

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCILENA FRANÇOLIN

Gerenciamento da Segurança do Paciente nos Serviços de Enfermagem Hospitalar

Ribeirão Preto

2013

LUCILENA FRANÇOLIN

Gerenciamento da Segurança do Paciente nos Serviços de Enfermagem Hospitalar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem

Orientador: Carmen Silvia Gabriel

Ribeirão Preto

2013

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.

Françolin, Lucilena

Gerenciamento da Segurança do Paciente nos Serviços de Enfermagem Hospitalar. Ribeirão Preto, 2013.

105 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Carmen Silvia Gabriel

1. Enfermagem.
2. Gerenciamento de Risco.
3. Segurança do Paciente.

FRANÇOLIN, Lucilena

Gerenciamento da Segurança do Paciente nos Serviços de Enfermagem Hospitalar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, Luiz (in memória) e Ana que foram os meus primeiros mestres e me ensinaram os conceitos de humildade, honestidade e perseverança, que pautaram a construção de toda minha vida.

Aos meus irmãos e toda minha família que estiveram presentes em todos os momentos e me incentivaram a conquistar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Profa. Dra. Carmen Sílvia Gabriel pelo carinho e atenção dedicado na construção deste sonho.

Aos amigos que me apoiaram, suportaram o meu estresse e mesmo assim, continuam presentes na minha vida.

Aos professores que me ensinaram a ter a visão de futuro e auxiliaram no desenvolvimento das minhas habilidades e como utilizá-las com mais sabedoria.

Ao Hospital São Lucas por ceder horário de trabalho para eu desenvolver este estudo.

Aos hospitais que abriram suas portas para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

Aos enfermeiros que participaram desta pesquisa e dedicaram sua atenção e tempo em responder o questionário proposto, muito obrigada.

FRASE

“A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído”

(Confúcio).

RESUMO

FRANÇOLIN, L. **Gerenciamento da Segurança do Paciente nos Serviços de Enfermagem Hospitalar**. 2013. 105 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Comumente, o cuidado ao paciente é prestado de forma bem-sucedida, no entanto, por mais preparada e capacitada que uma equipe de trabalho esteja, erros poderão acontecer. O gerenciamento de riscos cria alternativas para diminuir ou eliminar as falhas, que podem ocorrer durante a prática dos profissionais, e os enfermeiros desempenham papel de destaque nesse gerenciamento, pois exercem variadas funções dentro das instituições de saúde sendo os responsáveis pelo cuidado durante as 24 horas. O objetivo deste estudo foi analisar o gerenciamento da segurança do paciente junto aos Serviços de Enfermagem de hospitais do interior do Estado de São Paulo, por meio de pesquisa com os enfermeiros responsáveis técnicos e enfermeiros coordenadores das áreas assistenciais e apoio. Trata-se de estudo descritivo, não experimental, com delineamento transversal. Para coleta dos dados, foram elaborados dois instrumentos com questões de múltipla escolha, utilizando-se como base o questionário da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Os dados foram organizados e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se o *software* SPSS. O estudo foi realizado em 7 hospitais, com 56 sujeitos sendo, 7 responsáveis técnicos e 49 coordenadores. O tempo de formação profissional, para 100% dos responsáveis técnicos ficou acima de 9 anos e dos coordenadores variou de 2 a mais de 14 anos. Dentre os pesquisados, 85,7% dos responsáveis técnicos e 79,6% dos coordenadores referiram possuir cursos de pós-graduação. O estudo revelou que 100% dos hospitais pesquisados possuem sistema de notificação de eventos adversos, 71,4% possuem comissão de gerenciamento de riscos implantada. Dentre os coordenadores, 87,7% relataram que notificam quando o erro atinge o paciente, 81,7% notificam quando o erro tem potencial para prejudicar o paciente e 49% notificam quando se trata de um quase erro. Destaca-se que 12,3% coordenadores referiram relatar às vezes, raramente ou não relatam, mesmo que o erro atinja o paciente. Dentre os eventos adversos mais comumente notificados destacam-se os erros com medicações, perdas de cateteres, quedas, flebites e úlceras por pressão. Nos últimos 12 meses, 38,7% dos coordenadores referiram que realizaram entre 1 a 5 notificações. Outro ponto destacado por 89,8% dos coordenadores é o medo que os funcionários sentem que os erros sejam inscritos em suas fichas funcionais. Quanto às condutas com os eventos adversos notificados, 100% dos responsáveis técnicos referiram discutir os casos e capacitar as equipes. Em relação ao apoio da administração para implantação de medidas de segurança no hospital, a concordância entre os responsáveis técnicos foi de 100% e 93,9% dentre os coordenadores, mesmo assim, 85,7% dos responsáveis técnicos classificaram a segurança da assistência prestada aos pacientes no hospital como aceitável, diferentemente de 73,5% coordenadores que consideraram excelente ou muito boa. Os resultados evidenciaram a necessidade de desenvolver em todas as instituições uma cultura institucional não punitiva diante da ocorrência de eventos adversos, definição de políticas claras focadas na segurança do paciente, fortalecimento das comissões de gerenciamento de riscos, incentivo às notificações dos eventos adversos e análise das causas-raiz para que mudanças e barreiras consistentes nos processos possam garantir resultados assistenciais com melhor qualidade.

DESCRITORES: 1. Enfermagem. 2. Gerenciamento de Risco. 3. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

FRANÇOLIN, L. **Patient Safety Management in Hospital Nursing Services**. 2013. 105 f. Master's Thesis. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2013.

Patient care delivery tends to be successful but, no matter how prepared and trained a team is, errors can happen. Risk management creates alternatives to reduce or eliminate mistakes, which can take place in professional practice, and nurses play a paramount role in this management, as they have different functions in health institutions and are responsible for 24-hour care. The aim in this study was to analyze patient safety management in hospital nursing services in the interior of São Paulo State, Brazil, through a study that involved the nurses who acted as technical managers and as care and support coordinators. A descriptive and non-experimental study with a cross-sectional design was carried out. To collect the data, two instruments with multiple-choice questions were elaborated, based on the questionnaire of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Data were organized and analyzed with the help of descriptive statistics, using SPSS software. The study was undertaken at seven hospitals, involving 56 subjects: 7 technical managers and 49 coordinators. As regards the time since graduation, 100% of the technical managers had graduated more than nine years earlier, while that of the coordinators ranged between two and more than 14 years. Among the subjects, 85.7% of the technical managers and 79.6% of the coordinators indicated a graduate degree. The study revealed that 100% of the research hospitals have an adverse event notification system and 71.4% an active risk management commission. Among the coordinators, 87.7% indicated notification when the error reaches the patient, 81.7% when the error can harm the patient and 49% in case of a quasi-error. It is highlighted that 12.3% of the coordinators indicated that they sometimes, hardly or never notify, even when the error affects the patient. The most commonly notified adverse events include medication errors, catheter losses, falls, phlebitis and pressure ulcers. In the previous 12 months, 38.7% of the coordinators indicated between one and five notifications. Another point 89.8% of the coordinators highlighted is the employees' fear that the errors will be registered in their employee files. Concerning conducts towards adverse event notifications, 100% of the technical managers indicate they discuss the cases and train the teams. With regard to management support to put in practice safety measures at the hospital, agreement levels amounted to 100% among the technical managers and 93.3% among the coordinators. Nevertheless, 85.7% of the technical managers classified the safety of patient care in the hospital as acceptable, while 73.5% of the coordinators found it excellent or very good. The results evidenced the need, at all institutions, to develop a non-punitive institutional culture towards the occurrence of adverse events, to define clear patient safety policy, strengthen risk management commissions, encourage adverse event notifications and analyze the root causes, so that consistent changes and barriers in processes can guarantee better-quality care results.

DESCRIPTORS: 1. Nursing. 2. Risk Management. 3. Patient Safety.

RESUMEN

FRANÇOLIN, L. **Gestión de Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería Hospitalaria**. 2013. 105 h. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Comúnmente, el cuidado al paciente es prestado de manera exitosa. Sin embargo, por más preparada y capacitada que esté un equipo de trabajo, errores podrán ocurrir. La gestión de riesgo crea alternativas para disminuir o eliminar los fallos, que pueden ocurrir durante la práctica de los profesionales, y los enfermeros tienen papel de destaque en esa gestión, ya que ejercen varias funciones dentro de las instituciones de salud, siendo los responsables por el cuidado durante las 24 horas. La finalidad de este estudio fue analizar la gestión de la seguridad del paciente junto a los Servicios de Enfermería de hospitales del interior del Estado de São Paulo, Brasil, mediante una investigación con los enfermeros responsables técnicos y enfermeros coordinadores de las áreas asistenciales y de apoyo. Fue desarrollado un estudio descriptivo, no experimental, con diseño trasversal. Para recolectar los datos, fueron elaborados dos instrumentos con preguntas de múltiple elección, adoptándose como base el cuestionario del Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Los datos fueron organizados y analizados mediante estadística descriptiva, utilizándose el *software* SPSS. El estudio fue desarrollado en 7 hospitales, con 56 sujetos, siendo 7 responsables técnicos y 49 coordinadores. El tiempo de formación profesional para el 100% de los responsables técnicos fue superior a 9 años, mientras aquel de los coordinadores varió de 2 a más de 14 años. Entre los investigados, el 85,7% de los responsables técnicos y 79,6% de los coordinadores indicaron títulos de postgrado. El estudio reveló que el 100% de los hospitales investigadores poseen sistema de notificación de eventos adversos y el 71,4% comisión de gestión de riesgos implantada. Entre los coordinadores, el 87,7% relató que notifican cuando el error alcanza al paciente, 81,7% cuando el error tiene potencial para perjudicar al paciente y 49% cuando se trata de un casi error. Se destaca que el 12,3% de los coordinadores indicaron relatar a veces, raramente o no, aunque cuando el error afecta al paciente. Entre los eventos adversos más comúnmente notificados, se destacan los errores con medicaciones, pérdidas de catéteres, caídas, flebitis y úlceras por presión. Durante los últimos 12 meses, el 38,7% de los coordinadores refirieron que hicieron entre 1 y 5 notificaciones. Otro punto destacado por el 89,8% de los coordinadores es el miedo que los funcionarios sienten de que los errores sean registrados en sus fichas funcionales. Respecto a las conductas con los eventos adversos notificados, el 100% de los responsables técnicos indicaron discutir los casos y capacitar los equipos. Con relación al apoyo de la administración para implantación de medidas de seguridad en el hospital, la concordancia entre los responsables técnicos fue del 100% y 93,9% entre los coordinadores. Aunque así, el 85,7% de los responsables técnicos clasificaron la seguridad de la atención prestada a los pacientes en el hospital como aceptable, diferentemente del 73,5% de los coordinadores que la consideraron excelente o muy buena. Los resultados evidenciaron la necesidad de desarrollar en todas las instituciones una cultura institucional no punitiva ante la ocurrencia de eventos adversos, definición de políticas claras con enfoque en la seguridad del paciente, fortalecimiento de las comisiones de gestión de riesgos, incentivo a las notificaciones de los eventos adversos y análisis de las causas-raíz para que cambios y barreras consistentes en los procesos puedan garantizar resultados asistenciales con mejor calidad.

DESCRIPTORES: 1. Enfermería. 2. Gestión de Riesgo. 3. Seguridad del Paciente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI	Accreditation Canada International
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCQ	Circulo de Controle de Qualidade
CEP	Comitê de ética em pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CQH	Controle da Qualidade Hospitalar
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
EA	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IHI	Institute for Healthcare Improvement
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
MEWS	Modified Early Warning Score
MS	Ministério da Saúde
NAS	Nursing Activities Score
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PMS	Plano Municipal de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria do Colegiado
RENISS	Rede Nacional de Investigação de Surtos em Serviços de Saúde
RT	Responsável Técnico
SPC	Sistema de Classificação de Pacientes
TISS	Therapeutic intervention scoring system
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de interações recíprocas de cultura de segurança ..	21
Figura 2 – Modelo do Queijo Suíço para acidentes organizacionais	22
Figura 3 – Modelo de Acidente Organizacional	23
Figura 4 – Modelo de maturidade de cultura de segurança.....	24
Figura 5 - Ciclo de Melhoria da Qualidade	31
Figura 6 – As quatro fases do controle	59
Figura 7 - Caracterização dos relatos de eventos adversos realizados pelos enfermeiros coordenadores dos hospitais pesquisados	62
Figura 8 - Número de eventos adversos reportados pelos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores das instituições pesquisadas, nos últimos 12 meses.....	64
Figura 9 – Tipos de eventos adversos reportados nos últimos 12 meses, de acordo com relatos dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores das instituições pesquisadas	66
Figura 10 – Tipos de mudanças apontadas pelos enfermeiros RT decorrentes das notificações dos EA, nos últimos 12 meses.....	73
Figura 11 – Tipos de mudanças relatadas pelos enfermeiros coordenadores decorrentes da notificação de EA, nos últimos 12 meses	75
Figura 12 – Existência de Apoio da administração para implantação de medidas de segurança de acordo com a opinião dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores das instituições pesquisadas.....	76
Figura 13 – Conceito geral de segurança do paciente no hospital de acordo com a opinião dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores das instituições pesquisadas	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo do instrumento de análise enviado para os juízes 45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos hospitais pesquisados	49
Tabelas 2 – Faixa etária e tempo de atuação dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores dos Serviços de Enfermagem dos hospitais pesquisados	51
Tabela 3 – Tempo de atuação e formação dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores dos Serviços de Enfermagem dos hospitais pesquisados.....	52
Tabela 4 - Pós Graduação e carga horária dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores dos Serviços de Enfermagem dos hospitais pesquisados.....	54
Tabela 5 - Caracterização dos enfermeiros coordenadores dos Serviços de Enfermagem e suas relações com os hospitais pesquisados	55
Tabela 6 – Caracterização sobre a forma de notificação das ocorrências nas instituições pesquisadas de acordo com relatos dos enfermeiros RT.....	58
Tabela 7 – Caracterização sobre a forma de análise dos eventos adversos de acordo com relatos dos enfermeiros RT das instituições pesquisadas	60
Tabela 8 – Caracterização da forma de Identificação dos riscos relacionados à assistência de acordo com enfermeiros RT das instituições pesquisadas.....	69
Tabela 9 – Retorno às equipes sobre as condutas referentes aos EA notificados, de acordo com enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores dos hospitais pesquisados	70
Tabela 10 – Tratamento e conduta diante dos EA reportados, de acordo com enfermeiros RT.....	72
Tabela 11 – Opinião dos enfermeiros coordenadores relacionados à cultura da segurança dos hospitais pesquisados.....	74

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 INTRODUÇÃO	16
2.1 Segurança do paciente: uma questão de saúde pública.....	16
2.2 Cultura organizacional e a segurança do paciente.....	20
2.3 A qualidade nos serviços de saúde.....	27
2.4 O gerenciamento dos riscos assistenciais.....	34
2.5 A enfermagem e a gestão da qualidade e riscos assistenciais	35
3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA.....	38
4 OBJETIVOS.....	39
4.1 Objetivo geral	39
4.2 Objetivos específicos	39
5 METODOLOGIA	40
5.1 Delineamento do estudo.....	40
5.2 Cenário da pesquisa	40
5.3 Locais do estudo	42
5.4 População	43
5.5 Coletas de dados	43
5.6 Instrumentos de coleta de dados	43
5.7 Tratamento dos dados	45
5.8 Aspectos éticos	46
6 RESULTADO E DISCUSSÃO	47
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
8 REFERÊNCIAS.....	82
APENDICES	96
ANEXO	105

1 APRESENTAÇÃO

A questão da segurança da assistência aos pacientes nas instituições de saúde parece tão óbvia que pode gerar a falsa impressão que se trata de um assunto corriqueiro. Entretanto, quando são noticiados pela mídia, os incidentes médico-assistenciais, tais como cirurgias em locais errados ou paciente errado, procedimentos errados, superdosagens de medicação, quedas, ocorrência de doenças infecciosas durante internação hospitalar (exemplo: hepatite, Aids), transfusões sanguíneas incompatíveis etc., a primeira reação é de espanto e perplexidade. Habitualmente, despontam dois posicionamentos extremos: pacientes e familiares inclinados ao litígio, em contraposição aos profissionais de saúde e gestores que procuram caracterizar esses eventos como fatalidade inerente à prática assistencial (QUINTO NETO, 2008).

Atuando na coordenação de programas de qualidade em instituições de saúde, por mais de cinco anos, os conceitos que permeiam os programas de qualidade em saúde evidenciaram que o foco para melhoria assistencial está no gerenciamento dos riscos e implementação de medidas preventivas de segurança aos pacientes. Nessa perspectiva, foram experienciadas várias situações nas quais pacientes foram colocados em risco ou sofreram danos em decorrência de falhas nos processos assistenciais.

A inquietude em relação ao tema surgiu quando passei a entender a magnitude do problema e as dificuldades na implementação de mudanças culturais e nos processos internos. Ficou evidente a importância da liderança e o trabalho das equipes multidisciplinares na implementação de melhorias nos processos assistenciais, especialmente os Serviços de Enfermagem, que respondem por mais de 50% dos profissionais que atuam nos hospitais, prestando assistência nas 24 horas, ininterruptamente. A partir dessas considerações, surgiram as seguintes inquietações: como os Serviços de Enfermagem dos hospitais de Ribeirão Preto e, em especial, os seus líderes estão atuando diante da questão da segurança do paciente?

São crescentes as iniciativas mundiais no sentido de ampliar e criar políticas que promovam a segurança nos serviços de saúde e espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento das pesquisas sobre a temática e reconhecimento de sua importância, tanto no âmbito das organizações hospitalares como para profissionais de saúde e, em especial, os enfermeiros.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Segurança do paciente: uma questão de saúde pública

A assistência à saúde no âmbito hospitalar ainda hoje é considerada como perigosa para os pacientes, devido às altas taxas de eventos adversos (EA) fatais e erros de procedimentos, considerando diversos estudos encontrados na literatura e nos vários casos relatados pela mídia, sendo que a melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde tem recebido atenção especial em âmbito global, atualmente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu EA como um incidente que resulta em algum tipo de dano ao paciente, que implica no comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou quaisquer efeitos nocivos decorrentes de lesão, sofrimento, incapacidade e morte, podendo ser físico, social ou psicológico. Já o erro é definido como a incapacidade de realizar uma ação planejada como pretendido ou aplicação incorreta de um plano, podendo se manifestar fazendo a coisa errada ou não fazendo a coisa certa, tanto para o planejamento como para a fase de execução. Um erro, por definição, é sempre não intencional e pode ou não ocasionar um evento adverso (WHO, 2008).

Mesmo com o amplo enfoque que vem sendo dispensado para o assunto pela OMS e pelos conselhos de classes, percebe-se que o desempenho perfeito de indivíduos e atividades livres de erros ainda é o que se preconiza nas instituições de saúde, o que dificulta a concepção de sistemas de segurança, impedindo o reconhecimento do erro e a possibilidade de aprender com eles.

Entre as várias iniciativas relacionadas à promoção da segurança do paciente, o marco de confluência do movimento mundial foi a publicação, em 2000, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, do relatório “Errar é Humano” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Nesse relatório, foi estimado que cerca de 44.000 a 98.000 mortes anuais nos Estados Unidos eram devidas a falhas da assistência médico-hospitalar. Aproximadamente, um milhão de pacientes admitidos nos hospitais norte-americanos ao ano eram vítimas de EA assistenciais, sendo mais da metade deles oriundos de erros e que poderiam ter sido prevenidos. As

mortes resultantes desses episódios representavam a quarta maior causa de mortalidade naquele país e excediam, por exemplo, mortes atribuíveis aos acidentes automobilísticos (43.458), ao câncer de mama (42.297) ou à Aids (16.516).

Estudos realizados na Europa sobre a qualidade da atenção hospitalar corroboram os dados do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) e também demonstraram que um a cada dez pacientes nos hospitais europeus sofriam danos evitáveis e eventos adversos, ocasionados durante a assistência recebida. Gallotti (2004) complementa que 50 a 60% desses eventos são evitáveis (BRASIL, 2011).

No relatório de Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) apud LEAPE et al. 2009) descreve-se um grave problema de saúde que geralmente é discutido somente atrás de portas fechadas. Como cuidados de saúde se tornam cada vez mais complexos, as oportunidades de erros tendem a aumentar, podendo elevar a quantidade de eventos que causam danos aos pacientes. Corrigir isso exigirá um grande esforço por parte dos profissionais de saúde, organizações de saúde, operadoras de planos de saúde, consumidores, órgãos reguladores e políticos.

Preocupada com a questão da segurança do paciente, em outubro de 2004, a OMS realizou o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, visando, juntamente com seus Estados Membros, conceder a maior atenção possível ao problema (OPAS, 2012).

Com vistas a elevar a consciência e o compromisso político com a melhoria da segurança dos cuidados, a Aliança tem desenvolvido políticas para implementação de práticas seguras na atenção sanitária dos Estados Membros. Os estudos de pesquisa em segurança do paciente desempenham um rol importante na conscientização sobre a segurança do paciente e são essenciais para compreender a magnitude e as causas dos eventos adversos da atenção à saúde e, portanto, para o desenvolvimento de soluções adequadas (OPAS, 2012).

Esforços estão sendo tomados pelo mundo, por instituições privadas e governamentais, trabalhando no assunto desde o final da década de 1990 nos EUA, além de diversos programas em andamento na Austrália, Canadá, Dinamarca, Espanha, Suécia, Suíça. Indicadores, metas nacionais de melhoria e programas maciços, voltados para a segurança do paciente, como a campanha **5 Milhões de Vidas**, do Institute for Healthcare Improvement (IHI), além do grande trabalho em

desenvolvimento dentro da Organização Mundial da Saúde em nível mundial, são exemplos das ações que objetivam reduzir esses índices (LEAPE, 2009).

Seguindo a tendência mundial, no Brasil, ao final de 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Ministério da Saúde (MS) trabalharam no sentido de definir medidas para o uso racional de medicamentos, prevenção e controle da resistência dos microrganismos, quando criou um Grupo Técnico para discutir o assunto (BRASIL, 2004a).

Em 2004, foi criada a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (Reniss), cujo objetivo era formar um grupo de profissionais treinados para investigar os surtos e eventos adversos hospitalares e intervir com ações rápidas em situações de risco sanitário, para reduzir a gravidade dos casos e o número de pessoas afetadas pelas infecções hospitalares (BRASIL, 2004a).

Entre as ações decorrentes dos processos investigativos no Brasil podem ser mencionadas a publicação de regulamento sobre o gerenciamento de tecnologias em serviços de saúde, RDC nº 02/2010 (BRASIL, 2010b), as orientações para o processamento de instrumentais e artigos hospitalares, identificação, prevenção e controle das infecções, por exemplo, causadas por microrganismos multirresistentes, elaboração de manuais e outros (BRASIL, 2011).

Em 2007, a ANVISA preparou a proposta nacional para a segurança do paciente, projetada para se ajustar às propostas da OMS. O objetivo foi identificar os tipos específicos e a natureza dos problemas de segurança nos serviços de saúde. A proposta da ANVISA, para a segurança do paciente, visa melhorar a qualidade dos serviços hospitalares no país. Para divulgação da proposta, em outubro de 2007, a ANVISA, em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), promoveu o *workshop* Segurança do Paciente: um Desafio Global, no qual ocorreram debates e foram apontadas outras sugestões acerca dos assuntos relacionados à temática (BRASIL, 2007).

Reforçando ainda mais o movimento pela melhoria da qualidade e segurança do cuidado nos serviços de saúde no Brasil, em novembro de 2011, foi aprovada a Resolução - RDC no. 63, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde que traz, no seu Art. 8º, estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente, tais como: a higienização das mãos, ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à

saúde, mecanismos para garantir segurança cirúrgica, orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes, mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes, mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão e orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (BRASIL, 2011).

A segurança é um princípio fundamental do atendimento ao paciente e um componente essencial da gestão da qualidade, seu aprimoramento exige um esforço de todo o sistema, que envolve amplas ações visando melhoria dos processos, segurança ambiental e gestão de risco. Esse aprimoramento abrange quase todas as disciplinas de saúde e profissionais e, portanto, requer ampla abordagem para a identificação e gestão de riscos reais e potenciais.

Para Feldman (2004), a quantidade de riscos encontrados no desenvolvimento da atividade profissional na área da saúde é tão ampla e variada que se pode compará-la aos mesmos riscos do percurso de nossa vida. Portanto, é justamente pelo tipo de atividade que se desenvolve que os riscos dependem, em uma porcentagem elevada, das condutas e procedimentos de todos integrantes da equipe de saúde. Assim, a instituição prestadora de serviço de saúde, além da responsabilidade pela qualidade, da estrutura dos processos e seus resultados, tem ainda o compromisso com a Responsabilidade Civil Profissional.

Prevenir os riscos na área da saúde significa identificá-los, analisar sua origem e propor ações preventivas. A análise desses tem como objetivo estimar fatores que interferem na segurança e os potenciais danos que o mesmo acometerá o indivíduo, com vistas a subsidiar o controle e prevenção dessa exposição (DIAS et al., 2007).

Reason (2000) considera que organizações que utilizam o método sistêmico de abordagem do erro têm conseguido antecipar problemas, mas reconhece que essas organizações não estão imunes à ocorrência de EA. Identificar os processos que causam erros médicos e/ou EA é o primeiro passo na investigação desse fenômeno, fundamental para sua prevenção.

Atualmente, o movimento para a segurança do paciente tem como premissa básica substituir “a culpa e a vergonha” por uma nova abordagem, a de “repensar os processos assistenciais”, com o intuito de antecipar a ocorrência dos erros antes que causem danos aos pacientes. Assim, já que o erro é uma condição humana, deve-se tirar o maior proveito dessa condição, sempre conhecendo, aprendendo e prevenindo. Entretanto, os profissionais de saúde respondem aos Conselhos pelos

atos de negligência, imperícia e imprudência, o que também tem um papel importante na criação de uma cultura de responsabilidade (BRASIL, 2011).

Entende-se que, para implementar as estratégias de melhoria da segurança do paciente, faz-se necessária mudança na cultura organizacional nas instituições de saúde.

2.2 Cultura organizacional e a segurança do paciente

O tema cultura organizacional se tornou relevante uma vez que os valores básicos compartilhados influenciam sobremaneira o modo como os membros das organizações sentem, pensam e agem (FREITAS, 1991; SILVA; ZANELLI, 2004; SCHEIN, 2009).

Entender a organização como cultura é reconhecer o papel ativo dos indivíduos na construção da realidade organizacional e no desenvolvimento de interpretações compartilhadas, para as suas experiências. A aceitação de que a cultura é uma variável, permite que ela possa ser definida e instrumentalizada tal como a estratégia e a estrutura, ou seja, trata-se de mais um ingrediente sob o controle da direção e que pode ser alterado sempre que for conveniente aos seus objetivos (SILVA; LIMA, 2004).

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

Para Schein (2004), a cultura organizacional é um conjunto de premissas básicas construídas por um grupo, durante o processo de aprender e resolver seus problemas de adaptação interna e externa, com resultados positivos e válidos o suficiente para que sejam ensinadas a novos membros.

Para que a cultura de segurança seja implantada e incorporada por todos em qualquer instituição de saúde, é necessário elevado nível de comprometimento da gerência e dos profissionais da instituição, bem como forte espírito de coesão entre os diversos departamentos, sendo esses fatores imprescindíveis para a garantia de

assistência segura tanto para o profissional que a realiza como para o paciente que a recebe (CARVALHO, 2011).

Atributos culturais como o trabalho em equipe, o suporte das lideranças e a comunicação contribuem para a segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

Historicamente, a cultura das instituições de saúde tem sido caracterizada pela punição, castigando o culpado quando sucede um erro (FRANCO, 2005).

Yates et al. (2004), propõem quatro estratégias centrais às organizações para criar uma cultura de segurança, a saber: adotar a segurança como um valor central; adotar comportamentos para prevenção de erros e converter esses comportamentos em hábitos de trabalho, desenvolver programas de análise do que ocasionou o erro (análise do processo) e focar em processos que simplifiquem o trabalho e a documentação de procedimentos.

Para Cooper (1998, 2000), a cultura de segurança é o resultado das interações dinâmicas entre três aspectos: as **percepções e atitudes**; o **comportamento e ações** (**práticas coletivas**) e a **estrutura da organização** e ele coloca que:

[...] As atitudes e percepções são como as pessoas sentem a organização e estão relacionadas com o indivíduo; os comportamentos e as ações são o que as pessoas fazem na organização e estão relacionadas ao trabalho e a estrutura é constituída pelas políticas, procedimentos, sistemas de controle, fluxo de informações etc., está relacionado à organização. As atitudes e percepções não são fatores observáveis, pois se encontram no campo subjetivo do indivíduo, enquanto que o comportamento e ações e a estrutura são aspectos objetivos possíveis de serem observados.

A Figura 1 representa esquematicamente as interações entre esses três aspectos presentes na cultura de segurança.

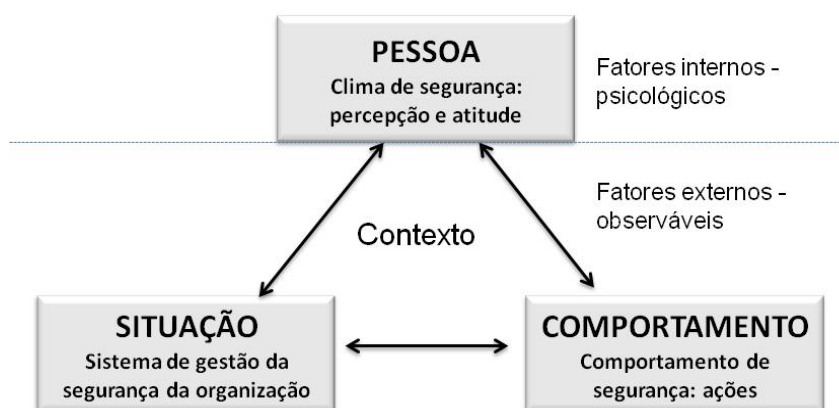


Figura 1 – Modelo de interações recíprocas de cultura de segurança
Fonte: Cooper (2000), p.120.

O Modelo do Queijo Suíço também é amplamente utilizado e faz analogia às barreiras necessárias para evitar as lesões ao paciente com as fatias do queijo cheias de “falhas” ou de “buracos”. De acordo com o modelo, para a ocorrência de um evento é necessário o alinhamento de diversos “buracos” como, por exemplo, falhas de gerenciamento, descuido dos profissionais, comportamentos inseguros, entre outros (CARVALHO, 2011).

Carvalho (2011) coloca que assim como os outros modelos de avaliação de cultura de segurança, o Modelo de Reason considera não somente os indivíduos envolvidos nos eventos, mas também as condições de trabalho, falhas latentes e falhas ativas. As falhas latentes estão associadas às decisões gerenciais e ao processo organizacional da instituição e contribuem, de forma significativa, para que os erros se manifestem. As falhas ativas estão associadas a ações inseguras individuais, e tem efeito imediatamente, tais como: omissões, lapsos, falhas da memória e violação de regras.

O modelo de Reason trouxe a necessidade de focar menos o alvo ou tentar alcançar o comportamento humano perfeito e melhorar a análise das causas-raiz dos erros (WACHTER, 2010).

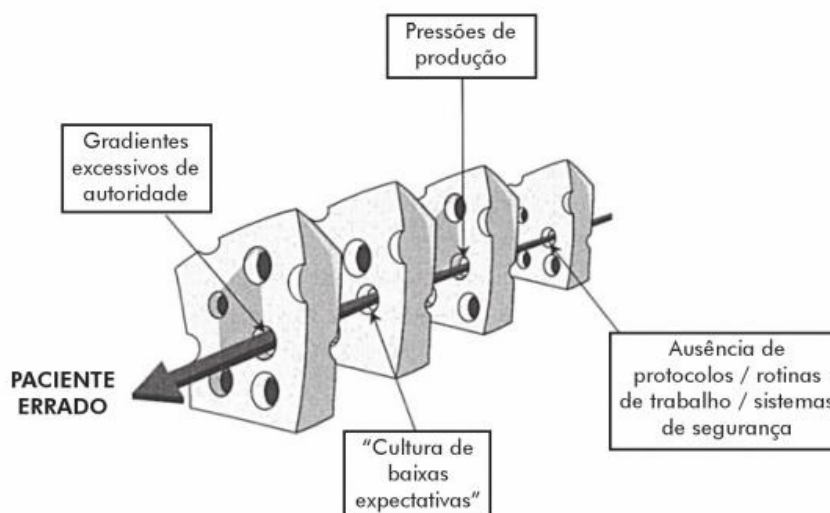


Figura 2 – Modelo do Queijo Suíço de James Reason, para os acidentes organizacionais. A análise do “Caso do paciente errado” (1990)

Fonte: Wachter, (2010), p.36.

Vários investigadores desenvolveram esquemas para análise das causas-raiz. O esquema proposto por Vicent, Adams e Stanhope (1998) força o revisor dos erros

a fazer vários questionamentos sobre os fatores envolvidos no processo e os “furos” que ocorreram nas barreiras. Esse modelo foi desenvolvido como mais uma ferramenta para auxiliar a compreensão dos vários fatores ou causas envolvidas na ocorrência dos eventos adversos e para identificar os métodos de prevenção (WACHTER, 2010).

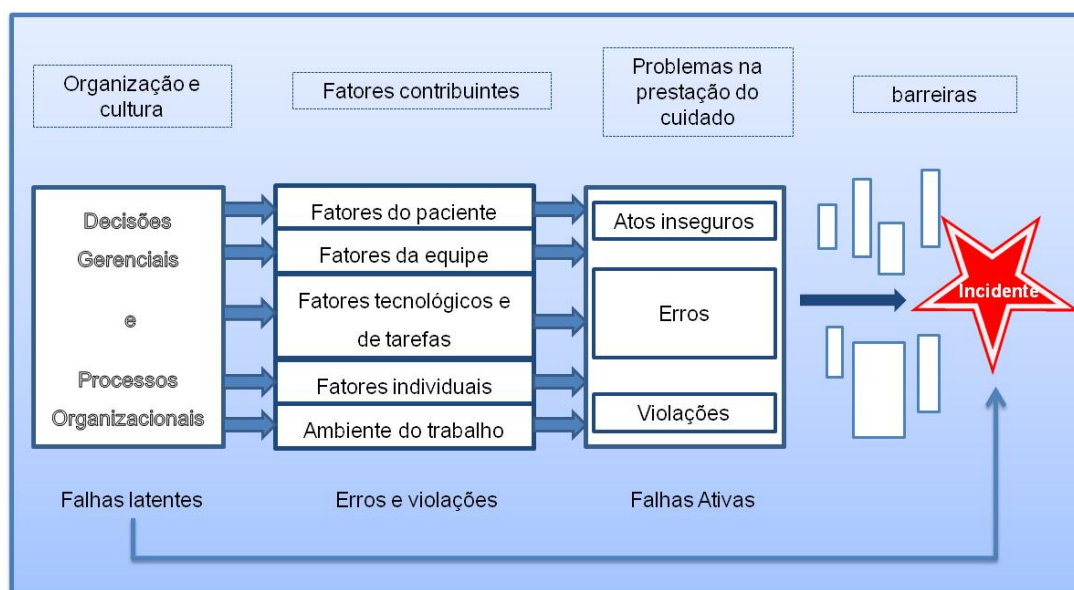


Figura 3 – Modelo de Acidente Organizacional de Reason (adaptado por Vicent, Adams e Stanhope, 1998)

Fonte: Carvalho (2011), p.31.

Schein (2004, 2009), um dos mais importantes pesquisadores da cultura organizacional e defensor da teoria da integridade cultural, argumenta que a definição de cultura, para ser útil e prática, tem que ser integrativa. Entretanto, ele concorda que qualquer unidade dentro da organização (divisão, departamento, setor) pode ter sua própria cultura (subculturas), mas a cultura em cada uma dessas unidades é integral, embora possa existir até conflitos entre as culturas dessas unidades (contracultura). Para ele, nessa situação, não existe diferenciação na cultura que, por definição, é integral, mas na organização possui diferentes culturas.

Segundo Schein (2004), podem existir unidades que não desenvolveram a cultura, porque conflitos interpessoais ou frequentes mudanças na liderança e nos membros da organização levaram a uma visão ambígua naquela unidade. Essa condição é encontrada em organização que está recomeçando, em situações de aquisição ou em organização que evitaram atingir o consenso sobre certos valores.

Schein (2009) coloca, ainda, que a diferenciação ou ambiguidade é válida para analisar a estrutura da organização, mas não vale para a cultura. A definição formal de cultura é o consenso expresso em normas de comportamento, regras, maneiras de pensar, linguagem, práticas coletivas etc. Se não existe consenso, então, por definição, não existe cultura.

Analisando a maturidade da cultura de segurança, Hudson (2001) propõe que a cultura evolui de um estágio inicial, o patológico (*pathological*), até um estágio final, ideal, que seria o construtivo (*generative*) (Figura 4).

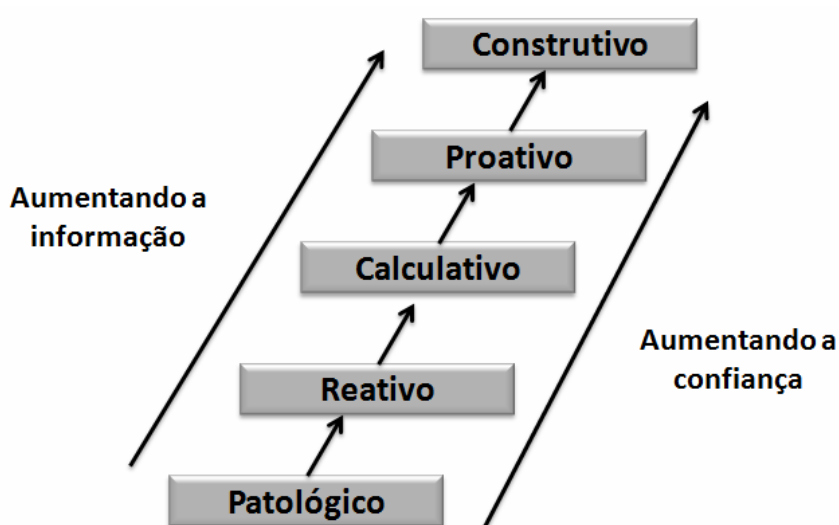


Figura 4 – Modelo de maturidade de cultura de segurança proposto por Hudson
Fonte: Hudson (2001).

No **estágio patológico**, não há ações em segurança na organização, são atendidas apenas as exigências da legislação; no **estágio reativo** as ações da organização em relação à segurança são realizadas somente depois que os incidentes ocorrem; no **estágio calculativo**, a organização tem sistema para gerenciar riscos, mas ainda não tem a visão sistêmica da saúde, segurança e meio ambiente, as ações estão mais voltadas para quantificar os riscos, o foco ainda está na coleta de dados e no **estágio proativo** há mais envolvimento da força de trabalho em torno de identificar e trabalhar problemas, o líder, com base nos valores da organização, conduz a melhorias e procura se antecipar aos problemas antes que eles aconteçam. É o desenvolvimento do estágio de transição para o estágio da cultura construtiva. No **estágio construtivo** e final da maturidade, a organização tem as informações necessárias para gerir o sistema de segurança, está

constantemente tentando melhorar e encontrar as melhores formas de controlar os riscos, existe um sistema integrado de saúde, segurança e meio ambiente, no qual a organização se baseia e se orienta para realizar seus negócios (HUDSON, 2001).

A cultura de segurança não é algo que brota pronto na organização, ela emerge gradualmente com a persistência, práticas bem-sucedidas e aplicação de medidas “pés no chão”. Atingir cultura de segurança é um processo de aprendizagem coletiva, interação entre os membros da organização, compartilhamento de pensamentos e gerenciamento comprometido (REASON, 1997).

Flin et al. (2000), Reason (1997) e Westrum (1993) citam os cinco fatores mais importantes para caracterizar uma cultura de segurança a seguir.

1. **Informação:** é a confiança dos indivíduos na organização para relatar os erros, os acidentes e os incidentes ocorridos (REASON, 1997). Os indicadores que são gerados pela organização para monitorar o desempenho da segurança também são essenciais para a construção de uma cultura informada (HUDSON, 2003).

2. **Aprendizagem organizacional:** é a forma que a organização trata as informações, como é feita a análise dos acidentes e dos incidentes, se são propostas ações de melhoria, se são implementadas, se os empregados são informados sobre essas ações, e se há busca contínua para melhorar os processos visando a segurança (REASON, 1997).

3. **Envolvimento:** é a participação dos empregados nas questões de segurança, como na análise dos acidentes e incidentes, na identificação e análise dos riscos do ambiente de trabalho, nas propostas de ações para melhoria da segurança e sua implementação, na elaboração e revisão dos procedimentos relacionados com sua atividade, no planejamento das suas atividades, e a participação em comitês de segurança, encontros de segurança etc. (GORDON; KIRWAN; PERRIN, 2007).

4. **Comunicação:** é a forma, a conveniência e a oportunidade que é feita à comunicação sobre os temas relativos à segurança do trabalho, e se há um canal aberto de comunicação entre os empregados e superiores hierárquicos. Inclui também se a comunicação chega aos empregados, se é compreendida por eles e se a organização monitora a efetividade da comunicação (COOPER, 1998; OLIVE; O'CONNOR; MANNAN, 2006; WESTRUM, 2004).

5. **Comprometimento:** é evidenciado pela proporção de recursos (tempo, dinheiro, pessoas) e suportes alocados para a gestão da segurança, definição de

responsabilidades, a política de treinamento e qualificação, procedimentos, recompensas, sanções e auditorias. O verdadeiro comprometimento significa mais que políticas escritas, e, para mencionar a importância da segurança nos discursos, precisa haver coerência entre as palavras e a realidade (DEJOY et al., 2004; FLIN et al., 2000; OLIVE; O'CONNOR; MANNAN, 2006).

A transparência, livre, desinibida de informações é outro atributo muito importante no desenvolvimento da cultura de segurança organizacional. A transparência é uma condição prévia para a segurança, sua ausência inibe a aprendizagem com os erros, distorce e corrói a confiança dos pacientes. As organizações de saúde devem ser transparentes em todas as dimensões: entre os cuidadores, entre pacientes, entre organizações e com o público. As pessoas não podem melhorar sistemas se eles não podem falar sobre o que eles estão enfrentando. Os indivíduos devem ser capazes de reportar erros, sem medo de punição ou constrangimento. Eles devem ser convencidos de que a resposta não será, "quem falhou?", mas, sim, "o que aconteceu?" (LEAPE et al., 2009).

Cooper (1998) se refere à importância da cultura de segurança não só para a segurança, mas, também, o impacto que ela tem para a qualidade, confiabilidade e competitividade e produtividade da organização.

Segundo Weick e Sutcliffe (2001), a cultura de segurança ajuda a criar uma cultura sempre atenta ao inesperado, que é característica das organizações de alta confiabilidade. Para Garcia, Boix e Canosa (2004), o envolvimento dos gerentes parece ser determinante para o desenvolvimento da cultura de segurança, pois consegue envolver os empregados e melhorar sua percepção e suas atitudes nas questões relativas à segurança.

Um aspecto a ser destacado é que uma das premissas para evolução do estágio de uma cultura de segurança patológica para uma cultura de segurança construtiva é o reconhecimento e gerenciamento dos riscos existentes nos serviços de saúde. Esse reconhecimento deve ser o ponto de partida para a implantação de sistemas de melhoria da segurança e qualidade dos serviços.

2.3 A qualidade nos serviços de saúde

Observa-se que a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde prestados à população constitui tema já considerado de interesse, há décadas. Um dos primeiros documentos sobre o tema é o Relatório Flexner, de 1910, sobre educação médica, que investigou os cursos de medicina e os hospitais nos EUA e, então, propôs medidas drásticas para o seu aprimoramento. Esse relatório repercutiu no fechamento de escolas e na criação de normas mais explícitas para o funcionamento dos hospitais e para qualificação do pessoal que neles trabalhava. Com o passar do tempo, as normas foram expandidas e aperfeiçoadas, outros temas relacionados à qualidade, além do trabalho médico e da estrutura hospitalar, passaram a ser objeto de pesquisa e debate (PEREIRA, 2006).

Joseph M. Juran e William Edwards Deming, dois engenheiros e estatísticos, foram os principais mentores da gestão pela qualidade total. Convidados pelo Japão, após a Segunda Guerra, para oferecer novos caminhos para a indústria japonesa, retornaram aos EUA, nos anos 70, para a mesma tarefa com a indústria norte-americana, reconhecidamente atrasada, quanto à qualidade. Nos anos 80, essas iniciativas foram paulatinamente aplicadas em serviços de saúde (KAZANDJIAN, 1997).

Considerado o pai da qualidade, Joseph Moses Juran propôs que a qualidade fosse gerenciada pelo uso de três processos universais: o planejamento, o controle e o melhoramento, o que ficou conhecido como a Trilogia de Juran. Já Deming desenvolveu 14 pontos que descrevem o que é necessário para uma empresa sobreviver e ser competitiva, o que chamou de programa de melhoria contínua (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005).

Os 14 (quatorze) princípios de Deming (1990, p.53) estão mostrados abaixo:

- 1) Estabeleça a constância de propósito na melhoria contínua de produtos e serviços [...];
- 2) Adote a nova filosofia: está-se em uma nova era econômica. Não se pode mais conviver com atrasos, erros, materiais defeituosos e mão de obra inadequada, [...];
- 3) [...] Use evidências estatísticas de que a qualidade é uma decorrência natural do processo de produção [...];
- 4) Cesse a prática de selecionar fornecedores apenas pelo menor preço [...];
- 5) Encontre os problemas. Descubra suas causas [...], identifique quais falhas podem ser corrigidas no local de trabalho e quais as que são próprias do sistema produtivo, exigindo a atenção da administração;

- 6) Introduza métodos modernos de treinamento no trabalho. Muitos treinamentos são possíveis dentro do próprio local de trabalho;
- 7) Introduza métodos modernos de supervisão [...]. A responsabilidade dos supervisores deve ser alterada para se produzir qualidade e não quantidade [...]. Institua liderança;
- 8) Afaste o medo para que todos possam trabalhar eficientemente pela empresa;
- 9) Elimine as barreiras entre os departamentos [...];
- 10) Elimine cartazes e rótulos que apenas exigem maiores níveis de produtividade para os trabalhadores;
- 11) Elimine padrões de trabalho que prescrevam cotas numéricas. Crie padrões que promovam a qualidade;
- 12) Remova as barreiras que não permitem ao empregado o direito de ter orgulho do seu trabalho [...];
- 13) Introduza um amplo programa para reciclar a todos em novos conhecimentos e novas técnicas [...];
- 14) Crie uma estrutura na alta administração, para garantir num esforço cotidiano, a aplicação dos treze pontos anteriores. A transformação é tarefa de todos.

Embora haja diferentes maneiras de abordar o conceito de qualidade, Pereira (2006) conclui que existe consenso em que o termo significa o grau de adequação ou excelência, alcançado na execução das ações e serviços, medidos através de comparação com parâmetros apropriados. A dificuldade reside em definir, objetivamente, quais são os parâmetros que expressam qualidade e como medi-los adequadamente.

Donabedian (1996) coloca que a avaliação qualitativa do cuidado médico poderia se dar em três de seus componentes: estrutura, processo e resultado, podendo existir combinações entre esses três componentes. Segundo o autor:

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

O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção médica e considera os seguintes componentes: medidas que se referem à organização administrativa da atenção médica; descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência (DONABEDIAN, 1978).

A avaliação do processo compara os procedimentos empregados pelos estabelecimentos como normas, rotinas, protocolos etc. Geralmente os critérios são estabelecidos pelo estudo da eficácia de práticas médicas rotineiras. Segundo

Donabedian (1978), a metodologia dos estudos de processo pode ser dividida de duas maneiras: observação direta da prática e os estudos baseados nos registros médicos. A auditoria de enfermagem é um exemplo dessa abordagem.

Como, em termos de saúde, os resultados se devem a muitos fatores, a sua medida e avaliação constitui o que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total, e são geralmente medidos pelo resultado assistencial e satisfação do paciente (DONABEDIAN, 1978).

A avaliação segundo um número de critérios que envolvem a estrutura, o processo e o resultado permite, ao final, um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as fragilidades, evidenciando os pontos com maior necessidade de se buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios. Campos (2005) pontua que a avaliação segue uma sequência cíclica, composta pelas seguintes etapas: entendimento do papel e da missão do serviço no sistema de saúde, estabelecimento dos objetivos da avaliação, escolha dos aspectos ou dimensões a serem avaliadas, construção de critérios, padrões e indicadores; desenho do estudo de avaliação; processo de avaliação; identificação dos problemas e falhas; propostas de mudança; execução das ações de correção e reavaliação. O processo se reinicia indefinidamente em um círculo contínuo, o ciclo de PDCA.

Após refinar o trabalho original de Shewhart, Deming desenvolveu o que ele chamou de *Shewhart PDCA Cycle*, em honra ao mentor do método (DEMING, 1990).

Na metodologia PDCA, a letra P que representa *Plan* do inglês e significa planejamento em português, é a etapa mais complexa, em que se deve identificar o problema, descobrir as causas e conceber um plano para bloquear as causas fundamentais. Após o primeiro passo, a próxima atitude a ser tomada é a execução do plano de ação, que é o bloqueio das causas fundamentais. Essa fase é representada pela letra D que representa *Do* em inglês que em português significa fazer. A terceira etapa da metodologia consiste na verificação, verificar a eficiência do plano de ação no bloqueio das causas antes definidas, esse passo é representado pela letra C, *Chek*- checar. O último passo é representado pela letra A- *Action*, ação. Esse passo é importante para a prevenção contra o reaparecimento do problema e a recapitulação do processo de solução do problema (CAMPOS, 2004).

Em se tratando do PDCA, a metodologia proposta por Deming é uma ferramenta que pode ser utilizada de duas formas: para o cumprimento de metas e

para a busca de melhorias. Falconi já definia que “melhorar é atingir metas, e atingir metas é resolver problemas” (CAMPOS, 2004).

A partir da constatação do problema devem ser encontradas as possíveis causas para o mesmo. Por meio de pesquisa e verificação se levantam quais são as causas a serem priorizadas por impactarem de forma direta o problema central. Nessa etapa, uma importante ferramenta é utilizada - o diagrama de causa e efeito - permite que se faça uma relação entre os problemas e suas causas (MARY, 1992).

Kaoru Ishikawa, outro estudioso no assunto, foi um dos criadores dos chamados Círculos de Controle da Qualidade (CCQ). Propôs o diagrama de causa e efeito ou “Espinha-de-Peixe” como uma ferramenta gráfica a ser utilizada pela administração para o gerenciamento e o controle da qualidade dos processos diversos (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005).

As fases do ciclo de melhoria da qualidade podem ser apresentadas da forma mostrada a seguir.

1- Definição - Qual é a pergunta ou problema?

Isso envolve a identificação da "área de interesse" ou área do problema potencial.

2- Fase do diagnóstico - O que podemos melhorar?

Isso envolve a avaliação dos processos existentes dentro dessa área de interesse, para diagnosticar o potencial de qualidade e problemas e/ou oportunidades de melhoria.

3- Fase de intervenção - Como podemos alcançar a melhoria?

Essa fase envolve:

- determinar potenciais intervenções para os processos que requerem melhorias;
- definição de medidas de desempenho;
- intervenções/execução;
- monitorar o progresso de melhoria.

4- Fase de impacto e medição - Já conseguimos melhorar?

Isso envolve a avaliação do impacto das intervenções sobre as medidas desempenho pré-determinadas.

5- Fase de sustentabilidade - Será que houve melhora sustentada?

Isso envolve a monitorização e intervenções, bem como fornecimento de *feedback* a fim de sustentar o processo de melhoria e garantir que os

processos de melhoria são integrados em prestação de cuidados de saúde, conforme apropriado.

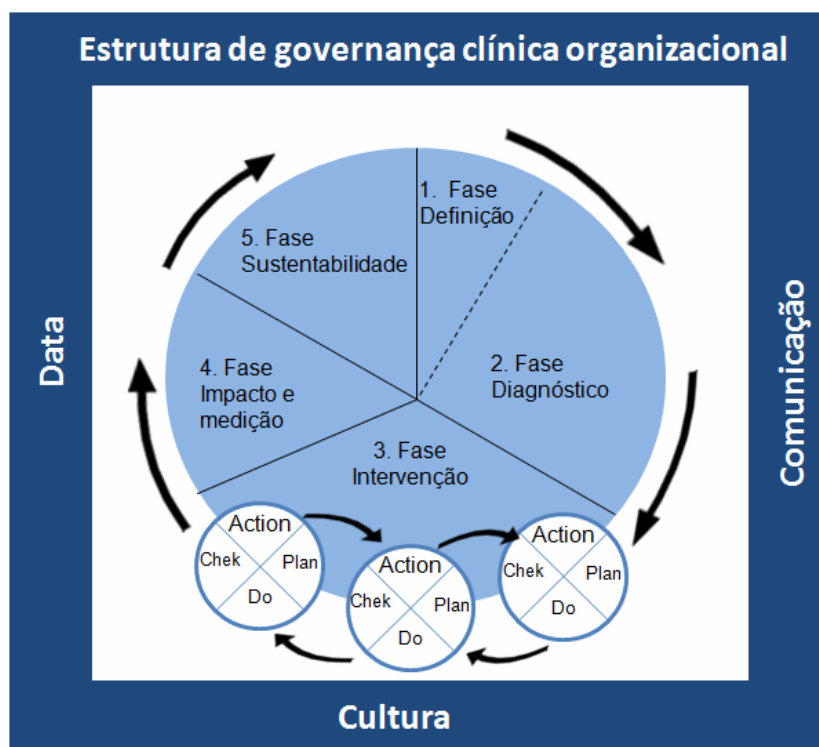


Figura 5. Ciclo de melhoria da qualidade

Adaptado de: Victoria - A guide to using data for health care quality improvement, 2008; p.8.

A partir da formulação inicial desse método de avaliação da qualidade, Donabedian (1990) propôs importante ampliação dos critérios a serem utilizados, os quais ficaram conhecidos como "the seven pillars of quality", quais sejam: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A lógica que permeia esse tipo de avaliação poderia ser centrada na ideia de que uma boa infraestrutura promove a qualidade e a produtividade. Entretanto, a excelência da planta física e dos equipamentos apenas informa o potencial da instituição, mas não avalia a sua efetividade e eficiência. Pode ocorrer que a alocação crescente de recursos para manter ou ampliar a estrutura não cause impacto significativo sobre a qualidade médico-assistencial, administrativa e a produtividade. Nesse sentido, o elemento humano que presta a assistência, com seus valores morais, sua formação profissional, sua atualização técnico-científica e o seu comprometimento influenciam muito mais na qualidade da assistência e na produtividade (ZANON, 2001).

O setor saúde no Brasil dos anos 80 viu-se pressionado frente às novas realidades sociais. As dificuldades econômicas, a evolução tecnológica e a criação de normas governamentais subsidiaram os usuários/clientes/pacientes a exercerem seus direitos de cidadãos e obter serviço de saúde com qualidade. Com isso, algumas instituições foram levadas a repensar a maneira de administrar e adotar um gerenciamento da qualidade (HADDAD, 2004).

A qualidade passou a ser estratégica para as instituições, pois deixou de representar o diferencial para ser percebida como uma condição de preexistência, um imperativo (MEZOMO, 2001; MARSHALL JUNIOR, 2003; OLIVEIRA, 2009) e, conseqüentemente, a Gestão da Qualidade tem assumido o mesmo significado.

Contudo, a busca pela qualidade requer investimentos em diversas áreas e perspectivas e algumas instituições e profissionais consideram que esses custos gerados não valem a pena (ROTHBARTH, 2011). Sobre isso, Rodrigues (2004) analisa que os custos podem aumentar, entretanto, desperdícios e ineficiência nos serviços aumentam igualmente os custos sem, no entanto, acrescentar qualidade. Na medida em que os custos com desperdícios e ineficiência se mantêm ou podem ainda aumentar, os custos relacionados à qualidade são inicialmente maiores, mas, com o decorrer do tempo, diminuem até atingir um patamar estável, que se mantêm.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, a qualidade da assistência à saúde envolve um conjunto de elementos que incluem:

Um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (OMS, 1993 apud D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p.85).

As primeiras iniciativas oficiais, visando a gestão da qualidade nos serviços de saúde, foram gerenciadas pelo Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), lançado no início da década de 90 e ampliado em 1995, com a criação do Programa de Melhoria da Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde. Em 1997, o PBQP foi reestruturado incorporando o projeto “Avaliação e Certificação de Assistência à Saúde”, parte do subprograma “Qualidade de Vida”, e tornou-se uma das prioridades do Governo Federal. Diante da importância do assunto, a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde, autorizou nessa época, o estabelecimento de um processo de acreditação dos serviços de saúde, como um mecanismo importante para a melhoria da qualidade interna. Nesse mesmo

documento, recomendava que as agências de acreditação a serem implantadas no país fossem desenvolvidas como empreendimentos não governamentais (ONA, 2010).

Após a realização de uma oficina de trabalho, em 1997, promovida pela Fundação Cesgranrio em conjunto com a Academia Nacional de Medicina, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, instituições componentes do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), e com a participação de representantes da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), foi constituído, em 1998, o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços e Sistemas de Saúde (CBA), que tem como missão contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos pacientes nas instituições prestadoras de serviços de saúde do país, por intermédio de um processo de acreditação (TEMPORÃO et al., 2000).

A Associação Médica do Estado de São Paulo e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo criaram em 1990, o “Controle da Qualidade Hospitalar” (CQH), programa de avaliação baseado no Prêmio de Qualidade Malcom Balridge, dos Estados Unidos, e nos padrões da JCAHO. Entretanto, o CQH optou por elaborar seus próprios padrões de acreditação (TEMPORÃO et al, 2000). Assim, atualmente, no Brasil, quatro organizações destacam-se por disponibilizarem elementos capazes de monitorar a qualidade nos estabelecimentos de saúde: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), ligada ao Ministério da Saúde, a norte-americana JCAHO, representada no Brasil pela CBA, a Accreditation Canada International (ACI) e o Programa CQH, apoiado pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

A despeito das diferenças, todas as metodologias norteiam-se pelos mesmos conceitos mestres, qualidade e segurança.

No processo de Acreditação, tem sido reforçado que o papel de um Serviço de Enfermagem comprometido com o programa de qualidade é fundamental, pois é ele, entre todos os que trabalham nos hospitais, o único grupo profissional com presença permanente, familiarizado durante e depois da formação acadêmica com temas gerenciais e de auditoria clínica e com habilidade ímpar para assessorar a implementação e a monitorização de todo o processo (FELDMAN, 2004).

Verifica-se que o foco no cuidado seguro, enquanto base para assistência, é o eixo norteador de todos os programas de certificação da qualidade.

Embora muitos (as) enfermeiros (as) ainda desconheçam ou questionem a importância de trabalhar com indicadores nos processos do cuidado ao paciente, esse é um tema que tem entrado fortemente nas práticas das instituições de saúde, não sendo possível à enfermagem ficar à margem. Passou-se, pois, de padrões mínimos de estrutura para padrões mais complexos (JUNG, 2005).

A concentração de esforços em direção à melhoria contínua do cuidado de enfermagem implica na conscientização de toda a equipe quanto à sua importância e ao valor de suas ações. Dessa forma, o comprometimento, cooperação, dedicação e aprimoramento contínuos da enfermagem deverão alcançar os resultados desejados para o paciente e para os profissionais, bem como assegurar a assistência livre de riscos ao usuário (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

2.4 O gerenciamento dos riscos assistenciais

Para que os riscos assistenciais dentro de uma instituição de saúde possam ser reduzidos, um elemento importante dos programas é a captação de informações completas sobre os eventos adversos, erros e "quase erros" para que eles possam ser usados como uma fonte de aprendizagem e como base para ações preventivas no futuro.

Feldmann; D'innocenzo e Cunha (2007) definiram a gestão dos riscos como o conjunto de condições que reduzem ou eliminam os eventos adversos ao mínimo possível. Para cada incidente relatado ou detectado é fundamental determinar se atingiu ou não o paciente, se provocou uma nova intervenção terapêutica, se prolongou o tempo de internação, se causou algum dano e as possíveis causas relacionadas. Essa investigação sistemática permite determinar as áreas de intervenção prioritárias, seja pela maior frequência ou pela maior gravidade do dano associado aos incidentes (LAGE, 2010).

Um grave problema encontrado nas instituições de saúde tem sido a falta de informações sobre os eventos adversos que ocorrem e sobre seus fatores causais, impedindo o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências desses eventos para os profissionais, usuários e familiares. Essa lacuna prejudica a ação dos gestores para realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas seguras, minimização dos eventos e melhoria da assistência, colocando em risco a segurança dos pacientes (SILVA, 2010).

Sir Liam Donaldson, Ex-ministro da Saúde da Inglaterra e Presidente da Aliança Mundial para Segurança do Paciente enfatiza: “Errar é humano. Ocultar os erros ou não aprender com eles é imperdoável [...] Deve-se promover uma nova cultura e romper a cultura do silêncio [...]” (DONALDSON, 2004).

Erdmann et al. (2006) colocam que todos os profissionais de saúde têm o compromisso de operar mudanças e transformações para melhorar as práticas atuais e torná-las mais eficazes e efetivas. A superação de tais desafios não é tarefa fácil e exigirá dos líderes e das organizações permanente processo de adaptação, porém, compartilha-se com as considerações de Quinto Neto (2006) quando destaca que as organizações de saúde se encontram no estágio inicial de entendimento e melhoria da segurança do paciente.

Alguns procedimentos, quando devidamente sistematizados, constituem estratégias ou barreiras que, se adotadas pelas instituições, aumentam o nível de segurança dos pacientes. Algumas dessas estratégias são: identificação, notificação, registro e avaliação dos eventos adversos; sistemática de identificação e acolhimento de todos os pacientes admitidos nos hospitais; instituição de locais facilitadores para higienização das mãos; sistemática de treinamento e capacitação de recursos humanos; prescrição eletrônica; inserção dos pacientes em seus tratamentos; mudança na cultura da punição quando detectados erros, utilizando-os com aprendizagem para implementação de melhorias; investimento em tecnologia de informação; dimensionamento adequado e qualificado da equipe de enfermagem; melhoria da segurança no uso dos medicamentos; melhoria da segurança no uso de bombas de infusão; redução do risco de lesão de pele e resultante de quedas e outros (WHO, 2008; DYKES et al., 2009).

2.5 A enfermagem e a gestão da qualidade e riscos assistenciais

Para Antunes e Trevizan (2000), assim como os hospitais, a enfermagem tem buscado estudar e adotar práticas relacionadas à qualidade, buscando não somente padrões aceitáveis de assistência, mas, também, atender as expectativas dos clientes internos e externos. São entendidos no contexto hospitalar como clientes internos os profissionais de saúde e como clientes externos os pacientes.

Os enfermeiros são muitas vezes responsáveis pela avaliação de serviços de saúde. Utilizam como ferramentas a gestão de riscos, pois estão aptos a realizar o diagnóstico institucional e propor intervenções com a finalidade de prevenção de riscos e danos, e aumentar a qualidade da assistência voltada para a segurança do paciente. Também têm como objetivo preservar o estado patrimonial, financeiro, ético-moral e profissional dentro dos estabelecimentos de saúde (FELDMAN, 2008).

Estudos indicam que um evento tem maior probabilidade de ser relatado se ele tiver provocado um dano ao paciente, além de que os enfermeiros são os profissionais que mais conhecem o sistema de relato de eventos da instituição e os que mais relatam (KRECKER et al., 2009).

Quando os erros são percebidos, o importante é saber “como” e “porquê” as defesas falharam, não interessando “quem” os tenha cometido (COIMBRA, 2004).

A análise sistemática dos dados gerais sobre o desempenho da assistência de enfermagem pode facilitar a tomada de decisão gerencial e a implantação de melhorias, a falta desses dificulta muito a visão de resultados dos processos. A utilização de ferramentas de gestão para o planejamento e avaliação é um dos caminhos que pode ser utilizado pelos coordenadores dos serviços de enfermagem dos hospitais, como estratégia para melhorar os processos assistenciais e seus resultados, bem como promover a assistência de enfermagem com maior segurança.

Adami (2000) destacou os instrumentos de que um Serviço de Enfermagem dispõe para gestão da qualidade, subdividindo-os em internos e externos. Entre os internos aponta as seguintes comissões: Avaliação Interna da Qualidade, constituída por elementos da equipe multidisciplinar; Auditoria de Enfermagem; Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares; Ética em Pesquisa; Gerenciamento de Riscos; Prevenção Interna de Acidentes; Serviços de Educação Continuada e Atendimento ao Cliente. Cita a Acreditação Hospitalar como um instrumento externo, considerando-a prática relevante para a gestão da qualidade que vem sendo gradativamente empregada nas instituições de saúde.

Concorda-se com Paiva (2006), quando menciona que a qualidade deve estar presente em todo o processo de discussão da assistência do enfermeiro, uma vez que o foco de assistência de enfermagem deve ser o indivíduo e o atendimento de suas necessidades; porém, as pesquisas sobre essa temática, apesar de estarem se

desenvolvendo e conquistando dimensões significativas na enfermagem, ainda estão longe de alcançar a abrangência necessária e desejada pelos enfermeiros.

Esforços para tornar o atendimento ao paciente mais seguro exigirão liderança para estimular a comunicação de EA, monitoramento contínuo da incidência desses eventos, aplicação criteriosa das novas tecnologias, melhor comunicação e coordenação entre os cuidadores, além de mudança na cultura organizacional, visando principalmente a não punição (BAKER et al., 2004).

Este estudo utiliza como marco teórico de referência os pressupostos da Gestão da Qualidade, que apresenta como elementos comuns nos diversos conceitos e modelos propostos com foco no cliente, o princípio da melhoria contínua e a ideia de organizações como processos contínuos, onde, no setor saúde, busca-se avaliar as condições dos hospitais e identificar elementos importantes e imprescindíveis para a qualidade dos serviços, sendo esse o primeiro passo na busca da qualidade das ações (TURCHI, 1997; GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A compreensão e conhecimento da epidemiologia dos eventos adversos e das falhas assistenciais, frequência, causas e determinantes, bem como o impacto nos resultados em saúde e a efetividade de métodos de prevenção dos mesmos nos serviços de enfermagem, carecem de estudos mais aprofundados.

Reconhecendo que a qualidade da assistência de enfermagem contribui, decisivamente, para a evolução do quadro de saúde dos pacientes internados e que essa qualidade depende diretamente dos níveis de segurança assistenciais oferecidos pelos Serviços de Enfermagem, pretende-se com o presente estudo responder às seguintes questões: como ocorre o gerenciamento da segurança do paciente nos serviços de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto, SP? Existem medidas preventivas relacionadas aos riscos assistenciais?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar o gerenciamento da segurança do paciente junto aos Serviços de Enfermagem em hospitais do interior do Estado de São Paulo.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar a opinião dos enfermeiros responsáveis técnicos e coordenadores dos serviços de enfermagem das instituições hospitalares em estudo sobre o grau de segurança do paciente nessas instituições.
- Identificar as ferramentas utilizadas para notificação de eventos adversos.
- Identificar quais são os eventos adversos notificados com maior frequência pela enfermagem nas instituições pesquisadas.
- Identificar as medidas adotadas a partir dos eventos adversos identificados.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Este estudo caracteriza-se como descritivo, não experimental, com delineamento transversal do tipo Survey. De acordo com Lo Biondo e Haber (2001), esse desenho coleta descrições detalhadas de variáveis existentes e usa os dados para avaliar e justificar condições e práticas atuais ou para fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de saúde.

Pesquisadores usam esse tipo de pesquisa para buscar informações precisas sobre as características dos sujeitos, em particular grupos, instituições ou situações. É usado também para investigar a frequência de ocorrência de um fenômeno, particularmente quando há pouco conhecimento sobre o mesmo. Os tipos de variáveis de interesse podem ser classificados como opiniões, atitudes ou fatos (LO BIONDO; HABER, 2001).

Nos estudos do tipo Survey, as informações são coletadas por meio de um instrumento estruturado elaborado pelo investigador que poderá se referir às ações, conhecimentos, intenções, opiniões, atitudes e valores dos indivíduos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

5.2 Cenário da pesquisa

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2008), hospitais são estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.

Essa definição não está necessariamente centrada no número de leitos de um hospital, mas, sim, nas atividades desenvolvidas nessa organização. Desse modo, um hospital pode ser desde uma unidade com 5 leitos, com pouca estrutura de diagnóstico até um complexo de muitos leitos, contando com diversas especialidades e com tecnologia avançada.

De acordo com o Ministério da Saúde (1985) os hospitais podem ser classificados como:

- **quanto ao porte**, a instituição pode ser denominada da seguinte forma: pequeno: tem capacidade menor ou igual a 50 leitos; médio: possuindo de 51 a 150 leitos; grande: oferece de 151 até 500 leitos e porte especial ou extra: dispõe de quantidade superior a 500 leitos.

Apesar de a maioria dos hospitais brasileiros serem de pequeno porte, esses respondem por apenas 18% dos leitos hospitalares (UGÁ; LOPEZ, 2007).

De acordo com a administração ou entidade mantenedora, o hospital pode ser identificado como:

- **público** - hospital que integra o patrimônio da União, Estados, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado);

- **filantrópico** - hospital privado, que reserva para a população carente serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remunera os membros de sua diretoria nem de seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros revertem exclusivamente à manutenção da instituição;

- **beneficente** - hospital privado, instituído e mantido por contribuições e doações particulares, destinado à prestação de serviços aos seus associados, cujos atos de constituição especificam sua clientela. Não remunera os membros de sua diretoria, aplica integralmente os seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais, e seus bens, no caso de sua extinção, revertem em proveito de outras instituições do mesmo gênero ou do poder público;

- **privado ou particular** - hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público.

De acordo com o tipo de atendimento o hospital pode ser definido como:

- **especializado** - é o hospital destinado, predominantemente, a atender pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica;

- **geral** - é o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas. Poderá ter a sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino) (MS, 1985).

A pesquisa foi desenvolvida em um município do interior do Estado de São Paulo com população de, aproximadamente, 600 mil habitantes, com uma rede de 15 hospitais, sendo 3 especializados e 12 gerais, e, desses, 1 (6,7%) é de porte especial, 3 (20%) são de grande porte, 5 (33,3%) são de médio porte e 6 (40%) são de pequeno porte. Quanto ao tipo de prestação de serviço, 9 são privados com ou sem fins lucrativos, 6 são públicos. De acordo com o Plano Municipal de Saúde do município, para os anos 2010 a 2013, a cidade conta com o total de 1.942 leitos hospitalares (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

5.3 Locais do estudo

A presente investigação foi desenvolvida utilizando-se uma amostra composta por 7 (63,6%) instituições hospitalares que aceitaram participar do estudo, de um total de 11 solicitações enviadas (Apêndice D), que compreendem hospitais públicos e privados da cidade de Ribeirão Preto, SP. Ressalta-se que 2 (18,1%) hospitais deram retorno negativo para a realização da pesquisa e 2 (18,1%) não deram retorno. As instituições foram escolhidas intencionalmente, visando contemplar os vários perfis das instituições da cidade.

Dentre os hospitais participantes estão: 3 (42,8%) hospitais públicos e 4 (57,2%) hospitais privados com ou sem fins lucrativos. Destaca-se que os hospitais que autorizaram a realização da pesquisa representam em torno de 29% do total de leitos da cidade.

No decorrer da pesquisa, os hospitais foram denominados por letras, para garantir seu anonimato.

5.4 População

A população foi composta por 56 sujeitos, sendo 7 (12,5%) enfermeiros responsáveis técnicos (RT) pelos serviços de enfermagem de cada instituição e 49 (87,5%) enfermeiros com cargo de coordenação ou líderes de áreas assistenciais e áreas de apoio assistencial, de cada um dos 7 hospitais que constituiu a amostra.

5.5 Coletas de dados

Os dados foram coletados somente após a análise e obtenção de parecer favorável dos RT dos hospitais e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Protocolo CAAE: 00803212.2.0000.5393.

Em cada instituição do estudo, foi agendado um encontro com os responsáveis técnicos dos serviços de enfermagem e enfermeiros coordenadores, para a apresentação da pesquisadora, dos objetivos do estudo e dos aspectos éticos, assim como convidá-los a participar da pesquisa. Aos enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura. (Apêndice A)

5.6 Instrumentos de coleta de dados

Utilizando-se o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), como base, foram elaborados dois instrumentos para coleta dos dados, sendo o primeiro (Apêndice B) direcionado à pesquisa com os responsáveis técnicos (RT) dos Serviços de Enfermagem, composto por 26 questões, sendo 9 questões abertas e 17 fechadas. As questões de 22 a 26 foram adaptadas do questionário da AHRQ.

O segundo instrumento (Apêndice C), destinado à pesquisa com os enfermeiros coordenadores, é composto por 22 questões de múltipla escolha,

sendo todas as questões adaptadas do questionário da AHRQ, traduzido para o português.

Nos dois instrumentos utilizados nesta pesquisa, a segurança do paciente foi definida como “evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes do processo de cuidados de saúde prestado” (AHRQ, 2004). Através do questionário, é possível avaliar as dimensões da cultura de segurança que ocorre no âmbito das unidades e no âmbito hospitalar, além de variáveis de resultado.

Finalizada a elaboração dos instrumentos, passou-se para a validação de conteúdo. Para tanto, procedeu-se à análise teórica dos itens que, segundo Pasquali (1997), deve ser realizada por juízes. Essa análise visa estabelecer a compreensão dos itens e a pertinência dos mesmos em relação ao atributo que se pretende medir, já que o instrumento foi adaptado.

Segundo Pasquali (1997), a análise teórica dos itens pode ser realizada de duas maneiras:

- 1 - análise dos juízes - os juízes devem ser peritos na área do constructo, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão;
- 2 - análise semântica - tem o objetivo de verificar se todos os itens são compreensíveis para os membros da população à qual o instrumento se destina, podendo ser realizada pela própria população.

Para realização da validade de conteúdo do instrumento de coleta de dados, optou-se por convidar cinco juízes especializados na temática, sendo todos enfermeiros, pesquisadores e com experiência na prática de serviços hospitalares.

O convite a esses profissionais foi enviado através de *e-mail* e pessoalmente. Após o aceite do convite, o instrumento foi enviado aos juízes, juntamente com os esclarecimentos sobre o projeto, os objetivos da pesquisa, forma de elaboração inicial do instrumento, juntamente com o roteiro de instruções para sua apreciação.

Após a entrega dos documentos, foi acordado com os juízes o prazo máximo de 10 dias para sua devolução.

Ao grupo de juízes coube analisar o conteúdo do instrumento quanto à clareza das informações e pertinência dos itens. Para tanto, construiu-se um instrumento com questões fechadas, perguntando se essas apresentavam clareza e pertinência dos itens, além disso, reservou-se um espaço para sugestões, conforme ilustrado no Quadro 1.

1- Questões a serem respondidas pelos pesquisados...?
A questão (1) acima apresenta:
Clareza da redação: () <i>sim</i> () <i>não</i>
Pertinência do item: () <i>sim</i> () <i>não</i>
Sugestões:

Quadro 1 – Modelo do instrumento de análise enviado para os juízes. Ribeirão Preto, SP, 2012

Por clareza, entende-se trabalhar as questões do instrumento de forma clara e sem ambiguidades, pois os sujeitos podem não entender que tipo de informação é necessária e nem sempre ter o mesmo raciocínio que os pesquisadores (POLIT; BECK, 2008).

Por pertinência entende-se qualidade lógica de ligação entre um elemento de prova e aquilo que se pretende provar (DICIONÁRIO AURÉLIO, 2008).

Após a validação do instrumento, verificou-se a concordância quanto à clareza e pertinência nas respostas e sugestões dos juízes em cada item analisado.

De acordo com Pasquali (1997), na análise é preciso verificar se há concordância de cerca de 80% dos juízes. Nesse caso, se houver 80% de concordância no item ele é retido no elenco. Nesse sentido, optou-se pelo índice de 80% de concordância e, quando o índice ficava abaixo dessa porcentagem, os itens eram reformulados até adquirirem a aceitação dos juízes.

No geral, os juízes sugeriram modificações nos enunciados das questões, que não estavam descritas de forma clara e objetiva e, ainda, sugeriram correções gramaticais.

Além disso, as questões de número 3 e 11 dos questionários para os enfermeiros RT, e as questões de número 3, 8 e 11 do questionário a ser aplicado para os coordenadores não atingiram o índice de 80% de concordância, diante das considerações dos juízes, efetuaram-se as modificações sugeridas nessas questões.

5.7 Tratamento dos dados

Após a coleta, os dados foram duplamente digitados em planilha Excel e analisados através de estatística descritiva, utilizando-se o *software* SPSS. Os

resultados serão apresentados em forma de tabelas, e gráficos, contendo frequências absolutas e relativas, analisados à luz do referencial teórico da gestão pela qualidade e segurança do paciente.

5.8 Aspectos éticos

Este estudo atendeu todas as diretrizes da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Antes dos enfermeiros responderem o instrumento de coleta de dados, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Ressalta-se que o estudo foi executado somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e autorização dos Hospitais em estudo (ANEXO A).

6 RESULTADO E DISCUSSÃO

Dentre os 7 hospitais que compõem este estudo, 6 (85,7%) são hospitais gerais e 1 (14,3%) é especializado e, desses, 4 (57,1%) são hospitais de pequeno porte, 2 (28,6%) hospitais de médio porte e 1 (14,3%) é de grande porte. Em relação à complexidade assistencial, 3 (42,9%) são classificados de alta complexidade e 4 (57,1%) de média complexidade (Tabela 1).

Estudos conduzidos por Ugá e López (2007) demonstraram que os hospitais de até cinquenta leitos representam 62% das unidades hospitalares no Brasil, mas comportam apenas 18% dos leitos existentes no sistema de saúde brasileiro. Observou-se que 4.705 hospitais de pequeno porte se distribuíam em 2.943 municípios brasileiros, sendo a maior parte (83%) localizada em municípios classificados como interioranos e de até 30.000 habitantes. Ademais, esse tipo de hospital costuma apresentar baixa complexidade tecnológica (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2008).

Em Oliveira (2004), encontra-se que a complexidade dos hospitais está relacionada aos tipos de serviços oferecidos, em conjunto com as especialidades atendidas e, em alguns casos, também relacionado ao número de leitos disponíveis, conforme Portaria nº. 2.224, de 5 de dezembro de 2002, do Ministério da Saúde, assim, pode-se definir como:

- **hospital de alta complexidade** - aqueles que oferecem grande suporte diagnóstico como unidades de imagiologia – raios-x, tomografia, ressonância magnética, além de serviços de endoscopia, laboratório de análises clínicas e anatomopatologia. Suporte de tratamento completo, constituído de centro cirúrgico, centro obstétrico, UTI e emergência, pronto atendimento, além dos setores de internação;
- **hospital de média complexidade** - atendem casos de média complexidade, geralmente cuidam mais da parte de diagnóstico ou de cuidados imediatos ou graves;
- **hospital de baixa complexidade** - geralmente recebem pacientes que não dependem de cuidados especiais, em geral possuem poucos leitos (de 25 a 49), não contam com muitas especialidades, nem com aparato tecnológico especializado, existem em muitas comunidades para oferecer tratamento

ambulatorial e para receber e reencaminhar casos que requerem atendimento mais complexo.

Dos 7 hospitais participantes da pesquisa, observa-se que 2 (28,6%) possuem programa de qualidade implantado, os outros 5 (71,4%) não possuem (Tabela 1). Entende-se que a gestão pela qualidade pode ter influência direta nas questões relacionadas à segurança dos pacientes, pois, na medida em que se evoluiu tecnologicamente, aumentam as exigências de segurança e de controle dentro dos hospitais (FLORENCE; CALIL, 2005). Os programas de qualidade em serviços de saúde são estratégias que visam promover a qualidade do ambiente, o controle dos riscos, bem como a observância dos padrões de conformidade, com vistas à melhoria do desempenho da organização e foco na segurança do indivíduo.

Dos hospitais pesquisados, há um inserido no programa de acreditação hospitalar e outro no programa do CQH. Duarte e Silvino (2010) afirmam que a acreditação é uma ferramenta utilizada mundialmente pelos serviços de saúde, e tem evoluído seus processos continuamente para alcançar a excelência de seus objetivos. Apesar de não evitar a ocorrência de erros profissionais, tem sido uma oportunidade das instituições de saúde melhorar a qualidade do atendimento, atenção e cuidado ao paciente. O CQH, vinculado à Associação Paulista de Medicina de São Paulo, também tem como objetivo contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar, e contém um componente educacional muito importante, que é o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos, incentivo ao trabalho coletivo, principalmente o de grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento (CQH, 2012).

Alves (2009) reforça o conceito positivo sobre os programas de qualidade e ressalta que a implementação de programas de qualidade em serviços de saúde proporciona às instituições de saúde melhor controle dos custos, redução de perdas, melhora a segurança de pacientes e profissionais, tornando-se mais competitiva no mercado, através do atendimento de requisitos e necessidades dos clientes, bem como demonstra eficácia e eficiência nos resultados obtidos.

Tabela 1 – Caracterização dos hospitais pesquisados (n=7). Ribeirão Preto, SP, 2012

Variáveis	F	%
Tipo de hospitais		
• Geral	06	85,7
• Especializado	01	14,3
Número de leitos		
• <30	01	14,3
• 30 a 50	03	42,9
• 51 a 100	01	14,3
• 101 a 160	01	14,3
• >160	01	14,3
Complexidade		
• Média	04	57,1
• Alta	03	42,9
Possui programa de qualidade		
• Sim	02	28,6
• Não	05	71,4
Qual programa possui		
• ONA	01	14,3
• CQH	01	14,3
• Não possui	05	71,4

Quando se avalia o perfil dos coordenadores e responsáveis técnicos que formaram a população desta pesquisa, observa-se que, ainda hoje, a predominância na profissão é feminina, característica observada nos dois grupos de sujeitos, com predominância, em 85,7% dos enfermeiros RT e 87,7% dos enfermeiros coordenadores. Dados do Conselho Federal de Enfermagem, referente ao ano 2010, também corroboram a questão e revelam que dos 330.380 enfermeiros do Estado de São Paulo, no ano 2010, 86% são do sexo feminino (COFEN, 2011).

Esses dados podem ser relacionados a questões históricas da evolução dos serviços de saúde, em especial os hospitais, tendo em vista que a construção da enfermagem se deu através do cuidado aos doentes que, de início, era realizado nos hospitais de forma filantrópica e caritativa, sob a responsabilidade das irmãs de caridade. Esse ambiente, ainda sem a presença permanente de médicos, era caracterizado como “um hospital” para morrer e não para curar (FOUCAULT, 1979).

Essa situação construiu um cenário de desvalorização da prática, que impedia seu exercício por pessoas de camadas sociais mais elevadas. O século XVIII, no contexto da racionalidade iluminista, é marcado pela entrada do médico e a submissão do cuidado à cura e das freiras ao médico. Com o passar do tempo, essa relação vai se transformando, e o cuidado passa a ser exercido de forma

remunerada por um pessoal não qualificado: as prostitutas bêbadas e mulheres de reputação duvidosa, diferentemente do caso das freiras (MOREIRA, 1999).

É atribuída a Florence Nightingale o rompimento da enfermagem com o período denominado “decadência” pela maioria das narrativas históricas, tendo sido nomeada como a “precursora” da enfermagem moderna (LUNARDI, 1998). Sua classe social, seu nível econômico elevado e a boa educação foram condições que favoreceram seu acesso a instituições que lhe propiciaram articular o movimento que culminou com um modelo profissional de enfermagem (SAUTHIER; BARREIRA, 1999).

A estruturação do modelo nightingaleano de enfermagem no Brasil, em 1922, estabeleceu barreiras referentes ao ingresso masculino na profissão, pelo fato de ser uma profissão construída culturalmente como feminina. O ingresso masculino na profissão foi possibilitado em especial a partir de 1949, período em que foram criadas inúmeras escolas de enfermagem no país, vinculadas às faculdades de medicina e a partir da reforma universitária de 1966 que vinculou o ensino da enfermagem à universidade. Ambos os acontecimentos contribuíram para romper a obrigatoriedade que se tinha até então de ser do sexo feminino para ingressar na profissão (PEREIRA, 1991).

Os dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) referente ao ano 2010, também revelam que os profissionais de enfermagem concentram-se na faixa etária de 26 a 55 anos, sendo que a grande maioria está na faixa de 26 a 35 anos, a qual representa 35,98% do total dos profissionais de enfermagem do Brasil (Cofen, 2011). Nesse quesito, os dados deste estudo corroboram os dados do Cofen, visto que a faixa etária dos enfermeiros RT dos hospitais da pesquisa apresentaram variação entre 32 e 47 anos, com média de 39,3 anos, e a faixa etária dos enfermeiros coordenadores variou entre 24 e 35 anos, com média de 34,3 anos, conforme ilustrado na Tabela 2.

Em relação ao tempo de atividade no hospital, os dados apontam para média alta tanto para os enfermeiros RT como para os enfermeiros coordenadores, de 9,7 anos e 7,5 anos, respectivamente, mas, dentre esses, se observa variação de tempo muito grande, principalmente entre os enfermeiros coordenadores, que varia de menos de 1 a 27 anos de atividade no hospital.

Tabela 2 – Faixa etária e tempo de atuação dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores dos Serviços de Enfermagem dos hospitais pesquisados. Ribeirão Preto, SP, 2012

Características	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Idade dos RT	32	47	39,3	5,1
Idade dos coordenadores	24	53	34,3	7,7
Tempo de atividade dos RT no hospital	3,2	26,6	9,7	8,0
Tempo de atividade dos coordenadores no hospital	0,3	27	7,5	6,9

Silva e Ferreira (2011) colocam que o tempo de formação profissional é uma característica importante para a análise do perfil dos profissionais. Entretanto, mesmo que o enfermeiro apresente vários anos de formação não significa que se trate de veterano, visto que o enfermeiro pode ter longa experiência em outra área, podendo, pela falta de experiência nessa área atual, ser considerado novato. Assim, a classificação entre novatos e veteranos deve ser feita tomando por base não o tempo de formação profissional, mas em termos de experiência de atuação num dado cenário.

Tomando isso com referência, analisando os dados da Tabela 3, 100% dos RT possuíam acima de 9 anos de formação, com predomínio de 85,8% deles acima de 11 anos de formação, mas, em relação ao tempo de atividade no cargo, observa-se que 2 (28,6%) estão no cargo em um tempo < de 1 ano a 2 anos, 2 (28,6%) estão no cargo entre 3 e 4 anos e 3 (42,8%) estão no cargo acima de 5 anos. Pode-se, assim, concluir que, apesar de os enfermeiros RT possuírem tempo de formação relativamente alto, alguns ainda podem ser considerados com pouca experiência no cargo que estão assumindo.

Pela Tabela 3, quando analisados os dados referentes aos enfermeiros coordenadores, observa-se um padrão semelhante, onde 8 (16,3%) apresentam tempo de formação menor ou igual a 4 anos e os demais 41 (83,7%) possuem acima de 5 anos de formação e, ao se avaliar o tempo no cargo, encontra-se que 11 (22,4%) estão no cargo em um tempo entre < de 1 ano a 2 anos, 20 (40,8%) estão no cargo entre 3 e 4 anos e 18 (36,7%) estão há 5 ou mais anos no cargo. Também, nessa população pesquisada, observam-se novatos no cargo.

Tabela 3 – Tempo de atuação e formação dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores dos Serviços de Enfermagem dos hospitais pesquisados. Ribeirão Preto, SP, 2012

Variáveis	RT (n=7)		Coordenadores (n=49)	
	f	%	F	%
Tempo de formação profissional (anos)				
• 2 a 4	-	-	08	16,3
• 5 a 6	-	-	08	16,3
• 7 a 8	-	-	07	14,3
• 9 a 10	01	14,3	06	12,2
• 11 a 12	03	42,9	05	10,2
• 13 a 14	-	-	03	6,1
• >14	03	42,9	12	24,5
Tempo no cargo (anos)				
• <1	01	14,3	03	6,1
• 1 a 2	01	14,3	08	16,3
• 3 a 4	02	28,6	20	40,8
• 5 a 6	01	14,3	10	20,4
• 7 a 8	02	28,6	01	2,0
• 9 a 10	-	-	03	6,1
• >10	-	-	04	8,2

Para manter competitividade no mercado de trabalho, entende-se que a qualificação profissional possibilita ao profissional de saúde segurança no desenvolvimento das atividades assistenciais, sendo primordial para a emancipação do conhecimento técnico, descortinando-lhes um novo aprender, além de buscar o saber científico (OLIVEIRA et al., 2009). Portanto, o processo de especialização do conhecimento e suas conseqüentes exigências para o campo de trabalho mostram-se irreversíveis (SILVA e FERREIRA, 2011).

Observa-se, pela Tabela 4, que 6 (85,7%) enfermeiros RT possuíam pós-graduação, predominando a especialização em 5 (71,4%) sujeitos e 1 (14,3%) deles com mestrado. Ressalta-se que 2 (28,6%) dos RT possuíam mais de uma especialização e 1 (14,3%) não possuía nenhuma pós-graduação.

Em relação à pós-graduação dos enfermeiros coordenadores, constatou-se que 12 (24,5%) possuíam dois ou mais tipos de pós-graduação, 27 (55,1%) possuíam pelo menos uma pós-graduação. Chama a atenção que 10 sujeitos em cargo de coordenação de unidades (20,4%) não possuíam nenhuma pós-graduação (Tabela 4). É fato que esses sujeitos estão assumindo cargos de liderança dentro das instituições de saúde e, de acordo com Robbins (1999), liderança é a capacidade de influenciar um grupo em direção à realização de metas. “A habilidade

de uma pessoa influenciar, motivar e capacitar os outros a contribuírem com a eficácia e sucesso da organização à qual pertencem” (HOUSE et al., 2004).

É fundamental considerar ainda a complexidade envolvida nos processos assistenciais, uma vez que a velocidade com que as mudanças tecnológicas acontecem é surpreendente, evidenciadas, sobretudo, pela incorporação de novos conceitos e recursos em busca da melhoria do cuidado. Isso traz avanços positivos e desafios para o exercício profissional, pois, além dos cuidados diretos, considera-se fundamental a compreensão do funcionamento dos aparelhos e interpretação dos dados observados para garantir a confiabilidade dos resultados (MESQUITA et al., 2004).

Tellez (2013) coloca que, é preciso encorajar os enfermeiros a continuar seus estudos, pois, desenvolvem um trabalho que exige conhecimento, habilidade e educação continuada. Ressalta ainda que, os médicos focam o diagnóstico, os farmacêuticos, os medicamentos, os assistentes sociais, as questões psicossociais e os enfermeiros, além de lidarem com todas essas questões, também são responsáveis pela gestão dos sintomas e pela educação do paciente. O fato de ser reconhecido apenas como um profissional gentil e atencioso não é o suficiente, pois estar presente com alguém em crise não é suficiente ser uma boa pessoa, é preciso ser um profissional altamente qualificado.

Quanto à carga horária, essa variou muito de instituição para instituição, provavelmente devido às características dessas: privadas e públicas, onde se evidencia diferentes formas de contratualização funcional, variando entre 30 e 44 horas semanais, predominando em 100% dos enfermeiros RT acima de 40 horas e em 26 (53,1%) dos enfermeiros coordenadores, mas, dentre os coordenadores, observa-se um grande contingente (23 - 46,9%) que perfaz carga horária de 30 a 36 horas (Tabela 4).

Tabela 4 – Pós-graduação e carga horária dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores dos Serviços de Enfermagem dos hospitais pesquisados. Ribeirão Preto, SP, 2012

Variáveis	RT (n=7)		Coordenadores (n=49)	
	f	%	f	%
Possui pós-graduação				
Sim	06	85,7	39	79,6
Não	01	14,3	10	20,4
Tipo de pós-graduação				
• Especialização	05	71,4	32	65,3
• Especialização + mestrado	-	-	02	4,1
• Mestrado	01	14,3	04	8,2
• Doutorado	-	-	01	2,0
• Não possui pós-graduação	01	14,3	10	20,4
Carga horária semanal (horas)				
30	-	-	05	10,2
36	-	-	18	36,7
40	04	57,1	11	22,4
44	03	42,9	15	30,6

A Tabela 5 ilustra variação expressiva em relação ao total de enfermeiros coordenadores participantes por instituição. Essa variação se deu em razão do número de enfermeiros com cargo de coordenação ou liderança em cada instituição, sendo influenciado, pelo porte e complexidade das mesmas. A indicação dos enfermeiros coordenadores para participação na pesquisa foi feita pelos enfermeiros RT de cada instituição participante. Do total de enfermeiros coordenadores pesquisados, 36 (73,5%) estavam em áreas assistenciais e 13 (26,5%) em áreas de apoio.

Em relação às áreas de pós-graduação dos sujeitos pesquisados, observa-se predominância nas áreas de docência, licenciatura e educação com 24,5%, a área de urgência, emergência e UTI com 16,3% aparece em segundo lugar, a área de administração aparece em terceiro lugar com incidência de 8,2%, de acordo com relatos dos pesquisados e outras dezesseis áreas também são citadas, de acordo com a Tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização dos enfermeiros coordenadores dos Serviços de Enfermagem e suas relações com os hospitais pesquisados (n=49). Ribeirão Preto, SP, 2012

Variáveis	F	%
Hospitais		
• A	6	12,2
• B	6	12,2
• C	7	14,3
• D	7	14,3
• E	10	20,4
• F	4	8,2
• G	9	18,4
Setor de atuação		
• UTI	10	20,4
• Enfermarias	07	14,3
• Centro cirúrgico	06	12,2
• CCIH	06	12,2
• Pronto atendimento	04	8,2
• Ambulatório	03	6,1
• Central de materiais e esterilização	03	6,1
• Centro obstétrico	02	4,1
• Alojamento conjunto	01	2,0
• Educação continuada	01	2,0
• Lavanderia	01	2,0
• Hospital-dia	01	2,0
• Higiene e limpeza	01	2,0
• Hemodinâmica	01	2,0
• Unidade de queimados	01	2,0
• Unidade de isolamento	01	2,0
Área de pós-graduação		
• Docência em enfermagem, licenciatura, educação.	12	20,4
• Urgência, emergência e UTI.	08	16,3
• Administração	04	8,2
• Saúde pública	03	6,1
• Obstetrícia	03	6,1
• Centro cirúrgico	03	6,1
• Auditoria	03	6,1
• Oncologia	03	6,1
• Cardiologia e hemodinâmica	03	6,1
• CCIH	02	4,1
• Enfermagem do trabalho	02	4,1
• Saúde da família	02	4,1
• Enfermagem fundamental	02	4,1
• Pediatria e neonatologia	02	4,1
• Estomaterapia	01	2,0
• Nefrologia	01	2,0
• Não relatado	01	2,0
• Não possui pós-graduação	10	20,4

Quando se analisam os sistemas de notificação de eventos adversos utilizados pelos hospitais pesquisados encontra-se que 100% dos RT referem possuir sistema interno de notificação de ocorrências, predominando a forma eletrônica de notificação (63%), seguida da forma manual (51%). Ressalta-se que

algumas instituições possuem os dois sistemas de notificação (Tabela 6), o que pode ser considerado um quadro positivo, tendo em vista que, no Brasil, ainda não existe uma cultura de identificação/notificação de riscos e/ou erros como oportunidades de melhorias, embora, em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tenha criado o projeto dos hospitais sentinela com o objetivo de identificar e monitorar eventos adversos através de uma rede de hospitais de referência (BRASIL, 2011).

A JCAHO recomenda que existam ferramentas para medir e monitorar a *performance* de uma instituição e propõe a utilização de instrumentos de notificação. Sugere, ainda, que exista análise crítica sobre as causas de sua ocorrência e implantação de medidas de qualidade (SCHNEIDER; GIFT, 1998).

Há referências de inúmeros métodos usados pelas instituições da saúde para detecção de EA que vão desde o relatório individual anônimo, ficha de notificação formal, técnica do incidente crítico, revisão da prescrição, observação direta e combinação do relatório anônimo e observação. Cada um deles tem suas vantagens e desvantagens, contudo, devem estar adequados aos objetivos das instituições e utilizados como instrumentos gerenciais para a melhoria da qualidade da assistência à saúde (FLYNN; BARKER, 1999; FLYNN; BARKER et al., 2002).

Alguns autores identificaram o medo de represálias e exposição a julgamentos como os principais fatores para a não notificação e referem que apenas 25% dos erros são formalizados em relatórios ou notificações de ocorrências (OSBORNE; BLAIS; HAYES, 1999; BLAIS; HAYES, 1999).

Recomenda-se que os instrumentos utilizados para notificações de erros não sejam difíceis de preencher, não sejam utilizadas como instrumentos para ações disciplinares aos profissionais, que os dados oriundos desses sejam utilizados para desencadear ações educacionais e mudanças estruturais ou processuais (OSBORNE, 1999; CARVALHO e CASSIANI, 2002).

Wachter (2010) sugere que os sistemas de notificações sejam voluntários visto que oferecem muitas vantagens, como a facilidade de utilização, adaptação a diferentes realidades, possibilidade de fornecer dados sobre incidentes desconhecidos, além do baixo custo de implantação e manutenção. As desvantagens estão nos vieses dos relatos dos incidentes, dados incompletos, informações limitadas da população exposta, além de não fornecer informações

quantitativas sobre a frequência ou risco relativo dos incidentes (BROWN et al., 2007).

Além da notificação voluntária, outro método que pode ser utilizado para conhecer incidentes decorrentes da assistência à saúde é a monitorização intensiva (CAPUCHO, 2012).

No gerenciamento de riscos é fundamental que a instituição de saúde adote política de prevenção como requisito para a qualidade, cujos principais objetivos sejam o de criar uma base mais sólida e segura para a tomada de decisão e para o planejamento da segurança do paciente, a partir do monitoramento e minimização e prevenção de incidentes que possam causar eventos adversos (IHI, 2011; BRANCO FILHO, 2010; HINRICHSEN et al., 2011). Esse gerenciamento poderá ser feito por uma comissão multidisciplinar que sistematize processos que identifiquem todas as oportunidades e ameaças e que tire proveito das incertezas e variabilidades como aprendizados.

Dentre os hospitais pesquisados, 5 (71,4%) referiram possuir uma comissão interna para gerenciamento dos riscos e 2 (28,6%) ainda não a possuíam. Dos hospitais que possuíam comissão de gerenciamento de risco, 100% referiram ter enfermeiros participantes, variando entre 1 a mais de 5 participantes, conforme Tabela 6.

Quando os enfermeiros RT foram questionados sobre a frequência das reuniões da comissão de gerenciamento de riscos, 3 (42,9%) referiram ser mensal, 1 (14,3%) referiu ser semanal e 1 (14,3%) referiu não saber. Em relação à discussão dos EA por essa comissão, 4 (57,1%) referiram que são discutidos e 1 (14,3%) referiu não discutir.

Carvalho e Cassiani (2000) ressaltam que, na ocorrência de um erro, o hospital deve iniciar, imediatamente, uma investigação completa e detalhada, deve ser realizada determinando e documentando a natureza do acontecido como: horário, pessoal envolvido, turno, tipo de erro e, entre outros aspectos, e o que o desencadeou, a etapa do processo em que o erro ocorreu e as possíveis causas das falhas do sistema, a fim de amenizá-lo, evitando que a culpa recaia somente no indivíduo profissional.

Infelizmente, pouco é realizado, nas instituições de saúde brasileiras, para a verificação do motivo do erro. As intervenções adotadas pela chefia frente à ocorrência do erro, em geral, são ações punitivas e individuais de censura,

advertências verbais, relatórios, transferência para outro setor e possíveis demissões da instituição. Raramente, treinamentos e reciclagem necessários à prevenção de futuros erros são efetivamente realizados. O indivíduo é penalizado conforme a gravidade e consequência do erro ao paciente (CARVALHO et al., 1999).

Elaborar um diagrama que identifique os riscos poderá ser uma ferramenta de controle da qualidade institucional em que não só se identificam as lideranças responsáveis pelo monitoramento das situações adversas, mas, também, os potenciais indicadores de controle da segurança do paciente (HINRICHSEN et al. 2011).

Tabela 6 – Caracterização sobre a forma de notificação das ocorrências nas instituições pesquisadas, de acordo com relatos dos enfermeiros RT (n= 7). Ribeirão Preto, SP, 2012

Variáveis	f	%
Possui sistema interno de notificação de ocorrências		
• Sim	07	100,0
Forma de notificação dos EA		
• Eletrônico	04	57,1
• Escrito (manual)	03	42,9
Possui comissão de gerenciamento de risco		
• Sim	05	71,4
• Não	02	28,6
Frequência das reuniões da comissão de gerenciamento de risco		
• Semanal	01	14,3
• Mensal	03	42,9
• Não sabe	01	14,3
• Não possui comissão	02	28,6
A comissão discute os EA		
• Sim	04	57,1
• Não	01	14,3
• Não possui comissão	02	28,6
Possui enfermeiros integrante da comissão		
• Sim	05	71,4
• Não possui comissão	02	28,6
Quantidade de enfermeiros na comissão		
• 1 a 2	01	14,3
• 3 a 4	02	28,6
• >5	02	28,6
• Não possui comissão	02	28,6

Apesar das diferentes atividades desenvolvidas pelas diversas organizações como indústrias, governos, igrejas, exércitos, hospitais e outros, estabelecer planos

e diretrizes, avaliar resultados e desempenho e controlar as atividades em busca dos objetivos são comuns a todas as organizações.

A palavra controle pode assumir diferentes significados na administração: pode ser interpretada como uma função restritiva, limitadora ou como uma função de regulação automática. Interessa, aqui, discutir o controle como uma função administrativa, cuja finalidade é assegurar que os resultados planejados e organizados se ajustem aos objetivos previamente definidos no planejamento. Dessa forma, a essência do controle é verificar se as atividades desenvolvidas estão ou não alcançando os objetivos propostos ou resultados desejados (CHIAVENATO, 2000).

Controle consiste na verificação para certificar se tudo ocorre em conformidade com o plano adotado, as instruções transmitidas e os princípios estabelecidos. O objetivo é localizar as fraquezas e erros no intuito de retificá-los e prevenir a recorrência (CHIAVENATO, 2000).

Para Chiavenato (2000), o controle constitui uma das funções do processo administrativo, de tal forma que a inexistência dessa função, ou as deficiências que apresentar, tem reflexos diretos e negativos com a mesma intensidade nas demais funções, decretando, invariavelmente a frustração parcial ou total dos seus objetivos. Para ele, o controle é um processo cíclico composto por quatro fases (Figura 6).

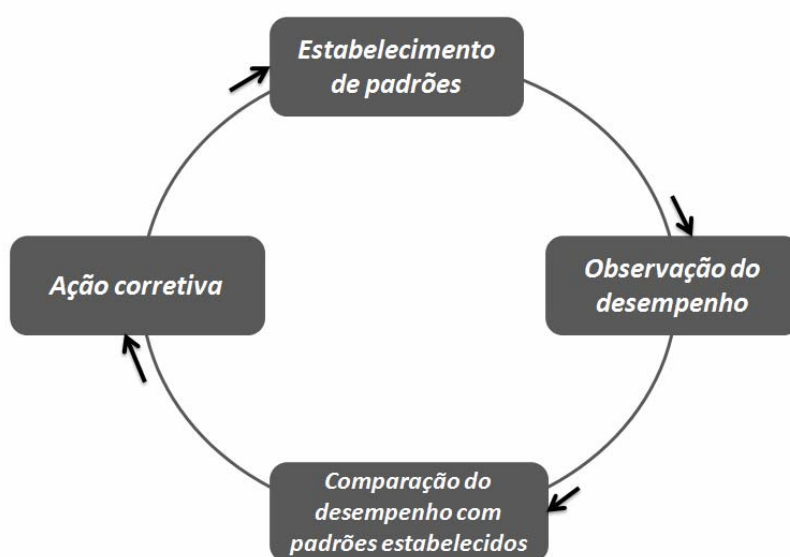


Figura 6 – As quatro fases do controle
Adaptado de Chiavenato (2000), p. 206.

Atualmente, o grande desafio da gestão de processos é integrar os conceitos da reengenharia com a melhoria contínua, tornando-o um programa contínuo de gestão. Tudo isso, somado à tecnologia, se torna uma ferramenta para auxiliar o mapeamento, a execução e o monitoramento do desempenho do processo.

São várias as ferramentas que podem ser utilizadas no processo de gestão da qualidade. No processo de melhorias, dentro do programa de qualidade, destacam-se: a técnica de coleta de dados, o diagrama de Pareto, o diagrama de causa e efeito, o método PDCA e o plano de ação. A apresentação, bem como o entendimento de tais ferramentas, é fundamental para a gestão de processos das empresas. Dessa forma, o emprego dessas e de outras ferramentas, não contempladas neste estudo, devem ser empregadas de acordo com a necessidade de cada caso.

De acordo com os dados desta pesquisa, 6 (85,7%) enfermeiros RT, responderam que utilizavam alguma metodologia de análise dos EA, e 1 (14,3%) não respondeu. Observa-se que os indicadores e gráficos são as ferramentas predominantes. Ressalta-se que 1 (14,3%) hospital utiliza apenas uma das ferramentas, 3 (42,8%) hospitais utilizam duas das ferramentas, 1 (14,3%) utiliza três ferramentas e 1 (14,3%) utiliza as quatro ferramentas elencadas na pesquisa (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização sobre a forma de análise dos eventos adversos de acordo com relatos dos enfermeiros RT das instituições pesquisadas (n=7). Ribeirão Preto, SP, 2012

Variáveis	f	%
Utiliza metodologia para análise dos eventos adversos		
• Sim	06	85,7
• Não respondeu	01	14,3
Metodologia utilizada para análise dos eventos adversos		
• Espinha-de-Peixe	03	42,9
• 5W2H	03	42,9
• Indicadores	04	57,1
• Gráficos	04	57,1

O ato de notificar deve ser estimulado, visto que sua análise repercute na prevenção dos eventos, além de subsidiar o planejamento de estratégias que minimizem sua ocorrência e reconheça o erro como parte integrante do sistema (MENDES et al., 2008).

Com a notificação, podem-se produzir informações detalhadas sobre os EAs, de modo a orientar a definição de prioridades e o desenvolvimento de políticas e de intervenções nos serviços voltadas para a melhoria da qualidade na assistência à saúde, tornando o cuidado mais seguro (MENDES et al., 2008).

Identificar e relatar os EA que ocorrem na instituição evidencia que os profissionais de saúde, além de reconhecerem e notificarem o risco, adotam medidas preventivas para possíveis correções, para minimizar ou eliminar a sua ocorrência, e ainda acompanhar o desenvolvimento das ações implementadas para melhoria da prática em saúde (CARNEIRO et al., 2011).

Em 1997, Reason apresentou o conceito de vulnerabilidade nas organizações, que pode se originar tanto de fatores cujos efeitos se manifestam quase imediatamente (os chamados fatores ativos), quanto de certas condições cujos efeitos podem permanecer adormecidos, por períodos de tempo mais ou menos longos (as condições latentes). Portanto, o gerenciamento dos riscos, necessário para reduzir a vulnerabilidade das empresas, depende não só da identificação dos riscos ativos, mas também dos riscos latentes.

Para ele, a única maneira de reconhecer os processos que estejam gerando as condições latentes, e que levam ao risco latente, é através de um monitoramento contínuo, tanto das não conformidades encontradas, quanto dos atos que podem levar a um risco ativo (REASON, 1997).

Nesse estudo, quando questionados sobre a frequência de notificação de um quase erro ou um erro, sem ou com potencial para prejudicar o paciente, mas não causaram danos aos mesmos, observa-se que as notificações são mais frequentes à medida que o erro atinge o paciente, fazendo com que as falhas latentes permaneçam e possam se manifestar posteriormente. Quando avaliado em que momento os enfermeiros coordenadores realizam a notificação de EA identificados, observou-se que os EA são notificados “sempre” ou “quase sempre” por 49% dos pesquisados quando se trata de um quase erro, 81,7% quando se trata de um erro com potencial para prejudicar o paciente e 87,7% quando ocorrem erros que atingem o paciente, mas não causam danos. Nota-se que, mesmo quando o erro atinge o paciente, 4,1% dos coordenadores pesquisados referiram relatar às vezes, e 8,1% referiram não relatar (Figura 7).

Entende-se que o trabalho com os erros que ainda não ocorreram pode estar ligado à maturidade da instituição em relação à segurança do paciente.

Gonçalves Filho et al. (2011), após revisão da literatura sobre cultura organizacional, observaram que existem modelos de estágios de maturidade de cultura de segurança, mas existe ausência de um modelo que possibilite identificar em que estágio de maturidade se encontra a cultura de segurança de uma organização. O

modelo desenvolvido por esses autores definem os seguintes estágios de uma cultura de segurança numa organização: patológico, reativo, burocrático, proativo e melhoria contínua. O estágio é definido pelo modo como a organização trata os seguintes fatores, considerados como essenciais para a cultura de segurança: informação, aprendizagem organizacional, envolvimento, comunicação e comprometimento.

Para Gonçalves Filho et al. (2011), uma empresa se encontra no **estágio patológico** quando oferece meios que permitem aos empregados informarem qualquer tipo de ocorrências anormais, mas as ocorrências anormais que acontecem na empresa, independente da gravidade ou se resultaram em acidentes, não são informadas pelos empregados. No **estágio reativo** somente as ocorrências anormais que resultaram em acidentes graves são informadas pelos empregados. No **estágio burocrático**, a maioria das ocorrências anormais que acontecem na empresa, independente da gravidade ou se resultaram em acidentes, não são informadas pelos empregados. No **estágio proativo**, a maioria das ocorrências anormais que acontecem na empresa, independente da gravidade ou se resultaram em acidentes, são informadas pelos empregados e no **estágio construtivo** as ocorrências anormais que acontecem na empresa, independente da gravidade ou se resultaram em acidentes, são informadas pelos empregados.

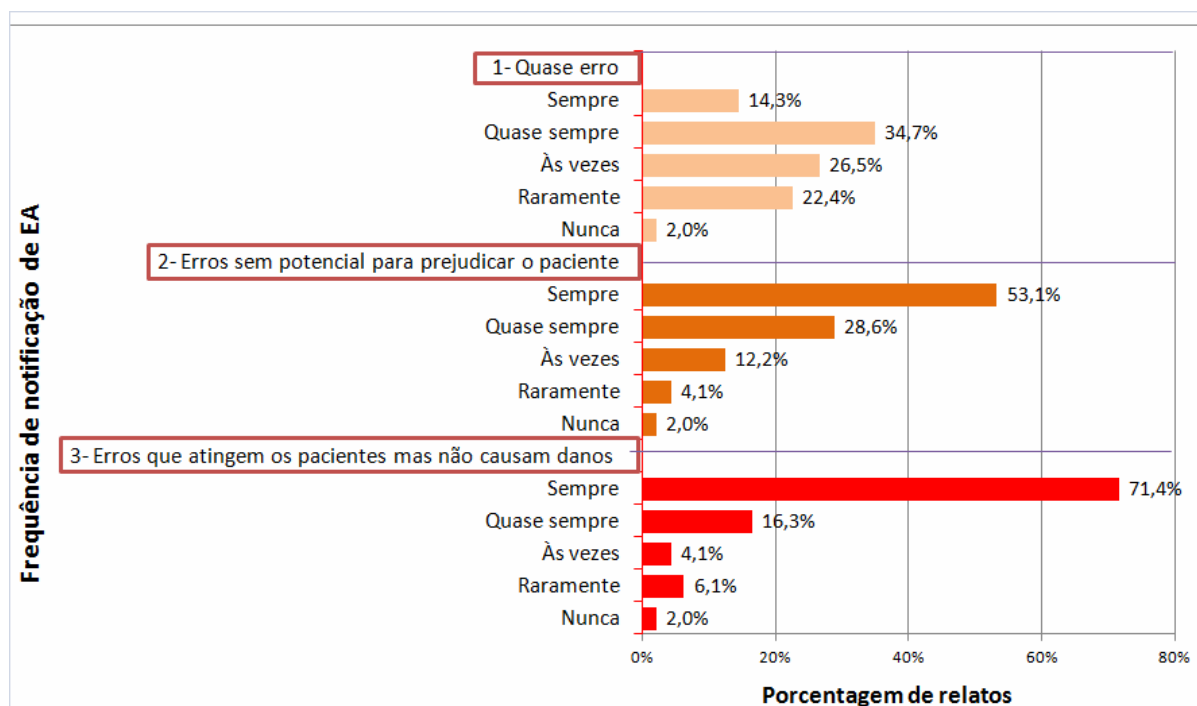


Figura 7 – Caracterização dos relatos de eventos adversos (EA), realizados pelos enfermeiros coordenadores dos hospitais pesquisados (n=49). Ribeirão Preto, SP, 2012

Em estudo realizado pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, identificou-se que entre 3 e 16% de pacientes que sofrem eventos adversos resultantes de cuidados médicos não seguros nas suas hospitalizações. A abrangência dessas circunstâncias foi verificada em todos os países, fossem eles desenvolvidos, em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, sendo que a maioria dos dados é proveniente de nações desenvolvidas. Acredita-se que, em países pobres, esses resultados sejam imensamente piores e com menores perspectivas de solução (JHA et al., 2010).

Conforme relatório da ARHQ de março de 2011, do Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report, em que o banco de dados em 2011 era composto por dados de 472.397 funcionários hospitalares respondentes e 1.032 hospitais participantes (ARHQ, 2011), os resultados do item que perguntava aos entrevistados para indicar o número de eventos que haviam relatado ao longo dos últimos 12 meses, são mostrados a seguir: em média, a maioria dos inquiridos (54 por cento) não relatou nenhum evento em seu hospital. O relato de eventos foi identificado como uma área de fragilidade que necessita da implementação de melhoria na maioria dos hospitais, pois a subnotificação dos eventos significa potenciais problemas de segurança do paciente, podendo inclusive ocorrer por falhas no reconhecimento ou identificação e, por isso, não podem ser notificados.

Neste estudo, observa-se, também, baixo índice de notificação relatado pelos coordenadores das áreas, 10,2% relataram que não fizeram nenhuma notificação durante os 12 meses e 38,7% fizeram entre 1 a 5 notificações. Com relação à média mensal de notificações relatadas pelos RT 14,3% desconhecem e 28,6% relatam que houve entre 5 e 10 notificações, demonstrando grande contingente de hospitais que necessitam melhorar esse quesito, pois o desconhecimento dos eventos adversos, impedem a implementação de melhorias e mudanças na gestão (Figura 8).

Entende-se ser uma lacuna no gerenciamento da segurança dos pacientes o fato de vários coordenadores fazerem pouco ou nenhum relato de EA, visto que, segundo Reason (1997), a informação representa a confiança dos indivíduos na organização para relatar os erros, os acidentes e os incidentes ocorridos.

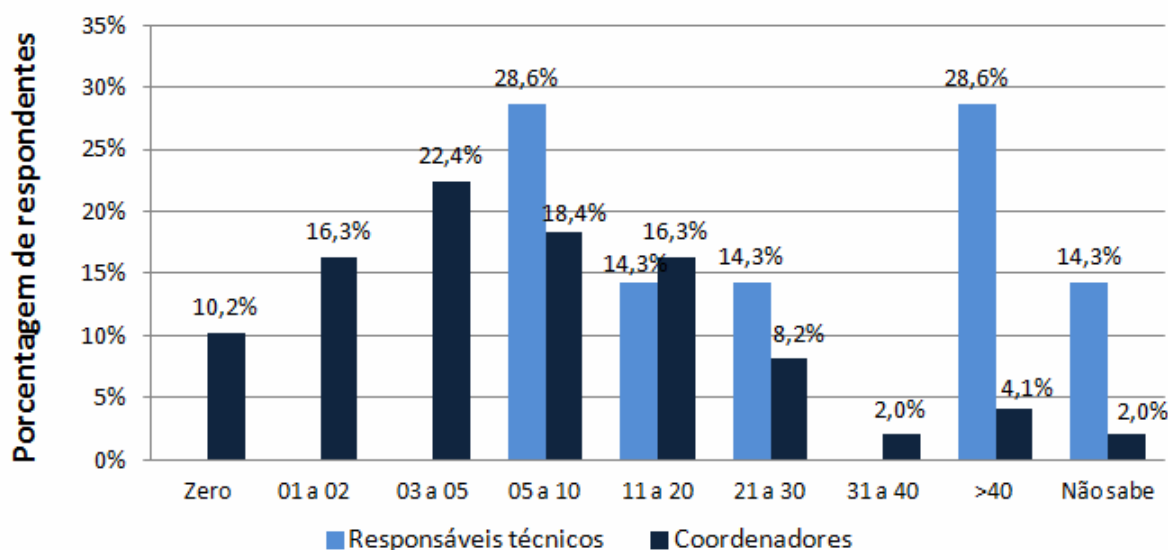


Figura 8 – Número de eventos adversos reportados pelos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores das instituições pesquisadas, nos últimos 12 meses. Ribeirão Preto, SP, 2012

Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que a cada 10 pessoas que precisam de cuidado à saúde, pelo menos um sofrerá agravo decorrente de eventos adversos (WHO, 2007).

Em estudo de Baker et al. (2004), encontrou-se que alguns EA são consequências inevitáveis de cuidados como, por exemplo, uma reação alérgica inesperada a um antibiótico, no entanto, de 37% à 51% desses eventos são evitáveis.

Estudo como o de Nascimento et al. (2008), demonstrou a realidade desses eventos adversos em instituições brasileiras, quando os autores analisaram 229 EA ocorridos em unidades de internação, unidade de terapia intensiva e unidade semi-intensiva, de um hospital com 250 leitos, privado, acreditado nível 2 pela ONA, do município de São Paulo, no período de março a julho de 2006. Observaram que 57,6% desses eventos estavam relacionadas a sondagens gástricas ou enterais, 16,5% a quedas e 14,8% a erros de medicação.

Outro estudo, conduzido por Carneiro et al. (2011), em um hospital sentinela, localizado na Região Centro-Oeste do Brasil, demonstrou que, do total de 264 ocorrências notificadas, a prevalência esteve relacionada a perda de dispositivos e sondas com 61,36% do total de notificações, seguida de ocorrências relacionadas a quedas com 18,56% dos casos, 5,3% estavam relacionadas a evasão e processos

alérgicos, 4,92% estavam relacionadas a úlceras por pressão, 2,65% relacionadas a erros com medicação.

Quando os enfermeiros RT dos hospitais pesquisados foram questionados sobre “quais os tipos de ocorrências são notificados”, os resultados, de acordo com a Figura 9, corroboram o estudo de Nascimento et al. (2008) e Carneiro et al. (2011), visto que dentre os 12 tipos de EA que os enfermeiros RT referiram ser reportados nas instituições pesquisadas, 9 (75%) estavam diretamente relacionados à assistência direta ao paciente, pois se entende serem de mais fácil detecção, 100% dos RT referiram que os erros com medicações e perda de cateter são reportados, 85,7% abordaram que são relatados EA referentes a quedas, 71,4% colocaram que são realizados relatos de flebites, 57,1% apontaram relatos referentes a úlceras por pressão, 28,6% referiram relatar extubação acidental, perda de SNE e erros com prescrição médica e 14,3% à lesão de pele.

Dentre os 3 (25%) tipos de EA que não estão relacionados diretamente à assistência direta, os enfermeiros RT colocaram que são relatados falhas na execução técnica, erros nos processos e/ou falha na aplicação do protocolo. É preciso incentivo aos profissionais para notificação desse tipo de EA, visando mitigar eventos que estejam latentes e possam se manifestar por falha na correção das causas-raiz.

No Brasil, estudo conduzido por Porto et al. (2010), em 2 hospitais do Rio de Janeiro, avaliando aleatoriamente 622 prontuários de pacientes internados, demonstrou que danos ao paciente, decorrentes do cuidado à saúde, têm expressivo impacto nos gastos de hospitais no Brasil. O valor médio pago nas internações de pacientes com EA foi 3 vezes maior do que o valor médio pago por internação de pacientes sem EA. Entretanto, as internações com eventos adversos não evitáveis foram as principais responsáveis por essa diferença, apresentando valor médio aproximadamente 6 vezes maior do que o dos pacientes sem EA. Seguindo o mesmo padrão, a média de dias adicionais de permanência no hospital foi menor para os pacientes com EA evitável (2,0 dias) do que para os pacientes com EA não evitável (9,4 dias).

No Encontro da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), Construindo Novos Modelos de Remuneração, que ocorreu em maio de 2010, Líderes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) começaram a debater a remuneração por *performance*, o que implicará em grandes mudanças por parte das

prestadoras de serviço de saúde. Hoje, a grande maioria das operadoras brasileiras remunera seus prestadores por procedimento baseado em tabelas padronizadas. Em um sistema em que o pagamento se dá por procedimento, com certo estímulo para produzir volume. A grande inovação do pagamento por *performance* é que ele alinha os incentivos financeiros à qualidade assistencial, e não à quantidade como ocorre atualmente (ANAHP, 2010).

As lideranças das instituições de saúde precisam olhar para um futuro não distante, e preparar suas instituições de saúde para minimizar os EA considerados evitáveis, pois esses poderão não mais ser remunerados pelas operadoras e o ônus recairá sobre os prestadores de serviços.

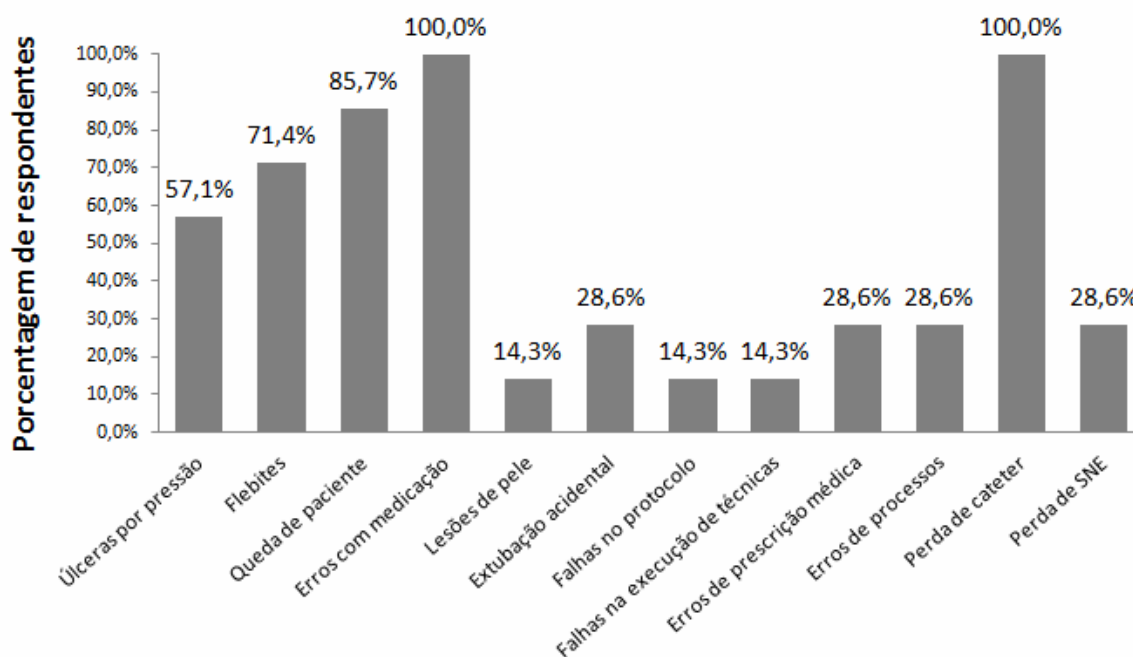


Figura 9 – Tipos de eventos adversos reportados nos últimos 12 meses, de acordo com relatos dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores das instituições pesquisadas. Ribeirão Preto, SP, 2012

O processo de trabalho do enfermeiro em sua dupla dimensão assistencial, o cuidar e o gerencial podem ser considerados como complexo, dinâmico e articulado, exigindo tomada de decisão adequada e rápida (DE GROOT, 1989).

Em Tavares et al. (2008), encontram-se que as alterações fisiológicas que traduzem deterioração clínica, podem denunciar precocemente os pacientes reais ou potencialmente críticos e que necessitam de monitorização especial nas

enfermarias, e a demora na identificação desses pacientes implica no atraso de intervenção e, assim, no aumento da mortalidade hospitalar.

Quando os enfermeiros RT foram questionados como identificam os riscos assistenciais, 4 (57,1%) responderam que utilizam escores de predição da gravidade assistencial, 4 (57,1%) utilizam auditoria clínica como ferramenta para identificação dos riscos, 3 (42,9%) responderam que utilizam escores de complexidade assistencial, 1 (14,3%) utiliza painel de risco individual com marcadores dos riscos e 1(14,3%) não utiliza nenhum tipo de escore ou ferramenta, formalmente, para identificação dos riscos.

A importância da utilização dos escores para predição dos riscos é incontestável, porém, observa-se que das 7 instituições pesquisadas, 3 (42,9%) delas não utiliza nenhum tipo de escore preditivo, sendo esse um ponto de relevância a ser avaliado (Tabela 8).

A existência de escalas para predição do risco assistencial está relacionada, sobretudo, às necessidades das distintas áreas clínicas, por exemplo, as de Waterlow e Braden são mais adequadas para avaliar pacientes hospitalizados, já a de Norton foi originalmente desenvolvida para avaliar pacientes idosos em ambiente hospitalar (ANTHONY et al., 2008; SHARP; MCLAWS, 2006). Pela Tabela 8, demonstra-se que 3 (42,9%) dos hospitais pesquisados utilizam a escala de Braden, 1 (14,3%) utiliza a escala de Norton e 1 (14,3%) utiliza o escore de alerta precoce chamado Modified Early Warning Score (MEWS).

Estudos de Subbe (2001) demonstrou que os escores de alerta precoce, utilizados à beira do leito, constituem ferramentas simples na identificação de pacientes com risco iminente de morte, entre as suas versões, particular atenção tem chamado o Modified Early Warning Score (MEWS). Esse escore é baseado na monitorização de parâmetros fisiológicos facilmente acessáveis: a pressão arterial sistólica, a frequência de pulso, a frequência respiratória, a temperatura e o nível de consciência.

Entre os índices de previsão existentes, o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) tem se destacado como um sistema que classifica a gravidade do paciente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem utilizados (CULLEN et al., 1974). É baseado na premissa de que, independente do diagnóstico, quanto mais procedimentos o paciente recebe, maior a gravidade da doença e, conseqüentemente, maior tempo despendido pela

enfermagem para tal atendimento (CULLEN et al., 1974; MIRANDA, 1997). Esse escore é muito utilizados dentro das unidades de terapia intensiva.

Há muito a enfermagem vem argumentando para provar, de forma mais fundamentada, que a inadequação numérica e qualitativa dos recursos de enfermagem pode lesar a clientela e comprometer legalmente a instituição pelas falhas ocorridas devido à sobrecarga de trabalho e à deficiência da qualidade da assistência prestada (GAIDZINSKI, 1991). Com a finalidade de auxiliar a avaliação da adequação qualitativa e quantitativa dos recursos humanos de enfermagem, com respeito à carga de trabalho, Miranda e seus colaboradores (2003) desenvolveram o Nursing Activities Score (NAS), a partir do TISS, instrumento que visa medir o tempo de assistência de enfermagem em UTI.

O conceito de complexidade assistencial originou-se nos Estados Unidos, na década de sessenta, quando passaram a ser considerados os diferentes graus de complexidade assistencial que os pacientes apresentavam, dentro de uma mesma unidade de internação (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998).

A partir de então, o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) tem sido considerado, internacionalmente, como instrumento de gestão do enfermeiro, auxiliando no planejamento da assistência e organização do serviço como, também, proporcionando informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, monitorização da produtividade e custos da assistência (DE GROOT, 1989).

Gaidzinski (1998) coloca que quando a mensuração da complexidade de cuidado é realizada, se torna possível avaliar e adequar a carga de trabalho exigida da equipe de enfermagem disponível. Portanto, o SCP é instrumento que pode ser utilizado para subsidiar o enfermeiro a justificar necessidades adicionais de recursos humanos, quando for identificada variação na complexidade de cuidado e, conseqüentemente, acréscimo no volume de trabalho na unidade, além de nortear decisões relacionadas ao recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem.

Percebe-se que, nos serviços de saúde pesquisados, 4 (57,1%) não utilizam nenhuma ferramenta para avaliação da complexidade dos pacientes internados, o que sugere a necessidade urgente de reflexão sobre o papel do enfermeiro no que se refere à ação de supervisão, visto que são ferramentas que poderiam auxiliar na gestão da assistência.

Tabela 8 – Caracterização da forma de identificação dos riscos relacionados à assistência de acordo com enfermeiros RT das instituições pesquisadas (n=7). Ribeirão Preto, SP, 2012

Variáveis	Instituições Pesquisadas							%
	A	B	C	D	E	F	G	
Como identifica os riscos								
• Escore de gravidade		x		x	x	x		57,1
• Escore de complexidade assistencial				x	x	x		42,9
• Auditoria clínica	x		x		x	x		57,1
• Painel de risco					x			14,3
• Não identifica formalmente							x	14,3
Utiliza escore de gravidade								
• Sim		x		x	x	x		57,1
• Não	x		x				x	42,9
Escala preditiva para avaliação de riscos								
• Escala de Braden		x			x	x		42,9
• Escala de Norton				x				14,3
• Escala de MEWS					x			14,3
• Não utiliza	x		x				x	42,9
Utiliza escore de complexidade assistencial								
• Sim				x	x	x		42,9
• Não	x	x	x				x	57,1
Escore para avaliação da complexidade assistencial								
• Classificação Perroca				x		x		28,6
• Classificação Fugulin					x			14,3
• NAS (Nursing Activities Score)				x	x	x		42,9
• TISS (Therapeutic Intervention Scoring System)					x			14,3
• Não utiliza escore de complexidade	x	x	x				x	57,1

Outro fator importante e de destaque na gestão da qualidade e segurança é o *feedback* oferecido às equipes. Um estudo conduzido por Wallerstedt e colaboradores (2007), indica que é possível conseguir maior participação nas notificações quando há retorno das ações realizadas pela instituição, após a notificação.

Estudo realizado por Capucho (2012) demonstra que 70% dos profissionais pesquisados concordaram que uma carta de *feedback* sobre as etapas que se seguiram, após a sua notificação, pode estimular o profissional a notificar novamente.

Summers (2004) relata que, ao se implementar um processo de comunicação eletrônica para informar o pessoal do que aconteceu como resultado de eventos relatados e de todos os processos que foram alterados ou melhorados, um hospital observou 18% de aumento do número total de erros reportados no decorrer de um ano, o que indica que o pessoal ficou mais disposto a informar quando eles não temem a punição e quando são informados sobre o impacto positivo do relatório de erros.

O resultado da pesquisa com os enfermeiros RT, sobre *feedback* às equipes referentes aos EA notificados, apresenta resultado positivo, pois revela, pela Tabela 9, que 5 (71,4%) dos enfermeiros RT sempre dão *feedback* e 2 (28,6%) quase sempre, sendo esses mais frequentes (42,9%) através de reuniões.

Percebe-se que essa prática não está solidificada institucionalmente, visto que 13 (26,5%) dos enfermeiros coordenadores responderam que dão *feedback* às equipes “às vezes”, “raramente” ou “nunca”, 21 (42,9%) referem que “quase sempre” e somente 15 (30,6%) afirmam que “sempre” dão *feedback* às equipes (Tabela 9).

Apesar de observado alto índice de retorno positivo em relação ao *feedback* aos colaboradores, por parte dos enfermeiros RT e coordenadores, grande contingente deles ainda não tem essa prática sistematizada, o que compromete a aprendizagem organizacional, que de acordo com Reason (1997), está intimamente relacionada às informações que são passadas aos colaboradores após análise dos incidentes e dos acidentes e as ações de melhorias propostas e implementadas, com vistas à melhoria contínua dos processos e, conseqüentemente, da segurança.

Tabela 9 – Retorno às equipes sobre as condutas referentes aos EA notificados, de acordo com enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores dos hospitais pesquisados. Ribeirão Preto, SP, 2012

Variáveis	RT (n=7)		Coordenadores (n=49)	
	f	%	f	%
Feedback para as equipe dos EA relatados				
• Nunca	-	-	02	4,1
• Raramente	-	-	01	2,0
• às vezes	-	-	10	20,4
• Quase sempre	02	28,6	21	42,9
• Sempre	05	71,4	15	30,6
Forma que é dado <i>feedback</i> às equipes				
• Relatórios escritos	01	14,3	-	-
• Reuniões	03	42,9	-	-
• E-mails	01	14,3	-	-
• Orientações e acompanhamento	01	14,3	-	-
• Divulgação do plano de ação	01	14,3	-	-
• Conversa formal	01	14,3	-	-

Para o enfrentamento dos eventos adversos, erros e incidentes em serviços de saúde que colocam em risco a segurança do paciente é necessário conhecer a abrangência e a magnitude da sua ocorrência, que vai muito além do desenvolvimento de um sistema informatizado (ANVISA, 2011).

Identificando os riscos que afetam a segurança do paciente, surge a necessidade de analisá-los, o que consiste em um processo sistemático de identificação, análise e tratamento das causas. A criação de uma comissão de

gerenciamento de riscos composta por equipe multidisciplinar com o propósito de elaborar estratégias com base nas exigências normativas e regulamentadoras, bem como promover ações de educação em saúde, a fim de prevenir danos relacionados à assistência que afetam a segurança do paciente é uma estratégia que as instituições de saúde podem utilizar, visando auxiliar a investigação dos EA e a minimização dos mesmos (SEVERO et al., 2010).

Severo e colaboradores (2010) colocam que, para as ações do gerenciamento de riscos serem efetivas, é necessária a sensibilização de todos os integrantes da instituição em seu papel de evitar riscos, desde recepcionista, secretários, zeladores, equipe de enfermagem e médicos a qualquer outro profissional, pelo fato de que cada um está, direta ou indiretamente, relacionado à segurança do paciente, família e/ou comunidade.

Quando os enfermeiros RT foram questionados se realizam algum tipo de prevenção dos EA, 100% deles responderam sim, porém, quando questionados se realizam discussão, apenas 6 (85,7%) referem realizar discussão dos EA em uma frequência mensal, de acordo com 3 (42,9%) dos pesquisados, utilizando-se as reuniões como metodologia para discussão, de acordo com o retorno de 5 (71,4%) enfermeiros RT pesquisados (Tabela 10).

Ainda, em relação ao tratamento e conduta mediante os EA, pela Tabela 10 observa-se que 100% dos enfermeiros RT pesquisados referiram realizar a capacitação dos profissionais, porém, 2 (28,6%) não relataram com que frequência é realizado a capacitação, 2 (28,6%) relataram que são realizadas capacitações sempre que observadas ocorrências, 2 (28,6%) referiram ser trimestral e 1 (14,3%) referiu ser quinzenal.

Harada et al. (2006) destacam que, no quesito capacitação, os profissionais da saúde não são preparados para avaliar e prevenir erros, pois é o contrário do cuidar, é o “descuido” que leva à situação de risco por uma atitude ou decisão, que pode ser desencadeada por uma série de fatores psíquicos, físicos e culturais.

HINRICHSEN e colaboradoras (2011) afirmam que sistematizar um processo educativo permanente para todas as equipes multidisciplinares, focado em riscos clínicos e não clínicos, advindos de erros, eventos adversos e sentinela, segundo legislações e padrões de qualidade poderá ser a melhor estratégia para se conseguir melhoria da qualidade institucional.

Tabela 10 – Tratamento e conduta diante dos EA reportados, de acordo com enfermeiros RT (n=7). Ribeirão Preto, SP, 2012

Variáveis	f	%
Realiza algum tipo de prevenção dos EA		
• Sim	07	100,0
Realiza discussão dos casos		
• Sim	06	85,7
• Não	01	14,3
Frequência da discussão dos casos		
• Quinzenal	01	14,3
• Mensal	03	42,9
• Não relatado	02	28,6
• Não realiza discussão	01	14,3
Realiza reuniões		
• Sim	05	71,4
• Não	02	28,6
Realiza capacitação dos profissionais		
• Sim	07	100,0
Frequência da capacitação		
• Quinzenal	01	14,3
• Trimestral	02	28,6
• De acordo com a ocorrência	02	28,6
• Não relatado	02	28,6

Implementar ação de melhoria é uma das etapas mais difíceis. Toda ação requer a provisão de recursos e apoio necessários. Ela exige acompanhamento do progresso/sucesso das medidas quantitativas e qualitativas implementadas já que foram identificadas. Ela exige reconhecer publicamente aqueles indivíduos e unidades que irão tomar medidas para impulsionar a melhoria. E isso requer ajustes ao longo do caminho.

Essa etapa é fundamental para a realização da melhoria da cultura de segurança do paciente. O Institute for Healthcare Improvement (2006) sugere que as ações não devem passar por grandes alterações permanentes. Na verdade, vale a pena lutar para implementar mudanças mais fáceis, menores, que são susceptíveis de ter um impacto positivo, em vez de grandes mudanças com probabilidade desconhecida de sucesso (AHRQ, 2011).

Quando os enfermeiros RT foram questionados se houve mudanças implementadas nos últimos 12 meses, decorrentes das discussões dos EA relatados, 100% referiram que sim, porém, 1 (14,3%), não relatou nenhum tipo de mudança implementada. Em relação às mudanças relatadas pelos respondentes, observa-se que as mudanças em processos e rotinas internas se destacam, mas a identificação dos pacientes chama a atenção, demonstrando que essa prática, ainda é recente nas instituições (Figura 10).

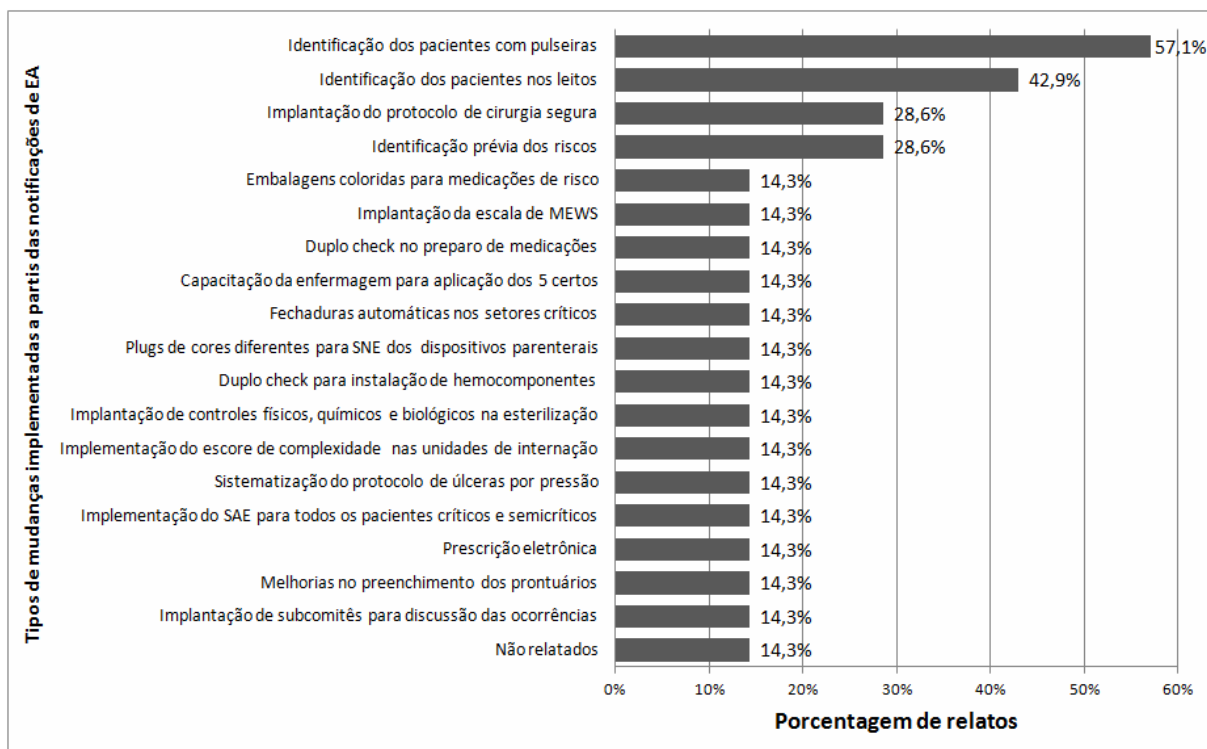


Figura 10 – Tipos de mudanças apontadas pelos enfermeiros RT, decorrentes das notificações dos EA, nos últimos 12 meses (n=7). Ribeirão Preto, SP, 2012

A existência de um ambiente não punitivo e apoiador é fundamental para que se tenha a notificação das situações de riscos/erros e quase falhas, uma vez que, na sua maioria, os erros são, em geral, decorrentes do sistema e não só humanos (McCANNON; HACKBARTH; GRIFFIN, 2007).

A cultura não punitiva permite relatar os erros e os acidentes de forma confidencial, incentivando a sua exposição. O erro quer tenha provocado um acidente ou não, deve ser analisado de forma crítica, permitindo examinar as condições e as causas que os provocaram, para tentar compreender onde se encontram as falhas e fraquezas do sistema e onde devem ser erguidas mais barreiras de defesa. O objetivo é a melhoria de qualidade do sistema e não a punição de quem comete os erros. Punir os erros não vai diminuir a sua incidência, mas a sua identificação (PIMENTA, 2003).

De acordo com relatos dos enfermeiros coordenadores, participantes deste estudo, quando questionados se os colaboradores têm medo que seus erros sejam inscritos em suas fichas funcionais, apenas 5 (10,2%) discordaram ou ficaram imparciais, porém, 44 (89,8%) concordaram ou concordaram fortemente que existe o medo, o que inibe as notificações (Tabela 11). Observa-se, ainda, que a cultura da segurança está centrada nas pessoas e não nos processos. É preciso mudança na

atitude organizacional para que a “caça a um culpado” seja substituída por identificação de falhas nos processos, mas, para que essa revolução cultural ocorra, a liderança precisa ser desenvolvida.

Em relação à existência de problemas com segurança, na unidade de trabalho, de acordo com o retorno dos enfermeiros coordenadores, os dados mostraram que 29 (59,2%) concordaram ou concordaram fortemente que existe problema de segurança na unidade e 17 (34,7%) discordaram ou ficaram imparciais quando questionados se os sistemas para prevenir a ocorrência de erros na unidade eram adequados. Ainda, em relação à prevenção dos erros na unidade, observa-se retorno positivo de enfermeiros coordenadores, quando questionados se são discutidas maneiras para prevenir os erros, 41 (83,7%) responderam que sempre ou quase sempre, e 44 (89,8%) também concordam ou concordam fortemente que os erros têm levado a mudanças positivas (Tabela 11).

Tabela 11 – Opinião dos enfermeiros coordenadores relacionados à cultura da segurança dos hospitais pesquisados (n=49). Ribeirão Preto, SP, 2012

Variáveis	f	%
Os colaboradores têm medo que seus erros sejam inscritos em suas fichas funcionais		
• Discorda	04	8,2
• Imparcial	01	2,0
• Concorda	31	63,3
• Concorda fortemente	13	26,5
Sua unidade de trabalho tem problema de segurança		
• Discorda fortemente	04	8,2
• Discorda	11	22,4
• Imparcial	05	10,2
• Concorda	26	53,1
• Concorda fortemente	03	6,1
Os sistemas e processos da unidade são adequados para prevenir a ocorrência de erros		
• Discorda fortemente	02	4,1
• Discorda	06	12,2
• Imparcial	09	18,4
• Concorda	25	51,0
• Concorda fortemente	07	14,3
Na unidade são discutidas maneiras de se prevenir os erros		
• Raramente	02	4,2
• Às vezes	06	12,2
• Quase sempre	22	44,9
• Sempre	19	38,8
Os erros têm levado a mudanças positivas		
• Discorda fortemente	01	2,0
• Imparcial	04	8,2
• Concorda	29	59,2
• Concorda fortemente	15	30,6

Quando os enfermeiros coordenadores foram questionados se os erros têm levado a mudanças positivas, 44 (89,8%) concordaram ou concordaram fortemente, apenas 1 (2%) discordou fortemente e 4 (8,2%) ficaram imparciais (Tabela 11), porém, quando solicitados a relatar os tipos de mudanças implementadas, 15 (30,6%) deles não relataram nenhuma mudança. Dentre os 34 (69,4%) enfermeiros coordenadores que relataram mudanças implementadas, observou-se que essas estão mais relacionadas às rotinas e processos internos, evidenciando positivamente que os relatos podem colaborar para implementação de medidas preventivas para segurança assistencial (Figura 11).

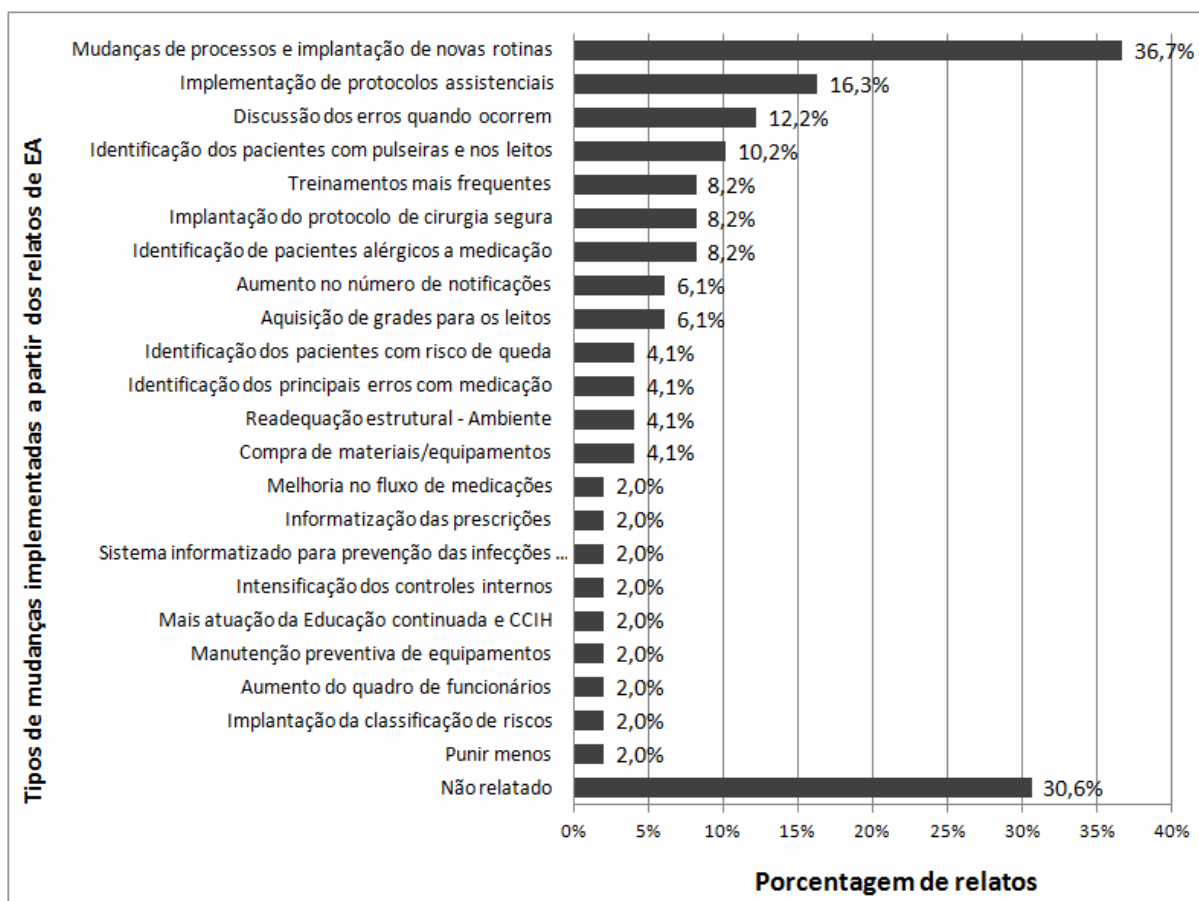


Figura 11 – Tipos de mudanças relatadas pelos enfermeiros coordenadores, decorrentes da notificação de EA, nos últimos 12 meses (n=49). Ribeirão Preto, SP, 2012

Ao serem questionados se existe apoio da administração para implantação de medidas de segurança nas instituições, somente 6,1% dos enfermeiros coordenadores discordaram ou foram imparciais e os demais (93,9%) concordaram ou concordaram fortemente que existia apoio da administração. Dentre os

enfermeiros RT, a concordância em relação ao apoio da administração para implantação de medidas de segurança também foi unânime, 100% deles concordaram ou concordaram fortemente. Esse é um fator altamente positivo, pois, quando aliados ao levantamento das fragilidades, pode gerar melhorias ambientais, tecnológicas e, conseqüentemente, processuais (Figura 12).

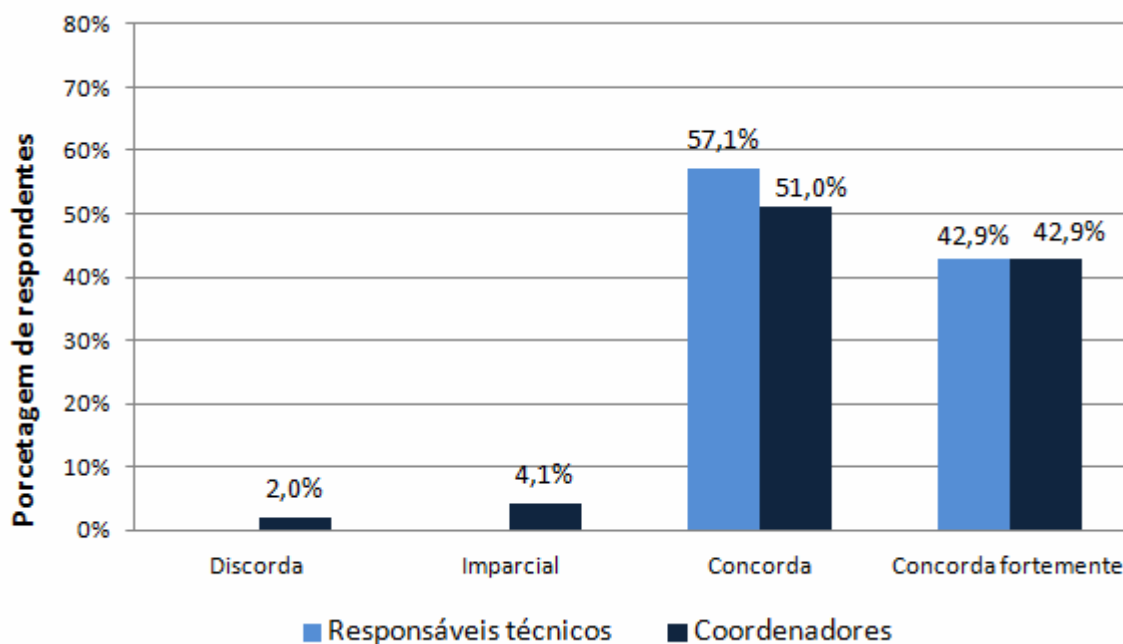


Figura 12 – Existência de apoio da administração para implantação de medidas de segurança, de acordo com a opinião dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores das instituições pesquisadas. Ribeirão Preto, SP, 2012

No relatório da ARHQ (2011), os resultados do item que solicitou aos entrevistados para dar à sua área de trabalho hospital/unidade uma classificação global na segurança do paciente, em média, nos hospitais, a maioria dos entrevistados foi positiva em 75%, dando para sua área de trabalho ou unidade um grau a segurança do paciente como "excelente" (29%) ou "muito bom" (46%).

Os resultados desta pesquisa corroboram com dados dos hospitais integrantes da AHRQ. Quando analisado o retorno dos enfermeiros coordenadores, observa-se que a maioria, 73,5%, respondeu que a unidade de trabalho apresenta grau de segurança "excelente" (8,2%) ou "muito bom" (65,3%). Porém, ao se analisar o retorno dos enfermeiros RT, observa-se que 85,7% desses atribuem um conceito apenas "aceitável" para o hospital de atuação, o que indica a necessidade

da identificação dos pontos de fragilidade para implementação de melhorias na segurança (Figura 13).

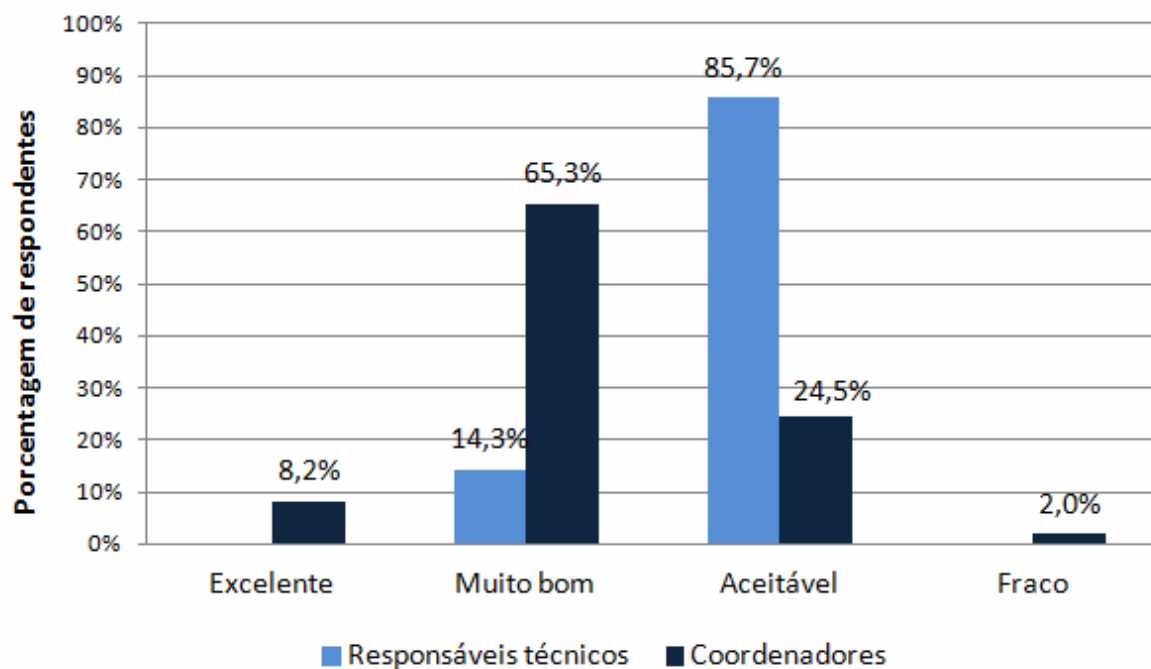


Figura 13 – Conceito geral de segurança do paciente no hospital, de acordo com a opinião dos enfermeiros RT e enfermeiros coordenadores das instituições pesquisadas. Ribeirão Preto, SP, 2012

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para ser eficaz, o gerenciamento de risco envolve um conjunto de ações voltadas para a identificação e classificação dos riscos inerentes a uma determinada atividade, permitindo prevenir sua ocorrência ou mitigar os danos, quando for impossível evitar sua ocorrência.

O principal objetivo da gestão de riscos na área de saúde é a redução dos EA que podem causar agravos aos pacientes, ou seja, evitar lesões não intencionais que resultam em incapacidade temporária ou permanente, morte ou prolongamento da internação, que tenham causa na assistência à saúde e não no processo propriamente dito da doença

Nenhum gerenciamento de risco assistencial é eficaz se a instituição não for capaz de olhar suas falhas com clareza, sem juízo de valor, entendendo que, em sua maioria, as falhas e os erros não são causados por culpa isolada de uma pessoa, mas, sim, por problemas sistêmicos que envolvem os processos sobre os quais a instituição se apoia.

É importante ressaltar que este trabalho não teve a intenção de apontar erros, e sim, propor contribuições, analisando como os Serviços de Enfermagem dos hospitais estão gerenciando os riscos assistenciais em suas atividades diárias e subsidiar futuros planos para implementação da gestão pela qualidade e segurança do paciente em busca ferramentas de melhoria para seu desenvolvimento.

Com o presente estudo, podem ser observados vários pontos positivos e relevantes nos processos de gerenciamento de riscos nas instituições pesquisadas como: apoio da alta administração para implantação de medidas de segurança; todos os hospitais pesquisados possuem sistema de notificação implantado eletrônico ou manual, o que facilita a identificação dos pontos de fragilidade; a maioria dos hospitais possui comissão de gerenciamento de risco implantada; a maioria refere fazer algum tipo de análise dos EA reportados; várias mudanças foram implementadas em praticamente todos os hospitais pesquisados, a partir da identificação dos EA, sendo essas percebidas pela maioria dos pesquisados; a discussão dos casos e capacitação das equipes mediante a notificação de EA, também foi destacado.

Dentre os pontos de fragilidade encontrados, destacou-se que ainda existe uma cultura punitiva nas instituições pesquisadas quando da ocorrência de EA, existe subnotificação dos EA, principalmente os eventos que não chegaram a atingir o paciente e mais de 40% dos hospitais pesquisados não utilizam escores preditivos de gravidade e complexidade assistencial para a gestão diária da unidade.

As lideranças precisam ser conscientizadas sobre seu papel enquanto precursores de mudanças visando a melhoria dos resultados assistenciais e envolvimento das áreas de apoio.

É preciso mudar o paradigma que a punição irá resolver os problemas, a ação disciplinar deve ser reservada para erros intencionais, desrespeito, a intenção ilícita, e descumprimento de procedimentos. O desenvolvimento de uma cultura de confiança, em que as pessoas são incentivadas e até mesmo recompensadas por fornecer informações importantes sobre a segurança, pode melhorar as práticas de qualidade e desempenho.

É oportuno refletir criticamente sobre os gestores que se encontram distanciados da linha da frente dos colaboradores e são os responsáveis pelas condições latentes do sistema. As suas decisões estratégicas incluem a gestão dos recursos humanos, o planejamento das instalações, a elaboração dos procedimentos operacionais, a escolha dos equipamentos, bem como todas as outras decisões que definem a estrutura do sistema.

As condições latentes podem induzir erros ativos no local de trabalho (pressão no trabalho, falta de pessoal, horário de trabalho pouco razoável, equipamentos sem manutenção, procedimentos com falhas, falta de comunicação entre a equipe de trabalho, falta de treino) e podem ainda criar lacunas nas camadas de defesas erguidas contra o erro.

Um exemplo de um erro organizacional é um procedimento operacional escrito de forma ambígua.

Mitigar os efeitos adversos dos erros é uma estratégia indispensável na construção de sistemas seguros, pois nem todos os erros podem ser detectados e interceptados antes de provocarem um acidente. Quando o erro permanece por detectar são necessários processos que permitam reverter rapidamente o dano causado por ele.

Destacam-se alguns passos para o planejamento de ações visando auxiliar o hospital a implementar mudanças na cultura da segurança do paciente: implementar

as metas internacionais de segurança do paciente instituídas pela OMS, entender seus resultados, comunicar e discutir os resultados, desenvolver planos de ação focados, comunicar os planos de ação e resultados, implementar os planos de ação, acompanhar o progresso e avaliar o impacto, compartilhar o que funciona, investir em capacitação das lideranças, disseminar o cuidado compartilhado e ter sempre em mente que o compromisso com a segurança do paciente é de todos, instituir normas e regras realistas e flexíveis no sentido de que seja capaz de se reconfigurar em resposta às alterações ou perigos, incentivar e, se possível, recompensar o fornecimento de informações importantes sobre a segurança e padronizar os processos de trabalho, pois a padronização reduz a dependência da memória e, também, permite que os recém-chegados, que não estão familiarizados com um determinado processo ou dispositivo, possam usá-los com segurança.

O envolvimento do próprio paciente e familiar na segurança dos serviços de saúde é elemento fundamental para a melhoria da qualidade assistencial, não se pode mais excluí-lo da dinâmica do cuidado e essa parceria trará benefícios para ambas as partes, paciente e prestadora de serviços de saúde, assim essa prática deve ser incentivada.

Sejam públicos ou privados, é necessário que os hospitais possuam um perfil com postura empreendedora.

Em seu discurso de abertura da 29ª Conferência da Sociedade Internacional para Qualidade da Assistência à Saúde em Genebra, Suíça, em 22 de outubro de 2012, a Dr^a. Margaret Chan, Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde coloca.

[...] Deixe-me ilustrar as consequências de acidentes com apenas algumas estatísticas. Em todo o mundo, somente as injeções aplicadas de maneira insegura causam em torno de 1,3 milhão de mortes, com prejuízos de cerca de US\$ 535 milhões em despesas médicas diretas. Esse número representa uma perda astronômica de cerca de 26 milhões de anos de vida.

O desenvolvimento de ações que visam a otimização da assistência ao paciente, com a finalidade de diminuir os erros decorrentes de falhas no sistema, são urgentes e, nesse aspecto, os programas de qualidade, como a acreditação, podem ser ferramentas que auxiliam as instituições de saúde a conhecer melhor o seu negócio, o que possibilita a identificação e resolução de problemas com mais consistência, segurança e agilidade, além de propiciar melhor utilização dos

recursos disponíveis, evitando desperdícios e permitindo melhor aplicação dos mesmos.

Reforçando a ideia apresentada, Bonato (2007) aponta que o programa de Acreditação contribui para que ocorra uma mudança progressiva e planejada de hábitos. Com isso, os profissionais são estimulados a participar do processo que visa a mobilização e criação de metas objetivas, com o intuito de garantir melhoria na qualidade da assistência prestada.

Ressalta-se que em nenhum momento esta pesquisa pretendeu quantificar o quão seguras são as instituições de saúde participantes.

A pesquisa teve algumas limitações, primeiro pelo número reduzido de hospitais participantes deste estudo e também pelo reduzido número de profissionais de cada organização que responderam o questionário. Com um número maior de participantes os resultados poderiam ser mais fidedignos sobre a realidade do gerenciamento dos riscos assistenciais nos hospitais do município pesquisado. Outra limitação é pelo viés das respostas aos questionários, pois, podem os respondentes não necessariamente terem informado o que realmente acontece na organização, mas eles podem ter informado o que acreditavam ser a melhor maneira para responder as perguntas do questionário

A partir dessa pesquisa novos estudos poderão ser realizados, visando avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, que contribuam para a consolidação da segurança nos sistemas e serviços de saúde do município e do Brasil.

8 REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 13, p. 190-6, 2000. Especial 1.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital survey on patient safety**, 2004. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm>. Acesso em: 19 ago. 2010.

_____. 2011. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report**. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, n. 11-0030, 2011.

ALVES, V.L.S. **Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde**. São Paulo: Martinari, 2009. 120p.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **'Pagamento por Performance' – uma ferramenta para agregar valor ao Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro**. Panorama ANAHP, abr./mai./jun. 2010. Disponível em: <http://www.anahp.com.br/files/Panorama%20ANAHP%20-%20FINAL.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2013.

ANTHONY, D. et al. Norton, Waterlow and Braden scores: A review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 17, n. 5, p. 646-53, 2008.

ANTUNES, A. V.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p. 34-44, 2000.

BAKER, G. R. et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **CMAJ**. Ottawa, v.170, n.11, p. 1678-86, 2004.

BONATO, V. L. **Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais**. São Paulo: Ícone, 2007. 119 p.

BRANCO FILHO, J. R. C. Construindo um modelo de segurança do paciente. **Prat. Hosp.**, São Paulo, Ano XIII. n.74, p.8-9, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº. 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jan. 2010b.

BRASIL. RDC 63 de 25 de novembro de 2011. Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**. 2011. Disponível em <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=28/11/2011&jornal=1&pagina=44&totalArquivos=128>> . Acesso em 06 fev.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 3 ed. Rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.224, de 5 de dezembro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 dez. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologias Básicas em Saúde**. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. Disponível em:<<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>>. Acesso em: 15 mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília, v. 1. n. 1. Jan-Jul. 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 19 out. 2012.

_____. **Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde** (Reniss). Folder. Edição: Assessoria de Comunicação da Anvisa, Brasília, 2004a.

BROWN, J. S. et al. Early detection of adverse drug events within population-based health networks: application of sequential testing methods. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, Chichester, v. 16, n. 12, p. 1275- 1284, 2007.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. saúde matern. Infant.** , Recife. v. 5, p. s63-s69, 2005. Suplemento 1.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. Nova Lima: INDG Tecnologia e serviços; 8. ed. 2004. 266 p.

CAPUCHO, H.C. **Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes como base para a cultura de segurança do paciente**. 2012. 155 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CARAVANTES, G. R.; PANNO, C.C.; KLOECKNER, M.C. **Administração: teorias e processos**. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2005.

CANEIRO, F. S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 204-11, 2011.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire 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.

CARVALHO, V. T; CASSIANI; S. H. B. Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos. **Acta Paul. Enferm.** , São Paulo, v. 15, n. 2, p.45-54, 2002.

_____. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 33, n. 3, p. 322-330, 2000.

CARVALHO, V. T. D. et al. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n. 5, p. 67-75,1999.

CHAN, M. **Segurança do paciente: estrela em ascensão do cuidado clínico**. Discurso de abertura da 29ª Conferência da Sociedade Internacional para Qualidade da Assistência à Saúde. Genebra. 22 out. 2012.

CHIAVENATO, I. **Administração. Teoria, processo e prática.** 3ª ed. São Paulo, 2000. 416 p.

COFEN. Comissão de Business Intelligence. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais.** Departamento de Tecnologia da Informação - DTI/Cofen. Março de 2011.

COIMBRA, J. A. H. **Conhecimento dos conceitos de erros de medicação, entre auxiliares de enfermagem, como fator de segurança do paciente na terapêutica medicamentosa.** 2004. 229 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2004.

COOPER, M.D. **Improving safety culture: a practical guide.** London: Wiley, p. 318. 1998.

_____. Towards a model of safety culture. **Saf. Sci.**, Netherlands , n. 36, p. 111-136, 2000.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). **Quem somos:** Histórico. 2012. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/area.php?p_narea=95. Acesso em: 19 fev. 2013.

CULLEN, D. J. et al. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. **Crit. Care Med.**, United States, v. 2, n. 2, p. 57- 60, 1974.

DEJOY, D. M. et al. Creating safer workplaces: assessing the determinantes and role of safety climate. **J. Safety Res.** United States, v. 35, n. 1, p. 81-90, 2004.

DE GROOT, H. A. Patient classification system evaluation, part 2: system selection and implementation. **J. Nurs. Adm.**, United States, v. 19, n. 7, p. 24-30, 1989.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração.** Rio de Janeiro: Ed. Marques Saraiva, 1990. 367 p.

DIAS, M. F. et al. Vigilância sanitária e gerenciamento do risco em medicamento. **Revista Fármacos & Medicamentos**, São Paulo, n. 2, v. 3, p. 1-9, 2007.

DICIONÁRIO DO AURÉLIO ONLINE. **Pertinência.** 2008. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/Pertinencia.html>. Acesso em: 04 fev. 2012.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde enfermagem. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DONALDSON, L. World alliance for patient safety. **Organização mundial da saúde**, Dublin, 2004.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, [s.l.], v. 200, n. 4344, p. 856-864 1978.

_____. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, United States, v. 114, p. 1115-1118. 1990.

_____. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Mem. Fund. Q. Health Soc.**, United States, v. 44, n. 166, Pt. 2, 1996.

DYKES, P.C. et.al. Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? **J. Nurs. Adm.**, United States, v. 39, n. 9, p. 299-304, 2009.

DUARTE, M. S. M.; SILVINO, Z. R. Acreditação hospitalar x Qualidade dos Serviços de Saúde. UNIRIO. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, p. 182- 185, 2010. Edição Suplementar.

ERDMANN, A.L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.3, p.483-491, 2006.

FELDMAN, L. B. O enfermeiro analista de risco institucional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n.57, v.6, p. 742-745, nov./dez 2004.

_____. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: Critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação.** São Paulo: Martinari; 2004. 250 p.

_____. (Org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar. Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento.** São Paulo: Martinari; 2008. 376p.

FELDMAN, L. B.; D'INNOCENZO, M.; CUNHA, I. C. K. O. Como fazer o gerenciamento de risco? Proposta de um método brasileiro de segurança hospitalar. **Einstein**, v. 5. p.s55, 2007. Suplemento 1.

FLIN, R. et al. Measuring climate: identifying the common features. **Safety Science**, Netherlands, n.34, p.177-192, 2000.

FLORENCE, G.; CALIL, S. J. Uma nova perspectiva no controle dos riscos da utilização de tecnologia médico hospitalar. **Revista Multiciência**, Campinas, n. 5, p. 1-14, 2005.

FLYNN, E. A.; BARKER, K. N. Medication Errors Research. In: COHEN, M. R. **Medication Errors**. Causes, prevention and risk management. Jones & Bartlett Publishers, 1999. 408 p.

FLYNN, E. A. et al. Comparison of methods for detecting medication errors in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. **Am. J. Health. Syst. Pharm.**, United States, v. 59, n. 5, p 436-46, 2002.

FRANCO, M. D. A. La seguridad clínica de los pacientes: Entendiendo el problema. **Colomb. Med.**, Cali, 2005. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/request?rc05020>
>Acesso em: 24 mar. 2012.

FREITAS, M. E. Cultura organizacional grandes temas em debate. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 31, n.3, p. 73-82, 1991.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GAIDZINSKI, R. R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. 1998. 118 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1998.

_____. Dimensionamento do pessoal de enfermagem. In: KURCGANT P, coordenadora. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 91-6.

GALLOTTI, R. M. D. G. Eventos Adversos. O quê são. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p.109-26, 2004.

GARCIA, A. M.; BOIX, P.; CANOSA, C. Why do workers behave unsafely at work? Determinants of safe work practices in industrial workers. **Int. J. Occup. Environ. Med.**, Iran, v. 61, n. 3, p. 239-246, 2004.

GONÇALVES FILHO, A. P.; ANDRADE, J. C. S.; MARINHO, M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2011.

GORDON, R.; KIRWAN, B.; PERRIN, E. Measuring safety culture in a research and development centre: A comparison of two methods in the air traffic management domain. **Safety Science**, Netherlands, n. 45, p.669-695, 2007.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232002000200012&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 25 set. 2010.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem**: O processo de avaliação em hospital universitário público. 2004. 250 f., Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

HARADA, M. J. C. S. et al. (Orgs.). **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006.

HINRICHSEN, S. L. et al. Gestão da Qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde (RAHIS)**, Minas Gerais, n.7, 2011.

HOUSE, R. et al. **Culture, leadership, and organizations**: the GLOBE study of 62 societies. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2004. 818 p.

HUDSON, P. Applying the lessons of risk industries to health care. **Qual. Saf. Health Care**, England, v. 12, p. 7-12, 2003. Suplementar 1.

_____. **Aviation safety culture**. Presented at Safeskiies, Australia, 2001.

INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Campanha 5 Milhões de Vidas**. 2006. Disponível em: < [http:// www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/](http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/)>. Acesso em: 30 set. 2011.

JHA, A. K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Qual. Saf. Health Care**, England, v. 19, n. 1, p. 42-7, 2010.

JUNG, G. O estado da arte: enfermagem baseada em evidências e os protocolos clínicos. In: MANCIA, J. R.; VARGAS, M.A.O. **Temas da 66ª Semana Brasileira de Enfermagem**. A bioética e os modos de ser da enfermagem. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2005. p. 58-74.

KAZANDJIAN, V. A. The effectiveness of CQI in healthmcare. Wisconsin, ASQC Quality Press, 1997. 288 p.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 2000. 233 p.

KRECKER, S. et. al. A. Factors influencing incident reporting in surgical care. *Qual. Saf. Health Care*, England, v. 18, n. 2, p. 116-120, 2009.

LA FORGIA, G. M; COUTTOLENC, B. F. **Hospital Performance in Brazil**. Washington: The World Bank, 2008. 411 p.

LAGE, M. J. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, p.11-16, 2010. Volume Temático.

LEAPE, L. L. et al. Transforming healthcare: a safety imperative. **Qual. Saf. Health Care**, England, v. 18, n. 6, p. 424–428. 2009. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/18/6/424.full>. Acesso em 26 set. 2012.

LO BIONDO-WOOD, G.; HABER J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 139 p.

MCCANNON, C.J; HACKBARTH, A.D; GRIFFIN, F.A. Miles to go: An introduction to the 5 Million Lives Campaign. **Joint Commmission Journal on Quality and Patient Safety**, v.33, n.80, p.477- 484, 2007.

MARSHALL JUNIOR, I. (Coord.). **Gestão da Qualidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. 160 p.

MARY, W. **Método Deming na prática**. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 208 p.

MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Ver. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.11, n.1, p. 55-66, 2008.

MESQUITA, A. F; SOUZA, C. A; SOUZA, S. R. Avanços na qualidade do cuidado de Enfermagem na Terapia intensiva. **Rev. Enfermagem Atual.** [s.l.], v. 20, n. 4, p. 9-13, 2004.

MEZOMO, J. C. **Gestão da Qualidade na saúde: Princípios Básicos.** Barueri: Manole, 2001. 301 p.

MIRANDA, D.R. The therapeutic intervention scoring system: one single tool for the evaluation of workload, the work process and management? **Int. Care Med.**, Netherlands, v. 23, p. 615-7, 1997.

MIRANDA, D. R. et al. Nursing activities score. **Crit. Care Med.**, United States, v.31, n.2, p.374-82, 2003.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **Hist. cienc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.5 n.3, nov. 1998/fev. 1999.

NASCIMENTO, C. C. P. et. al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.16, v.4, p.1-7, 2008.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety Culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual. Saf. Health Care**, England, v.12, 2003.

OLIVEIRA, N. A. et al. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto Contexto Enferm**, São Paulo, v. 18, n.4, p.697-704, 2009.

OLIVEIRA, O.J. Gestão da Qualidade: Introdução à História e Fundamentos. In: OLIVEIRA O.J. (Org.). **Gestão da Qualidade: tópicos avançados.** São Paulo: Cengage Learning, 2009.

OLIVE, C.; O'CONNOR, T. M.; MANNAN, M. S. Relationship of safety culture and process safety. **J. Hazard. Mater.**, Netherlands, v. 130, n. 1/2, p.133-140, 2006.

OLIVEIRA, M. Infra-estrutura hospitalar e incorporação tecnológica. A experiência do REFORSUS. **Rev. Arq. Anal. Estabel. Assist. Saúde.** Brasília, v. 19, n.2, p. 12. 2004.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Histórico**. 1999. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 18 de Novembro de 2010.

OSBORNE, J; BLAIS, K; HAYES, J. S. Nurses perceptions: when is it a medication error? **J. Nurs. Adm.** United States, v.29, n.4, p. 33-8, 1999.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Segurança do paciente**. Disponível em:< https://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=428&Itemid=719>. Acesso em: 22 mar. 2012.

PAIVA, S. M. A. **Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação**. 2006. 166 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2006.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: a teoria clássica dos testes psicológicos. Editora UnB, 1997. 289 p.

PEREIRA, A. Reflexões sobre a evolução da enfermagem e o surgimento do homem na profissão. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.4, n. 2/4, p.49-54, 1991.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. 10ª reimpressão. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2006. 596 p.

PIRES, J.C.S.; MACÊDO, K.B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 81-105, 2006.

PERROCA, M.G; GAIDZINSKI, R,R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n.2, p.153-68, 1998.

PIMENTA, A. M. **Controlo de Formulações Farmacêuticas Baseado em Sistemas de Exactidão Aferida**. 2003. 209 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto. Portugal. 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

POLLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 610 p.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, p.74-80. 2010. Volume Temático.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010 – 2013**. Ribeirão Preto, 2009.

REASON, J. **Managing de Risks of Organizational Accidents**. England: Ashgate, 1997. 252 p.

_____. Human error: models and management. **BMJ**, London, v. 320, p. 768-70, 2000.

ROBBINS, S. **O Comportamento Organizacional**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1999. 536 p.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, London, v. 320, p. 768-70, 2000.

RODRIGUES, E. A. A. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira**. 2004. 75f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde). Escola Nacional de saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

ROTHBARTH, S. **Gestão da Qualidade: Um processo de Acreditação Hospitalar**. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

SCHNEIDER, P. J; GIFT, M. Measuring and monitoring the performance of the medication use system. In: COUSINS, D.D. **Medication Use: A Systems approach to reducing errors**. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1998. p. 19-37.

SAUTHIER, J.; BARREIRA, I. A. **As enfermeiras norte-americanas e o ensino de enfermagem na capital do Brasil: 1921-1931 – Rio de Janeiro**, UFRJ. Editora Escola Anna Nery, 1999. 196p.

SCHEIN, E. **Organizational culture and leadership**. 3rd Edition. San Francisco, CA: **Jossey-Bass**, 2004, 429 p.

_____. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009. 413 p.

SEVERO, E. et al. **Educação em Saúde frente à segurança do paciente: a epistemologia do Gerenciamento de Risco**. 2º. Congresso Internacional de Educação de Ponta Grossa, Paraná, Brasil; 2010.

SHARP, C.A.; MCLAWS, M.L. Estimating the risk of pressure ulcer development: is it truly evidence based? **Int. Wound J.**, England, v. 3, n.4, p. 344-53, 2006.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.12, n.3, p. 422, 2010. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm> > Acesso em: 21 Jan. 2012.

SILVA, N.; ZANELLI, J.C. Cultura organizacional. In: ZANELLI, J. C.; ANDRADE, J. E.B.; BASTOS, A. V. B. (Org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 13, p. 407-442.

SILVA, C. A. S.; LIMA, M. L. Culturas de segurança e aprendizagem com acidentes. In: VALA, J.; GARRIDO, M.; ALCOBIA, P. (Org.). **Percursos da investigação em psicologia social e organizacional**. Lisboa: Ed. Colibri, 2004. vol. I, p. 257-270.

SILVA, C. A. S.; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **REBEN**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 98-105, 2011.

SUBBE, C. P. et al. Validation of a modified early warning score in medical admissions. **QJM**, Oxford, v. 94, p. 521-526, 2001.

SUMMERS, K. Casting your net wide: an innovative process for closing the loop on risk management reporting. **Nurs Risk Manage**. 2004:7-16.

TAVARES, R. C. F. et al. Validação de um escore de alerta precoce pré-admissão na unidade de terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2008.

TELLEZ, Michelle. Você é tão inteligente!: por que não estudou medicina?. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, fev. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000100001&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 01 abr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100001>.

TEMPORÃO, J.G. et al. Consórcio brasileiro de acreditação de serviços e sistemas de saúde (CBA): origens e experiência atual. **Ensaio**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 73-98, jun. 2000. Numero especial.

TURCHI, L. M. **Qualidade Total: Afinal, de que Estamos Falando?** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) Brasília, fev. de 1997. 40 p.

UGÁ, M. A. D.; LOPEZ, E. M.. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-28, 2007.

VINCENT, C. A; ADAMS, S.T; STANHOPE, N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. **Br. Med. J.**, England, v. 316, n. 7138, p.1154–1157, 1998.

VICTORIAN. Government Department of Human Services. **A guide to using data for health care quality improvement**. Melbourne, June, 2008. 68 p.

YATES, D. L. et al. Sentara Norfolk General Hospital: Accelerating improvement by focusing on building a culture of safety. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 30, n. 10, 2004.

WALLERSTEDT, S. et al. Reporting of adverse drug reactions may be influenced by feedback to the reporting doctor. **Eur. J. Clin. Pharmacol.**, Berlin, v. 63, n. 5, p. 505-508, 2007.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. Ed. ARTMED. Porto Alegre, RS. 2010. 320 p.

WEICK, K. E.; SUTCLIFFE, K. M. **Managing the unexpected. Assuring high performance in an age of complexity**. San Francisco: JOSSEY-BASS, 2001. 208p

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 11 set. 2009.

_____. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS)** Version 1.1. 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_download/en/index.html . Acesso em: 21 ago. 2010.

_____. **World Alliance for Patient Safety. Forward program 2006-2007.** Disponível em: <http://www.who.int/patientysafety> . Acesso em: 21 ago. 2010.

WESTRUM, R. Cultures with requisite imagination. In: Wise, J. A.; Hopkin, V. D.; Stager, P., (Org.). **Verification and Validation of Complex Systems: human factors issues.** New York: Springer-Verlag, p.413-427, 1993.

_____. A typology of organizational cultures. **Qual. Saf. Health Care,** England, n.13, p. 22-27, 2004.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar. Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade.** Rio de Janeiro: Medsi; 2001. 205 p.

APENDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: **Gerenciamento da segurança assistencial nos serviços de enfermagem de hospitais de Ribeirão Preto, SP.**

Meu nome é Lucilena Françolin, sou enfermeira mestranda vinculada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, e sou responsável pela pesquisa juntamente com a enfermeira Dra. Carmen Silvia Gabriel.

Convido você a participar deste estudo, que tem como objetivo analisar o gerenciamento da segurança do paciente e as ações frente aos riscos assistenciais junto aos serviços de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto-SP.

Para participar você responderá um questionário de aproximadamente 15 à 20 minutos. Todas as informações que você fornecer neste questionário serão utilizadas somente para essa pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador, no momento da coleta de dados na sua instituição de trabalho. Sua participação é completamente voluntária e não haverá gastos e nem remuneração pela sua participação. O possível risco da pesquisa é haver identificação dos participantes, entretanto, a pesquisadora se comprometerá em manter sigilo absoluto sobre a sua participação. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e/ou apresentado em encontros científicos, e não haverá custos para você enquanto participante. Você também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado(a) por isso. Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios diretos para você neste momento, mas sua participação será importante, pois poderemos aprender muito com os resultados, melhorando a segurança dos pacientes nas instituições de saúde.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá esclarecer pessoalmente ou entrar em contato com a pesquisadora responsável através do endereço e/ou telefone abaixo.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pela pesquisadora responsável 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.

Obrigada pela colaboração.

Pesquisadora responsável: Lucilena Françolin, vinculada ao Programa de Pós Graduação de Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP (e-mail: lucilena@usp.br) fone: (16) 9179 9369.

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIMENTO

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

“Eu _____ aceito participar desta pesquisa, respondendo o questionário proposto e declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa e desistir, a qualquer momento, de participar do estudo”.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Participante: _____

Pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE B

Esta pesquisa quer saber suas opiniões sobre segurança do paciente, e sobre a ocorrência de eventos adversos no seu hospital. **Preenchê-la deve levar entre 10 a 15 minutos**

ALGUNS CONCEITOS QUE PODEM AUXILIÁ-LO (A) A RESPONDER O QUESTIONÁRIO:

-**Eventos adversos** podem ser definidos como: lesões não intencionais causadas pelo cuidado e não pela evolução natural da doença de base.

-**Segurança do paciente** é definido com a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

-**Erro** é definido como falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.

-**Quase erro** (*near miss*) incidente que, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia ou não causar danos.

Referência

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>

QUESTIONÁRIO – Enfermeiro Responsável Técnico - RT.

Instituição Pesquisada: A() B() C() D() E() F() G()

Data: ____/____/____

SEÇÃO - INFORMAÇÕES A SEU RESPEITO

Estas informações ajudarão na análise dos resultados da pesquisa.

01- Gênero: () Fem () Masc

02- Idade: _____ anos

03- Quantos anos de formação na área de enfermagem? ____Ano(s) ____Mês(es)

04- Há quanto tempo trabalha neste hospital? _____Anos ____Mês(es)

05- Há quanto tempo ocupa este cargo na instituição? _____Anos ____Mês(es)

06- Em geral, quantas horas por semana você trabalha neste hospital? _____Horas

07- Possui Pós graduação? () Sim () Não

Se sim, qual área? () Especialização () Mestrado () Doutorado

Especifique a área _____.

SEÇÃO - INFORMAÇÕES SOBRE A INSTITUIÇÃO

08- Tipo de Atendimento Hospitalar: () Geral () Especializado

09- Número de leitos _____Complexidade: () Média () Alta

10- O Hospital possui programa de qualidade implantado?

() Sim () Não Se sim, qual? _____.

SEÇÃO - INFORMAÇÕES SOBRE GERENCIAMENTO DE RISCOS

11- O Hospital possui sistema interno de notificação de ocorrências (eventos adversos, erros e quase erros)

() Sim () Não **Se não, vá para questão 16.**

12- Se possui sistema de notificação, este é :

() Manual () Informatizado () Outro. Especificar: _____

13- Se possui sistema de notificação, qual é a média mensal de notificações/mês?

14- Quais tipos de ocorrências (eventos adversos, erros e quase erros) são notificados?

Eventos

15- Após a notificação é utilizada alguma metodologia para analisar as ocorrências (eventos adversos, erros e quase erros)?

() Sim () Não

Se sim, quais?

() Espinha de peixe () 5W2H () Indicadores () Gráficos () Outras _____

16- No Hospital existe uma Comissão ou Comitê de Gerenciamento de Risco atuante?

() Sim () Não **Se não, vá para questão 20.**

17- Se sim, com que frequência este comitê se reúne?

() Semanal () Quinzenal () Mensal () Bimensal () Outro. Especificar: _____

18- Este comitê discute as ocorrências (eventos adversos, erros e quase erros) ocorridos na instituição? () Sim () Não

SEÇÃO – PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NO GERENCIAMENTO DE RISCOS

19- Possui integrantes da enfermagem no Comitê de Gerenciamento de Risco?

() Sim. Quantos _____ () Não

20- Como são identificados os riscos associados à assistência de enfermagem?

() Escores de gravidade. Quais utiliza? _____

() Escores de complexidade assistencial. Quais utiliza? _____

() Auditoria clínica

() Não identifica formalmente os riscos da assistência de enfermagem

() Outros _____

21- É realizado algum trabalho de prevenção de ocorrências (eventos adversos, erros e quase erros) relacionada à assistência de enfermagem junto à equipe?

() Sim () Não

Se sim, quais?

() Discussão de casos com a equipe. Frequência _____

() Reuniões. Frequência _____

() Capacitação. Frequência _____

() Outro. Especificar _____

22- Nos últimos 12 meses você conseguiria descrever mudanças implementadas nos processos ou nas rotinas da enfermagem, tendo em vista a segurança do paciente?

() Sim () Não Se sim Quais?

_____.

23- Diante da notificação das ocorrências (eventos adversos, erros e quase erros) é dado algum *feedback* para a equipe de enfermagem sobre as providências tomadas?

() Nunca () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre

Como é dado o *feedback*? _____.

SEÇÃO - GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Por favor, indique se você concorda ou discorda da seguinte afirmação sobre a administração do seu hospital. Marque sua resposta preenchendo o quadrado:

QUESTIONÁRIO	Discorda fortemente	Discorda	Imparcial	Concorda	Concorda fortemente
24- A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente e apoia iniciativas para implementação de ações de segurança para o paciente					

25- Por favor, atribua ao hospital um conceito geral relacionado à segurança do paciente.

Marque só uma resposta:

() Excelente () Muito bom () Aceitável () Fraco () Falho

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

 _____...

APÊNDICE C

Esta pesquisa quer saber suas opiniões sobre segurança do paciente, e sobre a ocorrência de eventos adversos no seu hospital. **Preenchê-la deve levar entre 10 a 15 minutos**

ALGUNS CONCEITOS QUE PODEM AUXILIÁ-LO (A) A RESPONDER O QUESTIONÁRIO:

-**Eventos adversos** podem ser definidos como: lesões não intencionais causadas pelo cuidado e não pela evolução natural da doença de base.

-**Segurança do paciente** é definido com a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

-**Erro** é definido como falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.

-**Quase erro** (*near miss*) incidente que, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia ou não causar danos.

Referência

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>

Questionário - Enfermeiro – Coordenador

Instituição Pesquisada: A() B() C() D() E() F() G()

Data: ____/____/____ Setor: _____

QUESTIONÁRIO ADAPTADO - Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

SEÇÃO - INFORMAÇÕES A SEU RESPEITO

Estas informações ajudarão na análise dos resultados da pesquisa.

01- Gênero: Fem () Masc ()

02- Idade: _____ anos

03- Quantos anos de formação na área da enfermagem? _____Ano(s) _____Mês(es)

04- Há quanto tempo trabalha neste hospital? _____Anos _____Meses

05- Há quanto tempo ocupa este cargo na instituição? _____Anos _____Mês(es)

06- Em geral, quantas horas por semana você trabalha neste hospital? _____Horas

07- Possui Pós graduação? () Sim () Não

Se sim qual área? () Especialização () Mestrado () Doutorado

Especifique a área _____.

08- Que tipo de sistema de notificação você utiliza no hospital para reportar alguma ocorrência (evento adverso, erro e quase erro) com paciente?

Verbal () Escrita () Eletrônica () Outra _____

SEÇÃO - FREQUÊNCIA DE RELATÓRIOS DE OCORRÊNCIAS

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando as seguintes ocorrências acontecem, com que frequência são reportados? Assinale com um "X" sua resposta no quadro:

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

09- Quando ocorre <u>um quase erro</u> , mas ele é percebido e corrigido antes de atingir o paciente, com que frequência é reportado?					
10- Quando ocorre <u>um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente</u> , com que frequência é reportado?					
11- Quando um erro atinge o paciente, mas o paciente não sofre dano, com que frequência é reportado?					

SEÇÃO - NÚMERO DE OCORRÊNCIAS REPORTADAS

12- Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de ocorrências (eventos adversos, erro e quase erro) você escreveu/preencheu e entregou? _____relatórios

SEÇÃO - A ÁREA OU UNIDADE ONDE VOCÊ TRABALHA

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

QUESTIONÁRIOS	Discorda fortemente	Discorda	imparcial	Concorda	Concorda fortemente
13- As pessoas tem medo que seus erros sejam inscritos nas suas fichas funcionais.					
14- Nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade.					
15- Nossos sistemas e processos são adequados para prevenir a ocorrência de erros com pacientes					
16- Aqui, erros têm levado a mudanças positivas.					
17- Que tipo de mudança positiva tem levado? Cite algumas:					

SEÇÃO – COMUNICAÇÃO

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

QUESTIONÁRIOS	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
18- Nesta unidade nós discutimos maneiras para prevenir que ocorrências					

(eventos adversos, erros e quase erros) voltem a ocorrer					
19- Nós recebemos <i>feedback</i> sobre as mudanças implantadas em função das ocorrências (eventos adversos, erro e quase erro) relatadas.					

SEÇÃO - SEU HOSPITAL

Por favor, indique se você concorda ou discorda da seguinte afirmação sobre a administração do seu hospital. Marque sua resposta preenchendo o quadrado:

QUESTIONÁRIO	Discorda fortemente	Discorda	Imparcial	Concorda	Concorda fortemente
20- A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente e apóia iniciativas para implementação de ações de segurança para o paciente					

SEÇÃO - GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE

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

() Excelente () Muito bom () Aceitável () Fraco () Falho

SEÇÃO - SEUS COMENTÁRIOS

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

APÊNDICE D – MODELO DE SOLICITAÇÃO PARA PESQUISA NOS HOSPITAIS



Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

PARA: [REDACTED]

De: Lucilena Françolin
Enfermeira, mestranda da EERP-USP

REF.: **AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.**

Prezada (o) Sr.,

A segurança do paciente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu grande relevância nos últimos anos, tanto para os pacientes e seus familiares que desejam sentir-se confiantes e seguros, como para os profissionais de saúde.

Como parte de minha Dissertação de Mestrado Acadêmico, que está sendo realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), na Área de Enfermagem Fundamental, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre o **GERENCIAMENTO DA SEGURANÇA ASSISTENCIAL NOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM HOSPITALAR**, sob orientação da Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel.

Este estudo tem como objetivo principal “Analisar o gerenciamento da segurança do paciente e as ações frente aos riscos assistenciais junto aos serviços de enfermagem dos hospitais de Ribeirão Preto-SP”. Segue cópia do projeto para sua avaliação.

Os dados serão obtidos através da aplicação de um questionário estruturado, com perguntas de múltipla escolha, que levará em média 20 minutos para ser respondido. O questionário será aplicado pessoalmente pela pesquisadora.

Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins estritamente acadêmicos e não haverá qualquer identificação de indivíduos ou instituições. Da mesma forma, a análise dos resultados e conclusões não serão apresentados como estudo de caso individual.

Cada profissional que responderá o questionário irá receber e deverá concordar com um termo de consentimento informado no qual está descrito os objetivos do trabalho.

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

Agradeço a atenção dispensada e aguardamos seu parecer.

Atenciosamente,

Lucilena Françolin
Mestranda – EERP USP
Fone: (16) 9179 9369 - e-mail: lucilena@usp.br

Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel
e-mail: cgabriel@eerp.usp.br

Deferido () Indeferido ()

Diretor ou Representante
Hospital das Clínicas – Unidade de Emergência de Ribeirão Preto, SP.
Ribeirão Preto,de..... de 2012.

ANEXO

ANEXO A – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO CEP



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 096/2012

Ribeirão Preto, 22 de maio de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de maio de 2012.

Protocolo CAAE: 00803212.2.0000.5393

Projeto: Gerenciamento da Segurança Assistencial nos Serviços de Enfermagem.

Pesquisadores: Carmen Silvia Gabriel
Lucilena Françolin

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Carmen Silvia Gabriel

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP