-mail: graziela.caldana@usp.br

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger os participantes de pesquisas), visto que essa é uma orientação da CONEP .

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP, localizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sala 38, e-mail: cep@eerp.usp.br. Telefone: (16)3315-9197. Horário de Funcionamento: de segunda à sexta, das 8h às 17h.

APÊNDICE C - Formulário para avaliação semântica do questionário.

TÍTULO DO QUESTIONÁRIO

TÍTULO	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
PESQUISA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORIA DA QUALIDADE.	0	1	2	3	4	5

AO LER O TÍTULO DO QUESTIONÁRIO, O QUE VOCÊ PENSA QUE SERÁ AVALIADO?

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

SEÇÃO A: CULTURA DO HOSPITAL**AMBIENTE HOSPITALAR**

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
AMBIENTE HOSPITALAR	0	1	2	3	4	5
1. O Hospital A é um local com ambiente bem familiar. Parece muito uma extensão da família. As pessoas parecem compartilhar muito sobre si mesmas.	0	1	2	3	4	5
2. O Hospital B é um local muito dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a ousar e assumir riscos.	0	1	2	3	4	5
3. O Hospital C é um lugar muito formal e estruturado. Os procedimentos burocráticos geralmente regem o que as pessoas fazem.	0	1	2	3	4	5
4. O Hospital D é voltado para a produção. Uma das maiores preocupações é concluir o trabalho. . As	0	1	2	3	4	5

<p> pessoas não estão muito envolvidas pessoalmente. </p>						
---	--	--	--	--	--	--

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

GERÊNCIA HOSPITALAR

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
GERÊNCIA HOSPITALAR	0	1	2	3	4	5
5. Os gerentes do Hospital A são amistosos e cuidadosos. Eles buscam desenvolver o pleno potencial dos funcionários e agem como seus orientadores ou guias.	0	1	2	3	4	5
6. Os gerentes do Hospital B assumem riscos. Eles encorajam os funcionários a assumirem riscos e serem inovadores.	0	1	2	3	4	5
7. Os gerentes no Hospital C reforçam o cumprimento das regras/normas. Eles esperam que os funcionários sigam as regras, políticas e procedimentos estabelecidos.	0	1	2	3	4	5
8. Os gerentes no Hospital D são coordenadores e tutores. Eles ajudam os funcionários a atingir as metas e os objetivos do hospital.	0	1	2	3	4	5

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

COESÃO DA EQUIPE

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
COESÃO DA EQUIPE	0	1	2	3	4	5
9. O que mantém o Hospital A unido é a lealdade e a tradição. O comprometimento com o hospital é alto.	0	1	2	3	4	5
10. O que mantém o Hospital B unido é o compromisso com a inovação e o desenvolvimento. Há ênfase em ser o primeiro.	0	1	2	3	4	5
11. O que mantém o Hospital C unido são as regras formais e políticas. Manter o funcionamento harmonioso da operação é importante aqui.	0	1	2	3	4	5
12. O que mantém o Hospital D unido é a ênfase no cumprimento das tarefas e das metas. A orientação para a produção é frequentemente compartilhada.	0	1	2	3	4	5

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

ÊNFASE DO HOSPITAL

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
ÊNFASE DO HOSPITAL	0	1	2	3	4	5
13. O Hospital A prioriza os recursos humanos. A alta coesão e a confiança na organização são importantes.	0	1	2	3	4	5
14. O hospital B prioriza o crescimento	0	1	2	3	4	5

e a aquisição de novos recursos. Prontidão para enfrentar novos desafios é importante.						
15. O Hospital C prioriza a continuidade e a estabilidade. Eficiência e bom funcionamento operacional são importantes.	0	1	2	3	4	5
16. O Hospital D prioriza ações competitivas e de sucesso. Metas mensuráveis são importantes.	0	1	2	3	4	5

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

RECOMPENSAS DO HOSPITAL

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
RECOMPENSAS DO HOSPITAL	0	1	2	3	4	5
17. O Hospital A distribui suas recompensas de maneira razoavelmente igual entre seus membros. É importante que todos, de cima a baixo, sejam tratados da forma mais igualitária possível.	0	1	2	3	4	5
18. O Hospital B distribui suas recompensas com base nas iniciativas individuais. Aqueles com ideias e ações inovadoras são os mais recompensados.	0	1	2	3	4	5
19. O Hospital C distribui recompensas com base na hierarquia. Quanto mais alto você estiver, mais você receberá.	0	1	2	3	4	5
20. O Hospital D distribui recompensas com base no alcance de objetivos. Indivíduos que demonstram liderança e contribuem para atingir as metas do hospital são	0	1	2	3	4	5

recompensados.						
----------------	--	--	--	--	--	--

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

SEÇÃO B- AÇÕES DO HOSPITAL PARA A MELHORIA DA QUALIDADE
INSTRUÇÕES:

Essa seção objetiva avaliar o esforço do hospital em melhorar a qualidade do cuidado e os serviços por ele prestados. O respondente da pesquisa deverá ler cuidadosamente cada afirmação e indicar o seu grau de concordância ou discordância com as afirmações.

LIDERANÇA

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
21. Os executivos principais demonstram liderança altamente visível na manutenção de ambiente que encoraja a melhoria da qualidade.	0	1	2	3	4	5
22. O diretor executivo/administrador é a principal força motriz por detrás dos esforços de melhoria da qualidade.	0	1	2	3	4	5
23. Os executivos principais alocam recursos organizacionais adequados para melhorar a qualidade (ex: financeiros, pessoas, tempo e equipamento).	0	1	2	3	4	5
24. Os executivos principais participam de forma constante das atividades para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	0	1	2	3	4	5
25. Os executivos seniores articularam uma visão clara para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	0	1	2	3	4	5
26. Os executivos principais têm demonstrado habilidade em gerenciar as mudanças (exemplo: organizacionais, tecnológicas) necessárias para melhorar a qualidade do	0	1	2	3	4	5

cuidado e dos serviços.						
27. Os executivos principais agem de acordo com as sugestões feitas para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	0	1	2	3	4	5
28. A liderança médica está pessoalmente envolvida nos esforços de melhoria da qualidade.	0	1	2	3	4	5
29. Os executivos principais tem um entendimento minucioso sobre como melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	0	1	2	3	4	5
30. Os executivos principais passam confiança de que os esforços para melhorar a qualidade serão bem sucedidos.	0	1	2	3	4	5
31. Os executivos principais buscam informações sobre necessidades e sugestões para a melhoria da qualidade diretamente de clientes externos (exemplo: pacientes, familiares e fontes pagadoras)	0	1	2	3	4	5

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

INFORMAÇÃO E ANÁLISE

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
32. O hospital coleta uma grande variedade de dados e informações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços.	0	1	2	3	4	5
33. O hospital utiliza uma grande variedade de dados e informações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços para fazer melhorias.	0	1	2	3	4	5
34. O hospital tenta melhorar continuamente o modo como usa/utiliza os dados e a informação sobre a qualidade do	0	1	2	3	4	5

cuidado e dos serviços.						
35. O hospital tenta melhorar continuamente a acurácia e a relevância de seus dados sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados.	0	1	2	3	4	5
36. O hospital tenta melhorar continuamente a atualidade de seus dados sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados.	0	1	2	3	4	5
37. Os funcionários do hospital são envolvidos ativamente na escolha de quais dados serão coletados com o propósito de melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	0	1	2	3	4	5
38. O hospital compara seus dados sobre qualidade do cuidado e dos serviços com os dados de outros hospitais.	0	1	2	3	4	5

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA QUALIDADE

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
39. Os funcionários do hospital dispõem de tempo suficiente para planejar e testar melhorias.	0	1	2	3	4	5
40. Cada departamento e grupo de trabalho dentro deste hospital mantêm metas específicas para melhorar a qualidade.	0	1	2	3	4	5
41. As metas de melhoria da qualidade do hospital são conhecidas por toda a organização.	0	1	2	3	4	5
42. Os funcionários do hospital são envolvidos no desenvolvimento de planos para melhorar a qualidade.	0	1	2	3	4	5
43. A Média Gerência (ex: chefes de departamento, diretores de programas, e os supervisores diretos) têm um	0	1	2	3	4	5

papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.						
44. Os clientes externos têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.	0	1	2	3	4	5
45. Funcionários que não participam da gestão têm um papel fundamental no estabelecimento de prioridades para a melhoria da qualidade.	0	1	2	3	4	5

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

UTILIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
46. Os funcionários do hospital recebem educação e treinamento em como identificar e agir frente a oportunidades de melhoria da qualidade.	0	1	2	3	4	5
47. Os funcionários do hospital recebem educação e treinamento em estatística e outros métodos quantitativos que auxiliam a melhoria da qualidade.	0	1	2	3	4	5
48. Os funcionários do hospital recebem a educação e o treinamento necessários para melhorar as habilidades e o desempenho no trabalho.	0	1	2	3	4	5
49. Os funcionários do hospital são recompensados e reconhecidos (ex: financeiramente e/ou de outra maneira) por melhorar a qualidade.	0	1	2	3	4	5
51. Os funcionários do hospital têm a autoridade para corrigir os problemas na sua área quando os padrões de qualidade não estão sendo atingidos.	0	1	2	3	4	5
52. Os funcionários do hospital são apoiados quando	0	1	2	3	4	5

assumem riscos necessários para melhorar a qualidade.						
53. O hospital tem um sistema efetivo para que os funcionários façam sugestões à gerência sobre como melhorar a qualidade.	0	1	2	3	4	5

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

GESTÃO DA QUALIDADE

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
54. O hospital verifica regularmente os equipamentos e suprimentos para se assegurar de que eles atendam aos requisitos da qualidade.	0	1	2	3	4	5
55. A equipe da garantia da qualidade coordena de forma efetiva seus esforços com os demais para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços que o hospital provê.	0	1	2	3	4	5
56. Os dados dos fornecedores são usados quando do desenvolvimento do plano do hospital para melhorar a qualidade.	0	1	2	3	4	5
57. O hospital tem políticas efetivas para apoiar / estimular a melhoria da qualidade do cuidado e dos serviços.	0	1	2	3	4	5
58. O hospital trabalha próximo aos fornecedores para melhorar a qualidade dos seus produtos e serviços.	0	1	2	3	4	5
59. O hospital tenta planejar a qualidade nos novos serviços à medida que eles estão sendo desenvolvidos.	0	1	2	3	4	5
60. O hospital tenta introduzir a ideia da qualidade nos novos serviços ao longo do seu desenvolvimento.	0	1	2	3	4	5
61. O hospital vê a garantia da qualidade como uma busca	0	1	2	3	4	5

continua por melhorias.						
62. O hospital incentiva os funcionários a manter os registros da mensuração da qualidade.	0	1	2	3	4	5

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?**RESULTADOS DA QUALIDADE**

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
63. O hospital tem feito um bom trabalho ao documentar que as mudanças feitas na prestação de serviços produziram os resultados desejados.	0	1	2	3	4	5
64. O hospital tem feito um bom trabalho ao simplificar como o cuidado e os serviços são prestados.	0	1	2	3	4	5
65. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade do cuidado prestado a pacientes clínicos, cirúrgicos e obstétricos.	0	1	2	3	4	5
66. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade dos serviços prestados pelos departamentos de apoio clínico, tais como o laboratório, a farmácia e a radiologia.	0	1	2	3	4	5
67. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade dos serviços prestados áreas de apoio, tais como contabilidade, faturamento, recursos humanos e marketing.	0	1	2	3	4	5
68. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis nos resultados relacionados à satisfação do paciente.	0	1	2	3	4	5

69. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado redução estável e mensurável dos custos, com manutenção ou melhoria da qualidade.	0	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---	---

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?**SATISFAÇÃO DO CLIENTE**

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
70. O hospital faz um bom trabalho de avaliação das necessidades e expectativas atuais dos pacientes.	0	1	2	3	4	5
71. O hospital faz um bom trabalho de avaliação das necessidades e expectativas futuras do paciente.	0	1	2	3	4	5
72. Os funcionários do hospital resolvem prontamente as reclamações dos pacientes.	0	1	2	3	4	5
73. As reclamações dos pacientes são estudadas para identificar padrões e evitar a recorrência dos mesmos problemas.	0	1	2	3	4	5
74. O hospital utiliza dados de pacientes para melhorar os serviços.	0	1	2	3	4	5
75. Dados sobre a satisfação do paciente são amplamente comunicados ao pessoal do hospital.	0	1	2	3	4	5
76. O hospital faz um bom trabalho de avaliação da satisfação dos médicos com os serviços hospitalares/em relação aos serviços hospitalares.	0	1	2	3	4	5
77. O hospital utiliza os dados sobre as expectativas e/ou satisfação do cliente ao planejar novos serviços.	0	1	2	3	4	5
78. O hospital faz um bom trabalho de avaliação da satisfação dos funcionários com os serviços prestados por outros	0	1	2	3	4	5

departamentos.						
----------------	--	--	--	--	--	--

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

ACREDITAÇÃO

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
79. Durante a preparação para a última avaliação, foram realizadas alterações na organização do serviço.	0	1	2	3	4	5
80. Você participou da implementação dessas mudanças.	0	1	2	3	4	5
81. Você tomou conhecimento a respeito das recomendações feitas ao hospital durante a realização da última avaliação.	0	1	2	3	4	5
82. Estas recomendações foram importantes para implementar mudanças no hospital.						

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

BENEFÍCIOS DA ACREDITAÇÃO

	Não entendi nada	Entendi só um pouco	Entendi mais ou menos	Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas	Entendi quase tudo	Entendi perfeitamente e não tive dúvidas
83. A acreditação possibilita a melhoria do cuidado aos pacientes.	0	1	2	3	4	5
84. A acreditação possibilita a motivação do pessoal e incentiva o trabalho em equipe e a colaboração.	0	1	2	3	4	5
85. A acreditação possibilita o desenvolvimento de valores compartilhados por todos os profissionais do hospital.	0	1	2	3	4	5
86. A acreditação permite que o hospital utilize melhor seus recursos internos (ex: finanças,	0	1	2	3	4	5

peças, tempo e equipamentos).						
87. A acreditação possibilita que o hospital responda melhor às necessidades da população.	0	1	2	3	4	5
88. A acreditação possibilita que o hospital responda melhor a seus parceiros (outros serviços de saúde.)	0	1	2	3	4	5
89. A acreditação é uma ferramenta valiosa para o hospital implementar mudanças.	0	1	2	3	4	5
90. A participação do hospital na acreditação possibilita que este seja mais responsivo quando mudanças estão por ser implementadas.	0	1	2	3	4	5

ALGUMA SUGESTÃO DE MELHORIA?

SEÇÃO C – INFORMAÇÕES GERAIS

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

1. Data nascimento: _____

2. Há quanto tempo você trabalha ou presta serviços neste hospital? (Circule um número)

- Menos do que um ano 1
 Um a dois anos 2
 Dois a cinco anos 3
 Cinco a dez anos 4
 Dez anos ou mais 5

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

4. Qual é o seu cargo e função neste hospital?

5. Em qual setor trabalha atualmente?

6. Você é um membro do departamento de garantia de qualidade ou de melhoria de qualidade (ou de um órgão equivalente)?

Não _____

Sim _____ Especifique: _____

APÊNDICE D

VERSÃO ADAPTADA DO QIIS E SUBESCALAS DO PHSA (Após análise Psicométrica)

Título: PESQUISA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORIA DA QUALIDADE

SEÇÃO A - CULTURA HOSPITALAR

Instruções:

Estas perguntas referem-se ao tipo de hospital que a sua instituição mais se parece. Cada um destes itens contém quatro descrições de hospitais. Por favor, distribua 100 (cem) pontos entre as 4 (quatro) descrições dependendo do quanto se assemelha ao seu hospital. Nenhuma das descrições é melhor do que a outra. Elas são apenas diferentes. Para cada questão, por favor, use todos os 100 pontos.

Por exemplo: Na questão 1, se o Hospital **A** parece muito similar ao meu, o **B** parece um pouco similar, e **C** e **D** não tem semelhança alguma, eu poderia dar 70 pontos para o **A** e os 30 restantes para **B**.

AMBIENTE HOSPITALAR (Por favor, distribua 100 pontos)

1. _____ Hospital **A** é um local com ambiente bem familiar. Parece muito uma extensão da família. As pessoas parecem compartilhar muito sobre si mesmas.
2. _____ Hospital **B** é um local muito dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a aceitar os riscos.
3. _____ Hospital **C** é um lugar bem formalizado e estruturado. Procedimentos burocráticos geralmente regem aquilo que as pessoas fazem.
4. _____ Hospital **D** é voltado para produção. Uma grande preocupação é fazer o trabalho. As pessoas não estão pessoalmente envolvidas.

GERENCIAMENTO DO HOSPITAL (Por favor, distribua 100 pontos)

5. _____ Os gerentes do Hospital **A** são amistosos e cuidadosos. Eles buscam desenvolver o pleno potencial dos funcionários e agem como seus orientadores ou guias.
6. _____ Os gerentes do Hospital **B** assumem riscos. Eles encorajam os funcionários a assumirem riscos e serem inovadores.
7. _____ Os gerentes no Hospital **C** reforçam o cumprimento das regras/normas. Eles esperam que os funcionários sigam as regras, políticas e procedimentos estabelecidos.

COESÃO DA EQUIPE (Por favor, distribua 100 pontos)

8. _____ O que mantém o Hospital **A** unido é a lealdade e a tradição. O comprometimento com o hospital é alto.
9. _____ O que mantém o Hospital **C** unido são as regras formais e políticas. Manter o funcionamento harmonioso da operação é importante aqui.
10. _____ O que mantém o Hospital **D** unido são as regras formais e políticas. Manter o funcionamento harmonioso da operação é importante aqui.

ÊNFASE DO HOSPITAL (Por favor, distribua 100 pontos)

11. _____ O Hospital **A** prioriza os recursos humanos. A alta coesão e a confiança na organização são importantes.
12. _____ O hospital **B** prioriza o crescimento e a aquisição de novos recursos. Prontidão para enfrentar novos desafios é importante.
13. _____ O Hospital **D** prioriza ações competitivas e de sucesso. Metas mensuráveis são importantes.

SEÇÃO B

LIDERANÇA

	<u>Discordo Totalmente</u>	<u>Discordo</u>	<u>Não Discordo, Nem Concordo</u>	<u>Concordo</u>	<u>Concordo Totalmente</u>	<u>Não Sei</u>
14. A alta direção demonstra liderança altamente visível na manutenção de ambiente que encoraja a melhoria da qualidade.	1	2	3	4	5	9
15. A alta direção participa de forma consistente das atividades para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	1	2	3	4	5	9
16. Alta direção articula uma visão clara para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	1	2	3	4	5	9
17. Alta direção demonstra habilidade em gerenciar as mudanças (exemplo: organizacionais, tecnológicas) necessárias para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	1	2	3	4	5	9
18. A alta direção age de acordo com as sugestões feitas para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	1	2	3	4	5	9
19. A alta direção tem amplo entendimento sobre como melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.	1	2	3	4	5	9
20. A alta direção passa confiança de que os esforços para melhorar a qualidade serão bem sucedidos.	1	2	3	4	5	9
21. A alta direção busca informações sobre necessidades e sugestões para a melhoria da qualidade diretamente de clientes externos (exemplo: pacientes, familiares e fontes pagadoras).	1	2	3	4	5	9

INFORMAÇÃO E ANÁLISE

22. O hospital utiliza uma grande variedade de dados e informações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços para fazer melhorias.	1	2	3	4	5	9
23. O hospital tenta melhorar continuamente o modo como usa/utiliza os dados e a informação sobre a qualidade do cuidado e dos serviços.	1	2	3	4	5	9
24. O hospital tenta melhorar continuamente a acurácia e a						

	<u>Discordo Totalmente</u>	<u>Discordo</u>	<u>Não Discordo, Nem Concordo</u>	<u>Concordo</u>	<u>Concordo Totalmente</u>	<u>Não Sei</u>
	1	2	3	4	5	9
relevância de seus dados sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados.						
25. O hospital tenta continuamente melhorar e atualizar seus dados sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados.	1	2	3	4	5	9
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE QUALIDADE						
26. Os funcionários do hospital dispõem de tempo suficiente para planejar e testar melhorias	1	2	3	4	5	9
27. Cada departamento e grupo de trabalho dentro deste hospital mantêm metas específicas para melhorar a qualidade.	1	2	3	4	5	9
28. As metas de melhoria da qualidade do hospital são conhecidas por toda a organização.	1	2	3	4	5	9
29. Os funcionários do hospital são envolvidos no desenvolvimento de planos para melhorar a qualidade.	1	2	3	4	5	9
UTILIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS						
30. Os funcionários do hospital são recompensados e reconhecidos (ex: financeiramente e/ou de outra maneira) por melhorar a qualidade.	1	2	3	4	5	9
31. A cooperação interdepartamental para melhorar a qualidade dos serviços é apoiada e incentivada.	1	2	3	4	5	9
32. Os funcionários do hospital têm a autoridade para corrigir os problemas na sua área quando os padrões de qualidade não estão sendo atingidos.	1	2	3	4	5	9
33. Os funcionários do hospital são apoiados quando assumem riscos necessários para melhorar a qualidade.	1	2	3	4	5	9
34. O hospital tem um sistema efetivo para que os funcionários façam sugestões à gerência sobre como melhorar a qualidade.	1	2	3	4	5	9
GESTÃO DA QUALIDADE						
35. A equipe da gestão da qualidade coordena de forma efetiva seus esforços com os demais para melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços que o hospital provê.	1	2	3	4	5	9
36. O hospital tem políticas efetivas para apoiar / estimular a melhoria da qualidade do cuidado e dos serviços.	1	2	3	4	5	9
37. O hospital trabalha próximo aos fornecedores para melhorar a qualidade dos seus produtos e serviços.	1	2	3	4	5	9
38. O hospital tenta planejar a qualidade nos novos serviços à medida que eles estão sendo desenvolvidos.	1	2	3	4	5	9
39. Os serviços que o hospital oferece são minuciosamente testados	1	2	3	4	5	9

	<u>Discordo Totalmente</u>		<u>Discordo</u>	<u>Não Discordo, Nem</u>	<u>Concordo</u>	<u>Concordo Totalmente</u>	<u>Não Sei</u>
quanto à qualidade antes de serem implementados.	1	2	3	4	5	9	
40. O hospital vê a gestão da qualidade como uma forma contínua de melhorar.	1	2	3	4	5	9	
41. O hospital incentiva os funcionários a manter os registros da mensuração da qualidade.	1	2	3	4	5	9	

RESULTADOS DA QUALIDADE

42. O hospital tem feito um bom trabalho ao simplificar como o cuidado e os serviços são prestados.	1	2	3	4	5	9	
43. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade do cuidado prestado a pacientes clínicos, cirúrgicos e obstétricos.	1	2	3	4	5	9	
44. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade dos serviços prestados pelos departamentos de apoio clínico, tais como o laboratório, a farmácia e a radiologia.	1	2	3	4	5	9	
45. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis na qualidade dos serviços prestados áreas de apoio, tais como contabilidade, faturamento, recursos humanos e marketing.	1	2	3	4	5	9	
46. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado melhorias estáveis e mensuráveis nos resultados relacionados à satisfação do paciente.	1	2	3	4	5	9	
47. Ao longo dos últimos anos, o hospital tem mostrado redução estável e mensurável dos custos, com manutenção ou melhoria da qualidade.	1	2	3	4	5	9	

SATISFAÇÃO DO CLIENTE

48. O hospital faz um bom trabalho de avaliação das necessidades e expectativas atuais dos pacientes.	1	2	3	4	5	9	
49. O hospital faz um bom trabalho de avaliação das necessidades e expectativas futuras do paciente.	1	2	3	4	5	9	
50. Os funcionários do hospital resolvem prontamente as reclamações dos pacientes.	1	2	3	4	5	9	
51. As reclamações dos pacientes são estudadas para identificar							

padrões e evitar a recorrência dos mesmos problemas.	1	2	3	4	5	9
52. Dados sobre a satisfação do paciente são amplamente divulgados ao pessoal do hospital.	1	2	3	4	5	9
53. O hospital utiliza os dados sobre as expectativas e/ou satisfação do cliente ao planejar novos serviços.	1	2	3	4	5	9
54. O hospital faz um bom trabalho de avaliação da satisfação dos funcionários com os serviços prestados por outros funcionários e departamentos.	1	2	3	4	5	9

ACREDITAÇÃO

55. Durante a preparação para a última visita de acreditação, importantes mudanças foram implementadas no hospital.	1	2	3	4	5	9
56. Você participou da implementação dessas mudanças.	1	2	3	4	5	9
57. Você tomou conhecimento a respeito das recomendações feitas ao hospital durante a realização da última visita de acreditação.	1	2	3	4	5	9
58. Estas recomendações foram importantes pra implementar mudanças no hospital.	1	2	3	4	5	9

BENEFÍCIOS DA ACREDITAÇÃO

59. A acreditação possibilita a motivação do pessoal e incentiva o trabalho em equipe e a colaboração.	1	2	3	4	5	9
60. A acreditação possibilita o desenvolvimento de valores compartilhados por todos os profissionais do hospital.	1	2	3	4	5	9
61. A acreditação permite que o hospital utilize melhor seus recursos internos (ex: finanças, pessoas, tempo e equipamentos).	1	2	3	4	5	9
62. A acreditação possibilita que o hospital responda melhor às necessidades da população.	1	2	3	4	5	9
63. A acreditação é uma ferramenta valiosa para o hospital implementar mudanças.	1	2	3	4	5	9
64. A participação do hospital na acreditação possibilita que este seja mais ágil quando as mudanças devem ser implementadas .	1	2	3	4	5	9

ANEXOS

ANEXO A

QUALITY IMPROVEMENT IMPLEMENTATION SURVEY

CONDUCTED BY:

Health Policy and Management, School of Public Health, University of California, Berkeley

YOUR RESPONSES TO THIS SURVEY ARE CONFIDENTIAL

Individual respondents will not be identified by name in any analyses or reports. Responses will be aggregated and reported as summary statistics only. The number printed on the survey is for purposes of questionnaire follow-up only.

YOUR ASSISTANCE IS VERY MUCH APPRECIATED.

HOSPITAL CULTURE

Instructions:

These questions relate to the type of hospital that your institution is most like. Each of these items contains four descriptions of hospitals. Please distribute 100 points among the four descriptions depending on how similar the description is to your hospital. None of the descriptions is any better than the others; they are just different. For each question, please use all 100 points.

For example: In question 1, if Hospital A seems very similar to mine, B seems somewhat similar, and C and D do not seem similar at all, I might give 70 points to A and the remaining 30 points to B.

Hospital Character (Please distribute 100 points)

1. _____ Hospital A is a very personal place. It is a lot like an extended family. People seem to share a lot of themselves.
2. _____ Hospital B is a very dynamic and entrepreneurial place. People are willing to stick their necks out and take risks.
3. _____ Hospital C is a very formalized and structured place. Bureaucratic procedures generally govern what people do.
4. _____ Hospital D is very production oriented. A major concern is with getting the job done. People aren't very personally involved.

Hospital's Managers (Please distribute 100 points)

5. _____ Managers in Hospital A are warm and caring. They seek to develop employees' full potential and act as their mentors or guides.
6. _____ Managers in Hospital B are risk-takers. They encourage employees to take risks and be innovative.
7. _____ Managers in Hospital C are rule-enforcers. They expect employees to follow established rules, policies, and procedures.
8. _____ Managers in Hospital D are coordinators and coaches. They help employees meet the hospital's goals and objectives.

Hospital Cohesion (Please distribute 100 points)

9. _____ The glue that holds Hospital A together is loyalty and tradition. Commitment to this hospital runs high.
10. _____ The glue that holds Hospital B together is commitment to innovation and development. There is an emphasis on being first.
11. _____ The glue that holds Hospital C together is formal rules and policies. Maintaining a smooth running operation is important here.
12. _____ The glue that holds Hospital D together is the emphasis on tasks and goal accomplishment. A production orientation is commonly shared.

Hospital Emphases (Please distribute 100 points)

13. _____ Hospital A emphasizes human resources. High cohesion and morale in the organization are important.
14. _____ Hospital B emphasizes growth and acquiring new resources. Readiness to meet new challenges is important.
15. _____ Hospital C emphasizes permanence and stability. Efficient, smooth operations are important.
16. _____ Hospital D emphasizes competitive actions and achievement. Measurable goals are important.

Hospital Rewards (Please distribute 100 points)

17. _____ Hospital A distributes its rewards fairly equally among its members. It's important that everyone from top to bottom be treated as equally as possible.
18. _____ Hospital B distributes its rewards based on individual initiative. Those with innovative ideas and actions are most rewarded.
19. _____ Hospital C distributes rewards based on rank. The higher you are, the more you get.
20. _____ Hospital D distributes rewards based on the achievement of objectives. Individuals who provide leadership and contribute to attaining the hospital's goals are rewarded.

INSTRUCTIONS

In this section you are asked to assess your hospital's efforts to improve the quality of care and services it provides. Please read each statement carefully. Indicate the extent to which you agree or disagree that the statement characterizes your hospital by circling the appropriate response (1 = Strongly Disagree, 5 = Strongly Agree). In answering the questions, you should think about what the hospital is **actually like now**, not how you think it might be in the future or how you might wish it to be.

RESPONSE CATEGORIES

In circling a response, please keep in mind the following general guidelines regarding the choices of response categories. You should circle **Strongly Agree** when, for example, the statement represents a completely accurate description of your hospital. You should circle **Strongly Disagree** when the description is completely inaccurate. The response **Neither Agree Nor Disagree** should be circled when, based upon your experience, you believe the statement is neither a particularly accurate nor a particularly inaccurate description of your hospital. This situation may arise because there is wide variation in the activities the statement describes. For example, you might circle neither agree nor disagree when the statement is true of some departments but not of others. If you do not have enough information to answer a question, please circle "**Don't Know**."

GLOSSARY/SPECIAL INSTRUCTIONS

Hospital: In responding to questions that ask you to make a global judgment about the "hospital," please respond based upon your knowledge and experience of the department or area in which you are currently employed, the other departments or areas you come in contact within the course of doing your job, and the information you have on the hospital as a whole.

Quality of Care and Services: Throughout the survey you are asked to make judgments about the "quality of care and services provided." In these questions, "quality of care and services" refers to how well the hospital performs the many activities and functions involved in patient care.

Senior Executives: The term "quality of care and services" is not limited to the technical quality of care provided to patients; "quality of care and services" is a broader, more general category that includes not only the technical quality of care, but also includes how well patient service needs are met.

Middle Managers: In general, the senior executives have the overall responsibility for hospital operation and administration. President (CEO, administrator), senior or other vice presidents, chair or vice chairs of nursing, and medical director are some of the titles held by people who occupy senior executive positions. In some hospitals, these employees have the title of associate administrator.

Middle managers include department heads and first line supervisors that are not a part of the senior executive staff.

		<u>STRONGLY DISAGREE</u>	<u>DISAGREE</u>	<u>NEITHER DISAGREE NOR AGREE</u>	<u>AGREE</u>	<u>STRONGLY AGREE</u>	<u>DON'T KNOW</u>
LEADERSHIP							
21.	The senior executives provide highly visible leadership in maintaining an environment that supports quality improvement.	1	2	3	4	5	9
22.	The CEO/Administrator is a primary driving force behind quality improvement efforts.	1	2	3	4	5	9
23.	The senior executives allocate adequate organizational resources (e.g., finances, people, time, and equipment) to improving quality.	1	2	3	4	5	9
24.	The senior executives consistently participate in activities to improve the quality of care and services.	1	2	3	4	5	9
25.	The senior executives have articulated a clear vision for improving the quality of care and services.	1	2	3	4	5	9
26.	The senior executives have demonstrated an ability to manage the changes (e.g., organizational, technological) needed to improve the quality of care and services.	1	2	3	4	5	9
27.	The senior executives act on suggestions to improve the quality of care and services.	1	2	3	4	5	9
28.	The physician leadership is personally involved in quality improvement efforts.	1	2	3	4	5	9
29.	The senior executives have a thorough understanding of how to improve the quality of care and services.	1	2	3	4	5	9
30.	The senior executives generate confidence that efforts to improve quality will succeed.	1	2	3	4	5	9
31.	Senior executives seek information on needs and suggestions for quality improvement directly from external customers (e.g., patients, families, and payers).	1	2	3	4	5	9

INFORMATION AND ANALYSIS

32.	The hospital collects a wide range of data and information about the quality of care and services.	1	2	3	4	5	9
33.	The hospital uses a wide range of data and information about the quality of care and services to make improvements.	1	2	3	4	5	9
34.	The hospital continually tries to improve how it uses data and information on the quality of care and services.	1	2	3	4	5	9
35.	The hospital continually tries to improve the accuracy and relevance of its data on the quality of care and services provided.	1	2	3	4	5	9

		<u>STRONGLY DISAGREE</u>	<u>DISAGREE</u>	<u>NEITHER DISAGREE NOR AGREE</u>	<u>AGREE</u>	<u>STRONGLY AGREE</u>	<u>DON'T KNOW</u>
36.	The hospital continually tries to improve the timeliness of its data on the quality of care and services provided.	1	2	3	4	5	9
37.	Hospital employees are actively involved in determining what data are collected for the purpose of improving the quality of care and services.	1	2	3	4	5	9
38.	The hospital compares its data to data on the quality of care and services at other hospitals.	1	2	3	4	5	9
STRATEGIC QUALITY PLANNING							
39.	Hospital employees are given adequate time to plan for and test improvements.	1	2	3	4	5	9
40.	Each department and work group within this hospital maintains specific goals to improve quality.	1	2	3	4	5	9
41.	The hospital's quality improvement goals are known throughout the organization.	1	2	3	4	5	9
42.	Hospital employees are involved in developing plans for improving quality.	1	2	3	4	5	9
43.	Middle managers (e.g., department heads, program directors, and first line supervisors) are playing a key role in setting priorities for quality improvement.	1	2	3	4	5	9
44.	External customers are playing a key role in setting priorities for quality improvement.	1	2	3	4	5	9
45.	Non-managerial employees are playing a key role in setting priorities for quality improvement.	1	2	3	4	5	9
HUMAN RESOURCE UTILIZATION							
46.	Hospital employees are given education and training in how to identify and act on quality improvement opportunities.	1	2	3	4	5	9
47.	Hospital employees are given education and training in statistical and other quantitative methods that support quality improvement.	1	2	3	4	5	9
48.	Hospital employees are given the needed education and training to improve job skills and performance.	1	2	3	4	5	9
49.	Hospital employees are rewarded and recognized (e.g., financially and/or otherwise) for improving quality.	1	2	3	4	5	9
50.	Inter-departmental cooperation to improve the quality of services is supported and encouraged.	1	2	3	4	5	9

		<u>STRONGLY DISAGREE</u>	<u>DISAGREE</u>	<u>NEITHER DISAGREE NOR AGREE</u>	<u>AGREE</u>	<u>STRONGLY AGREE</u>	<u>DON'T KNOW</u>
51.	Hospital employees have the authority to correct problems in their area when quality standards are not being met.	1	2	3	4	5	9
52.	Hospital employees are supported when they take necessary risks to improve quality.	1	2	3	4	5	9
53.	The hospital has an effective system for employees to make suggestions to management on how to improve quality.	1	2	3	4	5	9

QUALITY MANAGEMENT

54.	The hospital regularly checks equipment and supplies to make sure they meet quality requirements.	1	2	3	4	5	9
55.	The quality assurance staff effectively coordinate their efforts with others to improve the quality of care and services the hospital provides.	1	2	3	4	5	9
56.	Data from suppliers are used when developing the hospital's plan to improve quality.	1	2	3	4	5	9
57.	The hospital has effective policies to support improving the quality of care and services.	1	2	3	4	5	9
58.	The hospital works closely with suppliers to improve the quality of their products and services.	1	2	3	4	5	9
59.	The hospital tries to design quality into new services as they are being developed.	1	2	3	4	5	9
60.	The services which the hospital provides are thoroughly tested for quality before they are implemented.	1	2	3	4	5	9
61.	The hospital views quality assurance as a continuing search for ways to improve.	1	2	3	4	5	9
62.	The hospital encourages employees to keep records of quality measurements.	1	2	3	4	5	9

QUALITY RESULTS

63.	The hospital has done a good job documenting that changes made in providing services have produced the intended results.	1	2	3	4	5	9
64.	The hospital has done a good job of simplifying how care and services are provided.	1	2	3	4	5	9
65.	Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in the quality of care provided to medical, surgical and obstetric patients.	1	2	3	4	5	9

66.	Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in the quality of services provided by clinical support departments such as laboratory, pharmacy, and radiology.	1	2	3	4	5	9
67.	Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in the quality of services provided by support areas such as accounting, billing, human resources, and marketing.	1	2	3	4	5	9
68.	Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in patient satisfaction results.	1	2	3	4	5	9
69.	Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable cost reduction while maintaining or improving quality.	1	2	3	4	5	9

CUSTOMER SATISFACTION

70.	The hospital does a good job of assessing current patient needs and expectations.	1	2	3	4	5	9
71.	The hospital does a good job of assessing future patient needs and expectations.	1	2	3	4	5	9
72.	Hospital employees promptly resolve patient complaints.	1	2	3	4	5	9
73.	Patients' complaints are studied to identify patterns and prevent the same problems from recurring.	1	2	3	4	5	9
74.	The hospital uses data from patients to improve services.	1	2	3	4	5	9
75.	Data on patient satisfaction are widely communicated to hospital staff.	1	2	3	4	5	9
76.	The hospital does a good job of assessing physician satisfaction with hospital services.	1	2	3	4	5	9
77.	The hospital uses data on customer expectations and/or satisfaction when designing new services.	1	2	3	4	5	9
78.	The hospital does a good job of assessing employee satisfaction with services provided by other employees and departments.	1	2	3	4	5	9

ANEXO B – Nota de esclarecimento sobre a nomenclatura do QIIS

Graziela Caldana <graziela.caldana@usp.br>

Quality Improvement Implementation Survey

Stephen SHORTELL

<pramsay@berkeley.edu>

To: Graziela Caldana <graziela.caldana@usp.br>

Hi Graziela

Regarding the "QIIS 1", Dr. Shortell says that there was an instrument developed with this name, but was never used. It was simply a template used for development of the QIIS 2. So, you can safely ignore any reference to QIIS 1 in your research.

Best ,

Patricia Ramsay, MPH Administrative Director Center for Healthcare Organizational and Innovation Research (CHOIR) University of California, Berkeley School of Public Health
50 University Hall, MC 7360 Berkeley, CA 94720 ph: (510)643-8063 email:
pramsay@berkeley.edu

ANEXO C – Subescalas utilizadas no estudo de El-Jardali (2008)

QUESTIONS USED IN DATA COLLECTION

Questions in all scales are rated on a five-point Likert Scale (1, strongly disagree; 5, strongly agree)

Section B from Quality Improvement Implementation Survey - ADAPTED

Quality results

- (i) Over the past 4 years, the hospital has shown steady, measurable improvements in the quality of customer satisfaction.
- (ii) Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in the quality of services provided by the administration (finance, human resources, etc.)
- (iii) Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in the quality of care provided to patients (e.g. medical, surgical, obstetric and paediatric patients).
- (iv) Over the past few years, the hospital has shown steady, measurable improvements in the quality of services provided by clinical support departments such as laboratory, pharmacy, and radiology.
- (v) Over the past few years, the hospital has maintained a high quality health services despite financial constraints.

Leadership, commitment and support

- (i) Senior hospital executives provide highly visible leadership in maintaining an environment that supports quality improvement.
- (ii) The top management is a primary driving force behind quality improvement efforts.
- (iii) Senior hospital executives allocate available hospital resources (e.g. finances, people, time, and equipment) to improving quality.
- (iv) Senior hospital executives consistently participate in activities to improve the quality of care and services.
- (v) Senior hospital executives have articulated a clear vision for improving the quality of care and services.
- (vi) Senior hospital executives have demonstrated an ability to manage the changes (e.g. organizational, technological) needed to improve the quality of care and services.
- (vii) Senior hospital executives have started to act on suggestions to improve the quality of care and services.
- (viii) Based on the accreditation results, senior hospital executives have a thorough understanding of how to improve the quality of care and services.
- (ix) Senior hospital executives generate confidence that efforts to improve quality will succeed.

Strategic quality planning

- (i) Nurses are given adequate time to plan for and test quality improvements.
- (ii) Each department and work group within this hospital maintains specific goals to improve quality.
- (iii) The hospital's quality improvement goals are known throughout your unit.
- (iv) Nurses are involved in developing plans for improving quality.
- (v) Middle managers (e.g. Nurse heads, Director of Nursing or Clinical specialist) play a key role in setting priorities for quality improvement.
- (vi) Patients' expectations about quality play a key role in setting priorities for quality improvement.
- (vii) Nurses play a key role in setting priorities for quality improvement through representation in

the hospital's organizational chart.

Human resources utilization

(i) Education and Training Subscale

- (a) Nurses are given education and training in how to identify and act on quality improvement opportunities based on recommendations from accreditation surveys
- (b) Nurses are given continuous education and training in methods that support quality improvement.
- (c) Nurses are given the needed education and training (through nursing education programs) to improve job skills and performance.

(ii) Rewards and recognition subscale

- (a) Nurses are rewarded and recognized (e.g. financially and/or otherwise) for improving quality.
- (b) Inter-departmental cooperation to improve the quality of services is supported and encouraged.
- (c) The hospital has an effective system for nurses to make suggestions to management on how to improve quality.

Quality management

- (i) The hospital regularly checks equipment and supplies to make sure they meet quality requirements.
- (ii) The hospital has effective policies to support improving the quality of care and services (example: Five Rights Principle in Drug Administration).
- (iii) The hospital tries to design quality into new services as they are being developed.
- (iv) The services that the hospital provides are thoroughly tested for quality before they are implemented.
- (v) The hospital views quality assurance as a continuing search for ways to improve.
- (vi) The hospital encourages nurses to keep records of quality problems through documentation.

Use of data

- (i) The hospital does a good job of assessing current patient needs and expectations.
- (ii) The hospital does a good job of assessing future patient needs and expectations.
- (iii) Nurses promptly resolve patient complaints.
- (iv) Patients' complaints are studied to identify patterns and learn from them to prevent the same problems from recurring.
- (v) The hospital uses data from patients to improve services.
- (vi) Data on patient satisfaction are widely communicated to hospital staff.
- (vii) The hospital uses data on patient expectations and/ or satisfaction when designing new services.

PREPARATION OF HEALTH CARE SERVICES FOR ACCREDITATION - ADAPTED

Accreditation

Staff involvement

- (i) During the preparation for the last survey, important changes were implemented at the hospital.
- (ii) You participated in the implementation of these changes.
- (iii) You learned of the recommendations made to your hospital since the last survey (if it's the case).
- (iv) These recommendations were an opportunity to implement important changes at the hospital.
- (v) You participated in the changes that resulted from accreditation recommendations.

Benefits of accreditation

- (i) Accreditation enables the improvement of patient care.
- (ii) Accreditation enables the motivation of staff and encourages team work and collaboration.
- (iii) Accreditation enables the development of values shared by all professionals at the hospital.

- (iv) Accreditation enables the hospital to better use its internal resources (e.g. finances, people, time, and equipment).
- (v) Accreditation enables the hospital to better respond to the populations needs.
- (vi) Accreditation enables the hospital to better respond to its partners (other hospitals, diverse hospitals, private clinics, etc.)
- (vii) Accreditation contributes to the development of collaboration with partners in the health care system.
- (viii) Accreditation is a valuable tool for the hospital to implement changes.
- (ix) The hospital's participation in accreditation enables it to be more responsive when changes are to be implemente

ANEXO D – Permissão para a adaptação e validação do QIIS

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY

Stephen M. Shortell, Ph.D.
Dean and Blue Cross of California Distinguished
Professor of Health Policy and Management417E University Hall (office)
50 University Hall (mail)
Berkeley, California 94720-7360
910 642-2082 Fax 910 643-6056
Email: shortell@berkeley.eduSchool of Public Health

November 7, 2012

Carmen Silvia Gabriel
University of Sao Paulo
Sao Paulo, Brazil

Dear Dr. Gabriel,

I am writing in response to your request for permission to use the Quality Improvement Implementation Survey. This letter should serve as formal indication that you have our permission to use the instrument for research/not-for-profit purposes as long as it is cited in any publications and written materials that may result from your research. The citations for this survey are:

Part I. Culture: Quinn, R.E., and J.R. Kimberly. 1984. "Paradox, Planning, and Perseverance: Guidelines for Managerial Practice." in Managing Organization Transitions, edited by J.R. Kimberly and R.E. Quinn. 295-313. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Part II. Baldrige Implementation: Instrument developed by S.M. Shortell et al, 1995. "Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation." Health Services Research, 30:2 (June 1995), 377-401.

You may adapt the instrument to fit your needs.

If you have any questions, please call Patty Ramsay at 510/643-8063. Her e-mail address is: pramsay@berkeley.edu.

We would be very interested in learning of the results of your research.

Sincerely,

Stephen M. Shortell

Stephen M. Shortell, Ph.D.

ANEXO E – Permissão para a adaptação e validação das subescalas do Preparation of Health Services for Accreditation

Department of Health Management and Policy
الكلية الصحية
Faculty of Health Sciences

From: Fadi El-Jardali, MPH, PhD Department of Health Management and Policy

Faculty of Health Sciences American University of Beirut

Subject: Permission

TO WHO IT MAY CONCERN :

January 4th, 2014

I, Dr Fadi El-Jardali, Associate Professor, at the Department of Health Management and Policy at the American University of Beirut, hereby, authorize Mrs Graziela Caldana and Mrs Carmen Silvia Gabriel to translate, adapt and use the questionnaire that I have developed to measure the impact of hospital accreditation on quality of care and also have the English version available.

Sincerely,

Fadi El-Jardali, MPH, PhD Department of Health Management and Policy Faculty of Health Sciences American University of Beirut

ANEXO F - Permissão para o uso do Preparation D'um Santé A l'accréditation

École de Santé Publique
Département d'Administration de la santé

Montreal, November 11, 2013

TO WHO IT MAY CONCERN :

I, Dr Marie-Pascale Pomey, Associate Professor, at the Department of Health Administration of the University of Montreal, hereby, authorize Mrs Graziela Caldana and Mrs Carmen Silvia Gabriel to translate, adapt and use the three questionnaires that I have developed to measure the **Caractéristiques de la population hospitalière** within my PhD Thesis (2002) entitled « **La préparation à l'accréditation : un outil de changement organisationnel?** »

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Pomey'.

Dr Marie-Pascale Pomey, MD, Msc, PhD
Associate Professor
Director of QUEOPS-i Program
Department of Health Administration School of Public Health
University of Montréal Tél.: (514) 343-6111 poste 1364
télécopieur: 514-343-2448

ANEXO G – Aprovação do Comitê Ético

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE.

Pesquisador: Graziela Caldana

Versão: 7

CAAE: 25041213.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 075160/2017

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Informamos que o projeto ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE, que tem como pesquisador responsável Graziela Caldana, foi recebido para análise ética no CEP USP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP em 06/07/2017 às 16:53.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO H – Devolutiva sobre a versão R12

Graziela Caldana <graziela.caldana@usp.br>

Subject: Survey Back Translation

Stephen SHORTELL <shortell@berkeley.edu>

To: graziela.caldana@usp.br Cc: Patricia Ramsay <pramsay@berkeley.edu>

Mon, Jul 10, 2015 at 8:10 PM

Hi Graziela:

Just a few changes to make if you can on the back translation. See attached. I look forward to receiving a copy of the eventual findings of your study.

Best Steve Shortell

--

Stephen M. Shortell, PhD, MBA, MPH Blue Cross of California Distinguished Professor of Health Policy and Management Director, Center for Healthcare Organizational and Innovation Research (CHOIR) Dean Emeritus, School of Public Health Professor of Organization Behavior, Haas School of Business UC-Berkeley
"Healthy Lives In A Safer World"

Attched: RETROTRADUÇÃO_Portugues-Ing-1SS.docx

ANEXO I – Autorização para coleta de dados - Hospital 1

DECLARAÇÃO

Pelo presente instrumento declaramos que foi aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Estadual Sumaré o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **"Modelos de Avaliação de Resultados do Programa de Acreditação Hospitalar."** de **Graziela Caldana**.

Na oportunidade, renovamos nossos laços de elevada estima e consideração.

Sumaré, 02 de dezembro de 2013.

Cordialmente,

Dra. Dulce Maria Toledo Zanardi,
Centro de Ensino e Pesquisa
Hospital Estadual Sumaré.

ANEXO J – Autorização para coleta de dados - Hospitais 2,3 e 4

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

O Hospital São Camilo - Pompéia na condição de instituição Co-participante do estudo autoriza a coleta de dados referente ao projeto de pesquisa intitulado: **"Modelo de avaliação de resultados do programa de acreditação hospitalar."** de responsabilidade da pesquisadora Graziela Caldana vinculado ao Hospital São Camilo.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutado, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Dr. Fábio Luís Peterlin
Dir. Práticas Assistenciais
CRM. 54.289
Rede de Hosp. São Camilo - SP.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

DATA 14 / 11 / 2013

Instituto de Ensino e Pesquisa São Camilo
Av. Pompéia, 1126 - Pompéia
São Paulo - SP - CEP.: 05022-001
tel.: (11) 3677-4405 - iep@saocamilo.com
www.saocamilo.com

ANEXO K – Autorização para coleta de dados - Hospital 5

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Integração Cultural e Validação de Instrumentos de Avaliação de Resultados do Programa de Melhoria da Qualidade

Pesquisador Responsável: Lucilema Frangolin

Orientador Responsável / Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE JOSEMOSSO PRETO - Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel

Data da Versão:
27/09/2016

Cadastro: 27/09/2016

Data do Parecer:

05/10/2016

Sumário do Projeto: Entende-se que ainda não está claro como o processo de acreditação afeta serviços de saúde ou os resultados de sua assistência para a equipe de saúde, pacientes, famílias, comunidade e sociedade. O presente estudo tem como objeto de investigação o programa de acreditação hospitalar, tendo como referencial teórico a prática da qualidade.

Objetivos do Projeto: Adaptar culturalmente e validar um questionário para a avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade.

Aspectos relevantes para avaliação	SITUAÇÃO		
	ADOÇÃO	NÃO ADOÇÃO	NÃO SE APLICA
Título	X		
Local de Realização	X		
Outras instituições envolvidas - Sim	X		
Introdução	X		
Objetivos	X		
Método - Quantitativo	X		
Tipo de projeto - Não experimental	X		
Participantes pertencentes a grupos especiais - Sim	X		
Seleção equitativa dos indivíduos participantes			X
Critérios de inclusão e exclusão	X		
Monitoramento da segurança e dados -	X		
Utilização e Armazenamento de material biológico			X
Instrumentos de coleta de dados	X		
Avaliação dos dados	X		
Privacidade e confidencialidade	X		
Termo de Consentimento	X		
Cronograma			
Data de início prevista - Outubro / 16	X		
Data de término prevista - Dezembro / 16	X		
Solista recursos à instituição			X
Referências Bibliográficas	X		

Recomendação: DEFERIDO (X) INDEFERIDO ()

Comentários Gerais sobre o Projeto: Procedido: Toda a equipe assistencial (ex: Médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos) e funcionários das áreas administrativas. Critérios de exclusão: Profissionais terceirizados e /ou admitidos na instituição há menos de um ano por entender-se que podem ainda não ter uma vivência do programa de acreditação hospitalar.

Quanto a próxima para a aplicação, será disponibilizado a versão online, que pode ficar disponível no site do hospital ou encaminhada via e-mail.

A versão impressa será fornecida caso o participante (ou a instituição) opte por essa via.

Cuma a pesquisadora pretende alcançar o máximo de funcionários, também divulgará a pesquisa em todos os setores autorizados.

OBS: Solicitamos a pesquisadora, que antes de iniciar suas atividades no hospital entre em contato com o e-mail: procedimentos@saolucas.com.br

CARIMBO E ASSINATURA DO PARECERISTA:

Carla Inês de Almeida
Gerente de Melhoria da Qualidade
Hospital São Lucas
Carmen Silvia Gabriel
Gerente Médica 41.744

Wendy Villaverde
Gerente de Práticas Assistenciais

Tatiana Melo Monteiro
ENFERMEIRA
COREN-SP 71.777

Lucilema Frangolin
Gerente de Qualidade

Lucilema Frangolin
Gerente de Qualidade
COREN 42529

ANEXO L - Autorização para coleta de dados - Hospital 6

São Paulo, 11 de maio de 2017.

ENFª GRAZIELA CALDANA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – RIBEIRÃO PRETO

Prezada Doutoranda:

MODELO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Recebemos sua solicitação para pesquisa no Grupo São Cristóvão Saúde. Após análise e deliberação pelo *Orientador Científico, Diretor Clínico e Presidência*, informamos que sua solicitação *foi deferida*.

É condição obrigatória, porém, que todas as alterações solicitadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo* no seu trabalho sejam atendidas e comunicadas a esse Instituto de Ensino e Pesquisa.

Agradecemos seu interesse em desenvolver trabalhos científicos e esperamos que em outras oportunidades possamos contribuir com sua iniciativa e motivação para desenvolvê-los no São Cristóvão Saúde.

Lembramos que seu trabalho poderá ser inscrito na 15ª Edição do **Prêmio Anual Administrador Hospitalar 'Américo Ventura'**; todas as informações estão disponíveis no site do São Cristóvão Saúde.

Cordialmente,

Prof. Dr. Fernando Seixas
Orientador Científico do IEP

Engº Valdir Pereira Ventura
Presidente e CEO do Grupo São Cristóvão Saúde

Hospital e Maternidade São Cristóvão
IEP - Instituto de Ensino e Pesquisa "Maria Papoçinha Pereira Ventura"
Rua Américo Ventura, 225 - Mooca - São Paulo, CEP 03128-020 - F.: (11) 5029-7617

ANEXO M – Autorização para realização da pesquisa – Hospital 7

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

AUTORIZO a coleta de dados do projeto de pesquisa “**Adaptação Cultural e Validação de Instrumentos de Avaliação de Resultados de Programa de Melhoria da Qualidade**” que será desenvolvido pela aluna Graziela Caldana sob orientação da Professora Doutora Carmen Silvia Gabriel, para obtenção do título de Doutor pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

A coleta de dados só será iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Passos.

Passos, 12 de junho de 2017

Marcelo Soares de Oliveira
Gerente da UNEP - SCMP

Dr José Ronaldo Alves
Diretor Técnico SCMP

ANEXO N - Devolutiva sobre a versão R12 Final

Graziela Caldana <graziela.caldana@usp.br>

Tue, Jul 11, 2017 at 2:25 PM

Survey Back Translation 11 SEP Stephen SHORTELL <shortell@berkeley.edu>

To: Graziela Caldana <graziela.caldana@usp.br>

Hi Graziela,

This is to confirm that I helped you with the back translation.

11 SEP Best, Steve Shortell

Pomey Marie-Pascale <marie-pascale.pomey@umontreal.ca>

to me

On Tue, Jul 4, 2017 at 12:04 PM, Graziela Caldana
<graziela.caldana@usp.br<<mailto:graziela.caldana@usp.br>>> wrote:

Dear Graziela,

This is to confirm that I collaborated in the backtranslation process and made adjustments in the PHSA items. Also, I declare that I am agree with the final version of these scales.

Regards,

Marie-Pascale

ANEXO O - *Cutoff Criteria*

Valores de referência segundo o *Cutoff Criteria* para ajustes na análise de estrutura da covariância.

MEDIDA	PÉSSIMO	ACEITÁVEL	EXCELENTE
CMIN/DF	>5	>3	>1
CFI	<0.90	<0.95	<0.95
RMSEA	>0.08	>0.06	>0.06
PClose	<0.01	<0.05	<0.05

Fonte: Hu and Bentler (1999). Traduzido pela autora (2017).