

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE

FATORES AMBIENTAIS QUE INFLUENCIAM NO MONITORAMENTO DE
INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL EM HOSPITAIS NAS
DIMENSÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NO
PACIENTE

CURITIBA

2022

ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE

FATORES AMBIENTAIS QUE INFLUENCIAM NO MONITORAMENTO DE
INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL EM HOSPITAIS NAS
DIMENSÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NO
PACIENTE

Tese de doutorado apresentado como requisito
para obtenção do Grau de Doutor, do Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências
da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves
Wolff

CURITIBA

2022

Silvestre, Alexandra Lunardon

Fatores ambientais que influenciam no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente [recurso eletrônico] / Alexandra Lunardon Silvestre – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

1. Gestão de qualidade em saúde. 2. Efetividade. 3. Avaliação de resultados em cuidados de saúde. 4. Serviços hospitalares. 5. Estudo de caso. I. Wolff, Lillian Daisy Gonçalves. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.1068



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE** intitulada: **FATORES AMBIENTAIS QUE INFLUENCIAM NO MONITORAMENTO DE INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL EM HOSPITAIS NAS DIMENSÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE**, sob orientação da Profa. Dra. LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 20 de Abril de 2022.

Assinatura Eletrônica
28/04/2022 15:14:38.0
LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
26/04/2022 11:46:13.0
FRANCINE LIMA GELBCKE
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Assinatura Eletrônica
28/04/2022 10:54:49.0
MARILIA ALVES
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Assinatura Eletrônica
25/04/2022 09:42:13.0
KARLA CROZETA FIGUEIREDO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Pref. Lothário Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 177225

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 177225

Dedico esta tese as minhas amadas filhas Carolina e Cecília, minhas razões de viver. Obrigada por existirem e por me ensinarem a amar incondicionalmente. Vocês refletem o melhor de mim!

AGRADECIMENTOS

Foram mais de quatro anos de uma trajetória gratificante, de resiliência, autoconhecimento, amadurecimento e transformação. Conciliar estudo, trabalho e família foi muito intenso, árduo, mas sobretudo recompensador.

Muitas foram as “pedras no meio do caminho”, dentre estas, uma gestação de risco, o internamento de minha filha com apenas dois meses, o falecimento do meu pai após dois intensos meses de internamento em Unidade de Terapia Intensiva, o enfrentamento na linha de frente na pandemia da Covid-19... E, como nada fazemos sozinhos, felizmente tenho muitas pessoas a agradecer.

A Deus, que me concedeu o dom da vida e permitiu que eu vivesse esta trajetória, dando-me condições de concluí-la.

À minha orientadora, Prof. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, que caminhou comigo desde a graduação, como minha orientadora da monografia, anos mais tarde do Mestrado e, agora do Doutorado. Lá se vão 15 anos! Guiou-me com maestria para caminhos corretos, com didática, dedicação, competência, entusiasmo e humildade. Sou eternamente grata pelos seus ensinamentos, por suas experiências compartilhadas, por seu cuidado comigo, por sua amizade, por ser fonte de conhecimento e inspiração para mim. Sua orientação foi fundamental nesta jornada!

Ao meu marido Cristian, pela compreensão nas ausências recorrentes, de dias e noites dedicados aos estudos e trabalhos acadêmicos. Agradeço por todo o amor, o amparo, o cuidado, a motivação, a dedicação à nossa família e à paciência, principalmente nos momentos mais difíceis. Obrigada por viver comigo este sonho e por acreditar em mim! Este título também é seu! E sobretudo, obrigada pelo maior presente que temos, nossas filhas!

Às minhas amadas filhas Carolina e Cecília, por dividirem com o Doutorado o tempo de dedicação. Vocês refletem o melhor de mim, a minha melhor produção. Minha vida tornou-se muito melhor com vocês! Muito obrigada por serem a razão do meu viver!

Ao meu pai Ariosvaldo Lunardon (*in memoriam*), que em minha defesa do Mestrado me instigou a continuar na busca deste sonho. Sei que está cuidando e conduzindo meus passos do outro lado. Muito obrigada.

A minha mãe Maria Arlete Lunardon (*in memoriam*), pela constante presença em minha vida. Tenho certeza que cuida e zela por mim.

Aos meus irmãos, por estarem sempre ao meu lado.

À minha segunda família do coração, em especial a minha sogra dona Cleide, que sempre me acolheu, me motivando e auxiliando em todos os momentos, especialmente no amparo com minhas filhas.

Aos colegas do Doutorado, pela diversidade de inserções e de temáticas desenvolvidas. Obrigada por todo o aprendizado e convivência!

Aos colegas do Mestrado, especialmente, aos meus queridos do grupo GPAS: Angela, Débora, Pâmella e Radamés, pelos momentos únicos de aprendizado, amizade e descontração.

À Dra. Fernanda Catafesta Utzumi, grande incentivadora do meu ingresso no Mestrado e no Doutorado, e que esteve comigo de forma amiga e profissional.

À Dra. Márcia Daniele Seima, minha amiga de longa data, por quem tenho profunda admiração e respeito, quem proporciona profundas reflexões sobre tudo na vida, e que acompanhou de perto minha jornada e muito contribuiu. Obrigada pela parceria!

À Dra. Tatiana Braga de Camargo, amiga de longa data, cujas palavras proferidas em sua defesa de doutorado “não desista, vale a pena” foram alicerce para minha trajetória acadêmica.

À Dra. Fátima, a qual proporcionou inúmeras reflexões sobre a maternidade X Doutorado.

À Doutoranda Danieli Parreira pelas conversas acadêmicas e de vida. Um grande exemplo para mim, e uma parceira de longa data.

À Dra. Karla Crozeta, minha colega de turma da graduação, e hoje professora da UFPR. Obrigada por todo o conhecimento compartilhado na banca de qualificação e por ser uma inspiração para mim!

À Dra. Leila Soares Seiffert, quem admiro muito, por todo o ensinamento e as experiências compartilhadas. Você é um presente que o Mestrado/Doutorado me deu!

Aos meus colegas do trabalho, que compartilharam experiências e reflexões.

Aos hospitais e seus participantes de minha pesquisa, que colaboraram com minha tese, que mesmo em meio ao caos e às demandas emergentes da pandemia da Covid-19, despenderam e dedicaram tempo precioso para minha pesquisa.

Às professoras Dra. Karla Crozeta, Dra. Marília Alves, Dra. Francine Lima, por terem aceitado e participado da minha banca de defesa e ajudado no resultado final deste estudo.

À Universidade Federal do Paraná, ao Curso de Graduação em Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, e seus docentes, que possibilitaram minha formação em Enfermagem, Especialização em Gestão em Serviços de Saúde, Mestrado e Doutorado. Sem a possibilidade oferecida por um ensino público e de qualidade, eu não chegaria aqui.

Ao Grupo de Pesquisas, Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) da UFPR, por proporcionar riquíssimas discussões, trocas de experiências e aprendizados no desenvolvimento de pesquisas.

À Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais, em especial à Escola Municipal de Saúde Pública e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que tive gratidão e orgulho de servir.

Ao Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, que foi “meu” hospital escola, e hoje é minha segunda casa. Gratidão imensa!

E a todos que não estão citados, e que contribuíram de alguma forma... Meu muito obrigada!!!

“[...] Pedras no caminho?

Guardo todas. Um dia vou construir um castelo” (FERNANDO PESSOA).

RESUMO

Indicadores de efetividade assistencial contribuem para avaliação e melhoria dos resultados assistenciais. Objetivou-se relacionar fatores dos ambientes interno e externo operacional de hospitais que influenciam e contribuem para a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial, nas dimensões segurança do paciente e cuidado centrado no paciente. Especificamente, objetivou-se caracterizar ambientes hospitalares, identificar indicadores monitorados, suas características, estratégias, métodos e procedimentos utilizados para monitorá-los. Pesquisa descritiva-exploratória, qualitativa, utilizando-se o método de estudo de caso múltiplo, contemplando hospitais de alta complexidade do sul do Brasil, um público de ensino e dois privados acreditados em nível de excelência. Utilizou-se a Técnica de Bola de Neve, iniciada pela Direção hospitalar, obtendo-se 58 participantes atuantes nos níveis estratégico, tático e operacional. Dados foram coletados entre junho/20 a dezembro/21 mediante levantamentos estruturados em sites oficiais; análise documental; questionários *online*; entrevistas; visitas técnicas; anotações em diário de campo, grupos focais, e foram submetidos à análise de conteúdo categorial. Com relação à segurança do paciente, os três hospitais monitoram: Cirurgia no local errado do corpo do paciente; Cirurgia realizada no paciente errado; Material estranho deixado no corpo durante um procedimento; Incidentes graves relacionados a equipamentos; Incidentes devido a falhas na identificação do paciente; Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas; Quedas com dano em pacientes internados; Lesão por pressão; Densidade de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em UTI de Adulto; Densidade de Infecção do Trato Urinário associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI; Reação Transfusional graus II, III e IV; Reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea. Indicadores Deiscência de ferida pós-operatória e Embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória são monitorados em 2 hospitais; Hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte em um hospital, e Fratura de quadril por queda e Fratura de quadril pós-operatória, em pacientes internados, em nenhum. Em relação ao cuidado centrado ao paciente, são monitorados: Satisfação do paciente; Cirurgias canceladas no dia agendado e Recomendação do hospital pelo paciente; não monitoram Envolvimento do paciente com seu próprio cuidado. Entre categorias relativas à influência de fatores ambientais internos, foram convergentes as relacionadas a: planejamento estratégico institucional; apoio da Direção à gestão da qualidade; Sistemas de Informação; estratégias, métodos e procedimentos. A categoria não convergente foi a influência da natureza pública do hospital de ensino universitário. As categorias convergentes do ambiente externo operacional referiram-se à influência de políticas públicas e da Anvisa; e de fatores epidemiológicos - Pandemia do COVID-19; as não convergentes, à influência das Agências Acreditoras; e da Ebserh na gestão da qualidade. Os resultados explicitam a influência de fatores ambientais na elegibilidade e monitoramento dos indicadores de atividade assistencial, a partir das perspectivas, experiências, estratégias, métodos e procedimentos apresentados por hospitais brasileiros que buscam a melhoria contínua de seus processos e resultados. Ressalta-se a contribuição da tese para planejamento, avaliação, monitoramento e comparação da efetividade assistencial entre serviços e hospitais.

Palavras chave: Indicadores de qualidade em assistência à saúde; efetividade; gestão da qualidade em saúde; avaliação de resultados (cuidados de saúde); serviços hospitalares; estudo de caso.

ABSTRACT

Care effectiveness indicators contribute to the evaluation and improvement of care results, with a view to quality, resource optimization and reduction of operating costs in hospitals. The objective was to relate factors of the internal and external operational environments of hospitals that influence and contribute to the eligibility and monitoring of indicators of care effectiveness, in the dimensions of patient safety and patient-centered care. The specific objectives were to characterize hospital environments, identify monitored indicators, their characteristics, strategies, methods and procedures used to monitor them. Descriptive-exploratory, qualitative research, using the multiple case study method, covering high-complexity hospitals in southern Brazil, a teaching public and two private ones accredited at a level of excellence. The Snowball Technique, initiated by the hospital management, was used, obtaining 58 active participants at the strategic, tactical and operational levels. Data were collected between June/2020 and December/2021 through structured surveys on official websites; document analysis; online questionnaires; face-to-face and virtual interviews; technical visits; field diary notes, focus groups, and were subjected to categorical content analysis. Regarding patient safety, the three hospitals monitor: Surgery in the wrong place on the patient's body; Surgery performed on the wrong patient; Foreign material left in the body during a procedure; Serious incidents related to equipment; Incidents due to failure to identify the patient; Surgical site infection in clean surgeries; Falls with damage in hospitalized patients; Pressure injury; Density of primary bloodstream infection in patients using central venous catheters, hospitalized in an Adult ICU; Density of Urinary Tract Infection associated with indwelling urinary catheter in ICU patients; Grade II, III and IV Transfusion Reaction; Hemolytic reactions due to blood incompatibility. Indicators Postoperative wound dehiscence and postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis are monitored in 2 hospitals; Postoperative haemorrhage or hematoma in major surgery in a hospital, and Falling hip fracture and Postoperative hip fracture, in inpatients, in none. In relation to patient-centered care, the following are monitored: Patient satisfaction; Surgeries canceled on the scheduled day and Hospital recommendation by the patient; do not monitor Patient involvement in their own care. Among the categories related to the influence of internal environmental factors, those related to: institutional strategic planning; management support for quality management; Information systems; strategies, methods and procedures. The non-convergent category was the influence of the public nature of the university teaching hospital. The converging categories of the external operational environment referred to the influence of public policies and Anvisa; and epidemiological factors - COVID-19 Pandemic; non-convergent ones, to the influence of Accrediting Agencies; and Ebserh in quality management. The results show the influence of environmental factors on the eligibility and monitoring of health care indicators, from the perspectives, experiences, strategies, methods and procedures presented by Brazilian hospitals that seek the continuous improvement of their processes and results. The contribution of the thesis to planning, evaluation, monitoring and comparison of care effectiveness between services and hospitals is highlighted.

Keywords: quality indicators in health care; effectiveness; quality management in health; outcome evaluation (health care); hospital Services; case study.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- SUBSISTEMAS BÁSICOS DO AMBIENTE INTERNO HOSPITALAR, SOB A LUZ DA TEORIA DOS SISTEMAS....	42
FIGURA 2	- AMBIENTES INTERNO E EXTERNO DO HOSPITAL.....	46
FIGURA 3	- PILARES DA QUALIDADE.....	50
FIGURA 4	- CONCEITOS-CHAVES DA DIMENSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	63
FIGURA 5	- METAS INTERNACIONAIS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	65
FIGURA 6	- ESTUDO DE TRÊS CASOS MÚLTIPLOS INTEGRADOS, HOSPITAIS H1, H2 e H3.....	76
FIGURA 7	- FONTES E PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS DA PESQUISA, CURITIBA, 2022.....	81
FIGURA 8	- ETAPAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS.....	94
FIGURA 9	- FASES DO PLANEJAMENTO DO ESTUDO DE CASO.....	96
FIGURA 10	- OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS EM CADA HOSPITAL DE PESQUISA, H1, H2, H3, BRASIL, 2022.....	101
FIGURA 11	- INTEGRAÇÃO DA COLETA, TRATAMENTO, ANÁLISE PRELIMINAR DE DADOS DE PESQUISA E SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	103
FIGURA 12	- FASES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO CATEGORIAL DE BARDIN (2021).....	105
FIGURA 13	- NÍVEIS GERENCIAIS DOS PARTICIPANTES ENTRE OS HOSPITAIS H1, H2, H3, BRASIL, 2022.....	110

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	-	CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES SOB OS PRINCÍPIOS DA TEORIA DOS SISTEMAS, CONSIDERANDO O SISTEMA ABERTO.....	42
QUADRO 2	-	COMPONENTES DO SISTEMA HOSPITALAR.....	45
QUADRO 3	-	INDICADORES EXPRESSOS EM TAXA/COEFICIENTE, ÍNDICE, NÚMEROS ABSOLUTOS E FATOS.....	57
QUADRO 4	-	OBJETIVOS DOS INDICADORES DE QUALIDADE EM HOSPITAIS.....	58
QUADRO 5	-	VANTAGENS E DESVANTAGENS DO ESTUDO DE CASO.....	73
QUADRO 6	-	QUANTITATIVO DE FONTES E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS NOS HOSPITAIS H1, H2, H3, BRASIL, 2022.....	83
QUADRO 7	-	RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ORGANIZACIONAIS CEDIDOS PELA GESTÃO DE CADA HOSPITAL (H1, H2, H3) E DISPONÍVEIS <i>ONLINE</i> , ESPECIFICAÇÕES E OS CÓDIGOS.....	84
QUADRO 8	-	CARACTERÍSTICAS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS NOS HOSPITAIS H1, H2, H3, 2021.....	87
QUADRO 9	-	QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS E RESPECTIVOS RESPONDENTES.....	89
QUADRO 10	-	VISITAS TÉCNICAS AOS HOSPITAIS H1, H2, H3, BRASIL, 2022.....	91
QUADRO 11	-	ENCONTROS PRESENCIAIS PARA DEMONSTRAÇÃO SOBRE SISTEMA DE INFORMAÇÃO NOS HOSPITAIS H1, H2 e H3.....	92
QUADRO 12	-	GRUPO FOCAL, PRESENCIAL.....	94
QUADRO 13	-	ETAPAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO.....	96

QUADRO 14	- TESTES APLICADOS NA PESQUISA PARA ESTABELECE A QUALIDADE DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS NOS HOSPITAIS.....	98
QUADRO 15	- DESCRIÇÃO DAS FASES DE PLANEJAMENTO DO ESTUDO DE CASO.....	99
QUADRO 16	- CRONOGRAMA DE COLETA DE DADOS NOS HOSPITAIS H1, H2, H3.....	101
QUADRO 17	- NOMENCLATURA SEGUNDO O <i>SOFTWARE NVIVO®</i> E ANÁLISE DE CONTEÚDO CATEGORIAL DE BARDIN, E SUA UTILIZAÇÃO NESTA PESQUISA.....	109
QUADRO 18	- NÍVEIS GERENCIAIS DOS PARTICIPANTES ENTRE OS HOSPITAIS H1, H2, H3, BRASIL, 2022.....	112
QUADRO 19	- DADOS GERAIS DOS HOSPITAIS PESQUISADOS H1, H2, H3, BRASIL, 2022.....	119
QUADRO 20	- DADOS DE PRODUÇÃO DOS HOSPITAIS PESQUISADOS H1, H2, H3, BRASIL, 2022.....	120
QUADRO 21	- ESPECIALIDADES MÉDICAS/SETORES ESPECIALIZADOS/GRUPOS DE TRABALHO DOS H1, H2, H3, BRASIL, 2022.....	123
QUADRO 22	- PROTOCOLOS INSTITUCIONALIZADOS NOS HOSPITAIS DE PESQUISA H1, H2, H3, BRASIL, 2022...	125
QUADRO 23	- INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL MONITORADOS NAS DIMENSÕES SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE MONITORADOS NOS H1, H2 e H3, BRASIL, 2022.....	126
QUADRO 24	- CONSTITUIÇÃO DO SETOR DA QUALIDADE, UNIDADES, SERVIÇOS E DE EQUIPES, HOSPITAL H2, BRASIL, 2022.....	132
QUADRO 25	- SISTEMAS DE INFORMAÇÃO UTILIZADOS PELOS HOSPITAIS DE PESQUISA, H1, H2, H3, BRASIL, 2022..	144
QUADRO 26	- CATEGORIAS IDENTIFICADAS NA ANÁLISE CATEGORIAL E SUA CLASSIFICAÇÃO.....	147

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NOS HOSPITAIS DO ESTUDO (H1, H2, H3), BRASIL, 2022 (n = 58)	114
TABELA 2	- CARACTERÍSTICAS DA EDUCAÇÃO FORMAL - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NOS HOSPITAIS DO ESTUDO (H1, H2, H3), BRASIL, 2022 (n = 58).....	114
TABELA 3	- CARACTERÍSTICAS DA EDUCAÇÃO FORMAL - ÁREAS DE FORMAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NOS HOSPITAIS DO ESTUDO (H1, H2, H3), BRASIL, 2022 (n = 58).....	115

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO EM RELAÇÃO AO TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, HOSPITAIS DA PESQUISA, BRASIL, 2022 (n=58)	116
GRÁFICO 2	- ANOS DE EXPERIÊNCIA DE TRABALHO COM INDICADORES, PARTICIPANTES DOS HOSPITAIS DO ESTUDO, BRASIL, 2022 (n=58)	116
GRÁFICO 3	- PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO H1.....	121
GRÁFICO 4	- PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO H2.....	121
GRÁFICO 5	- PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO H3.....	122

LISTA DE SIGLAS

AGHU	-	Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários
AHRQ	-	Agency for Healthcare Research and Quality
ANAHP	-	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BSC	-	Balanced Score Card
CA	-	Accreditation Canada
CAAE	-	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CC	-	Centro Cirúrgico
CCIH	-	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCHSA	-	Accreditation Canada International ou Sistema Canadense de Acreditação
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CNSaúde	-	Confederação Nacional de Saúde
CO	-	Centro Obstétrico
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COREQ	-	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
COVID-19	-	Coronavírus-19
CQH	-	Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CVC	-	Cateter Venoso Central
CVD	-	Cateter Vesical de Demora
EA	-	Eventos Adversos
EBSERH	-	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	-	Emenda Constitucional
FBH	-	Federação Brasileira de Hospitais
FNQ	-	Fundação Nacional da Qualidade
GPPGPS	-	Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
GF	-	Grupo Focal
HCAHPS	-	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
IACs	-	Instituições Acreditadoras Credenciadas

IDISA	- Instituto de Direito Sanitário Aplicado
IESS	- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IHI	- Institute for Healthcare Improvement
IOM	- Institute of Medicine
IPASS	- Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação em Serviços de Saúde
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAS	- Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISC-CL	- Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgia Limpa
ITU	- Infecção do Trato Urinário
JCI	- Joint Commission International
LPP	- Lesão por Pressão
MEC	- Ministério da Educação
MS	- Ministério da Saúde
NIH	- Institute for Innovation and Improvement
NIAHO	- National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
NOTIVISA	- Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária
NPS	- Net Promoter Score
NPSF	- National Patient Safety Foundation
NPUAP	- National Pressure Ulcer Advisory Panel
NSP	- Núcleo de Segurança do Paciente
OECD	- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
PA	- Pronto Atendimento
PAV	- Pneumonia Associada a Ventilação
PAHO	- Organização Pan Americana da Saúde
PCS	- Densidade de infecção primária de corrente sanguínea
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNHOSP	- Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PROADESS	-	Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
QUALISS	-	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde
RCA	-	Análise de Causa Raiz
SAC	-	Serviço de Atendimento ao Consumidor
SAE	-	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIH	-	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SESA	-	Secretaria do Estado de Saúde
SI	-	Sistema de Informação
SIH	-	Sistema de Informação Hospitalar
SONIH	-	Sistema Online de Controle de Infecções Hospitalares
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEV	-	Tromboembolismo venoso
TEP	-	Tromboembolismo pulmonar
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UGRA	-	Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva
VIGIHOSP	-	Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	25
1.1	JUSTIFICATIVA.....	30
1.2	OBJETIVO GERAL.....	33
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
1.4	ESTRUTURAÇÃO DA TESE.....	34
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
2.1	UMA PERSPECTIVA SISTÊMICA DO HOSPITAL	35
2.2	CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL, SEUS SISTEMAS E SUBSISTEMAS.....	40
2.2.1	Ambientes hospitalares.....	44
2.3	INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL HOSPITALAR NAS DIMENSÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE.....	48
2.3.1	Qualidade em serviços de saúde e em hospitais.....	48
2.3.2	Efetividade.....	52
2.3.3	Avaliação da qualidade em hospitais.....	54
2.3.4	Indicadores de qualidade hospitalar.....	56
2.3.4.1	Indicadores de efetividade hospitalar.....	59
2.3.4.1.1	Indicadores de efetividade assistencial na dimensão de Segurança do Paciente em Hospitais.....	61
2.3.4.1.2	Indicadores de efetividade assistencial na dimensão Cuidado Centrado no Paciente em Hospitais.....	68
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	71
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	71
3.2	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	73
3.3	LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	75
3.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	78
3.5	APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA AOS LOCAIS DA PESQUISA E RECRUTAMENTO DE PARTICIPANTES.....	79
3.6	FONTES E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	80
3.6.1	Levantamentos estruturados em sites oficiais.....	84

3.6.2	Documentos organizacionais.....	85
3.6.3	Entrevistas.....	85
3.6.4	Questionários <i>online</i> autoaplicados.....	89
3.6.5	Visitas Técnicas.....	90
3.6.6	Encontros para demonstração sobre sistemas de informação hospitalares.....	91
3.6.7	Diário de campo.....	92
3.6.8	Grupo focal.....	93
3.7	ETAPAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO.....	95
3.8	PLANEJAMENTO, PROTOCOLO DE PESQUISA E OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	96
3.8.1	Planejamento.....	96
3.8.2	Protocolo de pesquisa.....	100
3.8.3	Operacionalização da coleta de dados.....	100
3.8.3.1	Validação.....	102
3.8.4	Crerios para a interrupção da coleta de dados.....	103
3.9	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	103
3.9.1	Análise de Conteúdo categorial dos dados da pesquisa.....	105
3.9.2	Codificação e categorização dos dados no <i>software</i> NVivo®, versão Release 1.3 (535).....	108
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	110
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DO H1, H2, H3.....	110
4.2	AMBIENTES DOS HOSPITAIS H1, H2 e H3 DE PESQUISA.....	118
4.2.1	Ambiente do hospital de pesquisa H1.....	127
4.2.1.1	Monitoramento de indicadores no H1.....	129
4.2.2	Ambiente do hospital de pesquisa H2.....	130
4.2.2.1	Monitoramento de indicadores no H2.....	136
4.2.3	Ambiente do hospital de pesquisa H3.....	137
4.2.3.1	Monitoramento de indicadores no H3.....	141
4.2.3	Ambientes dos hospitais de pesquisa H1, H2, H3.....	143
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	146

5.1	FATORES DO AMBIENTE INTERNO DOS HOSPITAIS QUE AFETAM A ELEGIBILIDADE E O MONITORAMENTO DE INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL HOSPITALAR.....	148
5.1.1	Relevância do planejamento estratégico para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar.....	148
5.1.2	Apoio da Direção à gestão da qualidade e à elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar, na dimensão da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente.....	151
5.1.3	A natureza pública de hospital ensino universitário e sua influência na elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar.....	154
5.1.4	Contribuição dos Sistemas de Informação para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar.....	157
5.1.5	Estratégias, métodos e procedimentos que contribuem para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial nos hospitais H1, H2, H3, na dimensão da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente.....	165
5.2	FATORES DO AMBIENTE EXTERNO OPERACIONAL DOS HOSPITAIS QUE AFETAM A ELEGIBILIDADE E O MONITORAMENTO DE INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL HOSPITALAR.....	179
5.2.1	Contribuição de políticas públicas e da Anvisa para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.....	179
5.2.2	Contribuição das Agências Acreditadoras para a elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar nas dimensões da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente.....	186

5.2.3	A influência da Ebserh na gestão da qualidade e na seleção e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospital de ensino universitário nas dimensões da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente.....	191
5.2.4	Impactos de fatores epidemiológicos: na elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar - a Pandemia da Covid-19.....	196
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	203
	REFERÊNCIAS.....	208
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	240
	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIOS.....	242
	APÊNDICE 3 - PROTOCOLO DE PESQUISA.....	251
	APÊNDICE 4 - MODELO DE COMPARATIVO DE INDICADORES.....	259
	ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 1.....	284
	ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 2.....	290
	ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 3.....	296
	ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DO CEP INTERNO DO H1.....	301

1 INTRODUÇÃO

Esta tese trata do tema indicadores de efetividade assistencial hospitalar, nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente, bem como dos fatores ambientais que contribuem para sua elegibilidade e o seu monitoramento. Insere-se na linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), e integra o projeto Qualidade em Serviços de Saúde deste programa.

A finalidade do hospital é contribuir para a melhoria dos padrões de saúde da população, mediante oferta de serviços de diagnóstico e tratamento, embora também sejam preconizadas ações de promoção, prevenção e, em algumas organizações, de ensino e pesquisa (WOLFF, 2005).

Os hospitais enfrentam o desafio de melhorarem seus resultados e confiabilidade (BRUBAKK et al., 2015), a fim de garantirem qualidade e acesso aos serviços (FRAGKIADAKIS et al., 2016). Logo, a gestão de organizações hospitalares é complexa, desafiadora e demanda eficiência, eficácia e efetividade no processo de formulação e implementação de estratégias (ZANATTA, SAUSEN, HALBERSTADT; 2019). Os hospitais precisam, portanto, manter ou melhorar suas práticas, seus processos, otimizar o uso de recursos, a fim de garantir a sua sustentabilidade e competitividade no mercado.

No entanto, os processos dos hospitais são influenciados por atores e fatores inerentes à própria organização, e também por atores e fatores que não estão sob a governabilidade da sua Direção, a exemplo daqueles de seu ambiente externo operacional, como os demais integrantes do sistema de assistência à saúde, agências governamentais reguladoras e fiscalizadoras do setor de saúde, agências financiadoras da assistência à saúde, empresas fornecedoras de recursos hospitalares e grupos locais de interesse nas atividades do hospital (WOLFF, 2005).

Os fatores internos do hospital consistem na estrutura organizacional, filosofia de administração, recursos controlados pela Direção, e estrutura produtiva: recursos humanos, financeiros e tecnológicos (WOLFF, 2005).

O ambiente externo operacional é parte do ambiente externo, na qual a Direção do hospital concentra seus esforços, pois este tem maior impacto em estruturas internas de operação e decisões. Este ambiente estabelece fluxos de

recursos, matéria e informação, assim como em todos os integrantes das redes de atenção à saúde, a exemplo de hospitais e unidades de saúde, organizações financiadoras de assistência à saúde, fornecedores de recursos hospitalares, e também a clientela e grupos organizados de interesse sobre os serviços hospitalares, agências governamentais reguladoras, e fiscalizadoras do setor de saúde (WOLFF, 2005).

O reconhecimento dos fatores internos e externos operacionais do hospital é essencial quando se quer promover mudanças e melhorias. As variações desses fatores influenciam as práticas de saúde, afetando sua efetividade (resultados). Os fatores caracterizam-se por práticas organizacionais, bem como tudo que envolve as práticas, que podem dificultar ou facilitar a implementação do cuidado centrado na paciente (RODRIGUES, PORTELA, MALIK; 2019), bem como a segurança do paciente.

No contexto das organizações de saúde, o monitoramento e a avaliação do desempenho institucional subsidiam o planejamento e a gestão em saúde (DAL SASSO, 2018), bem como a realização de ciclos de melhorias de processos.

Por meio do monitoramento é possível verificar se o desenrolar das ações de uma dada estratégia corresponde às metas e objetivos traçados (CONASS, 2016; BRASIL, 2016). Por outro lado, a avaliação resulta na emissão de juízo de valor, tendo por base uma análise do que foi realizado (intervenção, ação, serviço, procedimento, etc.) ou do resultado, em comparação com um referencial (BRASIL, 2017).

O monitoramento contínuo de indicadores pode impulsionar a organização de saúde a melhorias de desempenho (ILIFFE et al., 2016; SEIFFERT, 2019). O monitoramento de indicadores de efetividade que captem a realidade dos resultados dos processos assistenciais em hospitais, subsidia o planejamento e a tomada de decisão, com evidências de alta confiabilidade, o que viabiliza uma assistência qualificada, segura, eficiente e com menores custos.

Os indicadores de efetividade da assistência hospitalar são elementos que subsidiam informações sobre a qualidade por meio de medições (VEILLARD; CHAMPAGNE; KLAZINGA, 2005), cujas descrições dos resultados do cuidado podem ser analisadas estatisticamente, generalizadas e validadas (DONABEDIAN, 1966; DAVIS et al., 2014).

Nas últimas décadas, os hospitais precisaram adequar-se ao aumento do grau de exigência dos consumidores dos serviços de saúde, bem como implicações

relativas a processos legais, de forma que a adoção de sistemas organizacionais com foco na qualidade é expressamente indicada, quando se almeja êxito organizacional e potencial competitivo (SANTOS; FIATES; ROCHA, 2019).

Consequentemente, a adoção de ferramentas gerenciais é fundamental para uma efetiva gestão por resultados (ZANATTA, SAUSEN, HALBERSTADT; 2019), e desta forma os hospitais possam medir e avaliar o seu desempenho, viabilizar melhorias de processos, bem como o planejamento de estratégias (RAHIMI et al., 2016), uma vez que é impossível gerenciar o que não se pode medir (KAPLAN, NORTON; 2018).

Neste contexto, uma ferramenta de gestão para resultados é o monitoramento de indicadores de efetividade. Os indicadores consistem em medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho de serviços de saúde (PAHO; WHO, 2018). Deste modo, são ferramentas de gestão, cujos dados interpretados fornecem subsídios que viabilizam planos de ação, os quais podem mudar a efetividade hospitalar (RIBAS et al., 2020).

Efetividade consiste em ser eficiente e eficaz concomitantemente. A eficácia condiz com a medida do alcance de resultados, enquanto eficiência consiste na otimização dos recursos nesse processo (CHIAVENATO, 2014, 2016). E para que o hospital seja efetivo e atenda às necessidades de saúde da população, há necessidade de implantação de políticas, ações e decisões a serem tomadas (ROCHA et al., 2020), bem como a implementação do monitoramento de indicador de efetividade hospitalar.

Deste modo, uma das melhores maneiras de mensurar a realidade dos hospitais é através da efetividade (BURMESTER, 2013; DUTRA, GOMES; 2020), a qual mede o alcance de melhorias atingíveis em saúde (DONABEDIAN, 2003).

As organizações hospitalares produzem muitos dados, que quando tratados e analisados, amparam a conscientização das suas necessidades (PESTANA, PEREIRA, MORO; 2020), evidenciam potencialidades e fragilidades, permitindo aos Gestores o (re)planejamento de plano de metas e ações corretivas para implementar melhorias, embasadas em avaliações de indicadores de efetividade hospitalar.

O monitoramento de indicadores no hospital favorece o alinhamento das unidades e setores aos objetivos estratégicos da instituição, e pode proporcionar transparência e assertividade de decisões. Logo, a gestão baseada em indicadores

de efetividade possibilita a melhoria dos processos e dos resultados, bem como estimula a qualidade e segurança assistencial e o desempenho organizacional (OLIVEIRA; MENDES, 2019).

Ressalta-se que a utilização de indicadores de qualidade é importante em todos os processos de gestão (KAPLAN, NORTON; 2018), pois seu monitoramento leva à responsabilização pela melhoria dos resultados dos indicadores, consequentemente, o envolvimento e esforço dos profissionais na organização dos processos e contribui para o atendimento qualificado e humanizado ao paciente (OLIVEIRA; MENDES, 2019).

Internacionalmente, a utilização dos indicadores para mensurar o desempenho e a atuação hospitalar tornou-se prática (VAN DISHOECK et al., 2016), com crescimento da atenção para a qualidade em serviços de saúde (JONES et al., 2017). No entanto, no Brasil ainda são incipientes estudos sobre fatores ambientais que interferem na elegibilidade e monitoramento destes, o que se relaciona nesta pesquisa.

É desejável que mensurações de efetividade incidam nos processos organizacionais, de modo que os resultados obtidos, mesmo negativos, possibilitem estratégias de melhorias gradativas e contínuas na assistência, impactando no desempenho dos hospitais brasileiros (SEIFFERT, 2016). Deste modo, pela complexidade da gestão hospitalar, a utilização de indicadores é relevante para a comprovação da efetividade de cada processo e ação voltada à segurança do paciente (BRASIL, 2016a) e a centralidade do cuidado no paciente.

Por conseguinte, os indicadores de efetividade assistencial correlacionam-se às dimensões da qualidade, como a segurança do paciente e o cuidado centrado no paciente. Os hospitais devem dar condições aos Gestores e aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, para que possam compreender os conceitos relativos a esses indicadores, bem como sua utilização na rotina (SEIFFERT et al., 2020).

Suprindo parte desta lacuna, Seiffert (2019) validou indicadores de efetividade assistencial na perspectiva daqueles que têm mais atributos que os qualificam ao monitoramento da qualidade hospitalar, nas dimensões de segurança do paciente (17 indicadores), e cuidados centrados no paciente (quatro indicadores).

Cada hospital elege um rol de indicadores para avaliar a sua efetividade. Entre os indicadores de efetividade assistencial, tem-se a dimensão de segurança do

paciente, a dimensão cuidado centrado no paciente, e a dimensão da efetividade clínica. Esta última não foi contemplada nesta pesquisa.

Indicadores relacionados à segurança do paciente são uma dimensão-chave a ser considerada na avaliação da efetividade (SEIFFERT, 2019), uma vez que a segurança do paciente condiz com melhorias nos resultados assistenciais, e referem-se ao direito garantido da pessoa em ter reduzido a um mínimo aceitável o risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (DONABEDIAN, 1984; IOM, 2001; WHO, 2011; BRASIL, 2013c). O Plano de Ação Global para a segurança do paciente a define como “uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzem riscos de forma consistente e sustentável, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando ocorrem” (WHO, 2021, p. 7).

Na dimensão de segurança do paciente, os indicadores de efetividade estão relacionados aos protocolos exigidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelas agências acreditadoras. A segurança do paciente e o cuidado centrado no paciente são movimentos que têm emergido na área da gestão da qualidade em saúde.

Toda pessoa tem o direito a receber um cuidado seguro nos hospitais, de modo que diminua a possibilidade de riscos desnecessários decorrentes do cuidado (WHO, 2018; BRASIL, 2013c). Os indicadores de segurança do paciente quando monitorados retratam a qualidade do cuidado e apontam para necessidades de desenvolvimento de ações e estratégias que reforcem práticas mais seguras para o paciente, profissionais e ambientes da assistência em saúde. Nesta perspectiva, no contexto hospitalar, quando existe segurança do paciente há melhorias na qualidade (IOM, 2001; REIS, MARTINS, LANGUARDIA, 2013; BRASIL, 2013c). Logo não há mais espaço para ambientes inseguros.

E os indicadores da dimensão cuidado centrado no paciente medem o quanto o hospital responde às necessidades e expectativas das pessoas, e tornam pacientes e seus familiares o núcleo dos cuidados despendidos (SEIFFERT, 2019). E são imprescindíveis para a efetividade dos programas de qualidade hospitalares (KAPLAN, NORTON; 2018). Logo, o cuidado centrado no paciente é significativo e transformador nos cuidados de saúde no mundo (SEIFFERT et al., 2020).

Destaca-se que o cuidado centrado no paciente e a sua segurança são dimensões da qualidade indissociáveis e complementares (RODRIGUES, PORTELA, MALIK; 2019). Para se alcançar melhorias no hospital nestas dimensões, deve-se gerar políticas, somadas a esforços institucionais, de profissionais de saúde e de pacientes, a fim de mitigar e controlar os riscos (GARROUSTE-ORGEAS et al., 2012; LORENZINI, SANTI, BÃO, 2014; CARLESI et al., 2017; ARAÚJO et al., 2017), com vistas a satisfazer as necessidades e as expectativas dos pacientes e seus familiares (GARROUSTE-ORGEAS et al., 2012).

Destaca-se que é necessário compreender minuciosamente as partes que compõem o hospital, (seus subsistemas), assim como os fatores que integram de maneira mais direta os seus processos produtivos (o ambiente externo operacional) e, adicionalmente as relações entre eles. Portanto, esta tese fundamenta-se em conceitos da Teoria dos Sistemas da Administração, no qual o hospital consiste em sistemas que interagem entre si constantemente, que se relacionam com o ambiente externo direta e indiretamente (ANDRADE; AMBONI, 2018).

A tese que se pretende demonstrar é que há fatores dos ambientes interno e externo operacional do hospital que influenciam ou contribuem para a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

Nesta perspectiva, a pergunta que norteia esta pesquisa é: quais fatores dos ambientes interno e externo operacional à instituição hospitalar contribuem para a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospitais, nas dimensões segurança do paciente e cuidado centrado no paciente?

1.1 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento da população (CHEN, YU, CHEN; 2015), e o aumento de doenças crônicas com múltiplas comorbidades e deficiências (CHEN, YU, CHEN; 2015), elevam a demanda de serviços de saúde (VITURI; ÉVORA, 2015), o número de internações (CHEN, YU, CHEN; 2015), bem como os custos hospitalares (FRAGKIADAKIS et al., 2016).

Tais fatores são acompanhados por mudanças das necessidades e expectativas crescentes dos usuários dos sistemas de saúde (KRUK et al., 2018;

PEREIRA, 2021), e pela escassez de recursos, decorrentes do impacto da crise econômica mundial (BURNETT et al., 2016; LABADESSA et al., 2019).

Na realidade brasileira, a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) alterou a Constituição Brasileira de 1988, e instituiu o novo regime fiscal até 2036 (BRASIL, 2016; CONASEMS, 2018). Na EC 95 limitaram-se gastos e investimentos públicos, especialmente nos serviços de natureza social, e conseqüentemente, o atendimento à saúde da população (VAIRÃO JUNIOR, ALVES; 2017; MARIANO, 2019).

Neste sentido, justifica-se a necessidade de avaliação periódica do desempenho dos serviços, como estratégia para reestruturar os processos de trabalho, otimizar os recursos e alcançar eficiência (LIRA et al., 2017; KRUK et al., 2018; LABADESSA et al., 2019), pois, problemas de financiamento podem ser agravados por gestão ineficaz (BRITO et al., 2017), principalmente em ambientes hospitalares, que têm um alto custo.

Por conseguinte, emerge a necessidade de os serviços buscarem a efetividade, que é considerada como o grau com o qual melhorias atingíveis em saúde de indivíduos e da comunidade são de fato alcançadas (DONABEDIAN, 2003).

E para contribuir na melhoria da assistência, a abordagem de avaliação da qualidade dos serviços é fundamental (HESLOP; LU, 2014; BHATIA et al., 2015; CAVALCANTE et al., 2015; SILVEIRA et al., 2015; JCI, 2015). Quando implementada de forma ponderada e sistemática pode: 1) resultar na melhoria da efetividade do sistema de saúde (BHATIA et al., 2015), 2) possibilitar a comparação interna, como entre setores, e externas, entre diversos serviços (MENEZES; D'INNOCENZO, 2013; VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014; FUGAÇA, CUBAS, CARVALHO, 2015; COUTO, PEDROSA, ROSA; 2016), 3) viabilizar o planejamento de estratégias assertivas de intervenção e de alta efetividade, 4) contribuir para avanços tecnológicos e científicos (PENA et al., 2013), 5) promover a competitividade de mercado (LIRA et al., 2017; BERTA et al., 2016; RUIZ-TORRES et al., 2015), 6) gerar valor empresarial (LIRA et al., 2017; BERTA et al., 2016), 7) melhorar a gestão de competências e 8) agilizar alocação de recursos financeiros e orçamentais (AKEMI, 2017).

Infelizmente, há carência de avaliações de efetividade na área de saúde, o que ratifica a importância dos processos de monitoramento e avaliação. Portanto, emerge a necessidade de evidências em busca de efetividade (MOITA, RAPOSO, TAVARES; 2019).

Assim, considerado o hospital uma organização de alta relevância social (RAMOS et al., 2018), alta complexidade (TYNKKYNEN; VRANGBAEK, 2018; RAMOS et al., 2018) e de altos custos com intensivo uso de tecnologias dentro do sistema de saúde (WOLFF, 2005; VITURI; ÉVORA, 2015; OECD, 2017a; LIRA et al., 2017), buscar a excelência, e captar o quanto os processos assistenciais atendem à finalidade precípua deste ambiente é indispensável.

Entretanto, a complexidade, diversidade e multidimensionalidade do funcionamento hospitalar podem dificultar ou facilitar a avaliação da qualidade, e o monitoramento de um rol de indicadores, que captem a realidade dos resultados dos processos assistenciais em hospitais, subsidiam e auxiliam a tomada de decisão e (re)planejamento pela gestão, e tornam exequível uma assistência qualificada, mais segura e mais eficiente, que possa atender às reais necessidades do paciente.

A qualidade dos serviços de saúde, assim como a efetividade, é impactada por questões organizacionais, portanto, faz-se essencial compreender os ambientes interno e externo operacional e suas interações, para explicar as variações na assistência e nos processos (ROBERT et al., 2011).

Autores afirmam que há poucas evidências científicas em relação aos fatores ambientais (interno e externo operacional) e seus impactos nos resultados de intervenções de melhoria da qualidade (ØVRETVEIT, 2011; FULOP; ROBERT, 2015; GUERRINI et al., 2017).

Portanto, fatores ambientais que contribuem e influenciam no monitoramento de indicadores de efetividade permanecem pouco explorados. Embora existam evidências sobre quais fatores são críticos para a melhoria da qualidade, não é certo se o são em todas as circunstâncias, ou apenas para alguns aspectos de melhoria de qualidade (FULOP; ROBERT, 2015). A partir desta lacuna na literatura, surgiu a pergunta norteadora desta tese.

Propõe-se nesta pesquisa, relacionar os fatores do ambiente interno e externo operacional que contribuem para a elegibilidade e o monitoramento de 17 indicadores de efetividade assistencial em hospitais, na dimensão de segurança do paciente validados por Seiffert (2019): 1) Cirurgia no local errado do corpo do paciente; 2) Cirurgia realizada no paciente errado; 3) Material estranho deixado no corpo durante um procedimento; 4) Deiscência de ferida pós-operatória; 5) Embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória; 6) Fratura de quadril por queda em pacientes internados; 7) Fratura de quadril pós-operatória, por queda em pacientes

internados; 8) Incidentes graves relacionados a equipamentos; 9) Incidentes devido a falhas na identificação do paciente; 10) Hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte; 11) Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas; 12) Quedas com dano em pacientes internados; 13) Lesão por pressão; 14) Densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Adulto; 15) Densidade de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI; 16) Reação Transfusional graus II, III e IV; 17) Reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea.

Destarte, devido ao *gap* apontado na literatura, justificou-se esta tese com a necessidade de relacionar quais são os fatores que influenciam ou contribuem na elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospitais, nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

1.2 OBJETIVO GERAL

- Relacionar os fatores do ambiente interno e externo operacional que contribuem e influenciam na elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospitais, nas dimensões segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os ambientes interno e externo operacional dos hospitais pesquisados.
- Identificar os indicadores de efetividade assistencial monitorados no hospital e suas características.
- Apreender as estratégias utilizadas para monitorar os indicadores de efetividade nos hospitais analisados.

1.4 ESTRUTURAÇÃO DA TESE

A estrutura desta tese contempla sete capítulos, a saber, introdução, referencial teórico, materiais e métodos, apresentação e análise dos resultados, discussão, e considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo está estruturado em três seções. A primeira foi construída sob uma perspectiva sistêmica do hospital, que consiste no referencial teórico desta tese, e inclui conceitos e finalidade do hospital, bem como características dos seus ambientes interno e externo operacional.

A construção do segundo capítulo visou a apresentação de um referencial para os indicadores de efetividade assistencial hospitalar nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente. Por conseguinte, foram abordados os conceitos sobre qualidade em serviços de saúde, efetividade, avaliação da qualidade, indicadores nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

E, por fim, a última seção aborda os fatores ambientais identificados na literatura que podem influenciar ou contribuir no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar.

2.1 UMA PERSPECTIVA SISTÊMICA DO HOSPITAL

No sistema de saúde os hospitais são essenciais e consistem em organizações que têm instalações de internamento e equipe multiprofissional. O hospital precisa organizar-se de acordo com as necessidades dos indivíduos, com estreita colaboração de outros serviços de saúde (WHO, 2018).

O Ministério da Saúde amplia este conceito, definindo os hospitais como instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentam potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo assistência contínua em regime de internação e ações, atuando de forma articulada com a atenção básica de saúde (BRASIL, 2013c).

As funções do hospital são definidas como o cuidado ao paciente relativo à internação cirúrgica eletiva, à internação clínica, ao cuidado ambulatorial, diagnóstico e terapêutico, à emergência e à reabilitação. Além das funções assistenciais, o hospital exerce muitas outras que o tornam extremamente complexo, como o ensino,

a pesquisa, a assistência social, a fonte de emprego, a legitimação, o poder político e a base para o poder corporativo (KUSCHNIR et al., 2014).

Ressalta-se que o objetivo essencial do hospital é contribuir para a melhoria do padrão de saúde (WOLFF, 2005; BARROS; LUPPI, 2018), com serviços de assistência à saúde disponibilizados à população de sua área de atuação ou de abrangência (WOLFF, 2005; OECD, 2017a).

O hospital é considerado, entre as organizações existentes, uma das mais complexas, cujo funcionamento realiza-se por interações entre setores, com necessidade de harmonização de processos operacionais, com ações que promovam qualidade e segurança no atendimento (SILVA, ROSA; 2016).

O setor de saúde público brasileiro é representado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), criado em 1988 (IPEA, 2018) e os hospitais brasileiros operam nas Redes de Atenção em Saúde e podem seguir princípios, os quais são comuns aos demais componentes dos sistemas de serviços, que são equidade, eficácia, eficiência, qualidade e satisfação dos usuários (MENDES et al., 2011; 2018). A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) estabelece diretrizes para as adequações dos hospitais que prestam serviços no âmbito do SUS (BRASIL, 2013c).

O sistema de saúde brasileiro é composto por diversas organizações públicas e privadas estabelecidas em momentos históricos distintos. Atualmente, é composto por três subsistemas: 1) um público, no qual os serviços são financiados e prestados pelo Estado; 2) um privado (com fins lucrativos ou não), financiado com recursos públicos e privados; 3) um de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e apólices de seguro (MENDES, 2014; IPEA, 2018).

Apesar da distinção, os componentes público e privado estão conectados, e a população pode utilizar os três subsistemas, a depender da facilidade de acesso e da capacidade de pagamento (IPEA, 2018). Entretanto, há desigualdades entre os sistemas público e privado (ANS, 2019).

O subsistema privado é dominado por um mercado de planos de saúde e cobre aproximadamente 25% da população (MENDES, 2014; REIS et al., 2018), e regulado, fiscalizado e controlado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, a fim de assegurar o interesse público ao cidadão (ANS, 2019).

Em janeiro de 2019, o Brasil contava com 4267 hospitais privados, sendo 1786 (41,85%) hospitais na região Sudeste, 938 (21,98%) na região Nordeste, e 846

(19,83%) na região Sul. Dos hospitais da região Sul, 331 (39,12%) eram do Paraná, no qual prevalecem hospitais privados com fins lucrativos (58,3%) (FBH, *CNSaúde*, 2019).

Portanto, com o objetivo de aprimorar a qualidade assistencial, bem como disponibilizar informações aos prestadores de serviços, a ANS criou o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), pela Resolução Normativa (RN) nº 405 (ANS, 2016a). Neste projeto, destaca-se o monitoramento de indicadores, nos domínios de estrutura, efetividade, segurança, e centralidade no paciente (ANS, 2019).

O SUS é um dos maiores sistemas nacionais de saúde do mundo e garante, constitucionalmente, assistência integral e gratuita para a totalidade da população (BRASIL, 2019a). Beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos (BRASIL, 2019b).

Ressalta-se que as organizações públicas, mesmo não visando à maximização do lucro, vêm sendo cobradas para aumentarem a efetividade e produzirem serviços de melhor qualidade de atendimento às demandas dos usuários. A transparência na administração pública é efetivada quando o cidadão pode acessar informação governamental, o que torna as relações entre Estado e sociedade civil mais democráticas (LABADESSA et al., 2019).

As organizações têm sido exigidas quanto à adequação a legislação vigente, em relação à gestão de custos e satisfação dos usuários (BERSSANETI et al., 2016). Os hospitais passam por constantes mudanças tanto nos seus processos como na geração de conhecimento, na implementação de novas tecnologias, na adequação às exigências de órgãos reguladores e também quanto ao perfil do público atendido (SANT'ANA, SILVA, PADILHA; 2016).

Consequentemente, o hospital independente de ser público ou privado, necessita estabelecer estratégias e políticas públicas, bem como implementar ferramentas de gestão a fim de conhecer, monitorar e controlar os *gaps* de desempenho, para mantê-lo como uma organização sustentável (ROCHA et al., 2020).

O setor hospitalar brasileiro exhibe uma grande variedade de arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade – propriedade e administração públicas; propriedade e financiamento público com gerenciamento privado; financiamento

público com propriedade e gerenciamento privados; e financiamento e propriedade privados (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). E, dependendo da natureza jurídica (público, filantrópico ou privado), o hospital pode ter objetivos econômicos, voltados à lucratividade ou ao retorno de investimentos.

Existem diferentes tipos de classificação de hospitais, que consideram várias dimensões. Uma classificação hierárquica tradicional considera o grau de complexidade, no qual em um extremo estão os hospitais de ensino e, no outro, os pequenos hospitais locais, incluindo também hospitais de cuidado terciário, secundário e comunitários. Outra classificação considera os hospitais gerais e os especializados, ou ainda a localização, ou as características organizacionais (único ou múltiplo). No entanto, nenhuma classificação engloba todas as dimensões (KUSCHNIR et al., 2014).

Reafirma-se que as instituições hospitalares precisam se preocupar constantemente com o planejamento da gestão, para que suas diretrizes sejam reafirmadas e alcançadas, a fim de aumentar sua eficiência e cumprir seus objetivos (FARIAS; ARAUJO, 2017; BÃO et al., 2019). Diante do exposto, dado a complexidade da gestão hospitalar, é necessária a utilização de fontes seguras de informação, que possibilitem a tomada de decisões (BRASIL, 2016a). Assim, a implantação de indicadores de qualidade pode ser uma proposta de avaliação dos serviços prestados aos usuários (BÃO et al., 2019).

Portanto, o hospital é uma organização de alta complexidade (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; SOUZA; SCATENA; KEHRIG, 2016; FARIAS; ARAUJO, 2017; TYNKKYNEN; VRANGBAEK, 2018) e com altos custos para o sistema de saúde (WOLFF, 2005; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; VITURI; ÉVORA, 2015; OECD, 2017a; LIRA et al., 2017). A função do hospital transcende o tratamento de doentes, e ele passa a ser reconhecido como uma fábrica de esperanças tecnológicas na corrida por salvar vidas ou melhorar a qualidade de vida daqueles que não possuem cura. Todas essas expectativas dos usuários estão envoltas aos aspectos econômicos e de sustentabilidade financeira dos hospitais (LIRA et al., 2017).

A organização da produção hospitalar articula-se entre acesso, qualidade, recursos existentes e custo, e depende de elementos como: a base populacional; a distribuição da população; o perfil epidemiológico; sua função no sistema de saúde; a concentração de recursos em função de economias de escala, e a relação entre entrada de pacientes e recursos *versus* resultado (KUSCHNIR et al., 2014). Portanto,

a gestão hospitalar, ou a Direção do Hospital requer informações de resultados e características do ambiente interno e externo, para melhor administrá-lo.

No Brasil, permanece o modelo hospitalocêntrico, centrado no tratamento, no hospital e nos serviços especializados, e menos na promoção e prevenção (PAIM, 2018). Embora seja comprovadamente aceitável e necessária a reordenação do Sistema de Atenção à Saúde em Redes, com prioridade para a atenção primária à saúde.

Segundo a Federação Brasileira Hospitalar, as crises e incertezas no governo brasileiro, que resultaram em fechamento de leitos e hospitais, afetaram o desenvolvimento do setor hospitalar (FBH; CNSaúde, 2019). O Brasil passa por um rápido desenvolvimento social, demográfico e transição do perfil da demanda por saúde. Apesar da crise, o sistema de saúde depende da continuação do desenvolvimento econômico e social (REIS et al., 2018).

Destaca-se que a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), enquanto política para o fortalecimento e consolidação do SUS, defende o planejamento de estratégias com base em monitoramento e avaliação, que pode ser trabalhada a partir de indicadores da assistência hospitalar (BÁO et al., 2019).

Neste sentido, não é possível analisar a organização hospitalar sem uma visão sistêmica. O que significa que é necessário compreender minuciosamente as partes que compõem o hospital, (seus subsistemas), e também os fatores que influenciam de maneira mais direta os seus processos produtivos (o ambiente externo operacional), e suas relações.

Portanto, esta tese fundamenta-se em conceitos da Teoria dos Sistemas da Administração. Neste contexto, o hospital consiste em sistemas que interagem entre si constantemente, que se relacionam com o ambiente externo direta e indiretamente (ANDRADE; AMBONI, 2018). Portanto, o hospital comporta-se como um sistema aberto, o que representa que ele interfere e sofre influências de outros componentes inseridos nos sistemas a que ele faz parte.

No contexto da Teoria Sistêmica da Administração, o hospital não pode ser plenamente compreendido apenas pela análise separada e exclusiva de cada uma de suas partes (ANDRADE; AMBONI, 2018). Portanto, para que a organização hospitalar tenha sustentabilidade, é importante que instrumentos gerenciais sejam incorporados para auxiliar na efetividade de processos de trabalho e gestão (HÉKIS, 2012). Consequentemente, faz-se importante compreender o ambiente interno e externo

operacional, os quais estão diretamente relacionados à tomada de decisão, desenvolvidos no próximo tópico.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL, SEUS SISTEMAS E SUBSISTEMAS

À luz do referencial da teoria dos Sistemas da Administração, o hospital é um sistema organizacional aberto, porque há conversão de recursos e produtos¹, com constante interação entre o hospital e seu ambiente (KATZ, KAHN; 1975; WOLFF, 2005).

Portanto, há uma fronteira imaginária que separa o ambiente interno do ambiente externo operacional (KATZ; KAHN, 1975). Destaca-se que mudanças em uma parte, afetarão outras partes, e, conseqüentemente, o sistema todo (MOTTA; VASCONCELOS, 2009; SILVA, 2013; FNQ, 2016).

Sob a perspectiva da teoria sistêmica da Administração, o hospital constitui-se de um conjunto de elementos interagentes e interdependentes relacionados cada um ao seu ambiente de modo a formar um todo organizado (SILVA, 2013, FNQ, 2016; ANDRADE; AMBONI, 2018; RAMOS et al, 2018), mediante os quais as pessoas se mantêm inter-relacionadas (MOTTA; VASCONCELOS, 2009).

O hospital está inserido em um ambiente demográfico, político, com contextos étnicos e culturais, que influenciam cada um deles, bem como a maneira como eles interagem uns com os outros (WOLFF, 2005; VEILLARD, TIPPER, ALLIN; 2015). Por outro lado, o Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) propõe uma matriz conceitual para avaliar o sistema de saúde brasileiro, que orienta a definição e classificação dos indicadores segundo dimensões e subdimensões, bem como suas inter-relações (PROADESS, 2020).

Nesta matriz, são retratados os determinantes da saúde, que se relacionam aos problemas prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção, devendo, portanto, serem identificados, para a precaução de agravos em saúde: 1) determinantes ambientais: caracterizam-se pelos fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente; 2) determinantes socioeconômicos e demográficos: consistem em características demográficas e socioeconômicas, contextuais e dos indivíduos; 3) determinantes

¹ As entradas (*inputs*) do sistema organizacional são os recursos ou insumos, e a matéria-prima ou indivíduos que serão transformados. As saídas (*outputs*) são os produtos ou resultados, que são os bens ou serviços produzidos. Neste projeto de tese, convencionou-se os termos recursos e produtos.

comportamentais e biológicos: referem-se às atitudes, práticas, crenças, comportamentos bem como fatores biológicos individuais (PROADESS, 2020).

Outras dimensões propostas para a avaliação compreendem as condições de saúde da população (morbidade, estado funcional, bem-estar e mortalidade). O perfil de morbimortalidade expressa as necessidades de saúde, e deve orientar a estrutura do sistema de saúde que contempla a condução, o financiamento, e os recursos. Estes investimentos podem garantir bons resultados, que poderão ser monitorados pelas subdimensões de efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos do paciente, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança (PROADESS, 2020).

Por conseguinte, a matriz proposta pelo PROADESS foi um marco quanto à importância da avaliação de desempenho, e objetiva compreender quais e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS, a fim de subsidiar a formulação de políticas, bem como monitorar desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017), princípios da Teoria Sistêmica.

Sendo assim, a estrutura organizacional do hospital é uma rede complexa, devido à quantidade de recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos (DOBASHI et al., 2015; SOUZA; SCATENA; KEHRIG, 2016), conectados e interconectados em várias dimensões, sistemas e subsistemas.

Deste modo, sendo um sistema complexo, com interação e interdependência de sistemas e subsistemas, cada hospital possui particularidades, mas também características comuns aos demais, as quais são descritas no QUADRO 1.

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES SOB OS PRINCÍPIOS DA TEORIA DOS SISTEMAS, CONSIDERANDO O SISTEMA ABERTO

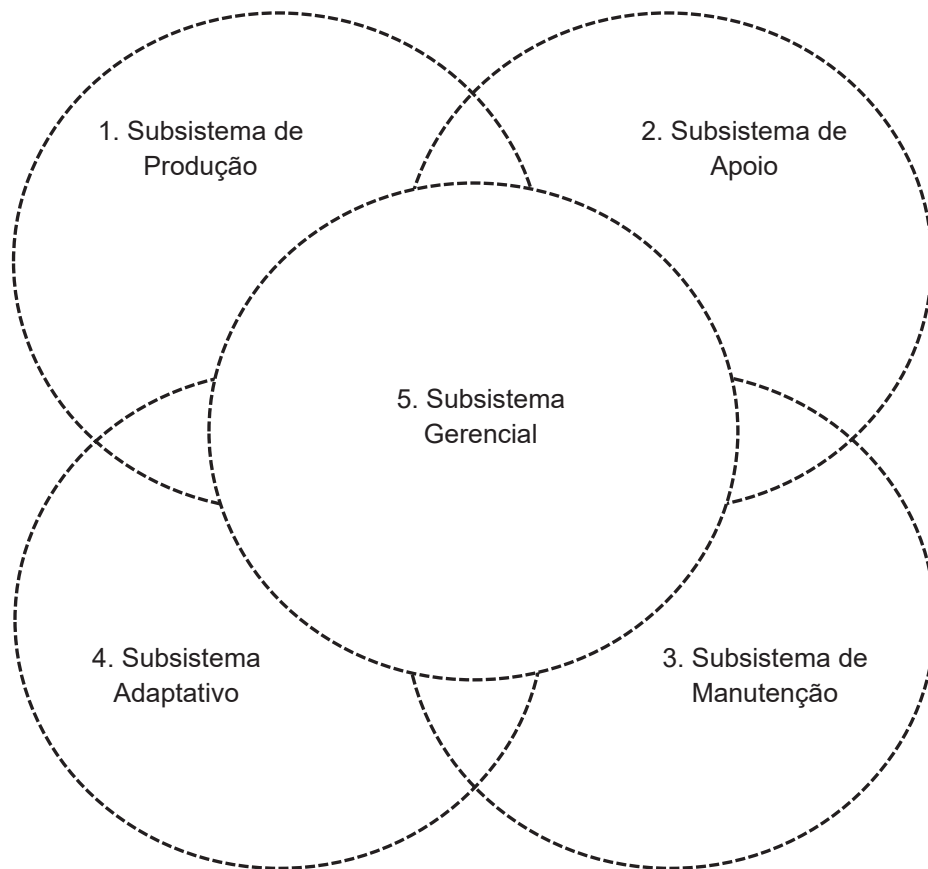
Sistema Aberto	Características das organizações hospitalares
1. Importação de recursos ¹	Importação de recursos, matéria-prima, insumos, mão-de-obra, do ambiente externo. Ex.: Materiais médico-hospitalares, tecnologias, informações, recursos humanos, materiais, econômicos, financeiros, estruturais, socioculturais, político/legais e de informação.
2. Transformação	Processos de transformação com geração de produtos/resultados a partir dos insumos, característicos do sistema. Ex.: processo de assistência à saúde, e em alguns hospitais o processo de ensino e pesquisa.
3. Produtos ¹	Há exportação de produtos/resultados para o meio ambiente. Ex.: resultados dos diversos processos assistenciais a cada paciente, formação de especialistas/profissionais, bem como resultados de pesquisa.
4. Sistemas como ciclos de eventos	Ciclos de sistemas, subsistemas, que se comportam de forma dinâmica e cíclica. Ex.: para identificar a estrutura organizacional do hospital, deve-se seguir as etapas desde a importação de insumos, a transformação, e o produto, ciclicamente.
5. Entropia negativa	Tendência geral para maximizar sua razão de energia, de importada para expedida, e de sobreviver mesmo nos momentos de crise.
6. Insumo de informação, <i>feedback</i> negativo e processo de codificação	Ajuda a organização a conhecer seus desvios e a corrigi-los.
7. Estado firme e homeostase dinâmica	Equilíbrio entre exportação e importação de recursos, mantendo seu caráter organizacional.
8. Diferenciação	A organização tende à especialização, e a elaboração de funções, com diferenciação interna e de papéis.
9. Equifinalidade	Várias maneiras/métodos de chegar a um resultado almejado, dependendo das condições.

FONTE: Adaptado de KATZ; KAHN (1975).

A organização hospitalar não deve ignorar o ambiente em que se situa (SILVA, 2013), que é dinâmico, mutável e exigente. Consequentemente, precisa adaptar-se constantemente às demandas do meio, que sempre serão distintas (KATZ; KAHN, 1975; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Destaca-se que os processos de geração de resultados (ou produtos) são dinâmicos e cíclicos; havendo vários meios de se chegar a um resultado almejado (equifinalidade).

E, para a sobrevivência e sustentabilidade de uma organização, criam-se estruturas adaptativas (sistemas e subsistemas), que geram ações apropriadas às condições do ambiente (KATZ; KAHN, 1975). Pode-se descrever o funcionamento da organização hospitalar em cinco subsistemas básicos, ilustrados na FIGURA 1.

FIGURA 1 - SUBSISTEMAS BÁSICOS DO AMBIENTE INTERNO HOSPITALAR, SOB A LUZ DA TEORIA DOS SISTEMAS



FONTE: Adaptado de KATZ; KAHN (1975), WOLFF (2005).

Tais subsistemas são estruturados no hospital a fim de que a organização cumpra com sua finalidade essencial, que é prestar assistência à saúde as pessoas. Para tal, os subsistemas precisam ser coordenados, ajustados, controlados e dirigidos a fim de que as subestruturas complexas possam se manter em conjunto, como um sistema unificado ou organização. Descrevem-se a seguir, as funções de cada subsistema hospitalar (KATZ e KAHN, 1975).

1. Subsistema de Produção: objetiva a execução da transformação, por exemplo: assistência à saúde. Assim, no processo produtivo assistencial hospitalar as necessidades do paciente serão atendidas com a expectativa de melhora de sua condição de saúde (resultados) mediante a assistência à saúde (transformação), executada por meio dos recursos.

2. Subsistema de Apoio: levam a efeito as transações do meio ambiente, na procura de insumos ou recursos, na disposição do produto ou auxiliam nesses processos de

relações institucionais, de entradas e produtos. Ex.: setor de compras, setor de recursos humanos, setor de manutenção, almoxarifado, farmácia, etc.

3. Subsistema de Manutenção: vincula as pessoas aos seus papéis funcionais, para preservar e organizar o sistema. Consiste no setor que trabalha a cultura organizacional, por exemplo: valores, crenças, hábitos, filosofia da instituição, desenvolvimento e motivação de pessoas (treinamentos e capacitação), benefícios, plano de carreira, gestão por competência, etc.

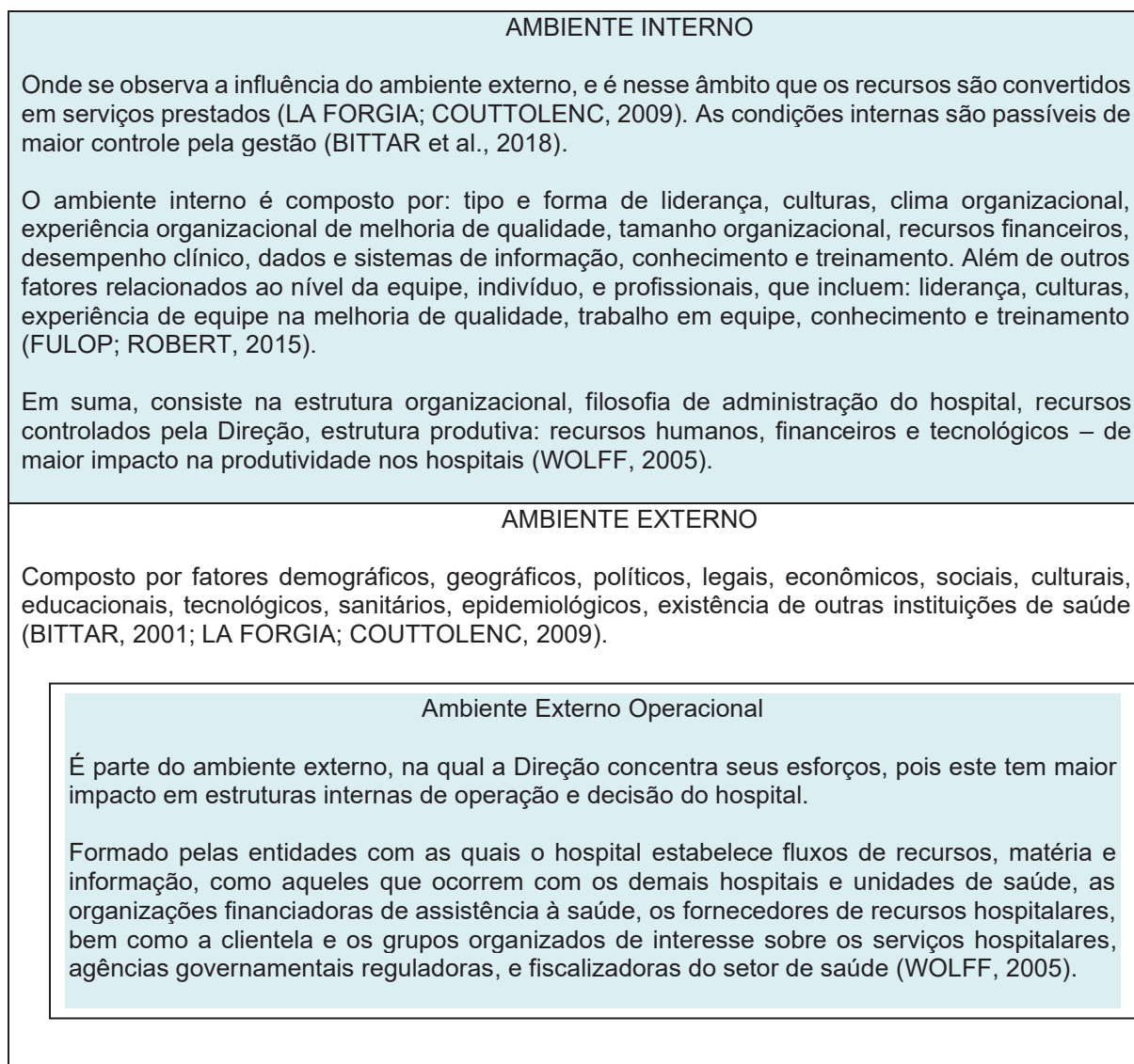
4. Subsistema Adaptativo: condizem à mudança organizacional. Diferente dos subsistemas de produção, apoio e manutenção, foca a perspectiva externa. Concentra-se em normas culturais, valores nas organizações competitivas, no poder econômico e político, os quais atingem a organização, a ponto de exigir uma modificação interna. Podem ser denominados de pesquisa de produto, pesquisa de mercado, planejamento de longo alcance, pesquisa de desenvolvimento, etc.

5. Subsistema Gerencial: consiste na gerência, direção e controle dos vários subsistemas e atividades da estrutura. Coordena as pressões do meio ambiente, bem como as forças internas da organização.

2.2.1 Ambientes Hospitalares

Sob a concepção da Teoria Sistêmica da Administração, a organização deve ser estudada como um todo, para que não haja perdas de suas características essenciais (SILVA, 2013). No QUADRO 2 são delineados os componentes do sistema hospitalar, os ambientes interno e externo, bem como a caracterização destes.

QUADRO 2 - COMPONENTES DO SISTEMA HOSPITALAR



FONTE: A autora (2022).

Em conjunto, os ambientes interno e externo operacional, afetam diretamente os resultados (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), sendo o hospital influenciado por um expressivo número de variáveis que interferem nos processos saúde-doença e na gestão (BITTAR et al., 2018). Portanto, a abordagem sistêmica compreende o padrão organizacional, que identifica e traça um mapa cíclico de recursos, transformação e produtos (KATZ; KAHN, 1975).

Ressalta-se que conhecer os ambientes interno e externo operacional dos hospitais é fator preponderante na avaliação das possíveis variáveis e de sua relação com as entradas (recursos), processos e saídas (produtos) dos hospitais (SOUZA et al., 2017).

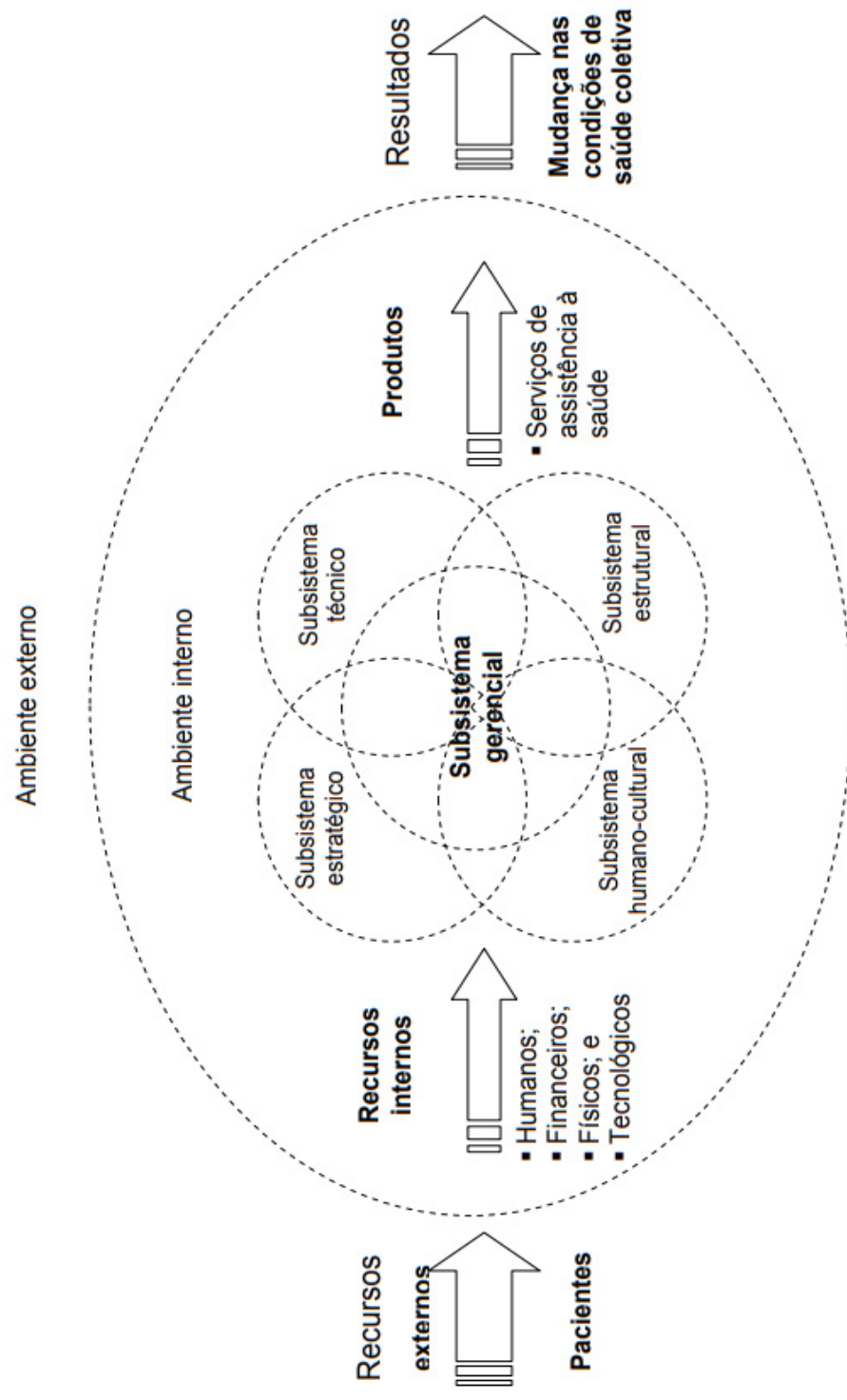
Ambos os ambientes do hospital impactam na administração das unidades, na capacidade de produção, na estrutura necessária (área física, recursos materiais, informacionais, tecnológicos, humanos e financeiros), na diversidade de operações, nos fluxos e processos, os quais resultam na saúde da população (BITTAR et al., 2018). Portanto, compreende-se que o hospital interage constantemente com seu meio ambiente, a fim de obter materiais e insumos, recrutar pessoal, bem como conseguir apoio de estruturas externas para facilitar e operacionalizar tais funções.

Uma vez que o processo de diagnóstico e tratamento de um paciente no hospital é único, dadas suas características e necessidades específicas, o processo de assistência à saúde realizado neste ambiente, do ponto de vista produtivo, é um sistema constituído de múltiplos recursos e produtos (WOLFF, 2005).

Enfim, o ambiente interno do hospital interage constantemente com o ambiente externo operacional por meio de um fluxo de pessoas e de diversos recursos externos. Os ambientes interno e externo, bem como as entradas (múltiplos recursos)², o processo de transformação e os produtos (múltiplos resultados) dos processos assistenciais hospitalares são ilustrados na FIGURA 2.

² Entradas referem-se às características dos serviços de saúde e provedores, juntamente com recursos e equipamentos que eles usam, e as instalações em que trabalham (DONABEDIAN, 1980).

FIGURA 2 - AMBIENTES INTERNO E EXTERNO HOSPITALAR



FONTE: WOLFF (2005).

Em cada tipo de ambiente cabe uma forma de organização (MOTTA; VASCONCELOS, 2009). Logo, o maior erro de uma organização é considerar-se como suficientemente independente para permitir que a maior parte de seus problemas seja analisada em referência à sua estrutura interna, desconsiderando o ambiente externo (KATZ; KAHN, 1975). Tal fato também é abordado na Teoria Contingencial da Administração, que defende o determinismo do meio ambiente na estrutura e sobrevivência organizacional (MOTTA; VASCONCELOS; 2009).

Em resumo, a qualidade do trabalho de um hospital é fruto não somente do desempenho de processos individuais, mas também do modo como os processos se inter-relacionam como um sistema, possibilitando assim trabalho conjunto em torno de um propósito comum (EBSERH, 2018), bem como sua capacidade de adaptação ao ambiente externo operacional, garantindo a sua sustentabilidade.

Portanto, para a sustentabilidade do sistema hospitalar, evidenciam-se cada vez mais estudos que monitoram o desempenho da organização, com a finalidade de melhorar os resultados (efetividade) e reduzir custos, com qualidade e segurança no atendimento.

2.3 INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL HOSPITALAR NAS DIMENSÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Para discorrer sobre indicadores de efetividade hospitalar, faz-se necessária a abordagem sobre a qualidade em serviços de saúde, uma vez que essa se trata de um constructo que compreende muitas dimensões e atributos. E uma de suas importantes dimensões é a efetividade, que será destacada nesta seção quanto a segurança do paciente e ao cuidado centrado no paciente.

2.3.1 Qualidade em serviços de saúde e em hospitais

O conceito de qualidade em serviços de saúde é complexo, polissêmico (WHO, OECD, WORLD BANK GROUP; 2018) e multidimensional (IOM, 2001), e relaciona-se a um conjunto de atributos que inclui a excelência profissional, o uso eficiente de recursos (DONABEDIAN, 1980, 1982), bem como a obtenção dos maiores benefícios, com menores riscos aos pacientes (DONABEDIAN, 1988). Assim, é

importante que a qualidade subsidie estratégias para alcançar proveitos e eficiência nos serviços de saúde (CERQUEIRA, 2018), com cuidados seguros e centrados nas necessidades das pessoas.

A qualidade consiste no grau em que as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes são atendidos pelos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1985; IOM, 2001). Autores identificam características-chaves da qualidade, como cuidados seguros, oportunos, efetivos, equitativos, eficientes e centrados nas pessoas (TUNÇALP et al., 2015; OECD, 2017b; WHO, OECD, WORLD BANK GROUP, 2018).

A qualidade caracteriza-se por ser um processo contínuo e é consequência de uma ação resultante da liderança da organização, com o objetivo de buscar a excelência e método (BURSMESTER, 2013). As lideranças devem relacionar-se diretamente com as equipes de trabalho, a fim de possibilitar uma comunicação aberta para a melhoria da qualidade e segurança no hospital (SIMAN et al., 2015).

Portanto, destaca-se que a qualidade depende da cultura de transparência, engajamento e abertura sobre os resultados (WHO; OECD; WORLD BANK, 2018), das características organizacionais, da liderança, e dos profissionais de saúde (DONABEDIAN, 1989; OECD, 2017b). Nesta perspectiva, para que ocorra mudança organizacional, incorporação de conceitos e ações voltadas para melhoria da qualidade, é essencial a conscientização e engajamento das equipes dos níveis estratégicos aos operacionais (RAMOS et al., 2014; SOBRINHO et al., 2015; FREIRE et al., 2016).

A importância da qualidade em saúde evidenciou-se mundialmente com a divulgação do relatório *"To err is human: building a safety health system"* do *Institute of Medicine* (IOM), o qual demonstrou que falhas no cuidado dentro de organizações de saúde eram comuns, envolvendo custos sociais, econômicos e danos aos pacientes e familiares (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Destaca-se que a ausência de qualidade em serviços de saúde prejudica todos os envolvidos no processo da assistência (OECD, 2010), incluindo pacientes, familiares e profissionais.

Destarte, a qualidade da assistência é relevante à sustentabilidade dos hospitais, tanto públicos quanto privados. Estudos apontam que cerca de 15% dos custos hospitalares destinam-se ao tratamento de eventos adversos, que consistem em incidentes com dano ao paciente (WHO, 2014). Assim sendo, cada vez mais cresce a pressão mundial para fornecer serviços de qualidade (CALDANA et al., 2013;

HEWCO; CUMMINGS, 2016; BERTA et al., 2016; JONES et al., 2017; OECD, 2017b), acessíveis e a um menor custo de produção (CALDANA et al., 2013; HEWCO; CUMMINGS, 2016; BERTA et al., 2016; SAQUETTO et al., 2017).

Destaca-se que é preciso atender de forma otimizada as necessidades dos pacientes, a fim de suprir as exigências e expectativas das partes interessadas, sem causar impactos a todo o sistema. Neste contexto, devem ser preservados a saúde e a segurança dos profissionais, com atendimento aos requisitos legais, de forma a manter a sustentabilidade e a qualidade do atendimento hospitalar (ROCHA et al., 2020).

Observam-se cada vez mais exigências para os hospitais mensurarem e controlarem a qualidade, à medida que os órgãos reguladores, os pacientes, os contribuintes e os administradores de hospitais exigem justificativas aos serviços oferecidos (MARQUIS; HUSTON, 2015). Portanto, é importante que os hospitais e seus colaboradores priorizem a qualidade dentro de suas práticas.

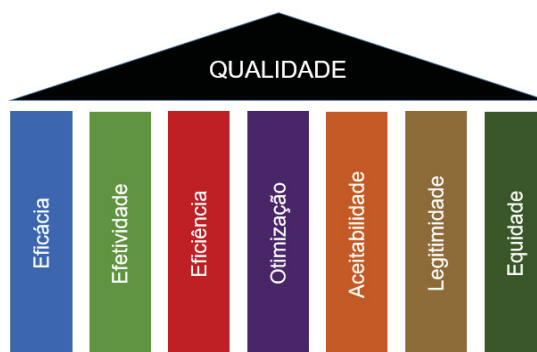
E, para melhorar a qualidade hospitalar faz-se mister entender o hospital como uma organização diferenciada (MAHAJAN et al., 2017), sendo necessário o monitoramento da qualidade, com utilização de indicadores que mensurem os resultados, bem como a compreensão dos ambientes interno e externo operacional e suas inter-relações, para melhor suprir as demandas de segurança do paciente e centralidade do seu cuidado.

A preocupação com a qualidade em serviços de saúde destaca-se na prática da enfermagem, na qual buscam-se melhorias, por meio de avaliação contínua da assistência, seguida por planejamento estratégico, controle e redução de custos (VITURI; ÉVORA, 2014; OLIVEIRA et al., 2015; VITURI; ÉVORA, 2015). Autores referem que o profissional enfermeiro é o elemento chave no processo de qualidade (VITURI; ÉVORA, 2014; OLIVEIRA et al., 2015; VITURI; ÉVORA, 2015; CERQUEIRA, 2018).

No entanto, mesmo com melhorias na qualidade dos cuidados de saúde impulsionadas por métodos avaliativos, ainda existem problemas que precisam ser abordados (BAERNHOLDT et al., 2017). Por exemplo, são inúmeras as dificuldades dentro do sistema de qualidade, que requerem a busca de métodos eficazes para geri-lo, com bom desempenho por parte da gestão e dos demais profissionais da instituição (SCHIESARI, 2014).

A qualidade deixa de ser um conceito abstrato, quando é avaliada tendo em vista dimensões de interesse, denominadas por Donabedian, como os sete pilares da qualidade, sucintamente descritos a seguir: 1) otimização: relação mais favorável entre custo e benefício; 2) aceitabilidade: adaptação da atenção aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias; 3) legitimidade: possibilidade de o serviço adequar-se de maneira satisfatória a um grupo social ou à sociedade; 4) equidade: igualdade na distribuição da assistência e seus benefícios entre os membros de uma população; 5) eficácia: capacidade em disponibilizar melhorias na saúde e no bem-estar; 6) eficiência: capacidade de alcançar o melhor resultado com o menor custo de produção; 7) **efetividade: resultado do cuidado obtido na situação da prática cotidiana, ou seja, pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alcança a melhoria da saúde, que os estudos de eficácia têm estabelecido como atingíveis** (DONABEDIAN, 1990, 2003, destaque da autora). Tais dimensões de interesse estão ilustradas na FIGURA 3.

FIGURA 3 - PILARES DA QUALIDADE



FONTE: Adaptado de DONABEDIAN (1990, 2003).

O *Institute of Medicine* (IOM, 2001) adota seis atributos da qualidade: **1) segurança, que se refere a evitar riscos do cuidado ao paciente**; 2) eficácia, que se relaciona a prestação de cuidados com conhecimento científico e àqueles que possam se beneficiar; **3) cuidado centrado no paciente, que diz respeito a valorizar o cuidado individualizado, de modo a garantir o respeito aos valores individuais do paciente**; 4) cuidado em tempo oportuno, que implica reduzir esperas e atrasos, os quais podem ser prejudiciais para todos os envolvidos no processo do

cuidado; 5) eficiência, que se relaciona a evitar desperdícios; 6) equidade, que se refere a cuidados iguais e de qualidade para todos.

É um desafio sustentar a qualidade dos serviços hospitalares, com um processo de cuidar baseado na real necessidade do paciente, fornecendo ambiente e assistência seguros (SIMAN et al., 2019). Contudo, mensurar a qualidade, bem como o compromisso com os resultados são uma espécie de linha de frente em quase todas as pautas do atendimento de saúde. Definir e medir a qualidade é fundamental aos hospitais para demonstrarem compromisso a seguradoras, aos pacientes e para atender às exigências da legislação e regulação (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Concluindo, a temática da qualidade de serviços hospitalares emerge como assunto de interesse público e objeto central de muitas discussões, e está em muitas preocupações dos Gestores e usuários do sistema de saúde. A discussão científica acerca de qualidade de serviços hospitalares intensificou-se com o surgimento da acreditação hospitalar (SANTOS; FIATES; ROCHA, 2019) que é um tópico descrito nesta tese.

2.3.2 Efetividade

Os autores Katz e Kahn (1975) criticavam que o conceito de efetividade era muito difundido na literatura, entretanto, muitas vezes de forma tautológica e enviesado, de tal modo que estes autores realizaram o exercício de pesquisar sobre efetividade da organização, na perspectiva da teoria dos sistemas abertos, e chegaram à definição de que **efetividade é a maximização de rendimento para a organização, por meios técnicos, econômicos (eficiência), e políticos**. Esta definição refere-se ao objetivo precípua da eficiência hospitalar relacionada à produtividade e aos seus objetivos econômicos (KATZ, KAHN; 1975).

Nesta perspectiva, toda organização (sistema produtivo) necessita ter o máximo de eficiência (produtividade) e uso racional de recursos para garantir a sua continuidade (sustentabilidade). Neste sentido, no hospital, o cuidado de qualidade requer a mesma eficiência e o uso racional de recursos, para garantir a sua sustentabilidade.

No caso da saúde, que é um bem social, as organizações hospitalares têm como objetivo comum contribuir para a melhoria da condição de saúde da população,

mediante a oferta de cuidados, independente da origem dos recursos financeiros, quer sejam públicos ou privados (WOLFF, 2005).

Assim, nas últimas décadas, a efetividade vem sendo progressivamente relacionada aos resultados em saúde (VIACAVA et al., 2012) e refere-se a um dos mais importantes critérios de avaliação (RUA, 2014).

A Resolução Normativa nº 405 (ANS, 2016a), que revoga a Resolução Normativa nº 275, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2011), referenda as concepções de efetividade do *Institute of Medicine* (IOM, 2001) e de Donabedian (1990, 2003) ao referir que consiste em:

[...] medida dos resultados decorrentes da aplicação de uma ou de um conjunto de intervenções (métodos de prevenção ou reabilitação, técnicas diagnósticas ou procedimentos terapêuticos), em conformidade com o estado atual do conhecimento científico, tendo em consideração comparações com outras alternativas, e da capacidade de atingir estes resultados para todos os pacientes que podem se beneficiar destas intervenções, indicando o grau em que uma melhoria potencial do cuidado à saúde é na prática atingida em situações reais ou habituais em uma unidade hospitalar (ANS, 2011, s/p).

Corroborando com a afirmação da ANS, autores definem a efetividade como o grau com que uma determinada intervenção ou tecnologia de saúde traz benefícios para indivíduos de uma população definida, sob condições regulares de uso (JCI, 1993; VASCONCELOS et al., 2018).

As organizações têm uma dimensão administrativa comum. Cada organização deve ser considerada sob o ponto de vista da eficácia e eficiência, simultaneamente. Eficácia condiz com a medida do alcance de resultados, enquanto eficiência é a medida da utilização dos recursos nesse processo. O ideal é que a organização seja ao mesmo tempo eficiente e eficaz, a que se dá o nome de excelência (CHIAVENATO, 2014, 2016), termo que significa superlativo de qualidade. Portanto, um hospital de excelência é aquele que é efetivo, ou seja, que tem bons resultados de desempenho.

A efetividade demonstra, de forma objetiva, a eficácia na aplicação de métodos e práticas considerados excelentes pela organização, além do sucesso na implantação da estratégia (BURMESTER, 2013), relaciona produtos com seus efeitos na realidade que se quer transformar, como por exemplo a redução da incidência de uma doença (RUA, 2014). Portanto, a efetividade consiste no impacto real e potencial de uma ação e também uma subcategoria de desempenho.

2.3.3 Avaliação da qualidade em hospitais

Segundo Donabedian (1966), a avaliação da qualidade em um serviço de saúde fundamenta-se na tríade, a saber: estrutura dos serviços, processos e resultados.

A estrutura compreende os insumos necessários à realização da assistência, incluindo estrutura física, recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros e o modelo de gestão (DONABEDIAN, 1966; CQH, 2009). Medidas estruturais consistem em características específicas (por exemplo, tamanho, *status* de ensino, certificação de qualidade), tipos de unidade (por exemplo, cuidados intensivos, clínico ou cirúrgico), várias medidas de força de trabalho (por exemplo, níveis de pessoal, habilidade, nível de escolaridade e anos de experiência), e características dos pacientes (por exemplo, idade, diagnóstico, e *status* socioeconômico) (BAERNHOLDT et al., 2017), que definem o seu *mix* de produção.

Os processos correspondem às atividades que envolvem os profissionais de saúde e pacientes, e caracterizam-se pela dinâmica do cuidado, na relação direta entre prestador e receptor do serviço, por indicadores como solicitação de exames, execução de procedimentos, internações e cirurgias, etc. (DONABEDIAN, 1966, 1982; CQH, 2009).

E, por fim, os resultados referem-se ao produto final da assistência prestada, que tem relação direta com os indicadores de morbimortalidade, estado de saúde, qualidade de vida, adaptação ao meio, entre outros (DONABEDIAN, 1982), ou seja, na saúde e na satisfação dos usuários (DONABEDIAN, 1966; CQH, 2009).

Em síntese, a estrutura é como o cuidado está organizado, o processo é o que se faz e os resultados referem-se a aquilo que é alcançado (MAKARY et al., 2006). Deste modo, os hospitais devem procurar, dentre indicadores de estrutura, processos e resultados, o conjunto que expresse quantidade e qualidade que melhor atenda às necessidades em termos de uma administração eficiente, eficaz, efetiva, com qualidade e produtividade (BITTAR, 2001). Nesta tese, dá-se ênfase na avaliação da qualidade na dimensão da efetividade da assistência hospitalar, que se caracteriza pelos resultados assistenciais.

Atualmente, o avanço tecnológico na área da saúde trouxe a probabilidade de resolução de muitos agravos de saúde que anteriormente permaneciam sem solução. Mas, ao mesmo tempo aumentou a margem de risco aos pacientes e,

consequentemente, os custos pessoais (como por exemplo, o afastamento do paciente dos seus familiares, amigos, do lar, ou de atividades cotidianas devido à prolongação de internamento) e econômicos em saúde, tanto para o paciente, para o hospital, operadora ou órgão financiador.

Nesta perspectiva, as organizações hospitalares necessitam desenvolver uma cultura que inclua como valor a busca pela melhoria contínua de processos assistenciais e de controle de qualidade, com uso racional dos recursos (BURNETT et al., 2016). Considera-se que quanto mais os hospitais prestarem serviços de qualidade, maior será o retorno financeiro e, portanto, maiores serão os recursos disponíveis para investimentos, no intuito de aprimorar a sua qualidade (RAMOS et al., 2018).

Em suma, a avaliação da qualidade possibilita mensurar o desempenho do hospital a partir de uma perspectiva sistemática, científica e objetiva. Para tanto, determinam-se padrões a serem usados para medir o atendimento de qualidade em suas unidades, e, em seguida, elaboram-se e implementam-se programas de controle da qualidade que meçam os resultados em comparação àqueles padrões. No hospital, o produto/resultado consiste no atendimento ao paciente (MARQUIS; HUSTON, 2015; D'AVENA et al., 2020; BRASIL, 2020). Ressalta-se nesta tese, que o hospital deve administrar indicadores que avaliem a segurança do atendimento, bem como a centralidade do paciente como foco do cuidado.

Os hospitais devem avaliar seu desempenho, comparar seus resultados com outros hospitais, bem como acolher publicamente seus (in)sucessos (AVINI, 2017). Esta prática de comparação, denominada *benchmarking*, favorece o aprendizado mútuo (BRASIL, 2016a), além de subsidiar melhorias, bem como garantir sua sustentabilidade.

Deste modo, na perspectiva da gestão da qualidade nos hospitais, é indispensável a utilização de medidas avaliativas que permitam a definição, mensuração e análise de problemas identificados (PENA et al., 2013; VECINA NETO; MALIK, 2016) e comparação com outras unidades internas e de outros serviços. E, uma das ferramentas que mensuram a qualidade são os indicadores de qualidade (OECD, 2017b; BRAGA; PENA; MELLEIRO, 2018; CERQUEIRA, 2018), temática que será desenvolvida na próxima seção.

Logo, a avaliação por meio de indicadores de qualidade é incitada por várias frentes no ambiente externo operacional: 1) formuladores de políticas, que os

consideram essenciais para acompanhar as tendências e avaliar o impacto das políticas de saúde; 2) pagadores de terceiros, que os utilizam para medir o seu "retorno do investimento", e implementação de esquemas de pagamento por desempenho ou contratação seletiva; 3) usuários do serviço de saúde, para os quais os indicadores representam importante fonte de informação que facilitam a escolha do serviço de saúde; 4) profissionais, que usam indicadores de qualidade para monitorar ações e melhorar seu desempenho (MACHADO et al., 2013; BURMESTER, 2013; DELNOIJ, WESTERT; 2012; ALBUQUERQUE, MARTINS; 2017); 5) agências reguladoras de saúde, como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e organizações acreditadoras de saúde.

Mediante o exposto, as organizações hospitalares são complexas, face a inúmeras peculiaridades dos ambientes internos e externos (BITTAR, 2001), além de vários fatores intervenientes nos resultados (DONABEDIAN, 2003), o que dificulta o ato de mensurar a qualidade (VEILLARD, CHAMPAGNE, KLAZINGA; 2005). Por isso, é preciso estabelecer a relação direta entre os processos de cuidado e os resultados, para que se possa afirmar que determinado fator foi o responsável por dado resultado (DONABEDIAN, 2003).

Todavia, diante das grandes somas de recursos envolvidos e desafios da assistência à saúde, nem sempre os dados são transformados em informações que possam subsidiar a tomada de decisão (BURMESTER, 2013).

Logo, a gestão da qualidade hospitalar necessita de processos bem planejados, registros, informações, métodos, medidas e indicadores correlacionados para garantir a oferta de cuidados no mais alto nível científico, e que venham ao encontro das necessidades e expectativas das pessoas e do hospital.

2.3.4 Indicadores de qualidade hospitalar

Os indicadores são representações quantificáveis das características de produtos, dos processos e dos resultados da organização ao longo do tempo, e podem fornecer informações quantitativas ou qualitativas (FNQ, 2014). Portanto, consistem em dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos), saídas (produtos) e desempenho dos processos, produtos e a organização como um todo (EBSERH, 2018).

Os indicadores devem ter uma descrição clara sobre o que será representado, como será calculado, o porquê de sua aplicação, a fonte dos valores utilizados e a frequência da coleta dos dados. Desta forma, o entendimento para implantação e monitoramento poderá ser melhor interpretado (CALDANA et al., 2013). O conjunto dessas informações, na área da saúde, costuma ser denominado de “ficha técnica do indicador”.

Bons indicadores precisam ser válidos, confiáveis e úteis, apropriados para identificar os possíveis riscos assistenciais (GAMA et al., 2016), a fim de possibilitar avaliações subsequentes e reajustes nas metas que almejam a melhor qualidade possível, que resultam em um melhor gerenciamento (NIH, 2008; JANNUZZI, 2014; GAMA et al., 2016). Adicionalmente, os indicadores devem ser de fácil análise e interpretação, compreensíveis para todos os usuários da informação (PINTO; FERREIRA, 2017), e serem de domínio multiprofissional (PARIS et al., 2018; BÃO et al., 2019).

Os indicadores instrumentalizam as demandas de grupos organizados em partidos políticos, sindicatos, associações patronais, imprensa e outras instituições e oferecem aos técnicos e gestores uma representação estruturada passível de ser avaliada comparativamente (JANNUZZI, 2018). Por isso, a implementação dos indicadores de qualidade é mandatória para a gestão dos hospitais (BRASIL, 2016a).

Um indicador pode ser expresso por taxa ou coeficiente, índice, número absoluto ou um fato, cujos conceitos constam no QUADRO 3.

QUADRO 3 - INDICADORES EXPRESSOS EM TAXA/COEFICIENTE, ÍNDICE, NÚMEROS ABSOLUTOS E FATOS

EXPRESSÃO INDICADOR	CONCEITO
Taxa/coeficiente	Número de vezes que um fato ocorreu dividido pelo número de vezes que ele poderia ter ocorrido, multiplicado por uma base e definido no tempo e no espaço. Por exemplo, para mortalidade geral a base é 1000, para indicadores específicos de mortalidade é 100.000, bem como para outras situações pode ser 100, como para infecção hospitalar e letalidade.
Índice	Relação entre dois números ou a razão entre determinados valores, tendo como exemplo o índice de giro ou de rotatividade dos leitos e camas hospitalares.
Números absolutos	Podem ser indicadores, à medida que se comparam valores iguais, maiores ou menores a ele, resultantes de atividades, ações ou estudos de processos, resultados, estrutura ou meio ambiente.
Fatos	Demonstram a ocorrência de um resultado benéfico ou não, como por exemplo um sangramento inesperado, uma reação alérgica, uma não conformidade ou outro resultado qualquer.

FONTE: Adaptado de BITTAR (2001).

Em muitos países europeus, governos, terceiros, pacientes e organizações de consumidores e profissionais de saúde monitoram a qualidade da atenção à saúde por meio de indicadores (DELNOIJ, WESTERT; 2012). Portanto, sua utilização no cenário internacional para medir o desempenho hospitalar é prática comum (VAN DISHOECK et al., 2016). No QUADRO 4 exemplificam-se os objetivos dos indicadores de qualidade em hospitais.

QUADRO 4 - OBJETIVOS DOS INDICADORES DE QUALIDADE EM HOSPITAIS

O MONITORAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR PERMITE
Descrever a realidade organizacional
Mensurar os resultados e gerir o desempenho
Possibilitar a documentação da qualidade do cuidado
Embasar a análise crítica dos resultados obtidos e do processo de tomada de decisão
Contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais
Auxiliar no fortalecimento de políticas
Servir de apoio a processos de transparência, fiscalizações e certificações de acreditação
Viabilizar a análise comparativa do desempenho da própria organização e de outras atuantes em áreas ou ambientes semelhantes

FONTE: KRISTENSEN; MAINZ; BARTELS (2007); FUSCO, SPIRI (2014); PUSTIGLIONE et al. (2014); VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA (2014); NOVAES (2014); CHEN et al. (2017); BRAITHWAITE; HIBBERT; BLAKELY (2017); BÃO et al. (2019).

A adoção de indicadores traz a compreensão pactual nos âmbitos deliberativo, estratégico e operativo das instituições de saúde (KURCGANT et al., 2015) e o seu monitoramento contínuo pode impulsionar a organização de saúde a alcançar patamares superiores de desempenho (SILVEIRA et al., 2015; ILIFFE et al., 2016; SEIFFERT, 2019).

O controle da qualidade, viabilizado por meio da análise de indicadores, representa uma estratégia fundamental na busca de uma assistência segura, da objetividade comprovada por evidências e do gerenciamento dos resultados de qualidade (SILVEIRA et al., 2015; BÃO et al., 2019).

Os indicadores da assistência podem representar um suporte relevante dentro do hospital, na medida em que estejam atrelados à maioria dos cuidados que envolvem os pacientes, desde os procedimentos primários de triagem até a assistência integral àqueles críticos, com amplitude operacional e de gestão (FUGAÇA, CUBAS, CARVALHO; 2015). Neste sentido, os indicadores assistenciais representam uma estratégia de mensuração e de registro de eventos, e podem subsidiar o mapeamento de suas causas, consequências e mitigar erros, suporte à segurança do paciente e dos processos hospitalares.

Atualmente, o acesso a informações mais estruturadas, viabilizadas pelas novas tecnologias de informação e comunicação, contribuem para a disseminação do uso dos indicadores (JANNUZZI, 2014). Ressalta-se que a publicidade de indicadores pode auxiliar os pacientes e seus familiares na escolha de hospitais de alta confiabilidade e evidências de qualidade assistencial, assim como fornecer subsídios aos profissionais de saúde na seleção de organizações para trabalharem.

No entanto, autores relatam que a complexidade com que as organizações hospitalares se apresentam no mercado impossibilita a avaliação de um único indicador, exigindo, a combinação de variados indicadores para que se amplie a análise da efetividade (SAQUETTO et al., 2017). Sendo assim, um conjunto de indicadores deve fornecer uma visão de desempenho do hospital como um todo e fornecer *insights* para melhorias de atuação, incluindo sensibilidade para o contexto (VEILLARD; TIPPER; ALLIN, 2015).

2.3.4.1 Indicadores de efetividade hospitalar

No sistema hospitalar, cada paciente tem necessidades de saúde específicas para as quais diversos processos assistenciais, muitas vezes realizados pela equipe multiprofissional, são acionados e cada processo tem como consequência resultados nas condições de saúde do paciente. Entende-se nesta tese que seus resultados possibilitarão a avaliação da efetividade mediante indicadores, decorrentes de diversos processos assistenciais.

Pressupõe-se que os resultados demonstram com exatidão a qualidade do atendimento prestado (MARQUIS; HUSTON, 2015). Por conseguinte, o foco nos principais resultados da organização é a chave para a excelência hospitalar (BURMESTER, 2013).

Os indicadores de efetividade permitem: 1) demonstrar o resultado da assistência; 2) avaliar se as metas assistenciais foram atingidas; 3) auxiliar no conhecimento do público atendido; 4) sinalizar melhorias na assistência no que tange ao cuidado centrado no paciente (BRAITHWAITE; HIBBERT; BLAKELY, 2017; BÃO et al., 2019). Portanto, indicadores de efetividade refletem o efeito das intervenções assistenciais e gerenciais nos resultados hospitalares (CINAROGLU; BASER, 2018).

Os indicadores de efetividade devem proporcionar medições e descrições dos resultados da assistência que possam ser analisadas estatisticamente, generalizadas

e validadas, à medida que capturem e confirmem, adequadamente, as principais dimensões da qualidade dos processos assistenciais; e que as variações encontradas reflitam diferenças reais da efetividade hospitalar (DONABEDIAN, 1966; DAVIS et al., 2014).

O resultado consiste no efeito final favorável obtido da assistência à saúde, como também inclui óbitos, incapacidades, desconforto e insatisfação (DONABEDIAN, 1966). Portanto, os indicadores de efetividade permitem melhor leitura dos resultados que são, de fato, alcançáveis.

Consequentemente, os indicadores de efetividade da assistência hospitalar são elementos de medida que subsidiam informações sobre fenômenos complexos difíceis de serem capturados, como a qualidade da assistência hospitalar (VEILLARD; CHAMPAGNE; KLAZINGA, 2005).

A implementação de práticas de avaliação da efetividade pode resultar em aumento de conhecimento por meio de evidências técnico-científicas, e pode motivar os pacientes, bem como possibilita a melhoria da comunicação entre prestadores de assistência e pacientes (BRASIL, 2016a).

Por conseguinte, a gestão da efetividade assistencial requer clareza conceitual, uma sólida base de evidências, instrumentos e processos de apoio que satisfaçam as necessidades dos Gestores (VEILLARD, 2012). Logo, mensurar a efetividade deve fazer parte dos processos organizacionais, de modo que os resultados obtidos apontem a necessidade de promoção de melhorias gradativas e contínuas na assistência, que impactem positivamente nos resultados dos hospitais (SEIFFERT, 2019).

Atualmente, com a necessidade cada vez maior de contenção de custos em saúde, pesquisar indicadores de efetividade é necessário, a fim de determinar se os processos de atendimento gerenciado, de reestruturação e de outras práticas clínicas novas estão sendo otimizados, sem o comprometimento da qualidade prestada ao paciente (MARQUIS; HUSTON, 2015), com foco na segurança e no cuidado centrado no indivíduo.

No entanto, resultados são complexos, e há que se compreender que há vários fatores que contribuem para eles (MARQUIS; HUSTON, 2015). Nesta perspectiva, relatórios de intervenções de melhoria de qualidade devem descrever precisamente a intervenção implementada e qualquer evidência dos fatores internos e externos operacionais que a influenciaram (FULOP; ROBERT, 2015).

Compreende-se nesta tese, portanto, que monitorar indicadores de efetividade assistencial em ambientes críticos e complexos como hospitais é imperioso, a fim de subsidiar e auxiliar a gestão à tomada de decisão e planejamento, bem como tornar exequível um atendimento seguro, centrado no paciente, qualificado, com otimização de recursos na saúde, bem como permitir a comparabilidade entre sistemas e subsistemas hospitalares.

2.3.4.1.1 Indicadores de efetividade assistencial na dimensão de Segurança do Paciente em Hospitais

A temática da segurança do paciente obteve destaque mundial após a divulgação do relatório *“To Err is Human: Building a Safer Health Care System”*, o qual demonstrou que os pacientes eram expostos a riscos com danos à saúde e revelou altas taxas de mortalidade em consequência do cuidado em saúde de hospitais americanos, grande parte das mortes evitáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Infelizmente, a insegurança prevalece como um problema emergente de saúde pública global, segundo o relatório *“Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err is Human”* (IOM, 2015).

Dados de pesquisas recentes sugerem que incidentes que resultaram em danos aos pacientes (eventos adversos) sejam a 14^a causa de morbimortalidade em todo o mundo (WHO, 2018). Estimativas afirmam que um décimo dos pacientes internados sofrerá algum evento adverso, sendo que destes, 50% podem ser evitados (SCHWENDIMANN et al., 2018).

Infelizmente, os eventos adversos potencialmente evitáveis permanecem uma causa de dano ao paciente e representam gastos com saúde, apesar dos avanços nas estratégias de redução de risco baseadas em sistemas (SULIBURK et al., 2019; WHO, 2020).

A situação é grave no Brasil, que tem uma das maiores frequências de eventos adversos. Em 2016, uma pesquisa divulgou resultados da ocorrência de 2,47 óbitos a cada três minutos devido a erros que poderiam estar associados à prestação do cuidado no ambiente hospitalar, elevando os custos da assistência ao paciente (COUTO, PEDROSA, ROSA; 2016).

O Sistema de Notificações à Vigilância Sanitária (NOTIVISA) registrou, no período de 2014 a 2016, 63.933 incidentes relacionados à assistência, com 417

(0,6%) óbitos, ressaltando-se que os eventos adversos são subnotificados no Brasil (MAIA et al., 2018).

A segurança do paciente é uma importante dimensão da qualidade em saúde (IOM, 2001; REIS, MARTINS, LANGUARDIA, 2013; BRASIL, 2013c), e refere-se ao direito garantido da pessoa em ter reduzido a um mínimo aceitável o risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2011; BRASIL, 2013c).

Constata-se que a segurança do paciente é uma dimensão chave a ser considerada na avaliação da efetividade. A assistência é efetiva quando proporciona bons resultados, promove qualidade de vida e baseia-se nas melhores evidências (SEIFFERT, 2019).

O cuidado seguro deve ser visto como um direito humano básico. Portanto, a segurança do paciente é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes de saúde que viabilizem a redução de riscos, a redução de ocorrência de dano evitável, tornar o erro menos provável e reduzir seu impacto quando ocorrer (WHO, 2020).

Esta problemática de fragilidades do cuidado, como insegurança nos processos, destaca-se no ambiente hospitalar, em decorrência dos impactos significativos da morbimortalidade, bem como dos altos custos assistenciais neste ambiente (COUTO, et al., 2018). O hospital caracteriza-se por ser um ambiente complexo e de alta pressão, com o agravante de que os pacientes muitas vezes estão frágeis e correm o risco de deteriorar sua condição de saúde (DUCKETT; CUDDIHY, 2016).

As consequências da falta de segurança do paciente aumentam os custos da assistência hospitalar, bem como trazem prejuízos ao paciente e seus familiares, como a perda de dignidade, do respeito, sofrimentos psíquicos, além de rompimento de confiança no sistema de saúde (SLAWOMIRSKI et al., 2017). Enfatiza-se que os erros e falhas dentro dos sistemas hospitalares afetam não só o paciente, mas a todos os profissionais da saúde, e são decorrentes de falhas sistêmicas.

Quando há um incidente com dano ao paciente (evento adverso), há geralmente uma sequência de falhas nos processos da organização, que impactam negativamente a efetividade. Portanto, para o engajamento e melhorias da segurança do paciente há que se motivar e pactuar processos com todos os envolvidos no processo do cuidar, direta ou indiretamente, inclusive centralizar o cuidado no

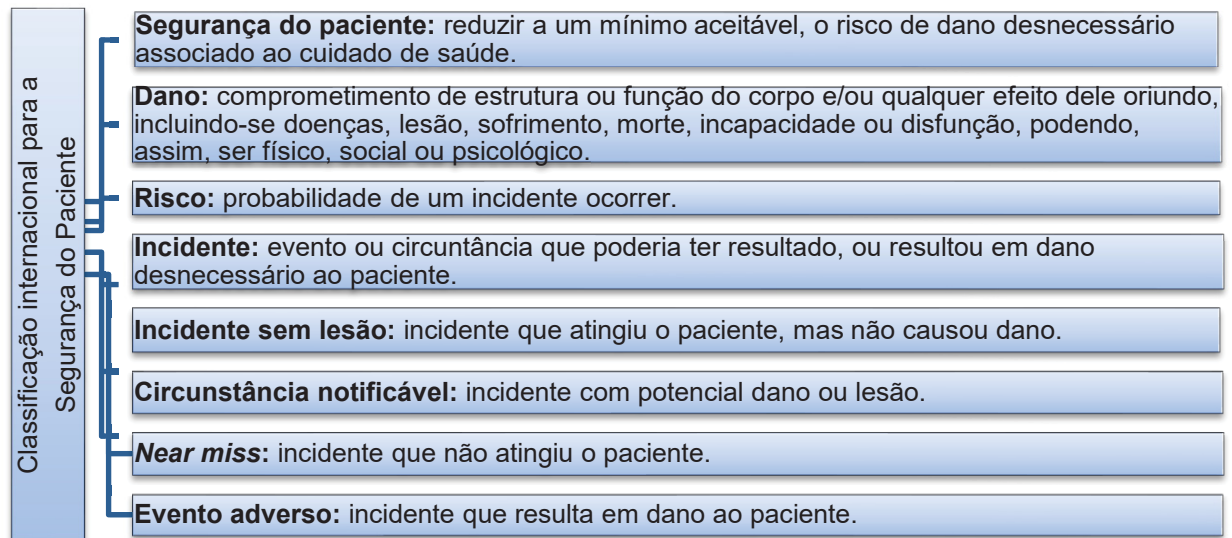
paciente, para que este seja parte ativa do tratamento e aponte fragilidades e possibilidades de melhorias dentro do hospital.

Os hospitais devem estar habilitados para registrar e dimensionar a ocorrência de incidentes, com ou sem danos, bem como implementar estratégias à sua redução e monitorar seus efeitos produzidos (FRAGATA, SOUSA, SANTOS; 2019). Portanto, os hospitais precisam de processos de gestão efetivos, a fim de proteger os pacientes e seus familiares de falhas graves nos sistemas locais de segurança e de qualidade, avaliar indicadores de efetividade do hospital quanto a sinais de cuidados inseguros ou de baixa qualidade e garantir medidas rápidas e apropriadas para corrigir deficiências (DUCKETT; CUDDIHY, 2016).

Em função da gravidade e da quantidade de danos causados ao paciente e dos custos associados à não qualidade dos serviços, surgiram diversas iniciativas para promover e incentivar programas de melhoria dos processos assistenciais em todo o mundo (MACEDO, BOHOMOL; 2019). Neste contexto, destaca-se a criação de programas para o monitoramento da qualidade e segurança fundamentados em indicadores (GOUVÊA, 2019). Neste capítulo, serão abordados aspectos relevantes sobre os indicadores de efetividade utilizados para monitorar a segurança do paciente.

Os danos podem ser de vários tipos, incluindo doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte (ANVISA, 2011), e aqueles decorrentes de cuidados à saúde geram várias consequências tanto para o paciente, quanto para o hospital, como o prolongamento do tempo de internação, incapacidades permanentes, processos e expressivo impacto nos custos (FURINI, NUNES, DALLORA; 2019). Na FIGURA 4 apresentam-se os conceitos-chaves para a segurança do paciente (WHO, 2011).

FIGURA 4: CONCEITOS-CHAVES DA DIMENSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE



Fonte: WHO (2009; 2011); ANVISA (2013).

Em 2003, a Agência para Pesquisas e Qualidade em Saúde (AHRQ), órgão governamental americano, desenvolveu um corpo de indicadores de segurança do paciente, com o objetivo de identificar situações potencialmente evitáveis no sistema de saúde, e de fornecer aos hospitais e outras partes interessadas, um meio para identificar complicações, monitorar seus próprios resultados, bem como informar os esforços de melhoria da qualidade (ANDERSON et al., 2018).

Em 2004, houve esforços de aliança mundial para a segurança do paciente, que contou com a publicação de estratégias, diretrizes e metas internacionais, com a finalidade de disseminar e garantir, em diferentes países, práticas que viabilizassem a qualidade nos serviços de saúde (WHO, 2005).

Com o Programa da Organização Mundial da Saúde denominado “*Patient Safety Programme*”, emerge o conceito de cultura de segurança como um dos requisitos essenciais de qualidade do cuidado em saúde, proposto pelas organizações certificadoras, e nas políticas públicas pelos órgãos reguladores (DEL CORONA, 2017).

Entretanto, todo esse investimento não reduziu os riscos aos quais pacientes são expostos nos serviços de saúde (SINGER; VOGUS, 2013; CALDANA, 2015; KRONICK; ARNOLD; BRADY, 2016), sendo que os eventos adversos ainda são uma das principais causas de morte nos Estados Unidos (MAKARY; DANIEL, 2016) e permanece uma preocupação mundial.

Portanto, os problemas de segurança são sistêmicos e a participação dos gestores nas discussões dos incidentes e eventos adversos, assim como em investimentos para o aprimoramento da assistência, são fundamentais para a melhoria da qualidade (PRATES et al., 2019).

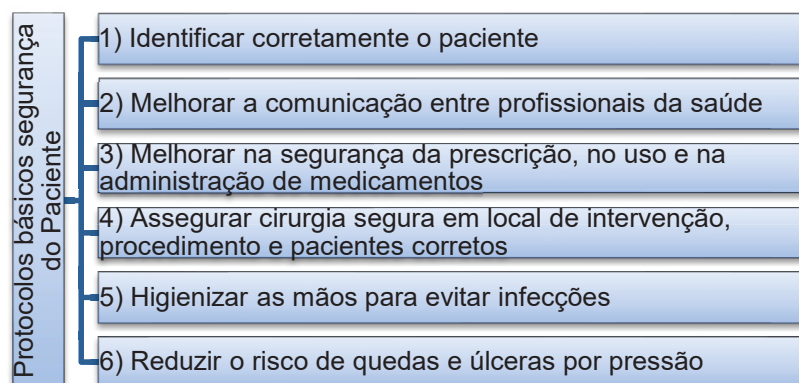
Destarte, a preocupação com a segurança do paciente deve tornar-se prioridade para se alcançar melhorias na área da saúde. Deve-se motivar propostas de políticas internacionais de saúde, juntamente com esforços de instituições, de profissionais de saúde e de pacientes, com o objetivo de reduzir e controlar os riscos originados nos serviços de saúde, de forma eficaz (GARROUSTE-ORGEAS et al., 2012; LORENZINI, SANTI, BÁO, 2014; CARLESI et al., 2017; ARAÚJO et al., 2017), com vistas a satisfazer as necessidades e as expectativas os pacientes e seus familiares (GARROUSTE-ORGEAS et al., 2012), com garantia de qualidade da assistência.

Em 2013, o governo brasileiro, com o objetivo de contribuir para melhorar a assistência em saúde em todos os estabelecimentos no país, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS/GM nº 529 (BRASIL, 2013d; BRASIL, 2014), em sintonia com a agenda política dos estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ANVISA, 2014).

Com este programa, instituiu-se a implantação de seis metas nas organizações de saúde, baseadas em recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (FIGURA 5) (WHO, 2005; BRASIL, 2013a; 2013b; 2014). Essas metas orientam barreiras para a ocorrência de eventos adversos em situações de maior risco, envolvendo a identificação do paciente, comunicação no ambiente assistencial, processo de medicação, higienização das mãos, cirurgias, prevenção de quedas e prevenção de lesões por pressão (JCI, 2017a; 2017b).

Os objetivos das Metas Internacionais de Segurança do Paciente” é promover melhorias específicas na segurança do paciente. As metas destacam áreas problemáticas nos cuidados de saúde e descrevem soluções de consenso baseadas em evidências e especialistas para esses problemas. Reconhecendo a estruturação de sistemas de alerta é intrínseca à prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade, os objetivos geralmente se concentram em soluções abrangentes a todos os sistemas, sempre que possível (JCI, 2017).

FIGURA 5 - METAS INTERNACIONAIS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE



Fonte: Adaptado de WHO (2005); BRASIL (2013a; 2013b; 2014).

Para cumprir estas metas, o hospital pode desenvolver protocolos para assegurar a segurança do paciente. Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente (ANVISA, 2014).

Ressalta-se que a maioria dos indicadores de efetividade pesquisados na dimensão de segurança do paciente nesta tese estão relacionados às metas (identificação do paciente, prevenção de lesões por pressão, prevenção de quedas, cirurgia segura, redução do risco de infecção associado ao cuidado).

A adesão a esses protocolos de segurança do paciente é mensurada por meio da análise de indicadores e é imprescindível nos hospitais, haja vista que permite a gestão dos serviços de saúde, e, de acordo com os resultados encontrados, tomar decisões que venham interferir positivamente na assistência. Sua função é indicar falhas e problemas e, em contrapartida, apontar as sugestões e planejar e implementar soluções, para a segurança do paciente com foco educacional (PRATES, STADŇIK; 2017).

Portanto, a monitoração de indicadores de segurança do paciente é fundamental para o aprimoramento da qualidade da assistência e é exigência de diversas publicações de legislação sanitária brasileira (BRASIL, 2016a). Idealmente, a avaliação de implementação de práticas seguras deve ser realizada em conjunto com a avaliação de resultados (PORTELA et al., 2015). Portanto, abordagens

metodológicas que permitam analisar a segurança do paciente devem ser agregadas aos estudos sobre efetividade, a fim de aumentar a probabilidade de resultados positivos (OLIVEIRA et al., 2014; CALDAS, 2017).

Logo, um indicador de segurança do paciente pode ser definido como um indicador de efetividade que busca identificar, obter informação e monitorar a ocorrência de incidentes (GOUVÊA, 2019).

A inclusão de indicadores de segurança nos programas de monitoramento da qualidade nos hospitais é uma estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente internado. Além de estimular o compromisso com a transparência e a responsabilização com a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2016a).

Consequentemente, é importante que a seleção de indicadores de segurança do paciente priorize aqueles com comprovada evidência científica, relacionados a situações com impacto sobre a saúde e a segurança dos pacientes, e cujos resultados, obtidos por meio de seu monitoramento, possam ser influenciados por ações do sistema de saúde. Para tal, deve-se considerar a qualidade dos dados disponíveis e os custos envolvidos para sua obtenção (GOUVÊA, 2019).

A utilização de indicadores de efetividade assistencial para a prática hospitalar facilita o monitoramento de esforços visando à segurança do paciente, com redução de incidentes danosos (SEIFFERT et al., 2020). Portanto, embora os riscos relacionados à assistência sejam abordados na literatura, torna-se importante conhecer como eles são avaliados (OLIVEIRA et al., 2014), bem como explicitar os fatores dos ambientes interno e externo operacional que interferem ou contribuem para a elegibilidade e o monitoramento dos indicadores de efetividade, das ações em prol à segurança dos pacientes, em hospitais.

Propõe-se nesta pesquisa, relacionar os fatores do ambiente interno e externo operacional que contribuem para a elegibilidade e o monitoramento de 17 indicadores de efetividade assistencial em hospitais, na dimensão de segurança do paciente validados por Seiffert (2019): 1) Cirurgia no local errado do corpo do paciente; 2) Cirurgia realizada no paciente errado; 3) Material estranho deixado no corpo durante um procedimento; 4) Deiscência de ferida pós-operatória; 5) Embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória; 6) Fratura de quadril por queda em pacientes internados; 7) Fratura de quadril pós-operatória, por queda em pacientes internados; 8) Incidentes graves relacionados a equipamentos; 9) Incidentes devido a

falhas na identificação do paciente; 10) Hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte; 11) Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas; 12) Quedas com dano em pacientes internados; 13) Lesão por pressão; 14) Densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Adulto; 15) Densidade de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI; 16) Reação Transfusional graus II, III e IV; 17) Reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea.

Entretanto, para que os hospitais alcancem um cuidado seguro, é necessário que os pacientes sejam informados, envolvidos e tratados como parceiros efetivos no seu próprio cuidado (WHO, 2020; COSTA et al., 2020a), dimensão de cuidado centrado no paciente, que será desenvolvida no tópico a seguir.

2.3.4.1.2 Indicadores de efetividade assistencial na dimensão Cuidado Centrado no Paciente em Hospitais

O cuidado centrado no paciente, um dos atributos da qualidade em saúde (IOM, 2001; AHRQ, 2014), traz o diferencial do cuidado coordenado e adaptado às necessidades do indivíduo (THE HEALTH FOUNDATION, 2016). Reconhece-se que envolver as pessoas e comunidades sob seus próprios cuidados e no desenho dos serviços de saúde são determinantes para a obtenção de melhores resultados em saúde (JCI, 2017b; WHO OECD, WORLD BANK GROUP; 2018; WHO, 2020), bem como possibilita a satisfação do paciente com os cuidados recebidos, e com melhoria da relação custo-benefício (BERWICK, 2016). Um dos fatores que incorrem em falhas na qualidade assistencial é a falta de cuidado centrado no paciente (coprodução) (CARON, 2019).

Autores afirmam que o engajamento do paciente e de seus familiares em parceria com profissionais da saúde abrange todos os níveis de assistência (do atendimento direto à elaboração de políticas) e contribui para um ambiente seguro, de alta qualidade, eficiente e centrado no paciente nas organizações de saúde (CARMAN; WORKMAN; 2017; WHO, 2020).

Ainda hoje, não há um conceito universal de cuidado centrado no paciente. Autores defendem que há divergências de conceitos e de sua operacionalização na prática (BYRNE, BALDWIN, HARVEY; 2020). E, embora autores defendam que o

cuidado centrado no paciente se comporta como uma nova visão, na qual os valores do paciente, suas preferências e expectativas devem moldar as decisões na prestação de cuidados de saúde (JO DELANEY, 2017; LARSON, 2019), Donabedian (1990), referência em qualidade em serviços de saúde, já trazia em seus manuscritos indicativos sobre o tema.

Um dos sete pilares da qualidade, explorados nesta tese no capítulo de qualidade em serviços de saúde, o atributo de aceitabilidade foi referido por Donabedian (1990) na perspectiva da necessidade de o cuidado em saúde considerar os desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Segundo este autor, a aceitabilidade depende da avaliação subjetiva do indivíduo sobre a efetividade do serviço de saúde, bem como da acessibilidade, da relação paciente-profissional, das condições do ambiente de atendimento, das preferências quanto aos efeitos, riscos e custos do tratamento e da sua percepção sobre seu tratamento.

As bases de sistemas de saúde de alta qualidade iniciam com as populações a que servem: indivíduos, famílias, e comunidades. As pessoas são parceiras necessárias na prestação de cuidados e nos resultados, e além de serem as principais beneficiadas, são as que mantêm o sistema. Portanto, as necessidades, os conhecimentos e as preferências das pessoas devem moldar a resposta do sistema de saúde (KRUK et al., 2018; FITZSIMONS; CORNEWELL, 2018), melhorando a segurança dos serviços.

Estudo realizado em 15 organizações de saúde da Inglaterra evidenciou que o envolvimento de familiares, pacientes e equipe técnica nas decisões trouxe melhorias para a qualidade (JONES et al., 2017). Por conseguinte, emerge a necessidade de adequar os serviços de saúde ao atendimento às experiências e expectativas do paciente e seus familiares com o propósito de melhorias e desenvolvimento de boas práticas (IOM, 2001; SCHIESARI, 2014; GOMES, MENDES JÚNIOR; 2017; KRUK et al., 2018, BÃO et al., 2019), além de melhores resultados (YOU et al., 2013).

Reconhece-se que os pacientes e seus familiares fornecem informações que retratam os cuidados recebidos e vivenciados, portanto, podem ser agentes informantes para a melhoria e segurança de processos que envolvem a assistência (O'HARA et al., 2018). Pacientes ou usuários são, geralmente, tratados como atores passivos, como vítimas de erros e das falhas de segurança. Entretanto, é preciso valorizar e reconhecer que eles podem desempenhar um papel ativo, que contribui

para um cuidado eficaz e adequado, prevenindo erros e garantindo sua própria segurança (BRASIL, 2016b; COSTA et al., 2020b), o que se caracteriza um desafio para a gestão dos serviços hospitalares (COSTA et al., 2020b).

O cuidado centrado no paciente destacou-se globalmente neste milênio, como proposta contida no relatório *“Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, do Institute of Medicine”* (IOM, 2001).

No Brasil, o modelo de atenção centrado no paciente, de forma multiprofissional e interdisciplinar, faz parte das diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2013c), e há interfaces com a Política Nacional de Humanização (PNH), (RODRIGUES, PORTELA, MALIK; 2019), cujos valores são a autonomia e o protagonismo dos pacientes, a corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2013). Entretanto, o atendimento desta diretriz ainda é incipiente e sua prática encontra obstáculos, sendo pouco identificado como uma dimensão da qualidade dos cuidados de saúde nas organizações.

Ainda que seja valorizada a centralidade das ações nas pessoas e nas políticas organizacionais, aplicá-la é um desafio para os sistemas de saúde (IOM, 2001; BRITO et al., 2017, KRUK et al., 2018), já que indicadores de qualidade que incorporem prioridades e experiências dos pacientes e cuidadores familiares são incomuns (SANTANA et al., 2019).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta seção são apresentados o tipo de pesquisa, aspectos éticos e locais de realização da pesquisa, participantes e recrutamento, fontes e procedimentos de coleta de dados, etapas metodológicas, protocolo de pesquisa, operacionalização da coleta de dados, análise e tratamento dos resultados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa de natureza descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, cujo método de procedimento foi o estudo de caso múltiplo.

Quanto aos objetivos, esta pesquisa tem a característica de ser descritiva e exploratória, concomitantemente, uma vez que relações são estabelecidas entre variáveis e fatos (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Na abordagem descritiva, buscou-se descrever os ambientes internos e externos operacionais dos hospitais em que a pesquisa foi desenvolvida e, como elegem e monitoram indicadores de efetividade hospitalar nas dimensões da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente.

Na abordagem exploratória da pesquisa, o pesquisador aproxima-se de um determinado fato, a fim de desenvolver e esclarecer conceitos e ideias do tema estudado. Envolve a pesquisa de referências científicas enquanto busca de ampliação e aprofundamento de conhecimentos, que auxiliarão a fundamentação dos resultados (MARCONI; LAKATOS, 2017; 2021). Nesta pesquisa explorou-se como os fatores do ambiente interno e externo operacional dos hospitais se relacionam às estratégias de monitoramento e elegibilidade dos indicadores de efetividade assistencial hospitalar.

Optou-se pelo estudo de caso por ser uma estratégia ou método de procedimento que possibilita a observação, registro, análise e correlação de fatos ou fenômenos, assim como o estabelecimento de relações entre as variáveis, sem manipulá-las, mediante a utilização de diversas fontes e procedimentos padronizados de coleta de dados, características de uma pesquisa descritiva (GIL, 2017).

A origem dos estudos de caso na sociologia e na antropologia remonta ao final do século XIX e início do século XX (HOLANDA; RIBEIRO; JESUS, 2020), mas é usualmente utilizado nas áreas de serviço social, direito e administração. Na área

da saúde e na enfermagem, o estudo de caso pode investigar fenômenos específicos de um indivíduo ou de uma determinada população, com resultados que possibilitem comparações, reflexões e discussões sobre os temas e problemas enfrentados e vivenciados no dia a dia dos pesquisadores e profissionais (SILVA; MERCÊS, 2018).

O estudo de caso surge do anseio em entender, em profundidade, fenômenos mais complexos (YIN, 2015; GIL, 2017), de um contexto real, portanto, caracteriza-se por ser um método de procedimento abrangente que contempla o planejamento do projeto de pesquisa, com a definição de seus componentes, as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas para análise (YIN, 2015).

Trata-se de investigação empírica, na qual o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos, buscando reter as características significativas dos fenômenos em seu contexto real. É um método de procedimento comumente utilizado para contribuir com o conhecimento de acontecimentos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos, dentre outros (YIN, 2015).

O estudo de caso múltiplo envolve mais do que um caso, e proporciona, com as evidências, um estudo mais robusto (YIN, 2015). Este método foi escolhido por se adequar aos objetivos desta tese, viabilizando descrever e explorar de modo mais abrangente e, em profundidade, os ambientes interno e externo operacional de três hospitais (H1, H2, H3).

Como outros métodos, o estudo de caso possui vantagens e desvantagens, apresentadas no QUADRO 5.

QUADRO 5 - VANTAGENS E DESVANTAGENS DO ESTUDO DE CASO

Vantagens	Desvantagens
- Aplicabilidade em diferentes áreas de conhecimento, bem como a possibilidade de utilizar múltiplas fontes de evidências. Beneficia-se do desenvolvimento prévio das proposições teóricas que orientam a coleta e análise dos dados, formulação de hipóteses e a possibilidade do desenvolvimento de teorias (YIN, 2015). - Estudo de casos múltiplos possibilita o retorno às etapas anteriores para melhorias e replanejamentos na condução da pesquisa (YIN, 2015). - Viabiliza algumas generalizações quando o contexto envolve casos raros, típicos e longitudinais (SILVA; MERCÊS, 2018).	- A condução de um estudo de caso múltiplo pode exigir muitos recursos e tempo extenso (YIN, 2015). - Alguns estudos impedem generalizar os resultados, com conclusões específicas para cada caso estudado (SILVA; MERCÊS, 2018).

Elaborado pela autora, fundamentado em Yin (2015) e Silva e Mercês (2018).

Para a análise dos dados obtidos no estudo de casos múltiplos, optou-se pela abordagem qualitativa de pesquisa, na qual são estudadas as interpretações humanas a respeito de fatos e os fenômenos, objetivando-se captar o sentido que estes têm para os sujeitos que os vivenciam. Esta abordagem atende melhor investigações de grupos delimitados, de histórias sob a ótica dos atores, permitindo desvelar processos sociais pouco conhecidos (MINAYO, 2013). A pesquisa qualitativa dispensa o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente é a fonte direta para a coleta dos dados e o pesquisador constitui-se em instrumento-chave (MINAYO; COSTA, 2019).

A pesquisa qualitativa não deve ser entendida como meramente técnica e objetiva, mas como uma atividade que envolve subjetividades do pesquisador, dos participantes e dos campos de pesquisa, e do contexto em que se inserem. Estar ciente destas dificuldades, bem como das limitações pode nortear melhorias (HAYASHI JR.; ABIB; HOPPEN, 2019).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

No desenvolvimento desta tese seguiu-se todas as etapas preconizadas pela Resolução nº 466 (BRASIL, 2012), promulgada pelo Conselho Nacional da Saúde, referente às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição proponente sob o parecer nº. 3.598.996 e CAAE nº. 20084819.8.0000.0102; e pelos CEPs aos quais as instituições coparticipantes vincularam-se; cujos documentos de

aprovação constam nos ANEXOS 1, 2, 3 e 4, a saber: Parecer nº. 4.183.499 e CAAE nº. 20084819.8.3001.0096; Parecer nº. 20084819.8.3003.5370 e CAAE nº. 4.587.326; Parecer nº. 20084819.8.3002.0020 e CAAE nº. 4.299.378, e carta de autorização pelo Comitê Interno do CEP do hospital. Ressalta-se que não há conflito de interesse das pesquisadoras com o estudo, e com os locais em que a pesquisa se desenvolveu.

No projeto de pesquisa, inicialmente enviado ao CEP, a coleta de dados incluía entrevistas e encontros presenciais, no entanto, com a pandemia do novo coronavírus (COVID-19), estas entrevistas tornaram-se inviáveis. Com este problema mundial e agravamento no Brasil sucedeu-se a necessidade de políticas de isolamento social e impossibilidade de viagens intermunicipais e interestaduais, com consequente restrição de acesso presencial aos hospitais em que se desenvolveu a pesquisa.

Portanto, fez-se obrigatório o replanejamento do protocolo original de pesquisa e, para tal, elaborou-se uma emenda do projeto de pesquisa já tramitado, que foi analisada e aprovada pelo CEP da instituição proponente e pelos outros três CEPs das instituições coparticipantes.

Sendo assim, algumas entrevistas presenciais (individuais ou coletivas) foram viabilizadas por videoconferências, bem como estabeleceu-se a autoaplicação de questionários *online* via plataforma Google Forms®. Somente quando houve flexibilização das medidas protetivas contra o COVID-19 é que foram viabilizadas visitas técnicas e grupo focal com a presença da pesquisadora em cada hospital.

Destaca-se que esta pesquisa teve como participantes os profissionais que atuam na área da saúde inseridos em ambiente hospitalar, grupo em situação de sobrecarga laboral e emocional no momento de coleta de dados, visto que estavam frente a frente no combate à pandemia da Covid-19. Diante disso, seguindo os preceitos éticos, a coleta de dados foi flexível, sendo estendidos os prazos, de acordo com a disponibilidade dos hospitais e de seus participantes de pesquisa, por respeito ao momento singular na história. Portanto, a etapa de coleta de dados compreendeu o período de julho de 2020 a dezembro de 2021.

Foram respeitados os direitos dos participantes da pesquisa, cumpridas as exigências da leitura e da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma *online* e física (enviado por *e-mail* ao participante da pesquisa) (APÊNDICE 1).

Foram omitidos os nomes que identificassem os hospitais e os participantes; a fim de não lhes acarretar malefícios e prejuízos monetários e morais. Com a mesma finalidade, os hospitais foram codificados, aleatoriamente, com as letras H1, H2, H3 e H4.

Os participantes e os hospitais pesquisados não foram identificados, sendo lhes atribuídos códigos. A cada participante foi atribuído um código de identificação, constituído pelas letras que identificam o procedimento de coleta de dados, a saber: Q (questionário *online* autoaplicado), ou E (entrevista), ou V (videoconferência), ou GF (grupo focal); seguidas pela letra P (participante), acompanhada de um número cardinal, na ordem do preenchimento do TCLE e, por último, o código do hospital em que trabalha, como exemplo: QP4H3 é o código do participante 4, do hospital H3, que respondeu ao questionário. Os documentos cedidos pela Gestão dos hospitais também foram codificados com a letra D, seguido de um número cardinal, na ordem em que foram entregues (QUADRO 7).

Após o consentimento dos participantes, o conteúdo das entrevistas, das videoconferências, e do grupo focal foram gravados e posteriormente transcritos, a fim de resguardar todas as respostas e contribuições, bem como subsidiar a análise e discussão dos resultados.

Além disso, no TCLE foi assegurado que todos os dados e documentos ficariam em posse da pesquisadora e utilizados exclusivamente para esta pesquisa: registros do preenchimento dos questionários *online* autoaplicado; gravações dos conteúdos das entrevistas e grupos focais, e suas respectivas transcrições; documentos cedidos pelos hospitais e enviados por e-mail; bem como as anotações de diário de campo.

3.3 LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A lógica subjacente de estudos de caso múltiplo é de que os locais de pesquisa devem ser selecionados, cuidadosamente, para que possam predizer resultados similares (replicação literal) ou contrastantes, com razões previsíveis (replicação teórica) (YIN, 2015).

Em cada hospital, a amostragem foi intencional, definida metodologicamente como a escolha deliberada de participantes ou ambientes, oposta à amostragem estatística, que se preocupa com a representatividade de uma amostra em relação à

população total (TURATO, 2018). A partir de uma listagem dos possíveis hospitais, foram selecionados os 4 primeiros que atendiam aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão dos locais para esta pesquisa consistiram no atendimento a, no mínimo, sete (07) dos oito (08) critérios: 1) hospital de atendimento cirúrgico; 2) situado no sul do Brasil; 3) de referência em, pelo menos, uma especialidade para o SUS; 4) que atenda pelo menos três especialidades; 5) que tenha uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI); 6) nível de atendimento de alta complexidade; 7) de ensino; ou 8) acreditado em nível de excelência.

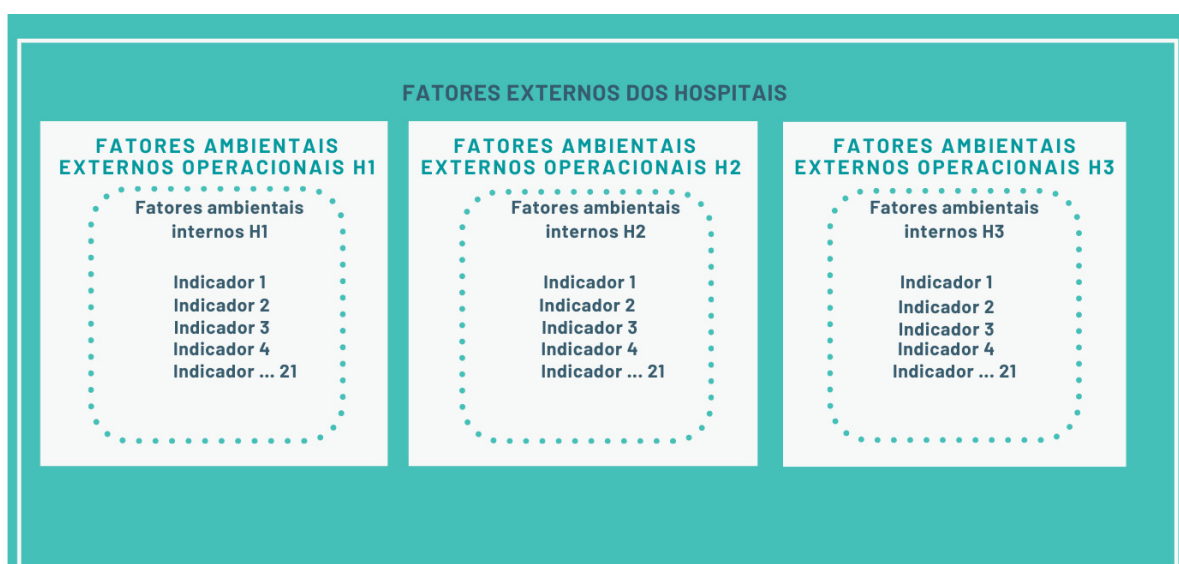
Ademais, de modo que se obtivesse hospitais com diferentes ambientes externos, selecionou-se inicialmente, de uma lista de hospitais da região sul, quatro hospitais situados em diferentes cidades, podendo ser da capital e de interior; de naturezas pública ou privada (contratado ou 100% SUS), e ao menos um de ensino; que entre os hospitais houvesse, ao menos um sem certificação de acreditação hospitalar, e um acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e outro por instituição acreditadora internacional.

Foram excluídos os hospitais que não aceitassem participar da pesquisa.

O projeto original desta pesquisa contemplava quatro (4) hospitais coparticipantes, a cada um deles foi atribuído o código constituído da letra H e um número cardinal atribuído aleatoriamente, de 1 a 4. O H4 aceitou participar da pesquisa, e sua coparticipação foi aprovada pelo CEP. No entanto, durante a coleta de dados houve a incorporação do hospital à uma Rede Hospitalar, que culminou com mudanças na Alta Gestão, o que, segundo esta, impediu a sua participação, devido à inacessibilidade de dados. Destaca-se que nesse hospital já havia sido realizada uma visita presencial, em que foi exposto o projeto de pesquisa e realizada a análise de viabilidade e o aceite da Direção, com vista à submissão do projeto de pesquisa no CEP. Posterior à aprovação pelo CEP, realizaram-se três videoconferências com integrantes do hospital. A primeira, junto à Direção do hospital, para informar a aprovação no CEP, e apresentar o protocolo de pesquisa; a segunda, com os possíveis participantes da pesquisa, e a terceira com a nova Direção do hospital e Gestão da Qualidade. Após a oficialização da não participação do H4 na pesquisa, respeitando-se o direito ético do participante em negar-se de participar, em qualquer momento e sem justificativa, todos os dados coletados foram inutilizados e os demais procedimentos do protocolo da pesquisa no hospital foram encerrados.

Destaca-se que os dados de pesquisa dos hospitais H1, H2 e H3 foram analisados sob o sistema organizacional, e não sob um departamento ou de uma atividade específica. Entende-se que os hospitais são complexos, com grande quantidade de sistemas e subsistemas. Foram analisados os fatores ambientais internos e externos operacionais que influenciaram na elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial, sendo 17 na dimensão de segurança do paciente e quatro (04) na dimensão de cuidado centrado no paciente. Na FIGURA 6 representam-se os três hospitais pesquisados (H1, H2 e H3), sob a estratégia do estudo de caso múltiplo.

FIGURA 6 – ESTUDO DE TRÊS CASOS MÚLTIPLOS INTEGRADOS, HOSPITAIS H1, H2 e H3



Fonte: A autora (2022), fundamentada em YIN (2015, p. 53).

Legenda:

*Indicador 1: Cirurgia no local errado do paciente; Indicador 2: Cirurgia errada no paciente errado; Indicador 3: Material estranho deixado no corpo durante um procedimento; Indicador 4: Deiscência de ferida pós-operatória; Indicador 5: Embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória; Indicador 6: Fratura de quadril por queda em pacientes internados; Indicador 7: Fratura de quadril pós-operatória, por queda em pacientes internados; Indicador 8: Incidentes graves relacionados a equipamentos; Indicador 9: Incidentes devidos a falhas na identificação do paciente; Indicador 10: Hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte; Indicador 11: Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas; Indicador 12: Quedas com dano em pacientes internados; Indicador 13: Lesão por pressão; Indicador 14: Densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto; Indicador 15: Densidade de Infecção de Trato Urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI; Indicador 16: Reação transfusional graus II, III e IV; Indicador 17: Reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea; Indicador 18: Satisfação do paciente; Indicador 19: Cirurgias canceladas no dia agendado; Indicador 20: Recomendação do hospital pelo paciente; Indicador 21: Envolvimento do paciente pelo próprio cuidado.

**H1: Hospital 1; H2: Hospital 2; H3: Hospital 3.

*** As linhas pontilhadas assinalam que os limites dos ambientes externos operacionais e ambiente internos não são rígidos.

Mais detalhes sobre o ambiente interno dos hospitais H1, H2 e H3 constam no Capítulo 4, em que são apresentados os resultados desta tese.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Sabe-se que nas pesquisas qualitativas, os participantes não devem ser selecionados pelo critério quantitativo. Todavia, a construção do projeto de pesquisa precisa envolver decisões sobre quantos indivíduos participarão, e como ocorrerá a seleção dos participantes, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão bem definidos, elementos fundamentais que interferem na qualidade da investigação (MINAYO, 2017).

Foram critérios gerais de inclusão dos participantes desta pesquisa: ser maior de 18 anos e trabalhar na instituição há mais que seis meses. E ainda, atender, ao menos, um dos conjuntos de critérios a seguir: a) ser designado pela gestão como responsável por informar sobre o monitoramento de indicador(es) de efetividade assistencial hospitalar nas dimensões de segurança do paciente ou cuidado centrado no paciente monitorados na instituição; ou b) ser delegado pela gestão para prestar informações sobre os ambientes interno e externo operacional do hospital.

Seriam excluídos os profissionais, que mesmo indicados pela gestão, estivessem em licença ou férias, ou afastados por outro motivo no período de coleta de dados, ou que se recusassem ou desistissem de participar da pesquisa, fatos que não aconteceram e, portanto, não houve exclusões.

A cada participante foi atribuído um código de identificação constituído pela pelas letras que caracterizam o procedimento de coleta de dados: letra Q (questionário online autoaplicado); E (entrevista); V (videoconferência); GF (grupo focal), seguidas pela letra P, acompanhando de um número cardinal que caracterizam o participante. Os hospitais foram codificados com os números 1, 2, 3, na ordem do preenchimento do TCLE e da Parte 1 – caracterização dos participantes de pesquisa. Os documentos cedidos pela Gestão dos hospitais também foram codificados com a letra D, seguido de um número cardinal, na ordem em que eram entregues (QUADRO 7).

Participaram da pesquisa 58 profissionais: 18 do H1, 30 do H2, e 10 do H3. Mais dados sobre os participantes serão descritos no capítulo de Apresentação de Resultados.

Nesta pesquisa, considerou-se como **informante-chave** de cada hospital, o participante com quem a pesquisadora se reportou, a todo momento, para resolver situações específicas ou problemas relativos ao desenvolvimento da pesquisa na instituição. Os demais respondentes aos procedimentos de pesquisa são denominados somente de participantes.

3.5 APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA AOS LOCAIS DA PESQUISA E RECRUTAMENTO DE PARTICIPANTES

A aproximação da pesquisadora aos H1, H2 e H3 e seus respectivos participantes da pesquisa ocorreu na seguinte sequência:

- 1) Contato telefônico com um membro da Gestão de cada Hospital (Diretor da Assistência ou Gestor da Qualidade) para expor a pesquisa, seus objetivos e métodos; momento em que se obteve a concordância informal para o hospital participar da pesquisa;
- 2) Contato presencial com um membro da Direção de cada Hospital ou seu representante (H2, H3); para explicar a pesquisa; seus objetivos e métodos, momento em que se obteve a Carta de Concordância em participar da pesquisa. No caso do H1, este contato foi via telefônica, com envio da referida carta via *e-mail*.
- 3) Após a aprovação da pesquisa em todos os CEPs, encaminhou-se por *e-mail* o parecer consubstanciado à Direção de cada hospital (ANEXOS 1-4), e o protocolo de pesquisa (APÊNDICE 2). Solicitou-se uma agenda para a realização de uma videoconferência com os possíveis participantes, incluindo a Superintendência e/ou Direção, o responsável pelo Setor de Qualidade, bem como Gestores dos indicadores de efetividade assistencial hospitalar.
- 4) Estas informações, bem como explicações acerca da pesquisa, como objetivos, justificativa, e os procedimentos de coleta de dados iniciais foram encaminhadas por *e-mail*, e reforçadas em posteriores contatos telefônicos aos representantes da Direção dos hospitais.
- 5) Os representantes da Direção responderam ao *e-mail*, indicando a data e horário da realização da primeira videoconferência.
- 6) Na primeira videoconferência, foi apresentado verbalmente o protocolo de pesquisa, e pactuados, com os representantes da Direção, os prazos viáveis para a entrega dos dados, bem como lhes foram solicitadas indicações de participantes

(profissionais capazes de responder questões relativas ao ambiente interno e externo operacional, e/ou indicadores de efetividade assistencial hospitalar nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente).

O recrutamento dos participantes, propriamente dito, aconteceu em diferentes momentos e modalidades. Inicialmente, ocorreu por indicação dos representantes da Direção conforme solicitado. E nos momentos subsequentes, ocorreu pela Técnica Bola de Neve. Segundo Turato (2018), a partir do interesse por determinado assunto, um participante pode indicar uma ou mais pessoas para responderem a determinadas questões. Novos participantes de pesquisa são indicados pelos precedentes, com melhor estruturação teórica, sucessivas entrevistas e revisões da teoria, até o pesquisador considerá-la organizada. Esta técnica ocorreu ao longo da coleta de dados, que finalizou no momento do Grupo Focal.

Os contatos iniciais com os participantes foram realizados pela pesquisadora, exceto no H1, pois nele a comunicação bem como os demais encaminhamentos sempre foi centralizada no informante-chave, do Setor de Ensino e Pesquisa. Os contatos subsequentes entre a pesquisadora e cada participante, no H2 e H3, ocorreram sob diferentes formas, remotamente, *e-mail*, contato telefônico, *whatsapp*®, videoconferência, e/ou presencialmente quando possível.

A pesquisadora foi responsável pela apresentação de relatórios semanais e, em alguns casos diários, que informavam o andamento da completude das respostas pelos participantes ao representante da Direção, ou ao informante-chave de cada hospital.

A caracterização dos participantes de pesquisa do H1, H2 e H3, está relatada, detalhadamente, no capítulo de Apresentação de Resultados.

3.6 FONTES E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O conhecimento detalhado acerca de fontes e procedimentos de coleta de dados escolhidos para a pesquisa qualitativa é essencial no processo de planejamento, e deve guiar a pesquisa a partir de referenciais adequados e coerentes (SALVADOR et al., 2020).

Nesta tese, a coleta de dados foi planejada com vista a viabilizar a triangulação dos dados, que tem sido um dos métodos mais utilizados para garantir a validade em pesquisa (OLSON et al., 2016), requerendo o uso de múltiplas fontes de

evidências, com o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação (YIN, 2015), complementares, e divergentes (quando as informações produzidas por uma determinada técnica são totalmente opostas às produzidas em outra) (FLICK, 2011 *apud* SANTOS et al., 2020).

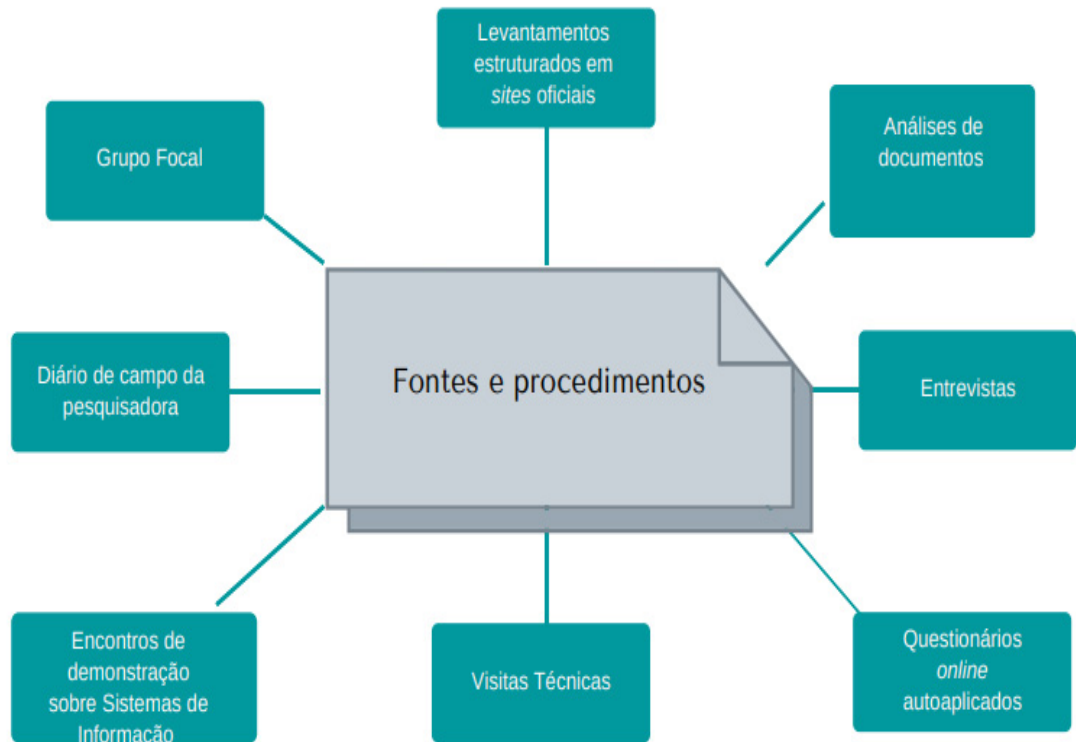
A triangulação é uma estratégia de aprimoramento dos estudos qualitativos envolvendo diversas perspectivas, utilizada não só para aumentar sua credibilidade, ao utilizar dois ou mais métodos, teorias, fontes de dados ou pesquisadores, mas também possibilitar a apreensão do fenômeno sob diferentes níveis, considerando, desta forma, a complexidade dos objetos de estudo (FLICK; OELERICH; OTTO, 2011; *apud* SANTOS et al., 2020). Assim sendo, os dados das diferentes fontes e procedimentos dos casos foram triangulados na análise dos dados e agrupados em categorias/códigos, pela proximidade de temas.

O resultado do estudo de caso é, provavelmente, mais convincente e acurado se for baseado em várias fontes e procedimentos de informação, corroborando uma descoberta igual ou semelhante. Com a convergência de evidências, a triangulação dos dados reforça a validade de constructo do estudo de caso (YIN, 2015).

Para responder à pergunta de pesquisa, e frente às dificuldades impostas pela pandemia da covid-19, com necessidade de isolamento social e sobrecarga dos hospitais, foi necessário buscar novas estratégias para a etapa de coleta de dados, como videoconferências, e questionário *online* autoaplicado.

Na FIGURA 7 apresentam-se as fontes e procedimentos utilizados na coleta de dados.

FIGURA 7 – FONTES E PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS DA PESQUISA, CURITIBA, 2022



FONTE: A autora (2022), fundamentada em YIN (2015, p. 125).

No QUADRO 6 apresentam-se quantitativamente as fontes e procedimentos utilizados na coleta de dados nos hospitais (H1, H2 e H3), 2021.

QUADRO 6 – QUANTITATIVO DE FONTES E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS NOS HOSPITAIS H1, H2, H3, BRASIL, 2022

Fontes e Procedimentos		Quantitativo			Total
		H1	H2	H3	
Levantamentos estruturados em sites oficiais		1	2	1	4
Análise de documentos		H1	H2	H3	Total
	Organograma	1	1	1	3
	Mapa Estratégico	1	1	1	3
	Planejamento estratégico	---	1	---	1
	Plano Diretor Estratégico	---	1	---	1
	Manual de Avaliação da Qualidade	1	1	1	3
	Relação de Indicadores da Gestão da Qualidade	1	1	1	3
	Regimento do Núcleo Segurança do Paciente	---	1	1	2
	Regimento do Conselho de Crise	---	1	---	1
	Relatório Epidemiológico	---	1	---	1
	Relatório de sustentabilidade 2020	1	---	---	1
	Relação de indicadores de efetividade assistencial hospitalar monitorados	1	1	1	3
	Manual JCI	---	---	1	1
	Regimento Comissão Avaqualis	---	1	---	1
	RDC	---	1	1	2
	PNSP	1	1	1	3
	CCIH	---	1	1	2
	Portarias	---	4	---	4
Total		7	18	10	35
Questionários online autoaplicados		H1	H2	H3	Total
	Parte 1	18	30	10	58
	Parte 2	4	6	2	12
	Parte 3	32	21	21	74
Total		54	57	33	144
Entrevistas		H1	H2	H3	Total
	Individual presencial	1	6	2	9
	Coletiva Presencial	---	3	---	3
	Videoconferência Individual	---	1	---	1
	Videoconferência Coletiva	2	1	3	6
Total		3	11	5	19
Visitas Técnicas aos hospitais		H1	H2	H3	Total
		1	7	1	9
Encontros para demonstração sobre sistemas de informação e gestão hospitalares		1	4	1	6
Registros em diário de campo da pesquisadora		H1	H2	H3	Total
	Registros em diário de campo (dias)	69	55	36	160
	Registros em diário de campo (laudas, arial 12, espaçamento 1,5)	46	55	19	120
	Registros de transcrições de entrevistas, videoconferências e grupo focal (laudas, arial 12, espaçamento 1,5)	89	139	121	349
	Registros de e-mail	82	167*	103*	352
	Registros de contatos telefônicos	18	38	4	60
	Registros de <i>whatsapp</i> ®	1	27	3	31
	Registros de encontro presencial	1	13	2	16
	Registros de visita técnica	1	9	1	11
	Registros de videoconferências	3	1	3	7
	Registros de Grupos Focais	1	1	1	3
Grupo Focal		1	1	1	3

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

*Obs: o H2 e o H3 tiveram mais registros de *e-mails*, pois a pesquisadora interagiu diretamente com os participantes de pesquisa, diferentemente do H1, em que a comunicação foi centralizada no informante-chave.

** Para realização das três etapas de validação foram analisados 144 questionários *online* autoaplicados.

Os documentos organizacionais foram codificados, de acordo com o QUADRO 7.

QUADRO 7 - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ORGANIZACIONAIS CEDIDOS PELA GESTÃO DE CADA HOSPITAL (H1, H2, H3) E DISPONÍVEIS *ONLINE*, ESPECIFICAÇÕES E OS CÓDIGOS

ESPECIFICAÇÃO			Códigos		
			H1	H2	H3
Documentos	Internos	Organograma	D3H1	D1H2	D2H3
		Mapa Estratégico	D1H1	X	X
		Planejamento estratégico	D2H1	--	---
		Plano Diretor Estratégico	---	D2H2	---
		Manual de Avaliação da Qualidade	---	D7H2	---
		Relação de Indicadores da Gestão da Qualidade	D5H1	D8H2	D4H3
		Regimento do Núcleo Segurança do Paciente	D4H1	D3H2	---
		Regimento do Conselho de Crise	---	D4H2	---
		Relatório Epidemiológico		D6H2	
		Relatório de sustentabilidade 2020	-	-	D1H3
		Relação de indicadores de efetividade assistencial hospitalar monitorados	X	X	X
		Informações oficiais do site do hospital	D6H1	D9H2a D9H2b D9H2c	D3H3
		Regimento Comissão Avaqualis	---	D5H2	---
	Externos	RDC	---	1	---
		PNSP	1	1	1
		CCIH	---	1	1
		Portarias	---	D10H2	---
		Manual JCI	---	---	1

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A seguir, apresentam-se detalhadamente, as fontes e procedimentos utilizados nesta tese.

3.6.1 Levantamentos estruturados em sites oficiais

A internet é uma excelente fonte de dados para pesquisadores qualitativos, em consequência da sua disponibilidade e acessibilidade, e por não requerer transcrições extensas. É uma fonte ubíqua, de valor considerável para ciências da saúde (FAVARO; GILL; HARVEY, 2019). Os levantamentos em *sites* oficiais

possibilitam a coleta de um grande volume de dados, com neutralidade e baixo custo (SALVADOR et al., 2020).

Foram pesquisados os *sites* oficiais do H1, H2, H3, a fim de obter dados relativos a seus ambientes interno e externo operacional.

3.6.2 Documentos organizacionais

Foram analisados documentos cedidos pela Gestão de cada hospital (documentos institucionais internos) e também outros documentos de domínio público disponíveis na internet (documentos externos), como portarias, legislação, e protocolos de segurança do paciente, etc (QUADRO 7, p. 81).

3.6.3 Entrevistas

A entrevista consiste em uma técnica de relação pessoal do participante 'entrevistas' com o pesquisador (TURATO, 2018), a fim de que sejam obtidas informações a respeito de determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2021).

Foi utilizada a entrevista com perguntas semiestruturadas, que define um conjunto de tópicos a serem cobertos, mas a resposta do entrevistado determina o tipo de informação produzida sobre esses tópicos, e a importância relativa de cada um deles (GREEN; THOROGOOD, 2004).

A entrevista requer habilidade por parte do pesquisador. Para atingir o objetivo que se pretende e obter boa qualidade dos dados, deve ser planejada e operacionalizada com clareza e postura neutra por parte de quem pesquisa, de modo a transmitir confiança ao participante de pesquisa. É preciso saber o que, quando e como perguntar; bem como entender os gestos e sinais do entrevistado e incentivá-lo a falar, sem invadir a sua privacidade (SILVA, 2021).

Em algumas situações, conforme os números de internamentos da Covid-19 se elevavam nos hospitais e, conseqüentemente, implicando sobrecarga de trabalho às equipes, optou-se pela realização de entrevistas virtuais, de acordo com os momentos de restrição e flexibilização das medidas de isolamento sociais vigentes.

Desta forma, as entrevistas virtuais foram viabilizadas por videoconferência, via plataforma *Teams*® ou Google Meet®, de acordo com a preferência de cada

hospital. Estas entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora.

A entrevista virtual tem como vantagens a facilidade e flexibilidade de agendamento, interação visual, facilidade de captura de dados (possibilidade de gravar, por exemplo), e como desvantagens, a conexão da internet ruim (HANNA; MWALE, 2019). Ressalta-se que esta alternativa, principalmente em tempos pandêmicos, viabilizou a continuidade de boa parte do trabalho de campo em pesquisas (SILVA, 2021).

Agendadas por via telefônica, *e-mail* ou *whatsapp*®, e ocorridas no dia, hora, e local de preferência do participante, de modo que houvesse privacidade, cada entrevista foi precedida pela apresentação da pesquisadora, com uma breve explanação dos objetivos da pesquisa. O número de entrevistas realizadas, individual e coletivamente, a média de duração e suas características em cada hospital são apresentadas em QUADRO 8.

QUADRO 8 – CARACTERÍSTICAS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS NOS HOSPITAIS H1, H2, H3, 2021

HOSPITAL 1		
Modalidade Data Duração	Finalidade	Posições na estrutura organizacional dos participantes que responderam à entrevista
Videoconferência 25/06/20 45min	Organizar estratégias para operacionalizar a pesquisa: - Apresentar a pesquisa, protocolo da pesquisa, bem como responsabilidades dos participantes e pactuação de prazos (cronograma). - Sanar dúvidas dos participantes.	- 1 Coordenador do Ensino e Pesquisa - 1 Coordenador do CC - 1 Coordenador da SCIH
Entrevista presencial 02/09/20 1h	- Perguntas referentes ao ambiente interno, e à Gestão da Qualidade	- 1 Enfermeira da Qualidade - 1 Coordenadora do Setor da Qualidade
Videoconferência 02/09/20 1h30min	- Corrigir, completar e validar relatório de pesquisa. - Esclarecer pontos que não ficaram claros.	- 1 Diretor da Enfermagem - 1 Coordenador do Setor da Qualidade - 1 Coordenador do Setor de Ensino e Pesquisa - 1 Coordenador do Sistema de Informação
HOSPITAL 2		
Modalidade Data Duração	Finalidade	Posições na estrutura organizacional dos participantes que responderam à entrevista
Videoconferência 06/11/20 1h30min	- Protocolo de pesquisa e viabilidade.	- 1 Chefe da Gestão da Qualidade - 1 Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais do HC
Entrevista presencial 12/11/20 45min	Organizar estratégias para operacionalizar a pesquisa: - Apresentar a pesquisa, protocolo da pesquisa, bem como responsabilidades dos participantes e pactuação de prazos (cronograma). - Sanar dúvidas dos participantes.	- 1 Superintendente - 1 Chefe da Divisão de Ensino e Pesquisa - 1 Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais do HC.
Entrevista presencial 18/11/20 2h	Sistemas de Informação de incidentes e eventos adversos: NOTIVISA, VIGIHOSP, POWER BI, INTRANET, Gestão a vista, programa de qualidade.	- 1 Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais - 1 Enfermeira da Qualidade
Entrevista presencial 25/02/21 3h	Sistemas de informação que a epidemiologia alimenta e retira relatórios.	- 2 Enfermeiras do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (Epidemiologia)
Entrevista presencial 04/03/21 2h	Sistemas Informação SCIH; estrutura da unidade de Vigilância em Saúde. Qualidade: compreender quais e como os indicadores estão estruturados.	- 1 Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde (SCIH)
Entrevista presencial 04/03/21 20min	Sistema de saúde e-Sus.	- 1 Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCCIH)

Entrevista presencial 04/03/21 2h	- AGHU, Comissões - Compreender a estrutura do Sistema de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como o NSP.	- 1 Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (Epidemiologia)
Entrevista presencial 05/03/21 20min	Compreender o processo de planejamento estratégico e elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar.	- 1 Chefe do Setor de Planejamento e Projetos
Entrevista presencial 06/03/21 1h	Compreender o processo histórico de busca pela certificação da qualidade.	- 1 Chefe da Divisão do Cuidado Materno Infantil
Entrevista presencial 11/03/21 1h	Sistemas de Informação.	- 1 Chefe do Setor de Informática
HOSPITAL 3		
Modalidade Data Duração	Finalidade	Posições na estrutura organizacional dos participantes que responderam à entrevista
Entrevista presencial 18/03/21 45min	- Viabilidade e operacionalização da pesquisa.	- 1 Superintendente do Hospital
Videoconferência 08/04/21 1h	Organizar estratégias para operacionalizar a pesquisa: - Apresentar a pesquisa, protocolo da pesquisa, bem como responsabilidades dos participantes e pactuação de prazos (cronograma). - Sanar dúvidas dos participantes.	- 1 Gerente das Unidades de Internação - 1 Gerente SCIH - 1 Supervisora de Materno-Infantil - 1 Supervisora do PA e Centro de Oncologia - 1 Supervisora do CC e da Unidade de Internação - 1 Supervisora da UTI Adulto - 1 Supervisora da Qualidade
Videoconferência 22/04/21 45min	Organizar estratégias para operacionalizar a pesquisa.	- Superintendente do Hospital - 1 Supervisora da Qualidade
Entrevista presencial 26/04/21 1h	- Sistemas de Informação	- 1 Superintendente do Hospital
Videoconferência 26/04/21 25min	Corrigir, completar e validar relatório de pesquisa em relação aos indicadores de efetividade pesquisados. Esclarecer pontos que não ficaram claros.	- 1 Superintendente do Hospital - 1 Supervisora da Qualidade

Fonte: A autora (2022).

3.6.4 Questionários *online* autoaplicados

O questionário *online* foi construído pela pesquisadora e composto de três partes: PARTE 1, PARTE 2 e PARTE 3, conforme apresentadas no QUADRO 9 e no APÊNDICE 2.

QUADRO 9 – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS E RESPECTIVOS RESPONDENTES

Partes do conteúdo do Questionário <i>online</i> autoaplicado	Respondentes
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	Todos os participantes da pesquisa, enviado junto com a PARTE 1.
PARTE 1: Caracterização dos participantes de pesquisa	Todos os participantes da pesquisa.
PARTE 2: Caracterização do ambiente interno e externo operacional do hospital	Gestor ou participantes indicados pela Técnica Bola de Neve para responder ao conteúdo
PARTE 3: Fatores do ambiente interno e externo operacional que interferem na elegibilidade e monitoramento dos indicadores de efetividade assistencial dos hospitais (6 perguntas objetivas e subjetivas para cada um dos 21 indicadores)	

Fonte: A autora (2022).

Na PARTE 3, para cada um dos 21 indicadores de efetividade assistencial hospitalar pesquisados foi elaborado um *link* de acesso específico na plataforma do Google Forms®.

A coleta de dados mediante o questionário foi viabilizada pelo envio deste aos participantes de forma *online*, na plataforma Google Forms®, a fim de que eles respondessem uma série ordenada de perguntas, sem a presença da pesquisadora, de acordo com sua disponibilidade e conveniência, com redução de custos e de tempo.

O ambiente *online* oferece uma forma alternativa de populações incapazes de participarem de coleta de dados presencialmente (FOX, 2019), alternativa propícia para tempos pandêmicos com isolamento social.

Além de ser uma opção acessível, viabiliza uma amostra mais diversificada; a um grupo geograficamente disperso (GIBSON, 2019; SALVADOR et al., 2020), favorecendo a neutralidade no preenchimento do questionário, sem a eventual influência da presença do pesquisador, neste momento (SALVADOR et al., 2020). Autores ainda referem como vantagens a maior chance de retorno, sobretudo pela praticidade (MARCONI; LAKATOS, 2021), e a distribuição rápida e fácil, que potencializa a coleta de dados (TERRY; BRAUN, 2019).

Este formato de coleta de dados acontece de forma assíncrona e o prazo para obtenção das respostas pode ser estendido e acontecer durante dias, semanas, e até meses (GIBSON, 2019).

Nesta pesquisa, foram respondidos na sua íntegra 144 questionários *online* autoaplicados, cuja distribuição nos três hospitais encontra-se no QUADRO 6 (p. 82). A realização do questionário *online* oportunizou à pesquisadora o acompanhamento do andamento da pesquisa em cada hospital, à medida em que os dados eram respondidos na plataforma do Google Forms®.

No e-mail em que o questionário *online* foi enviado aos participantes foi solicitada a devolução do questionário preenchido em até 20 dias. Posteriormente, este prazo foi estendido para até 40 dias em alguns hospitais.

Contudo, este formato de coleta de dados *online* pode ter como limitação a não profundidade nas respostas (SALVADOR et al., 2020), fato observado nesta pesquisa nos primeiros envios de respostas dos participantes ao questionário *online*. Na análise preliminar dos questionários respondidos, em cada hospital, em momentos distintos, foi observado que alguns dados não tinham sido preenchidos na parte 2 e/ou 3, ou não estavam devidamente claros e completos, de modo que foram encaminhados pelo menos mais duas vezes a todos participantes, via *e-mail*, para a complementação e validação das respostas.

3.6.5 Visitas Técnicas

A visita técnica nos hospitais objetivou fornecer uma visão geral do ambiente interno, conhecer as instalações físicas, a estrutura, e interagir com os Gestores e profissionais que atuam nos setores, presencialmente, com vistas à obtenção, esclarecimento ou aprofundamento dos dados. As observações da pesquisadora referentes à visita técnica constam nos registros de diário de campo, cujo quantitativo e qualitativos destas demonstra-se no QUADRO 10.

QUADRO 10 - VISITAS TÉCNICAS AOS HOSPITAIS H1, H2, H3, BRASIL, 2022

Hospitais Data(s) Duração	Setores visitados	Profissionais/função com quem a pesquisadora interagiu na visita técnica
H1 18/08/21 5h	-Unidades Administrativas, Administração, convênios, Divisão de Ensino e Pesquisa, e algumas áreas assistenciais: PA, CC, UI, UTI adulto e neo, Centro de Imagem, Hemodinâmica, Laboratório, Unidade COVID-19 (PA respiratório, centro respiratório, Banco de Sangue, etc).	- Enf. do Setor da Qualidade - Enf. Coordenadora do Setor da Qualidade - Coordenadores e profissionais de diversas áreas visitadas no hospital.
H2 06/11/20 12/11/20 18/11/20 15/02/21 25/02/21 04/03/21 05/03/21 06/03/21 11/03/21 12h25min	- Serviço de Vigilância em Saúde - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - Serviço de Epidemiologia - Setor de Planejamento e Projetos - Setor de Regulação em Saúde - Setor Administrativo/ Unidade de Gestão de Contratos - Setor de Informática - Unidade de Comunicação - Unidade de Gestão de Contratos	- Enf.Chefe da Vigilância em Saúde - Enfs. do SCIH - Enfs. Da Epidemiologia - Farmacêutica do SCIH - Chefe do Setor de Gerenciamento de Riscos Assistenciais - Chefe do Serviço de Vigilância em Saúde - Enf. da Qualidade - Chefe do Setor de Regulação em saúde - Chefe do Setor de Informática - Chefe do Setor de Gestão de Contratos - Administrativo da Gestão de Contratos.
H3 15/07/21 1h	- PA, convênios, administração, unidades de internação, pronto atendimento, centro cirúrgico, UTI, UTI COVID, Unidade Materno Infantil, centro de oncologia, dentre outros.	- Superintendente

Fonte: Dados de pesquisa (2022).

3.6.6 Encontros para demonstração sobre sistemas de informação hospitalares

Constatada a importância dos sistemas de informação para o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar, emergiu nesta pesquisa a necessidade de conhecer e compreender os sistemas de informação utilizados em cada hospital. Portanto, foram agendados encontros no hospital específico para que demonstrassem o uso, a utilidade e a operacionalização desses sistemas à pesquisadora.

O quantitativo dessas demonstrações em cada hospital consta no QUADRO 11.

QUADRO 11 - ENCONTROS PRESENCIAIS PARA DEMONSTRAÇÃO SOBRE SISTEMA DE INFORMAÇÃO NOS HOSPITAIS H1, H2 e H3

Hospitais Data Duração	Gestores/Profissionais com quem a pesquisadora interagiu	Finalidade
H1 18/08/21 1h30min	- Direção Superintendência - Diretor Assistencial - Gerente Setor da Qualidade - Enf. Setor da Qualidade	Descrição dos sistemas STRATEC® e Tasy®, bem como os indicadores monitorados dentro dos SI, especialmente os indicadores de efetividade assistencial hospitalar.
H2 18/11/20 1h30min	- Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais do HC - Enfermeira da Qualidade	Sistemas de Informação de incidentes e eventos adversos: NOTIVISA, Vigihosp, Power BI, Intranet. Esclarecido sobre Gestão a vista, programa de qualidade, etc.
H2 25/02/21 3h	- Enfermeiras do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (Epidemiologia)	Sistemas de informação que a epidemiologia alimenta e retira relatórios.
H2 4/03/21 2h	- Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde (SCIH)	Sistemas Informação do SCIH; como está estruturado a unidade de vigilância em saúde. Qualidade: compreender quais e como os indicadores estão estruturados
H2 4/03/21 20min	- Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCCIH)	Sistema de saúde e-Sus
H2 04/03/21 2h	- Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (Epidemiologia)	AGHU, Comissões em que o H2 faz parte Compreender como está estruturado o Sistema de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como o NSP
H3 15/07/21 1h	- Superintendente Assistencial	Descrição do sistema Tasy®, bem como os indicadores monitorados dentro dos SI, especialmente os indicadores de efetividade assistencial hospitalar.

Fonte: Dados de pesquisa (2022).

3.6.7 Diário de campo

O diário de campo foi um importante recurso nesta pesquisa, pois legitimou o percurso investigativo, no qual foi descrito o passo a passo da pesquisa, seus acordos, negociações e *modus operandi*, suas estratégias; bem como se caracterizou como uma prova real do vivido, pensado e interpretado (CARNEIRO, 2021) e estimulou reflexões pessoais (METH, 2019). O diário de campo constitui um importante instrumento de dados, que auxiliou a pesquisadora nos detalhes da pesquisa (MENDES, MISKULIN; 2017).

No diário de campo foram incluídas as notas teóricas relacionadas ao referencial teórico, as notas metodológicas estavam relacionadas ao método; e as notas da pesquisadora como lembretes, dados relevantes de pesquisa, observações diretas, evidências, relatos das visitas técnicas, relatos dos encontros de

demonstração dos sistemas de informação, relatórios e acompanhamento de preenchimento dos dados pelos participantes de pesquisa, etc.

Os registros em diário de campo foram realizados em 160 dias, e constituíram 120 laudas, em várias modalidades de registro que estão no QUADRO 6.

3.6.8 Grupo focal

O Grupo Focal (GF) é uma técnica de investigação que tem por finalidade obter informações de natureza descritiva, oriundas da interação entre os participantes de um determinado grupo, durante a realização de uma discussão sobre assunto de interesse do pesquisador. A técnica pode ser utilizada para ampliar a compreensão das informações obtidas por meio da utilização de outras técnicas, e de outros métodos de investigação (OLIVEIRA et al., 2020).

Deste modo, o GF intensifica a coleta de dados, porque trata de um tema em profundidade, com objetivos claros e precisos, estimulando a reflexão e a crítica da realidade vivida pelos participantes do grupo, a fim de se obter dados de alta qualidade dentro do contexto, que contribuam para tornar o assunto mais coeso (KALINKE et al., 2019).

Para o sucesso do GF, deve-se promover condições necessárias para que todos os participantes tenham as mesmas oportunidades de apresentarem concepções, e que elas sejam debatidas e analisadas pelo grupo (OLIVEIRA et al., 2020). Recomenda-se que o grupo focal seja constituído de seis (6) a 12 participantes (KRUEGER; CASEY, 2014) e que tenha duração entre 1 e 2 horas.

Foram realizados três (03) grupos focais, sendo um em cada hospital, para validar, complementar e corrigir o relatório da pesquisa com os dados compilados de todas as fontes e procedimentos realizados (QUADRO 12).

Foi utilizado para os três hospitais um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora, que consistiu em perguntas selecionadas para serem elucidadas e aprofundadas pelos participantes. O roteiro foi encaminhado aos participantes do H1, H2, H3, com sete (07) dias de antecedência a videoconferência/entrevistas presenciais, para que pudessem tomar ciência, pensar e pesquisar as respostas.

Destaca-se que os temas e perguntas trabalhados em cada GF foram distintos, a partir da análise das demandas apontadas pela pesquisadora de acordo

com os dados coletados em cada hospital. Em todos eles, todas as questões do roteiro foram respondidas e validadas no GF, obtendo-se consenso.

O GF finalizou a etapa de coleta de dados, e foi realizado presencialmente, nas dependências dos próprios hospitais, com a presença dos participantes e da pesquisadora, como moderadora, e da assistente, que participou virtualmente, por meio da plataforma Teams®. A pesquisadora coordenou e moderou o GF, viabilizou a gravação de voz pelo aplicativo do celular, e a assistente realizou a gravação da imagem e som na plataforma virtual, e anotações. No QUADRO 12 apresentam-se os GF realizados, bem como suas características: datas, duração, participantes e finalidade.

QUADRO 12 – GRUPO FOCAL, PRESENCIAL

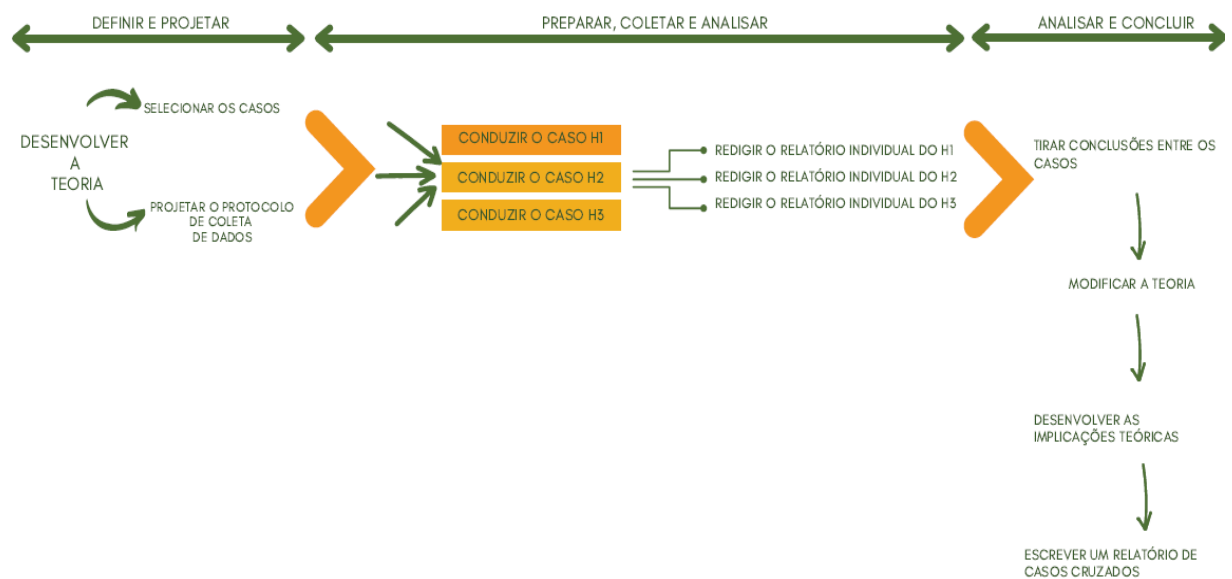
Hospitais Data Duração	Participantes na estrutura organizacional	Finalidade
H1 18/08/21 1h15min	- Diretor Superintendente - Diretor Assistencial - Gerente Setor da Qualidade - Enf. Setor da Qualidade - Supervisora CCIH - Enf. Coordenadora Gestão de Leitos - Coordenador de Enfermagem - Gerente do Hemonúcleo	Elucidar dúvidas em relação aos indicadores de efetividade pesquisados e aos ambientes interno e externo operacional dos hospitais. Etapa final da pesquisa.
H2 14/12/21 1h30min	- Chefe da Unidade de Serviço de Qualidade - Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais	
H3 15/07/21 1h45min	- Superintendente Assistencial - Coordenador das Clínicas Unidades de Internação - Coordenador do Controle de Infecções - Supervisor de Materno-Infantil - Supervisor de Pronto Atendimento e do Centro Oncologia - Supervisora da Qualidade	

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

3.7 ETAPAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO

Na FIGURA 8 apresentam-se as etapas metodológicas do estudo de caso múltiplo, desenvolvido para esta tese.

FIGURA 8 - ETAPAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS



Fonte: Adaptado de COSMOS CORPORATION *apud* YIN (2015).

No projeto desta pesquisa, os casos foram planejados para serem conduzidos separadamente. No entanto, com a demora dos retornos dos questionários pelos participantes e diante dos atrasos no agendamento de procedimentos de pesquisa planejados, consequências do impacto da pandemia da Covid-19 nos Comitês de Ética em Pesquisa, e nos hospitais, foi necessário coletar dados em todos eles concomitantemente, a medida em que as etapas de coleta de dados se desenvolviam.

Nesta pesquisa, o método está associado às etapas metodológicas apresentadas na FIGURA 8 e no QUADRO 13.

QUADRO 13 - ETAPAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO

Etapas Metodológicas	Procedimentos realizados
1. Definir e projetar	- Projeto de Pesquisa (definidos os objetos de estudo (17 indicadores de efetividade assistencial hospitalar na dimensão de segurança do paciente e 4 na dimensão de cuidado centrado no paciente) e as unidades de análise (hospitais H1, H2, H3) - Teste de validade interna - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Emenda no CEP - Protocolo de Pesquisa - Aproximação do campo de pesquisa - Recrutamento
2. Preparar, coletar e analisar	- Fontes e procedimentos de pesquisa - Técnicas de Análise
3. Analisar e concluir	- Teste de validade de constructo - Conclusões

Fonte: A autora (2022) fundamentada em COSMOS CORPORATION *apud* YIN (2015).

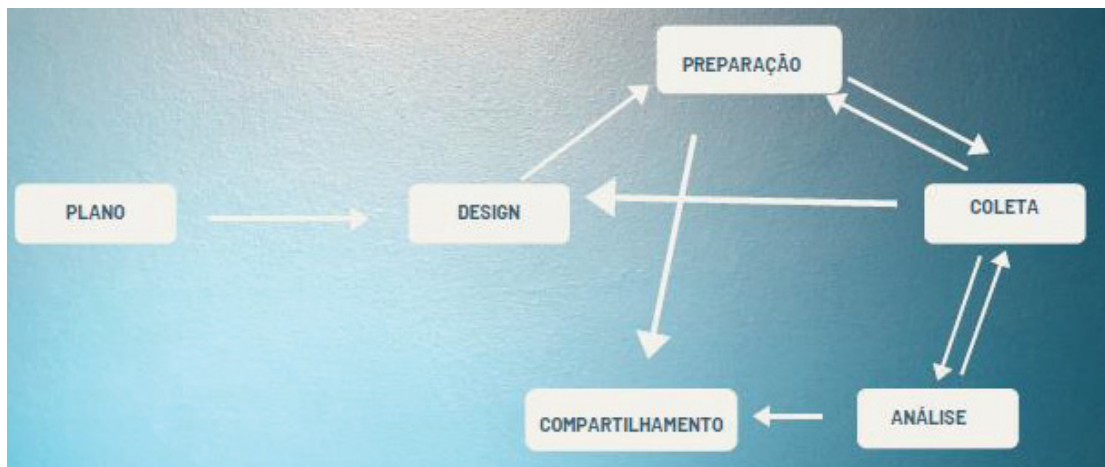
3.8 PLANEJAMENTO, PROTOCOLO DE PESQUISA E OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Nesta seção serão abordados o planejamento, o protocolo de pesquisa e como foi executada a etapa de coleta de dados.

3.8.1 Planejamento

Este estudo de casos múltiplos contemplou seis fases de planejamento, as quais compõem um processo linear, mas interativo: plano, *design*, preparação, coleta, análise e compartilhamento (FIGURA 9) (YIN, 2015).

FIGURA 9 - FASES DO PLANEJAMENTO DO ESTUDO DE CASO



FONTE: Adaptado de YIN (2015, p. 2).

Portanto, o desenvolvimento deste estudo de caso múltiplo foi viabilizado por um processo linear, mas interativo, no planejamento das etapas, houve possibilidade de retorno, com melhorias e re(adequações) às fases anteriores, para que fossem cumpridos os objetivos.

A validade e a confiabilidade da pesquisa qualitativa e de seus resultados são elementos importantes para fornecer evidências sobre a sua qualidade (HAYASHI JR.; ABIB; HOPPEN, 2019; HAYASHI JR et al., 2021). Uma boa diretriz para a realização de estudos de caso é conduzir a pesquisa de forma que um outro pesquisador possa repetir os procedimentos e chegar aos mesmos resultados. Para tal, nesta pesquisa cumpriram-se testes para estabelecer a qualidade e a confiabilidade dos resultados (QUADRO 14) (YIN, 2015).

QUADRO 14 - CRITÉRIOS APLICADOS NA PESQUISA PARA ESTABELECEER A QUALIDADE DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS NOS HOSPITAIS

Crítérios	Estratégias do Estudo de casos múltiplos
Validade do constructo	- Utilizaram-se múltiplas fontes de dados (triangulação), o que permitiu, de acordo com Fush, Fush e Ness (2017) e Hayashi Junior et al. (2021), explorar várias facetas do fenômeno estudado. - Foram utilizadas, no mínimo, três etapas de validação com os participantes, individualmente, e coletivamente no grupo focal, conforme FIGURA 8. - Em cada hospital houve contato permanente com um informante-chave; da Gestão da Qualidade ou da Superintendência, que auxiliou a pesquisadora durante o processo de coleta e análise dos dados.
Validade interna	- Os questionários da pesquisa foram avaliados e validados qualitativamente, quanto à objetividade, clareza, especificidade e aplicabilidade prática por dois profissionais, ambos, referências na área da Gestão e da Qualidade em Serviços de Saúde; um Doutor em Enfermagem com 30 anos de experiência profissional; e um Mestre em Enfermagem com 24 de experiência.
Validade externa	- Esta pesquisa de estudo de casos múltiplos à banca de defesa no PPGENF-UPFR.
Confiabilidade	- Seguiu-se rigorosamente o mesmo protocolo de pesquisa para os três hospitais, que descreve criteriosamente os passos para sua realização. Utilizou-se como embasamento as etapas metodológicas do estudo de caso: 1. definir e projetar; 2. preparar, coletar e analisar; e, 3. analisar e concluir. - Para cada hospital foi aberto um diário de campo em documento word®, no qual foram realizados registros, notas técnicas, notas metodológicas e notas teóricas. - A pesquisa utilizou o <i>check list</i> do <i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i> (COREQ), para garantir a qualidade da condução da coleta de dados de entrevistas e grupo focal, e do relatório final (SOUZA et al., 2021; TONG, SAINSBURY; CRAIG, 2007)

FONTE: Dados da pesquisa (2021), fundamentados nas estratégias de YIN (2015); ALLAIK, ZILLER (2012); TURATO (2018); HAYASHI JR.; ABIB; HOPPEN (2019).

Portanto, para assegurar validade aos resultados da pesquisa, realizou-se o *debriefing* e a reflexão durante todo o seu desenvolvimento (HAYASHI JR.; ABIB; HOPPEN, 2019), com retorno a etapas anteriores com vista a sua melhoria e replanejamento, sendo a validade concluída no relatório do grupo focal.

Destaca-se que na fase de preparação é imprescindível o planejamento de como e para quem compartilhar os relatórios de pesquisa. Para o compartilhamento das informações, optou-se pela estrutura do estudo de caso denominada por analítica linear, cujo relatório de pesquisa tem sequência iniciando com o aspecto ou problema sendo pesquisado, com uma revisão de literatura relevante. Os subtópicos prosseguem para cobrir os métodos usados, os dados coletados, a análise de dados e as descobertas, terminando com as conclusões e suas implicações para a questão norteadora (YIN, 2015).

No QUADRO 15 descrevem-se as ações que foram realizadas em cada fase de planejamento do estudo de casos múltiplos que se apresenta nesta tese.

QUADRO 15 - DESCRIÇÃO DAS FASES DE PLANEJAMENTO DO ESTUDO DE CASO

Fases de planejamento	Descrição
Plano	Identificada a <u>questão norteadora da pesquisa</u> (quais fatores do ambiente interno e externo operacional à instituição hospitalar contribuem para a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em cada hospital, nas dimensões segurança do paciente e cuidado centrado no paciente). Optou-se pelo estudo de caso como método de procedimento para descrever e explorar ampla e profundamente o fenômeno estudado.
Design	Definidos os <u>objetos do estudo</u> (indicadores de efetividade assistencial hospitalar, sendo 17 na dimensão de segurança do paciente e quatro na dimensão de cuidado centrado no paciente); bem como as <u>unidades de análise</u> (três hospitais). <u>Estabelecida a tese desta pesquisa</u> : há fatores dos ambientes interno e externo operacional do hospital que influenciam ou contribuem para a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente. Elaborados os <u>questionários de coleta de dados</u> , validados por dois especialistas, e <u>definidas as fontes e procedimentos de coleta de dados</u> .
Preparação	<u>Delineada a forma de compartilhar os relatórios de pesquisa</u> com os hospitais e seus respectivos participantes. Ampliadas as habilidades da pesquisadora, com o <u>desenvolvimento do projeto de tese</u> , <u>aprovação pela banca de Qualificação</u> , <u>apresentação do protocolo de pesquisa a cada hospital</u> , e o <u>acompanhamento dos trâmites relativos aos CEPs</u> .
Coleta	Foram coletados dados com diferentes procedimentos e fontes: levantamentos estruturados em sites oficiais, análise documentos organizacionais, entrevistas, questionários <i>online</i> autoaplicados, visitas técnicas, encontros de demonstrações sobre sistemas de informação, diário de campo da pesquisadora, grupos focais.
Análise	Tratamento de dados sob diferentes formas: - Transcrição e descrição no programa Word®, - Tabulação de extensos bancos de dados no programa Excel®, - Dados e documentos foram inseridos no <i>software</i> NVivo®, versão Release 1.3 (535), Análise: - Codificação no <i>software</i> NVivo®. - Desenvolvidas estratégias analíticas para serem seguidas como guias, sustentadas pelo referencial da Teoria Sistêmica da Administração e outros autores; e análise de conteúdo categórica segundo Bardin (2021). - Categorização temática.
Compartilhamento	A tese será submetida a uma avaliação por banca de defesa, instituída pelo Programa de Pós-Graduação. Artigos serão submetidos a periódicos, e divulgados em eventos científicos. Para cada um dos hospitais pesquisados, será encaminhado ao Diretor um relatório dos resultados referentes ao seu respectivo hospital.

Fonte: Dados da pesquisa (2022), fundamentados em YIN (2015).

3.8.2 Protocolo de pesquisa

O desenvolvimento do protocolo de pesquisa é especialmente eficaz e aumenta a sua confiabilidade. Consiste em um guia de procedimentos para a coleta de dados para o estudo de caso, incluindo um conjunto de questões a serem abordadas pelo pesquisador, representando a sua “agenda mental” (YIN, 2015).

O protocolo desta pesquisa foi encaminhado por *e-mail* a todos os hospitais, e apresentado na primeira videoconferência aos participantes (APÊNDICE 3). Após a aprovação do projeto pelo CEPs da instituição proponente e das coparticipantes, foi realizada em cada hospital, em momentos diferentes, uma videoconferência, que constituiu no primeiro encontro com os respectivos participantes para apresentação do protocolo de pesquisa.

Este primeiro encontro consistiu em breve explanação sobre os elementos essenciais da pesquisa como o título, questão norteadora, apresentação das pesquisadoras, objetivos, consonância com preceitos éticos em pesquisa com seres humanos; descrição dos documentos da pesquisa; responsabilidades da pesquisadora e dos participantes; fluxograma; desenvolvimento da coleta de dados, com etapas a serem cumpridas e seus prazos. Integram o protocolo o TCLE e os questionários de coleta de dados (PARTE 1, PARTE 2 e PARTE 3).

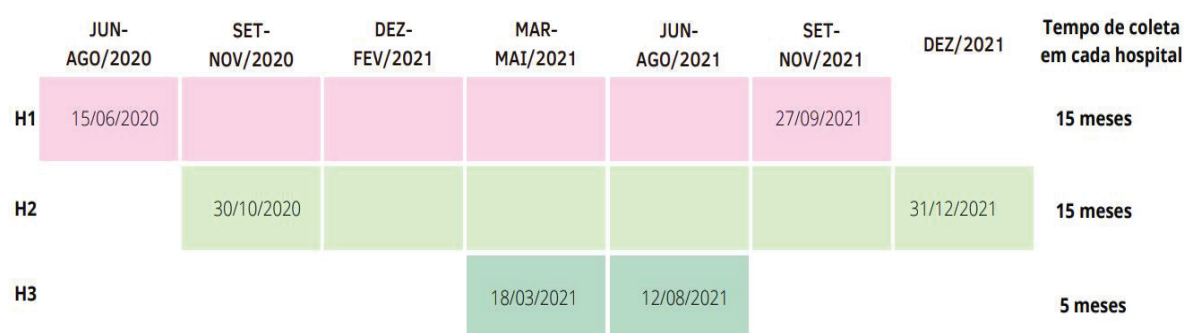
3.8.3 Operacionalização da coleta de dados

Posteriormente à primeira videoconferência em cada hospital, foi reencaminhado ao Gestor, ou a quem ele indicou, um *e-mail* contendo o protocolo de pesquisa, com a orientação de que todos os participantes deveriam preencher o TCLE e a PARTE 1 do questionário *online* autoaplicado.

Aos participantes indicados, foi encaminhado o *link* de acesso ao Google Forms®, para lhes viabilizar acesso à PARTE 1, e à PARTE 2 ou 3, dependendo do que competia a cada um deles responder. Quando o participante não respondia, ou respondia parcialmente as perguntas, ele indicava outro profissional (técnica bola de neve), e após a conferência do atendimento aos critérios de inclusão pela pesquisadora, era feito o convite com encaminhamento dos *links* de acesso aos questionários que lhe competia responder.

A etapa de coleta de dados transcorreu de junho de 2020 a dezembro de 2021 em todos os hospitais, destaca-se que a coleta foi considerada finalizada após o relatório do Grupo Focal, de acordo o cronograma do QUADRO 16.

QUADRO 16 - CRONOGRAMA DE COLETA DE DADOS REALIZADA NOS HOSPITAIS H1, H2, H3, BRASIL, 2022



Fonte: A autora (2022).

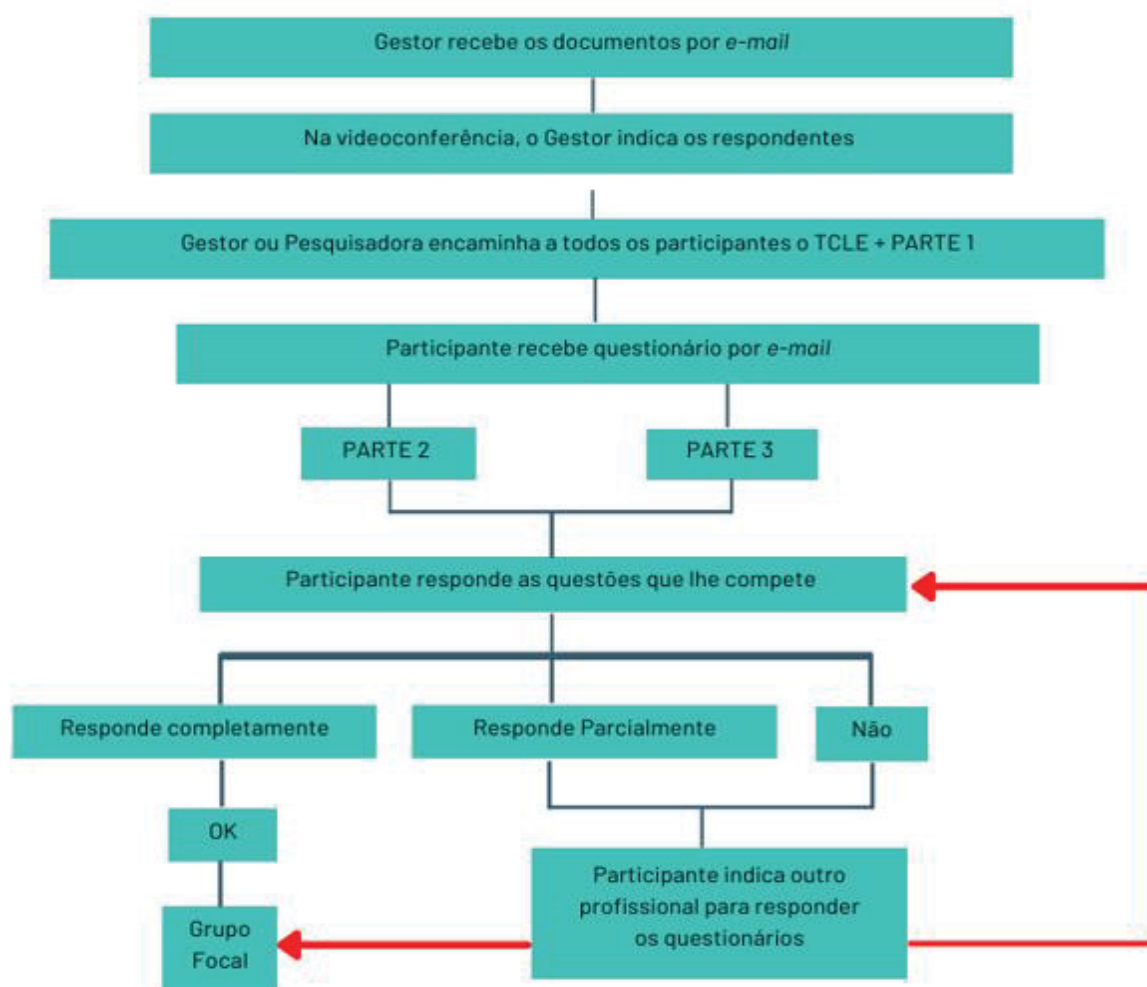
A coleta de dados demanda muito energia e tempo do pesquisador, por vezes mais do que planejado. Exige também paciência, perseverança e esforço pessoal, bem como cuidadoso registro de dados e preparo prévio (MARCONI; LAKATOS, 2021). E no caso de coleta de dados para um estudo de caso, torna-se ainda mais complexa, em consequência da versatilidade metodológica para assegurar o controle da qualidade durante o processo, a fim de garantir a validade do constructo e confiabilidade dos resultados (YIN, 2015).

Durante todo o período de coleta de dados houve acompanhamento e supervisão pela pesquisadora, com comunicação mediada por tecnologias eletrônicas com o informante-chave de cada hospital ou outras pessoas designadas pela Gestão, conforme a circunstância.

O acompanhamento da coleta de dados incorreu em efetivo controle e organização sobre o andamento da completude das respostas aos questionários pelos participantes. Para tanto, a plataforma Google Forms® e o *e-mail* foram acessados diariamente pela pesquisadora, sendo elaborada uma planilha de acompanhamento dos questionários e das perguntas respondidas. A interação dessa com o informante-chave e/ou participantes de pesquisa de cada hospital ocorreu continuamente, por meio de relatórios semanais, e algumas vezes diários, encaminhados via *e-mail*.

Na FIGURA 10 ilustra-se como a etapa de coleta de dados foi operacionalizada nos hospitais.

FIGURA 10 – OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS EM CADA HOSPITAL DE PESQUISA, H1, H2, H3, BRASIL, 2022



Fonte: A autora (2022).

3.8.3.1 Validação

Em cada hospital, a validade interna, a validade externa e a validade de constructo asseguram a confiabilidade e a qualidade dos dados de pesquisa. Os critérios aplicados para assegurá-las, baseados em YIN (2015); TURATO (2018); HAYASHI JR.; ABIB; HOPPEN (2019), estão elencados no QUADRO 14.

No retorno dos questionários e entrevistas pelos participantes, e após a transcrição destas, a pesquisadora realizou a leitura e análise preliminar, bem como o tratamento inicial dos dados. À medida em que os dados eram obtidos, a pesquisadora elaborava sínteses e as encaminhava aos respectivos respondentes, para validação, complementação e/ou correção.

Em um segundo momento, as sínteses validadas pelos participantes foram também posteriormente validadas em entrevistas coletivas e Grupo Focal.

A validação das respostas dos participantes, também denominada na literatura por *feedback* dos informantes ou como confirmabilidade, representou uma auditoria na qual a pesquisadora obteve, na coleta e na análise (preliminar, observação da pesquisadora) o que o participante queria dizer, ou se o fenômeno estudado foi retratado adequadamente (HAYASHI JR.; ABIB; HOPPEN, 2019). Consequentemente, estas etapas foram rigorosamente seguidas pela pesquisadora para que os dados de pesquisa correspondessem exatamente à realidade de cada hospital, e, para cumprir os objetivos de pesquisa.

3.8.4 Critérios para a interrupção da coleta de dados

A etapa da coleta de dados pode ser interrompida quando os dados coletados não acrescentam novas informações (MINAYO, 2017). Nesta pesquisa, as questões remanescentes foram sanadas no grupo focal, em que se constatou a saturação dos dados.

Compilar diversas fontes de dados favorece uma análise aprofundada e permite a criação de dados e triangulação teórica, assim, favorece a saturação (HAYASHI JUNIOR et al., 2021). Segundo Turato (2018), na pesquisa qualitativa o pesquisador pode encerrar a etapa de coleta de dados quando após as informações coletadas com um certo número de participantes, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo. Entende-se que novas falas passam a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos inicialmente propostos para a pesquisa.

3.9 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A fase de coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente em alguns momentos da pesquisa. A análise dos casos ou unidades de análise (H1, H2 e H3) e dos objetos de estudo (indicadores de efetividade assistencial hospitalar) ocorreu separadamente, e posteriormente, realizou-se uma análise conjunta.

A integração da coleta, tratamento, análise preliminar de dados de pesquisa e da síntese dos resultados está ilustrada na FIGURA 11.

FIGURA 11 - INTEGRAÇÃO DA COLETA, TRATAMENTO, ANÁLISE PRELIMINAR DE DADOS DE PESQUISA E SÍNTESE DOS RESULTADOS



FONTE: A autora (2022).

3.9.1 Análise de Conteúdo categorial dos dados da pesquisa

A análise de conteúdo categorial (ou temática) desta pesquisa fundamenta-se em Bardin (2021). A obra da autora Laurence Bardin “*L’analyse de contenu*” publicada em Paris, em 1977, destaca-se na literatura especializada de Análise de Conteúdo, sendo um manual sobre a operacionalização do método, seus princípios e conceitos fundamentais (CARDOSO; OLIVEIRA; GHELLI; 2021).

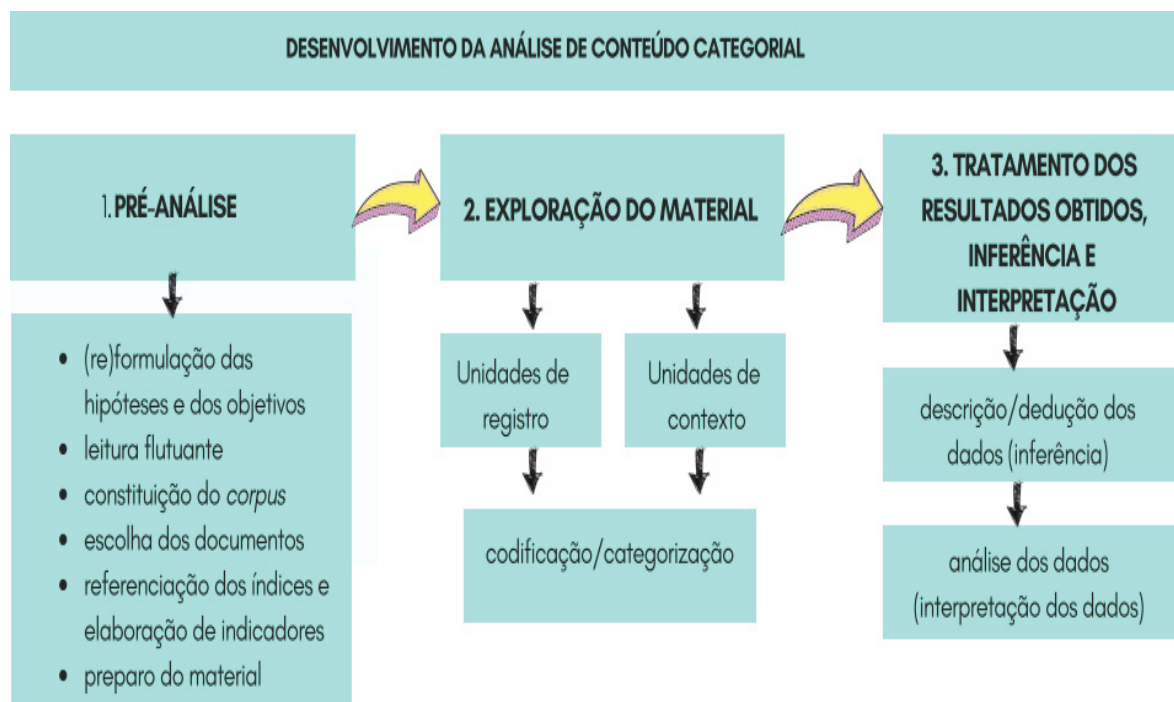
Enquanto procedimento de pesquisa, a Análise de Conteúdo desempenha um importante papel no campo das pesquisas sociais, pois permite analisar com profundidade a questão da subjetividade, ao reconhecer a não neutralidade entre pesquisador, objeto de pesquisa e contexto. O que não a descredencia nos aspectos da validade e do rigor científicos, por seguir rigorosamente princípios e regras sistematizados (CARDOSO; OLIVEIRA; GHELLI; 2021).

Na análise dos dados busca-se dar significado mais amplo às respostas dos participantes, vinculando-as ao referencial teórico, à literatura correlata ao tema, aos objetivos de pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2021).

Nesta modalidade de análise qualitativa, a autora relaciona a noção de “tema”, a uma afirmação a respeito de determinado assunto, que comporta um feixe de relações, e pode ser representado por meio de uma palavra, uma frase ou resumo (BARDIN, 2021).

A seguir descrevem-se as fases da análise de conteúdo categorial, que são organizadas em pólos cronológicos (BARDIN, 2021): 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados. A FIGURA 12 ilustra um esquema das etapas da análise de conteúdo categorial, e posteriormente, descreve-se sucintamente cada item.

FIGURA 12 - FASES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO CATEGORIAL DE BARDIN (2021)



FONTE: A autora (2022), fundamentada em Bardin (2021, p. 128).

Nessas fases, não há fronteiras nítidas entre a coleta de dados, o início do processo de análise e o tratamento, inferência e interpretação dos dados. Tal fato ilustra o aspecto de possibilidade de retorno às etapas anteriores citado por Bardin (CARDOSO; OLIVEIRA; GHELLI; 2021) e se aplicam às características do estudo de caso, para o aprimoramento da coleta e análise dos dados.

Pré-análise - consiste na fase de organização propriamente dita, constituindo-se um período de intuições, com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, a fim de conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Esta fase possui três missões: a escolha de documentos a serem submetidos à análise, a reformulação das hipóteses e dos objetivos. Estes três fatores não seguem uma ordem cronológica, e são ligados uns aos outros. Esta fase compreende a leitura flutuante, a escolha dos documentos e a constituição do *corpus*.

A leitura flutuante: a primeira atividade consiste em estabelecer contato com os documentos a serem analisados e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações.

Nesta leitura, ocorre a escolha dos documentos suscetíveis de fornecerem informações sobre o problema levantado.

E, finalmente, ocorre a constituição do *corpus*, que é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos, e implica, muitas vezes, escolhas, seleções e regras (BARDIN, 2021).

As regras para a constituição de corpus, incluem a consideração da: 1. exaustividade: definido o *corpus*, é preciso ter-se em conta todos os seus elementos; 2. representatividade: a amostra diz-se rigorosa se for uma parte representativa do universo inicial. Neste caso, os resultados obtidos serão generalizados ao todo; 3. homogeneidade: os documentos retidos devem ser homogêneos, obedecendo a critérios precisos de escolha; 4. pertinência: os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise (BARDIN, 2021).

Na (re)formulação das hipóteses e dos objetivos, parte-se do princípio que a hipótese é uma afirmação provisória, que propõe verificar (confirmar ou infirmar), recorrendo aos procedimentos de análise. Neste momento, retoma-se à etapa exploratória, com leitura exaustiva do material às indagações de pesquisa. Valorizam-se os procedimentos exploratórios, a riqueza da pesquisa de campo. Pode-se reformular hipóteses ou pressupostos, corrigir rumos interpretativos ou surgir novas indagações (BARDIN, 2021).

Na referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, parte-se do princípio que os textos são manifestações que contêm índices que a análise vai revelar. O trabalho preparatório será o da escolhê-los e organizá-los em indicadores. Por exemplo, o índice pode ser a menção explícita de palavras, temas, casos participantes, etc. (BARDIN, 2021).

A preparação de material é uma ação formal para que este seja codificado e categorizado na fase de exploração do material. E quando as etapas da pré-análise são concluídas, a fase de análise consiste na aplicação sistemática das decisões tomadas, o que corresponde a exploração do material (BARDIN, 2021).

É o momento em que ocorre a codificação que consiste na busca das unidades de registro (palavra-chave ou frase, avaliação e seleção criteriosa do que e qual parte será analisada); e unidades de conteúdo (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro, busca de onde a unidade de registro está). A codificação caracteriza-se por um processo, no qual dados brutos são transformados seguindo regras precisas e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo. Nesta fase, os dados de pesquisa

selecionados foram importados para software N-vivo®, e posteriormente aconteceu a apreensão dos códigos e sua articulação com a análise de conteúdo categorial temática, para elaboração de categorias, subcategorias e temas consistentes (BARDIN, 2021).

E a categorização consistiu na organização dos dados. Classificar elementos em categorias permite agrupar a parte comum dos dados. A etapa anterior (de codificação), auxiliou esta etapa de categorização (as categorias emergiram dos dados de pesquisa). O *software Nvivo®*, neste sentido, auxiliou a pesquisadora a visualizar sob diferentes óticas os dados de pesquisa.

Optou-se por categorizar segundo temáticas, cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O tema consiste em uma unidade de significação que emerge de um texto analisado, de acordo com critérios relativos à teoria que serve de referencial à leitura.

Após os dados codificados e devidamente organizados, iniciou-se o tratamento, inferência e interpretação. Nesse momento, atentou-se ao referencial teórico pertinente aos objetivos de pesquisa para inferir e interpretar mediante a articulação do material empírico coletado e o referencial teórico proposto.

Na sequência a discussão dos temas, a redação e articulação com eixo teórico, com interpretações, relações com teorias e, ou construção de novas dimensões teóricas e interpretativas.

A inferência consistiu na dedução lógica, a partir dos fatos, e a interpretação fez parte da análise da pesquisadora.

3.9.2 Codificação e categorização dos dados no *software NVivo®*, versão Release 1.3 (535)

Os dados da pesquisa foram importados para o *software NVivo®*, versão Release 1.3 (535), o que permitiu a codificação, a categorização, filtragem, buscas e questionamentos sobre os dados, a fim de responder à questão norteadora da pesquisa (NVIVO, 2021). Utilizou-se este *software* para facilitar o manejo do grande volume de dados da pesquisa, mas também para descobrir conexões sutis, além de justificar rigorosamente os resultados encontrados.

Após a importação do material para o *software*, realizou-se na análise dos dados, a triangulação das fontes e procedimentos de coleta de dados distintos, submetidos à análise de conteúdo categorial, fundamentado em Bardin (2021).

A triangulação dos dados possibilitou a apreensão da realidade sob diversos ângulos, possibilitando o confronto de informações, de maneira a minimizar vieses resultantes de uma única perspectiva (SANTOS et al., 2020).

No que diz respeito à codificação, o *software* NVivo® trabalha com o conceito de códigos, que remetem aos materiais agrupados em uma categoria com base no seu tópico, tema. Os códigos auxiliam na busca por padrões e ideias emergentes. É possível destacar os nomes dos arquivos importados, à medida que o trabalho avança (NVIVO, 2022).

As categorias emergiram da análise categorial temática dos dados, mediante a sua classificação e refinamento das categorias, que expressam a interpretação dos achados da pesquisa. Entre elas encontram-se categorias convergentes, que são comuns aos três hospitais, e não convergentes, as quais são apresentadas no capítulo 5, de análise e discussão dos resultados.

Destacam-se as nomenclaturas dos softwares NVivo® e da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2021) no QUADRO 17.

QUADRO 17 - NOMENCLATURA SEGUNDO O SOFTWARE NVIVO® E ANÁLISE DE CONTEÚDO CATEGORIAL DE BARDIN (2021), E SUA UTILIZAÇÃO NESTA PESQUISA

Software NVivo	Análise de Conteúdo Categorical (BARDIN, 2021)	Nesta pesquisa
Códigos	Unidades de Registro – Temas, ideias, significados	Geram as categorias nesta pesquisa
Casos	Unidades de Contexto	Referem-se aos hospitais, e participantes da pesquisa.

Fonte: A autora (2022), fundamentada em Bardin (2021) e NVivo® (2021).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados de pesquisa, como a caracterização dos participantes e dos ambientes interno e externo operacionais dos hospitais de pesquisa, obtidos por meio dos questionários *online* autoaplicados, documentos organizacionais e consolidados no grupo focal.

Devido à grande quantidade de dados obtidos neste estudo de caso múltiplo, apresentam-se também neste capítulo a discussão sobre os participantes da pesquisa. A discussão dos resultados como um todo são discutidos no capítulo 5 junto com as categorias que emergiram na Análise Temática Categorial.

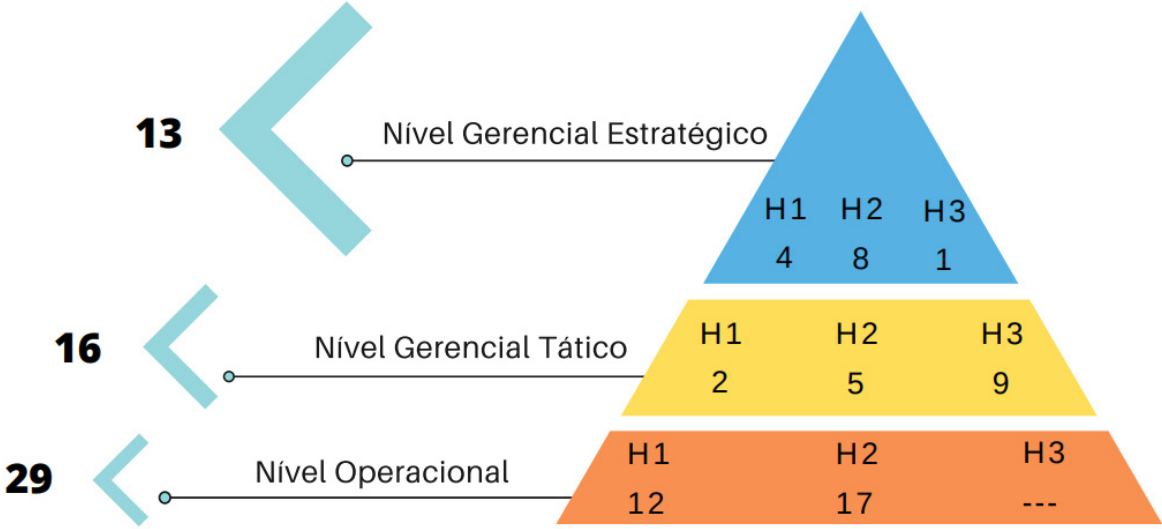
Dá-se ênfase nos fatores do ambiente interno e externo operacional que contribuíram ou interferiram, nos H1, H2 e H3, para a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar, nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

Rememora-se que os nomes dos hospitais, bem como os participantes de pesquisa não serão divulgados. Os hospitais foram codificados, aleatoriamente, com as letras H1, H2 e H3.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DO H1, H2, H3

A pesquisa contemplou participantes de diversas áreas de atuação nos hospitais H1, H2 e H3. Observou-se que, entre os hospitais, os cargos dos participantes são semelhantes, e alguns específicos de determinado hospital. Em vista disso, foram agrupados em categorias os cargos que, embora com terminologias diferentes em cada hospital, estão na mesma posição hierárquica na estrutura organizacional, ou com o mesmo foco de atuação (FIGURA 13; QUADRO 18).

FIGURA 13 - NÍVEIS GERENCIAIS DOS PARTICIPANTES ENTRE OS HOSPITAIS H1, H2, H3, BRASIL, 2022



FONTE: A autora (2022).

QUADRO 18 – NÍVEIS GERENCIAIS DOS PARTICIPANTES ENTRE OS HOSPITAIS H1, H2, H3, BRASIL, 2022 (continua)

Nível Gerencial Estratégico				Total
H1	H2	H3		
- 1 Diretor Superintendente - 1 Diretor Assistencial - 1 Gerente da Assessoria de Gestão da Qualidade - 1 Gerente da Assessoria de Estratégia e Projetos	- 1 Gerente da Assistência em Saúde - 1 Chefe de Unidade da Comunicação - 2 Chefes do Setor de Vigilância a Saúde e Segurança do Paciente - 1 Ouvidor - 1 Chefe do Setor da Informação e Informática - 1 Analista de Sistemas do Setor de Planejamento e Projetos - 1 Chefe do Setor de Planejamento e Projetos	- 1 Superintendente Assistencial		
4	8	1		13
Nível Gerencial Tático Coordenador				
H1	H2	H3		
- 1 Gerente da divisão de Farmácia - 1 Gerente Departamento de Enfermagem	- 1 Chefe do Setor de Avaliação e Regulação Assistencial - 1 Chefe de Divisão de Gestão de cuidados - 1 Chefe de Unidade de Gestão de Risco - 1 Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde - 1 Chefe da Unidade Cirúrgica	- 1 Supervisor do Setor de Gestão da Qualidade - 1 Supervisor Médico do Setor da Gestão da Qualidade - 1 Supervisor SCIH - 1 Supervisor do Bloco Cirúrgico e Unidade de Internação Cirúrgica - 1 Supervisor de Relacionamento com o Cliente - 1 Supervisor das Clínicas Assistenciais - 1 Supervisor da UTI Adulto e da Agência Transfusional - 1 Supervisor Materno Infantil - 1 Supervisor Assistencial do Pronto Atendimento e Centro de Oncologia		
2	5	9		16

QUADRO 18 – NÍVEIS GERENCIAIS DOS PARTICIPANTES ENTRE OS HOSPITAIS H1, H2, H3, BRASIL, 2022 (conclusão)

Nível Gerencial Operacional			
H1	H2	H3	Total
- 1 Enfermeiro da Qualidade. - 2 Supervisor do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - 1 Coordenador Administrativo-Financeira do Instituto de Ensino e Pesquisa - 1 Gerente de Divisão de Bloco Cirúrgico - 1 Supervisor - 1 Assistente Especializado de Estatística - 1 Supervisor de Regulação Operadora de saúde - 1 Gerente da Gestão de Leitos - 1 Analista Especializado da Divisão de Assessoria Corporativa - 1 Administrador de Recursos Humanos - 1 Gerente de Projetos	- 1 Médica Responsável Técnica pela Unidade Transfusional - 1 Supervisora do Centro Cirúrgico Ambulatorial - 1 Farmacêutico do SCIH - 1 Coordenador da equipe de estomaterapia e de Unidade de Internação - 1 Enfermeiro da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais - 1 Chefe da Unidade Cardio-Pneumo - 1 Chefe do Centro Cirúrgico - 1 Chefe do SCIH - 1 Supervisor do Centro Obstétrico - 1 Engenheiro da Engenharia Clínica - 1 Analista Administrativo do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde - 1 Assistente Administrativo da Unidade de Monitoramento e Avaliação - 1 Assistente Administrativo do Centro Cirúrgico - 1 Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - 2 Enfermeiros da Unidade de Vigilância Epidemiológica - 1 Coordenadora do Comitê de Humanização	---	29
12	17	---	29

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A seguir são apresentados dados sobre o perfil dos participantes: características sociodemográficas (TABELA 1); características relativas à educação formal: nível de escolaridade (TABELA 2), área de formação técnica ou de graduação (TABELA 3).

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NOS HOSPITAIS DO ESTUDO (H1, H2, H3), BRASIL, 2022 (n = 58)

Características sociodemográficas	Hospitais em que atuam (n, %)			Total de participantes (n, %)
Sexo	H1	H2	H3	H1, H2 e H3
Masculino	5(27,8)	5(16,7)	1(10)	11 (18,96)
Feminino	13(72,2)	25(83,3)	9(90)	47(81,04)
Faixa etária	H1	H2	H3	H1, H2 e H3
18-29	2(11,1)	1(3,3)	1(10)	4(6,89)
30-39	9(50)	11(36,7)	4(40)	24(41,38)
40-49	6(33,3)	6(20)	4(40)	16(27,59)
50-59	1(5,6)	10(33,3)	1(10)	12(20,69)
60 ou mais	---	2(6,7)	---	2(3,45)
Total de participantes	18(100)	30(100)	10(100)	58(100)

FONTE: Dados da pesquisa (2022).

Considerando os participantes de todos os hospitais, a maioria é do sexo feminino 47(81,04%), e o intervalo de idade predominante foi dos 30 a 59 anos.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DA EDUCAÇÃO FORMAL - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NOS HOSPITAIS DO ESTUDO (H1, H2, H3), BRASIL, 2022 (n = 58)

Características da educação formal	Hospitais em que atuam (n, %)			Total de participantes (n, %)
Nível de escolaridade	H1	H2	H3	H1, H2 e H3
Técnico	---	1(3,3)	---	1(1,72)
Graduação	3(16,7)	1(3,3)	1(10)	5(8,62)
Especialização/MBA	13(72,22)	10(33,3)	5(50)	28(48,27)
Mestrado	2(11,1)	15(50)	4(40)	21(36,21)
Doutorado	---	2(6,7)	---	2(3,45)
Pós-Doutorado	---	1(3,3)	---	1(1,72)
Total de participantes	18(100)	30(100)	10(100)	58(100)

FONTE: Dados da pesquisa (2022).

Os pós-graduados predominaram entre os participantes (52; 92,86%) e entre aqueles, destacam-se especialistas e mestres (53,84% e 40,38%, respectivamente).

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS DA EDUCAÇÃO FORMAL - ÁREAS DE FORMAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NOS HOSPITAIS DO ESTUDO (H1, H2, H3), BRASIL, 2022 (n = 58)

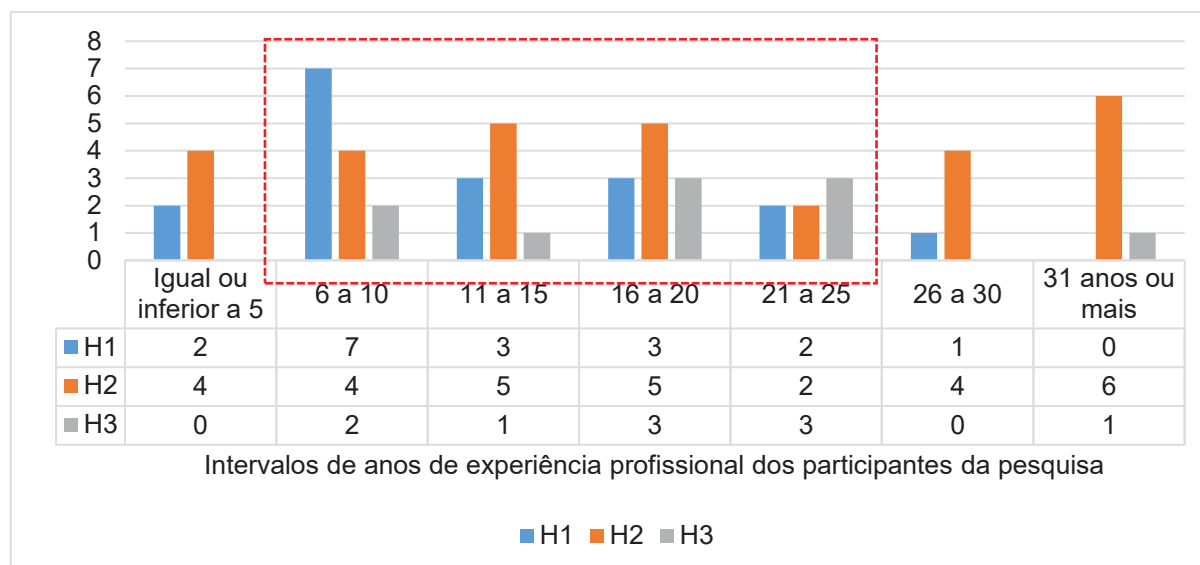
Áreas de formação dos participantes	Hospitais em que atuam (n, %)			Total de participantes (n, %)
Curso Técnico	H1	H2	H3	n=1
Curso Técnico em Química	---	1(3,33)	---	1(1,72)
Curso de Graduação	H1	H2	H3	n=57
Graduação em Administração	8(44,44)	---	---	8(14,1)
Graduação em Administração e Análise de Sistemas	---	1(3,33)	---	1(1,75)
Graduação em Tecnologia da Informação	---	1(3,33)	---	1(1,75)
Graduação em Direito	---	1(3,33)	---	1(1,75)
Graduação em Farmácia Bioquímica	1(5,56)	---	---	1(1,75)
Graduação em Enfermagem	7(38,88)	16(53,34)	8(80)	31(54,38)
Graduação em Engenharia	---	1(3,33)	---	1(1,75)
Graduação em Estatística	---	1(3,33)	---	1(1,75)
Farmacêutico	1(5,56)	1(3,33)	---	2(3,51)
Graduação em História	---	1(3,33)	---	1(1,75)
Graduação em Medicina	---	2(6,7)	1(10)	3(5,26)
Graduação em Pedagogia	---	1(3,33)	---	1(1,75)
Graduação em Publicidade	---	---	1(10)	1(1,75)
Graduação em Relações Públicas e Jornalismo	---	1(3,33)	---	1(1,75)
Graduação em Secretariado Executivo Trilingue	1(5,56)	---	---	1(1,75)
Graduação em Tecnólogo em Química Ambiental	---	1(3,33)	---	1(1,75)
Graduação em Tecnólogo em Gestão Pública	---	1(3,33)	---	1(1,75)

FONTE: Dados da pesquisa (2022).

Considerando-se os 57 profissionais graduados, especificamente em cursos da área da saúde (37; 64,91%), entre estes predominaram enfermeiros (31; 83,78%). E entre os 20 (36,84%) participantes graduados nas demais áreas de atuação profissional, predominaram os administradores; sendo que um dos participantes, além de administrador, é graduado em Análise de Sistemas (9; 45%).

Nos Gráficos 1 e 2 apresentam-se, respectivamente, o perfil dos participantes do estudo em relação ao tempo de atuação profissional e o tempo de experiência com indicadores de efetividade hospitalar/indicadores de qualidade hospitalar, estratificados em intervalos de anos.

GRÁFICO 1 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO EM RELAÇÃO AO TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, HOSPITAIS DA PESQUISA, BRASIL, 2022 (n=58)

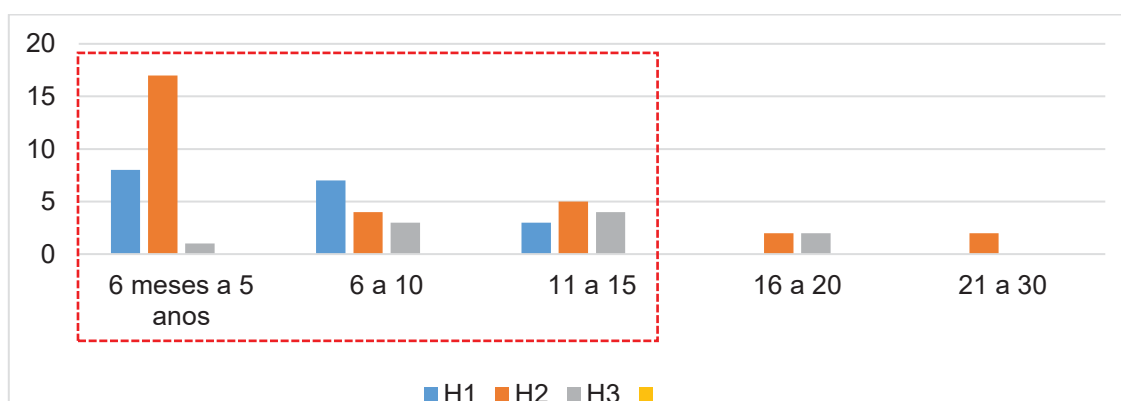


FONTE: Dados da pesquisa (2022).

Considerando-se o conjunto dos participantes dos três hospitais, observa-se que predominaram participantes com 6 a 25 anos de experiência profissional.

Entre os participantes da pesquisa, responsáveis direta ou indiretamente pelos indicadores de efetividade nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente em cada hospital, predominam nos três hospitais, pessoas que possuem mais de seis meses a 15 anos de experiência de trabalho com estes indicadores (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2 – ANOS DE EXPERIÊNCIA DE TRABALHO COM INDICADORES, PARTICIPANTES DOS HOSPITAIS DO ESTUDO, BRASIL, 2022 (n=58)



FONTE: Dados da pesquisa (2022).

Considerando os três hospitais, entre os participantes da pesquisa predominaram mulheres, pós-graduados (Mestres e Especialistas), profissionais graduados na área de saúde, principalmente enfermeiros, com experiência em indicadores de efetividade e/ou qualidade entre 6 a 25 anos.

Os participantes desta pesquisa atuam nos três níveis, principalmente estratégico e tático. Embora dentre os participantes (geralmente líderes dos processos que envolvem os indicadores pesquisados) há mais enfermeiros e administradores, percebe-se que apareceram categorias profissionais distintas.

O enfermeiro é um integrante da equipe multidisciplinar e, historicamente, tem se preocupado em ampliar seus conhecimentos para melhor utilização dos indicadores, principalmente os relacionados diretamente à assistência de enfermagem (PARIS et al., 2018). A proximidade do enfermeiro com os pacientes (RADBRON et al., 2019), com outros profissionais da equipe de saúde e de diversas áreas (SILVA, 2017), o coloca em uma posição-chave para coleta de dados, no reconhecimento de potencialidades e fragilidades, fatores que interferem no cuidado, quesitos essenciais para a melhoria da qualidade (RADBRON et al., 2019).

Nesse sentido, autores ressaltam que profissionais envolvidos no cuidado, em especial a enfermagem e medicina, representam um fator primordial na segurança do paciente, pois estão continuamente atrelados ao processo assistencial, podendo contribuir na identificação de situações perigosas e erros presentes no ambiente hospital (TOMAZONI et al., 2017). Assim, o enfermeiro insere-se na cultura organizacional como ator importante em processos de mudança (VENTURA, SILVA, ALVES; 2020) com vista à efetividade do cuidado e melhoria da qualidade dos serviços e, por conseguinte, da segurança do paciente.

Os líderes de enfermagem estão em posições privilegiadas para mudar o *status* de qualidade dos serviços de saúde, principalmente devido à capacidade profissional de realizarem atividades de gestão, atividades de cuidados de enfermagem e práticas educacionais contínuas (GABRIEL et al., 2018).

Embora reconheça-se que a enfermagem tenha papel essencial, destaca-se que para o alcance de melhores resultados no cuidado é fundamental a colaboração e envolvimento de todos os profissionais da equipe para o aprimoramento da segurança do paciente (TOMAZONI et al., 2017).

Assim, destaca-se a relevância da equipe de enfermagem, uma vez que se trata de um expressivo quantitativo de profissionais no hospital e devido às atividades

que lhe competem, na assistência direta e indireta, ou no desempenho da gerência de unidades, contribuindo para a qualidade dos serviços ofertados. Vislumbra-se, principalmente, a importância da direção e liderança hospitalar na busca pela qualidade, uma vez que é sua responsabilidade a proposição e implementação de políticas e diretrizes e viabiliza, influencia e envolve os colaboradores da instituição com vistas a alcançar os objetivos pretendidos (SOBRINHO et al., 2015).

Nesta pesquisa, os participantes responsáveis pela Gestão dos indicadores de efetividade assistencial hospitalar, eram de distintas profissões, podendo-se corroborar que a qualidade perpassa todas as áreas dos hospitais.

Destaca-se que alguns profissionais, como o enfermeiro, estejam mais engajados e inseridos nos processos assistenciais, e consequentemente, nos resultados do cuidado hospitalar. O que se avaliou como muito pertinente, pois, segundo a literatura, a qualidade dos cuidados em saúde resulta dos percursos e valores de todos da equipe multiprofissional e da multidisciplinaridade. Portanto, a complexidade do processo de desenvolvimento e melhoria contínua da qualidade exige o envolvimento e a dedicação de todos os elementos do hospital (PEREIRA, 2021), em uma perspectiva sistêmica.

Para melhor desempenho no trabalho com indicadores, é essencial que seus responsáveis sejam pessoas conhecedoras dos processos do hospital, e desejável experiência na qualidade e com monitoramento de indicadores.

Observou-se que há certa estabilidade dos participantes de pesquisa na função em que desempenham, o que é favorável ao monitoramento de indicadores ao longo do tempo. A frequente rotatividade de gestores e técnicos, aliada à pouca experiência na discussão e acompanhamento de indicadores de saúde, pode prejudicar o monitoramento e pactuação, resultando baixa adesão às ações de saúde necessárias à efetividade (ALBUQUERQUE, MARTINS; 2017).

4.2 AMBIENTES DOS HOSPITAIS H1, H2 e H3 DE PESQUISA

No QUADRO 19 estão sintetizados os dados que caracterizam os ambientes interno e externo operacional dos hospitais H1, H2, H3.

QUADRO 19 - DADOS GERAIS DOS HOSPITAIS PESQUISADOS H1, H2, H3, BRASIL, 2022

HOSPITAL	H1	H2	H3
Localização	Foz do Iguaçu (PR)	Curitiba (PR)	Blumenau (SC)
Área Total (m²)	24.000	62.000	21.000
Natureza	Privado filantrópico	Público, de Ensino	Privado filantrópico
Porte* (capacidade instalada de leitos)	Grande porte (219)	Especial (645)	Grande porte (152)
Número de leitos de UTI por especialidades	10 - UTI Coronariana 10 - UTI Geral 10 - UTI Cirúrgica 10 - UTI Neonatal 2 - UTI Pediátrica	40 - UTI Adulto 10 - UTI Neonatal 10 - UTI Pediátrica	10 - UTI Adulto 10 - UTI Neonatal e UTI Pediátrica
Número de Leitos de UTI	42	60	20
Número de profissionais	1489	3500	1003
Número de profissionais da enfermagem (%)	750 (50,37%), destes: - 212 enfermeiros - 371 técnicos de enfermagem - 167 auxiliares de enfermagem	1548 (44,23%), destes: - 512 enfermeiros - 605 técnicos de enfermagem - 431 auxiliares de enfermagem	421 (41,97%), destes: - 95 enfermeiros - 317 técnicos de enfermagem - 9 auxiliares de enfermagem
Número de profissionais médicos (%)	410 (terceirizados)	730	360 médicos (corpo clínico fechado, serviços terceirizados)
Número de especialidades atendidas	Mais que 45	60	46
Nível de competência	Hospital Geral, de alta complexidade		
Certificação de Acreditação, Nível, Instituição certificadora de acreditação, Ano de obtenção	Sim Nível 3, ONA, desde 2014 a 2021.	Não Mas foi certificado pela ONA, Nível 1, em 2011	Sim ONA Nível 03, desde 2016 a 2021. JCI, em 2021
Forma de Financiamento	Mantenedora Binacional	Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ebserh	Organização Religiosa
Percentual clientela SUS, particular - convênios	40% clientela particular e convênios privados; 60% clientela do SUS - 45 convênios	100% clientela do SUS	100% clientela particular e 11 convênios privados; 20% do faturamento destinado ao SUS (exames de imagem, tomografia, ressonância e cirurgia cardíaca infantil e de adulto (ortopédica e de quadril))
Posição da Gestão da Qualidade no Organograma	- Subordinada à Superintendência	- Subordinada à Gerência de Atenção à Saúde, que é subordinado à Superintendência**	- Subordinada à Superintendência Administrativo/ Financeira

FONTE: Dados da pesquisa (2022).

Nota: (*) – quanto à capacidade ou lotação (pequeno até 50 leitos; médio de 51 a 150 leitos; grande de 151 a 500 leitos; e especial ou extra acima de 500 leitos), segundo (MS, 2002).

**Há alteração do organograma na Sede da Ebserh, porém o H2 não havia se reestruturado até o final da coleta de dados desta pesquisa.

No QUADRO 20 são apresentados os dados de produção dos hospitais de pesquisa H1, H2 e H3; no ano de 2020.

QUADRO 20 - DADOS DE PRODUÇÃO DOS HOSPITAIS PESQUISADOS H1, H2, H3, BRASIL, 2022

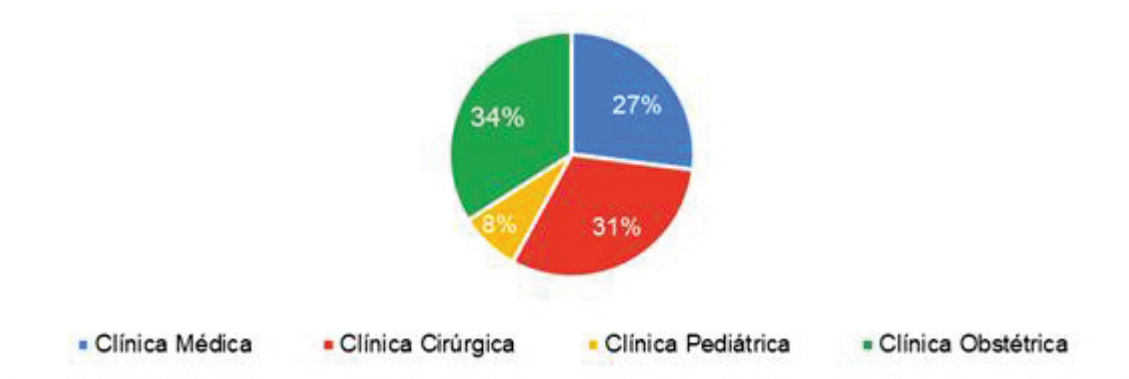
Produção Média 2020)*	Atendimentos/ mês	3500	74.065	3500
	Internações/ Mês	922	1244	599
	Cirurgias/dia	12	- 23 (CC geral + CC obstétrico com partos normais e cesáreas) - 430: Média de cirurgias/mês (CC geral + CC obstétrico) - 276: Média de partos/mês	16,1
	Média de permanência	5	8	5,17
	Taxa de ocupação	58,17%	77%	70,68%

FONTE: Dados da pesquisa (2022).

Nota:*Média de produção do ano de 2020, com alteração de produção em função da pandemia da Covid-19.

O delineamento do perfil epidemiológico do hospital, com base em seus indicadores e a construção de fluxos de referência culminam em assistência de qualidade e na garantia da continuidade do cuidado integral ao paciente (BÁO et al., 2019). Apresenta-se o perfil epidemiológico dos hospitais fornecidos pelos hospitais H1, H2 e H3 nos GRÁFICOS 3, 4 e 5, respectivamente.

GRÁFICO 3 - PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO H1



Fonte: Dados de pesquisa (2022).

Nota:*Média de produção do ano de 2020, com alteração de produção em função da pandemia da Covid-19.

GRÁFICO 4 - PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO H2

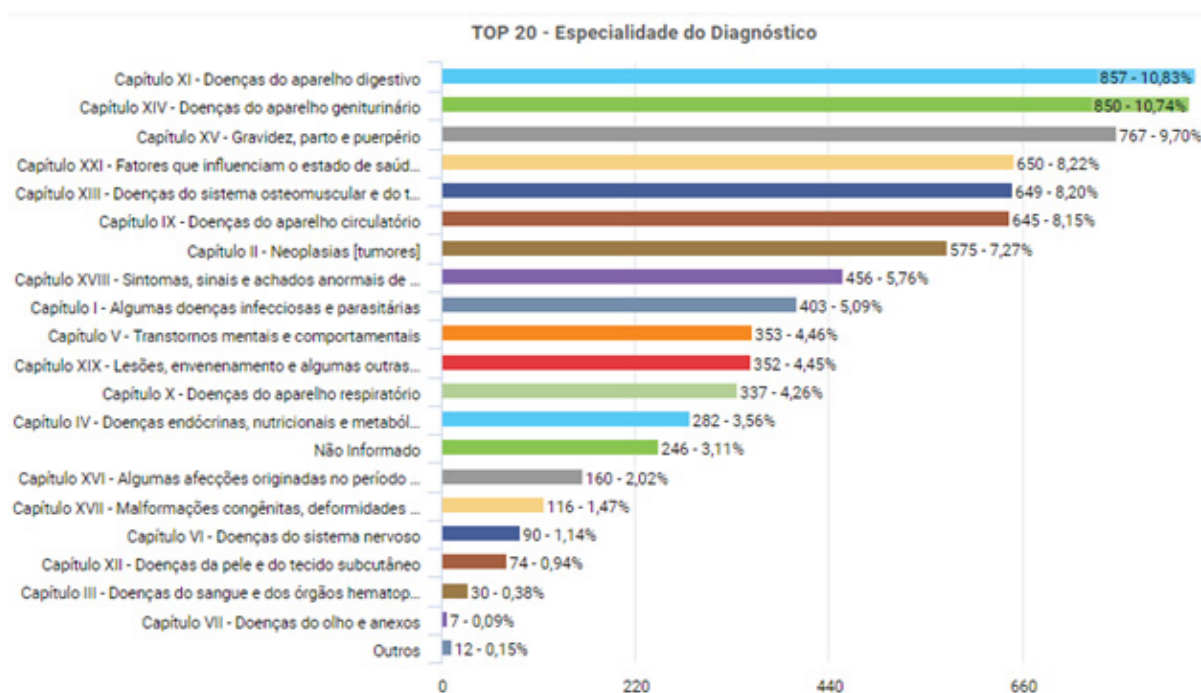


Fonte: Dados de pesquisa (2022).

Nota:*Média de produção do ano de 2020, com alteração de produção em função da pandemia da Covid-19

** O perfil dos pacientes atendidos pelos hospitais foi embasado na classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-19), 2011.

GRÁFICO 5 - PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO H3



Fonte: Dados de pesquisa (2022).

Nota: *Média de produção do ano de 2020, com alteração de produção em função da pandemia da Covid-19.

** O perfil dos pacientes atendidos pelos hospitais foi embasado na classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-19), 2011.

No QUADRO 21 apresentam-se as especialidades, setores ou grupos de trabalho que os hospitais H1, H2 e H3 possuem.

QUADRO 21 – ESPECIALIDADES MÉDICAS/SETORES ESPECIALIZADOS/GRUPOS DE TRABALHO DOS H1, H2, H3, BRASIL, 2022

Especialidades	H1	H2	H3
Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Geral, Coloproctologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Infectologia, Neonatologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Plástica, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologista Intervencionista, Terapia Intensiva, Urologia, Vascular	X	X	X
Transplantes	---	X	---
Setores Especializados	H1	H2	H3
Pronto Atendimento	X*	X**	X*
Agência Transfusional/Banco de Sangue/Hemonúcleo	X	X	X
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar	X	X	X
Núcleo de Segurança do Paciente	X	X	X
Setor de Gestão da Qualidade	X	X	X
Setor de Gerenciamento de Risco	X	X	X
Outros	H1	H2	H3
Ouvidoria/Serviço de Atendimento ao cliente	X	X	X
Comitês de Mortalidade/ Comissão de Óbito	X	X	X
Comissão de Mortalidade Materna	X	X	-
Comitê de Mortalidade Infantil	X	X	-
Comissão de Mortalidade Neonatal	X	X	-
Comissão de Revisão de Prontuários	X	X	X
Comissão de Ética	X	X	X
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	X	X	X
Comitê Transfusional	X	X	X
Comissão de Prevenção de Acidentes	X	X	X
Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante	-	X	-
Comissão de Ética Médica	-	X	-
Comissão Permanente de Análise Disciplinar	-	X	-
Comissão de Ética em Enfermagem	-	X	-
Comissão Gestora Multidisciplinar de Prevenção de Acidentes com Material Perfurocortante	-	X	-
Comissão de Acompanhamento da Contratualização	-	X	-
Comissão de Assessoria e Controle interno	-	X	-
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	-	X	X
Comissão de Residência Multiprofissional	-	X	-
Comissão de Residência Médica	-	X	-
Comitê de Farmácia e Terapêutica	-	X	-
Comitê de Padronização de Materiais	-	X	-
Comitês de Equipe de Nutrição Enteral e Parenteral	-	X	-
Comitê de Humanização	-	X	-
Comitê de Experiência do Paciente	-	-	X
Comitê de Gerenciamento de Riscos em Radiologia Diagnóstica ou Intervencionista	-	X	-
Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares	-	X	-
Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem	-	X	-
Comissão de Cuidados com a Pele	-	X	-
Comissão de Educação Permanente em Enfermagem	-	X	-
Comissão de Farmácia e Terapêutica	-	X	-
Comissões Temáticas em Saúde, subsidiadas pelo Conselho Municipal de Saúde	H1	H2	H3
Comissão de Assistência à Saúde	-	X	-
Comissão de Vigilância em Saúde	-	X	-
Comissão em Saúde Mental	-	X	-
Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador	-	X	-
Comissão de Orçamento e Finanças	-	X	-
Comissão Intersetorial de Recursos Humanos	-	X	-

Comissão Permanente de Revisão de Regimento, Regulamento e Legislação do Conselho Municipal de Saúde	-	X	-
Comissão de Padronização de Equipamentos e Novas Tecnologias	-	X	-

Legenda: *PA 24 horas; **PA referenciado (SUS)

Fonte: Dados de pesquisa (2022).

No QUADRO 22 são apresentados os protocolos institucionalizados nos hospitais de pesquisa H1, H2 e H3.

QUADRO 22 - PROTOCOLOS INSTITUCIONALIZADOS NOS HOSPITAIS DE PESQUISA, H1, H2, H3, BRASIL, 2022

PROTOCOLOS INSTITUCIONALIZADOS NOS HOSPITAIS	H1	H2	H3
Cirurgia Segura	X	X	X
Prevenção de Lesões por Pressão	X	X	X
Higienização das Mãos	X	X	X
Prevenção de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde	X	X	X
Identificação do Paciente	X	X	X
Prevenção de Quedas	X	X	X
Segurança na Cadeia Terapêutica Medicamentosa	-	X	X
Prevenção de Suicídio	X	X	X
Prevenção de Dor	X	-	-
Padronização de Medicamentos	X	X	X
Prevenção de TEV e TEP	X	X	X
Profilaxia de Antibioticoterapia	-	-	X
Time de Resposta Rápida	X	X	X
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	-	X	X
Dor Torácica	X	X	X
Hipotermia	X	-	-
Deterioração Clínica – MEWS	-	-	X
Prevenção de Broncoaspiração	X	-	-
Prevenção de Sepses Neonatal	X	-	-
Protocolo de Nascimento Seguro	X	-	-
Protocolos Assistenciais das Especialidades Médicas	-	X	-
Cuidados Paliativos	X	-	-
Protocolo de Dor	X	-	-
Vancocinemia	X	-	-
<i>Delirium</i>	X	-	-
DHEG	X	-	-
Sepses	-	-	X
Densidade de Infecção de CVC	-	-	X
Densidade de Infecção de SVD	-	-	X
Densidade de Infecção por VM	X	-	X
Mortalidade por SCA	-	-	X
Mortalidade por Sepses	X	-	X
Inserção de Cateter Venoso Central (ICVC)	X	-	-
Infecção Global	-	-	X
Insuficiência Cardíaca	X	-	-
Membrana Hialina	X	-	-

Fonte: Dados de pesquisa (2022).

No QUADRO 23 identificam-se os indicadores de efetividade assistencial hospitalar que são ou não monitorados nos H1, H2 e H3.

QUADRO 23 - INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL MONITORADOS E INFORMADOS NAS DIMENSÕES SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE NOS H1, H2 e H3, BRASIL, 2022

Dimensão Segurança do Paciente	H1	H2	H3
I.1 Cirurgia no local errado do corpo do paciente	X	X	X ¹
I.2 Cirurgia realizada no paciente errado	X	X	X ¹
I.3 Material estranho deixado no corpo durante um procedimento	X	X	X ¹
I.4 Deiscência de ferida pós-operatória	X	---	X ¹
I.5 Embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória	X	---	X ²
I.6 Fratura de quadril por queda em pacientes internados	---	---	---
I.7 Fratura de quadril pós-operatória, por queda em pacientes internados	---	---	---
I.8 Incidentes graves relacionados a equipamentos	X	X ³	X ³
I.9 Incidentes devido a falhas na identificação do paciente	X	X	X
I.10 Hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte	---	---	X ¹
I.11 Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas	X	X	X
I.12 Quedas com dano em pacientes internados	X	X ⁴	X ⁵
I.13 Lesão por pressão	X ⁶	X	X
I.14 Densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto	X	X	X
I.15 Densidade de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI	X	X	X
I.16 Reação transfusional graus II, III e IV	X	X	X ⁷
I.17 Reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea	X	X	X ⁷
Dimensão Cuidado Centrado no Paciente	H1	H2	H3
I.18 Satisfação do paciente	X	X	X
I.19 Cirurgias canceladas no dia agendado	X	X	---
I.20 Recomendação do hospital pelo paciente	X	X	X ⁸
I.21 Envolvimento do paciente com próprio cuidado	---	---	---

FONTE: Dados de pesquisa (2022).

Legenda:

X¹ Não é monitorado individualmente. O incidente integra o indicador composto de eventos adversos no Centro Cirúrgico (CC).

X² Monitorado, para avaliar a efetividade do Protocolo institucional de prevenção ao TEV/TEP dos pacientes internados.

X³ Não monitorado de forma sistemática, pois apesar de haver monitoramento do incidente queda, nem sempre estão disponíveis informações sobre graus de dano.

Dificuldades são indisponibilidade de informações e registros sobre graus de dano, e consequências do incidente

X⁴ Não é monitorado individualmente. Incidentes graves relacionados a equipamentos são raros, e quando ocorrem, integram o indicador composto de eventos adversos graves sentinela.

X⁵ Monitora o indicador de “queda de pacientes” e “lesão por quedas”.

X⁶ Não monitorado o indicador de lesão por pressão e sim a taxa de efetividade ao Protocolo de Prevenção por Pressão.

X⁷ Não monitorado como um indicador específico por ser raro. É um incidente monitorado dentro do indicador de “reação transfusional graus II, III e IV”.

X⁸ Monitorado o dado junto com o indicador “Fidelização do Cliente”.

4.2.1 Ambiente do hospital de pesquisa H1

O H1 foi construído em 1979 para cumprir com a finalidade de assistir os colaboradores de uma companhia. Em 1994, iniciou o atendimento a pacientes do SUS. Localiza-se em Foz do Iguaçu, Paraná (D6H1, 2022), e caracteriza-se como a organização de saúde com a maior complexidade assistencial na região extremo-oeste do estado do Paraná (SCARPETTA, 2011; GF, 2021).

Tem como missão “Promover a saúde e cuidar das pessoas, valorizando e salvando vidas”; e como valores: “Comprometimento com a vida; Integridade; Excelência na qualidade dos serviços; Atendimento humanizado; Gestão Sustentável; Desenvolvimento de pessoas; Valorização do Conhecimento; e Inovação”. A visão do hospital é “Cuidar da nossa gente, proporcionando a melhor experiência, em um complexo hospitalar de inovação e excelência” (D1H1, 2020).

Não é titulado como hospital de ensino, mas oferece Programas de Residência Médica nas especialidades de Anestesiologia, Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia, e Radiologia e Diagnóstico por Imagem. No momento da integração de novos profissionais, oferece treinamentos voltados à Segurança do Paciente e prevenção de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) (QP7H1, 2020).

O foco estratégico do H1 apoia-se em quatro dimensões: sustentabilidade, clientes, processos e crescimento. A primeira trata da sustentabilidade financeira; a dimensão clientes objetiva melhorar a experiência do paciente e a satisfação do corpo clínico e relacionamento com as fontes pagadoras; a dimensão processos objetiva aumentar a captação de recursos; e o crescimento direciona ao desenvolvimento de pessoas (D2H1, 2020).

O H1 organiza-se em Conselho de Curadores, Conselho Diretor e Superintendência, e Diretorias (Assistencial, Técnica e Administrativo-Financeira) (D3H1, 2021). O conselho Curador é um órgão deliberativo, composto por grupo estratégico de gestão compartilhada, com participação dos trabalhadores, gestores e dos usuários. O conselho Diretor é composto por quatro diretores: Superintendência, Diretoria Administrativa-Financeira, Diretoria Assistencial e Diretoria Técnica, reúne-se semanalmente e responde às atividades das Comissões Técnicas, Assessoria Jurídica e Superintendência (QP2H1, 2020; D3H1, 2020).

A Gestão da Qualidade no H1 está subordinada à Superintendência, e é construída por 1 administradora (gerente) e 2 enfermeiras. A Qualidade atua nas

ações voltadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Comissões de Óbitos e Prontuário, bem como mapeamento dos processos, fluxos, indicadores de processos, interações, gestão e padronização de rotinas e protocolos (QP2H1, 2020).

Para conduzir o processo de certificação, o H1 criou o Escritório da Qualidade, em 2006 (VP10H1, 2020). A certificação pela ONA de Nível 1 foi conquistada em 2007; a de Nível 2 em 2012; e a de Nível 3 em 2014, a qual é mantida até os dias atuais (QP2H1; QP7H1; VP2H1).

O gerenciamento de risco e a segurança do paciente estruturaram-se de acordo com a RDC 36 (2013), a partir da implementação do NSP (QP2H1, 2021), formalmente instituído por meio do Ato Administrativo, em 2014. O NSP é constituído pelo Gerente da Qualidade, Enfermeira da Qualidade, Gerentes de Enfermagem, Farmacêutica, Nutricionista, Fisioterapeuta, Médicos Coordenadores, Enfermeira do SCIH, Bioquímico, e Enfermeiro da Educação Continuada (QP2H1, 2021; D4H1, 2014). Reúne-se, mensalmente, a fim de tratar de informações relacionadas às notificações de incidentes de segurança (QP7H1, 2021).

A notificação de incidentes ocorre mediante os sistemas de Gestão Tasy® (internamente) e o NOTIVISA (externamente, para a ANVISA). Os incidentes são notificados em formulário impresso específico, por qualquer colaborador do hospital, armazenados em local determinado em que, diariamente, a enfermeira da qualidade coleta todas as notificações para triagem, cadastramento, encaminhamento com vista à análise e resposta ao notificador, bem como para o encerramento e arquivamento da notificação (QP2H1, 2020; EP12H1, 2021).

Realizam-se ações de tecnovigilância (insumos, medicamentos, órteses e próteses), farmacovigilância e vigilância de saneantes, e hemovigilância (QP7H1, 2021). O gerenciamento de risco é realizado pelas Enfermeiras da Qualidade, a farmacovigilância pelas Farmacêuticas, e a hemovigilância pelas bioquímicas (QP2H1, 2021).

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) é composto por um Médico infectologista, três Enfermeiros, e um técnico-administrativo. Os indicadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são disponibilizados e divulgados ao corpo clínico e à Direção, em reuniões mensais para análise dos indicadores, que ocorrem com a participação das equipes do Setor de Controle de infecção Hospitalar (SCIH), Setor de Qualidade, Gerentes de Enfermagem, e Coordenadores Médicos dos setores assistenciais (QP2H1, 2020).

Além de acreditado no Nível 3 pela ONA, o H1 também tem as certificações de Amigo da criança; Mãe Canguru; bem como pertence à Rede de Hospital Sentinela; e à Rede Mãe Paranaense. Integra-se ao hospital um serviço reconhecido pela comunidade: o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Pertence à CACON o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e pessoal adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. O H1 é referência regional para gestação de alto risco; cardiologia; oncologia e neonatologia.

4.2.1.1 Monitoramento de indicadores no H1

Desde 2009, o monitoramento de metas, resultados de processos e de indicadores é acompanhado no H1 de forma sistemática, regular, em reuniões programadas. A Gestão da Qualidade e a Divisão de Ensino e Pesquisa organizam as reuniões para cada área, a cada dois meses. Tais reuniões são conduzidas pelo grupo constituído por: representantes da Direção (superintendentes), do nível tático e do grupo estratégico de cada unidade. Este último grupo citado compõe-se pelos líderes responsáveis pelos indicadores (VP2H1, 2020; GF, 2021), que na sua grande maioria, são gerentes dos processos (VP2H1, VP7H1, VP10H1, QP7H1; 2021).

A avaliação de resultados do exercício anterior e a definição de novos indicadores e metas específicas são compartilhadas, com alinhamento às perspectivas do plano diretor estratégico, e à efetividade do propósito do sistema de gestão por resultados (VP7H1, 2021).

Nessas reuniões são apresentados os *dashboards* dos indicadores, discutem-se os indicadores com as unidades, com as equipes de saúde, com gerentes das unidades e com os diretores, com ênfase aos resultados que não atingiram as metas pré-definidas (P7QH1, 2021).

O hospital monitora mais que 1.000 indicadores de qualidade (P2QH1, P2VH1; 2021), entre eles, os estratégicos (gerais) e os de processos, estratificados por unidade. Todos os indicadores de efetividade assistencial são alinhados aos resultados de cada processo (QP2H1, 2021), conforme exemplifica o informante: *“[...] um indicador geral que é o índice de rotatividade de pessoal, indicador estratégico geral da instituição. E temos estratificado por unidade de negócio, por cada processo,*

desde a secretaria, que tem a taxa de rotatividade, como a UTI geral que tem a taxa de rotatividade” (EP5H1, 2021)}.

Não há um manual físico de indicadores, pois esses indicadores estão estruturados nos sistemas de informação Tasy® e Stratec® (VP2H1, 2021; VP7H1, 2021; VP10H1, 2021). Como um dos objetivos do H1 é melhorar a experiência do paciente, há o monitoramento desta dimensão da efetividade assistencial em alguns indicadores (EP5H1, 2021).

4.2.2 Ambiente do hospital de pesquisa H2

O H2 é um órgão Suplementar da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Trata-se de um Complexo Hospitalar que inclui dois hospitais localizados em Curitiba (PR) (D9H2a, 2020). O primeiro hospital surgiu da necessidade de um hospital geral que atendesse a população, e o segundo hospital é administrado pela UFPR, em parceria com o Governo do Estado e a Prefeitura Municipal de Curitiba (D9H2b, 2022).

É o maior hospital público do Estado do Paraná e o terceiro maior do país, com atendimento 100% SUS (D9H2b, 2020), com estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos de alta e média complexidade, para oferta de consultas especializadas, bem como procedimentos cirúrgicos e exames de diagnósticos avançados. Recebe pacientes encaminhados pelas Redes de Atenção à Saúde de Curitiba e Região Metropolitana e, em alguns casos específicos, de outros estados (D9H2b, 2020).

Desde 2014, integra a Rede Ebserh (EBSERH, 2014; D2H2b, 2020), empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, responsável pela gestão de hospitais universitários federais, cujas atribuições incluem “a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais” (D9H2c).

O H2 presta assistência integral aos usuários referenciados pelo Complexo Regulador da Secretaria Municipal da Saúde, por meio do E-Saúde, Central de Leitos Hospitalares, SAMU e pelo Pronto Atendimento (D2H2, 2021). E como hospital de ensino, as demandas inerentes ao Ensino, Pesquisa e Extensão estão sob a responsabilidade da Gerência de Ensino e Pesquisa, com apoio e interface com a

Superintendência, e as Gerências Administrativa e de Atenção à Saúde (D9H2c, 2020).

Recebe, semestralmente, uma média de 1500 alunos de graduação e, adicionalmente, de cursos técnicos. É campo de atuação para alunos de curso de especialização, residência, mestrado e Doutorado. Oferta vagas para 383 residentes médicos em 51 especialidades, e para 118 residentes multiprofissionais (D9H2c, 2020, QP13H2, 2020).

No Plano de Desenvolvimento Estratégico, a qualidade e a segurança assistenciais são direcionadores do Mapa estratégico da Rede Ebserh, e contempla o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial de grau de satisfação do usuário e relacionados a normas regulamentadoras de boas práticas reconhecidas (QP13H2, 2020).

A Diretriz do Modelo Assistencial do H2 (2019-2021) fundamenta-se no “usuário como protagonista com direito ao cuidado integral, no profissional pertencente a uma equipe de saúde que desenvolve suas práticas com conhecimento ético-legal/técnico-científico, e na instituição como mantenedora de valores, comprometida com a inovação, integração, assistência de alta complexidade, formação profissional e gestão de recursos públicos” (QP13H2, 2020).

Em relação ao programa de desenvolvimento de pessoas, há modalidades de capacitação, promovidas pela Comissão de Educação Permanente da Enfermagem, pela sede da Rede Ebserh, e por alguns setores do hospital, como a Unidade de gerenciamento de riscos, pela Divisão de Gestão de Pessoas e pelo Serviço de Saúde do Trabalhador. Há treinamentos para os estudantes e para a integração de novos colaboradores e residentes, voltados às Infecções relacionadas à Assistência à Saúde e à Segurança do Paciente (IRAS) (QP13H2, 2020).

A Gestão da Qualidade está subordinada à Gerência de Atenção à Saúde, que responde diretamente à Superintendência. Há uma expectativa de aprovação de uma proposta de alteração do organograma dos hospitais da Rede Ebserh, em que o Setor da Qualidade se apresenta subordinado diretamente à Superintendência (EP27H2, 2021; EP17H2, 2021; EP23H2, 2021), garantindo a eles empoderamento e autonomia (EBSERH, 2019). Adicionalmente, deverão ser selecionados, nas diferentes áreas do hospital, líderes da qualidade, profissionais que acreditam na gestão da qualidade, exercendo liderança nos processos, independentemente de

cargos ou funções. Esses líderes poderão contribuir para a avaliação interna da qualidade (EBSERH, 2019).

O processo de preparo para a avaliação de certificação de acreditação do H2 começou em 2003, e, em 2011, mesmo frente às dificuldades, recebeu a certificação de Hospital Acreditado Nível 1, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) (ROTHBARTH, 2011; ROCHA, 2013). Em 2013, almejava-se uma nova avaliação, o que não ocorreu, devido a restrições financeiras e à crise política pela qual o hospital passava (EP17H2, 2021).

Em 2014, houve a contratualização entre a Universidade e a Ebserh. Um novo modelo de gestão da qualidade sob a gestão da Ebserh, com metas institucionais pactuadas com as unidades e fortalecimento da cultura de segurança do paciente (EP17H2, 2021). A organização do Setor de Qualidade, bem como os profissionais do H2 estão demonstrados no QUADRO 24.

QUADRO 24 - CONSTITUIÇÃO DO SETOR DA QUALIDADE, UNIDADES, SERVIÇOS E DE EQUIPES, HOSPITAL H2, BRASIL, 2022

Setor/Unidade/ Serviço		Equipes	Quantitativo	Total
Setor de Vigilância e Segurança do Paciente (SEVISP)		Enfermeiro (Chefe do SEVISP)	1	1
		Assistente Administrativo	1	1
Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA)		Enfermeiro	7	9
		Médico	1	
		Técnico em Laboratório em informática	1	
Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)	Enfermeiro (entre eles, o Chefe da UVS)	5	10
		Médico	3	
		Farmacêutico	1	
		Administrativo	1	
	Serviço de Epidemiologia Intra-Hospitalar (SEPIH)	Enfermeiro (entre eles, o Chefe da UVS)	5	10
		Médico	2	
		Técnicos de Enfermagem	2	
		Técnico de Farmácia	1	
Total				31

FONTE: Dados de pesquisa (2022).

Por sua vez, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do H2, foi criada em 1978, antes da exigência governamental relacionada ao tema, com o objetivo de prevenir e controlar das infecções hospitalares (D9H2b, 2020, EP22H2, 2021). Na CCIH do H2, designam-se por portaria 60 membros, que participam de reuniões bimestrais, ou quando necessário, sendo 35 enfermeiros, 14 médicos, 6 farmacêuticos; 3 assistentes administrativos; 1 tecnólogo em gestão pública; 1 fisioterapeuta residente (EP22H2, 2021; D10H2, 2021).

A CCIH do H2 tem o objetivo de redução máxima de incidência e gravidade das infecções relacionadas à assistência de saúde, e anualmente aprova o Plano de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que contém as ações a serem executadas pelo SCIH em conjunto com as Unidades Assistenciais (EP22H2, 2021; D10H2, 2021).

A UVS tem participação (de pelo menos um membro) em 17 comissões no H2; e a UGRA tem participação em 12 (EP17H2, 2021; GFH2, 2021). Além das comissões (QUADRO 21, p. 119), outra estratégia da Gestão da Qualidade do H2 é a criação e mobilização contínua de grupos de trabalho, para elaboração e/ou atualização de protocolos institucionais. Estes grupos são reunidos e desativados assim que a tarefa proposta é cumprida, como os grupos com a finalidade de atualização de protocolo de segurança do paciente, de prevenção de queda; segurança cirúrgica; padronização de medicamentos; identificação do paciente. Há Comissão de Cuidados com a pele, formado por profissionais de diversas áreas, com o objetivo de prevenir e tratar lesões de pele (EP27H2, 2021; GFH2, 2021).

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva, ligado diretamente à Superintendência, cuja finalidade é “assessorar a Superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais das unidades do complexo hospitalar” (D3H2, 2020).

O NSP é composto por representantes com integrantes dos serviços e setores: Superintendência; Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (que coordena o NSP); Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais; Unidade de Vigilância em Saúde; Gerência Administrativa; Gerência de Ensino e Pesquisa; Residência Médica; Residência Multiprofissional; Gerência de Atenção à Saúde; Divisão de Gestão de Cuidados; Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Divisão Médica; Divisão de Enfermagem; Setor de Farmácia Hospitalar (D3H2, 2020).

Uma das competências do NSP, relaciona-se com o monitoramento de indicadores de qualidade, como consta em seu regimento interno: “Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, Ebserh; e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital” (D3H2, 2020).

As reuniões do NSP são mensais ou conforme necessidade, e suas ações estão voltadas a priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSEH; bem como realizar o monitoramento dos respectivos indicadores (D3H2, 2020). Os relatórios do NSP e da CCIH são discutidos em reuniões com lideranças. E os indicadores da contratualização são monitorados cautelosamente.

A gestão de riscos assistenciais está estruturada no H2 de forma que as notificações internas de incidentes de segurança são realizadas no sistema de informação Vigihosp (da Ebserh), sob responsabilidade da UGRA, que encaminha as notificações recebidas às áreas envolvidas com os incidentes notificados, para investigação, elaboração de ações de resolução de fragilidades, farmacovigilância, hemovigilância, tecnovigilância (insumos, equipamentos, órtese e próteses). A biovigilância (células, tecidos e órgãos) não é realizada (QP13H2, 2020; EP27H2, 2021).

A informação sobre ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente é realizada mediante notificação via sistema informatizado da Ebserh (Vigihosp) por qualquer colaborador. As notificações são analisadas pela UGRA. Os eventos adversos graves são investigados por seus enfermeiros e médica. E quanto aos demais incidentes de segurança, esta unidade encaminha as notificações aos coordenadores dos Grupos Internos da Qualidade da unidade em que esses ocorreram, para análise, investigação e planejamento de ações corretivas e preventivas de novos agravos (QP13H2, 2020; EP27H2, 2021).

Em relação aos sistemas de informação no H2, em 2019, o sistema de informação hospitalar (SIH) foi renovado. Desenvolvido exclusivamente para o H2, está disponível nos módulos de prontuário eletrônico incompleto, sendo que a maior parte da documentação do paciente e módulos de farmácia, almoxarifado, compras, exames diagnósticos constam em prontuário físico. Este sistema pode ser utilizado para obtenção de informações que podem ser usadas para monitorar indicadores (QP13H2, 2021).

O Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (Vigihosp), consiste em uma ferramenta de gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente, que permite a identificação, avaliação, análise e tratamento, comunicação e monitorização de riscos, incidentes em saúde, queixas técnicas e doenças e agravos de notificação compulsória. É um *software* que favorece

as notificações, a investigação, a tomada de decisão, a gestão da informação em tempo real acerca da segurança dos pacientes em todas as Filiais da Rede Ebserh (BRASIL, 2016c).

Casos de eventos adversos, com consequências graves ou óbito do paciente, ou eventos sentinela, são notificados no Vigihosp e no Sistema Nacional de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA), sistemas que não têm interface (QP13H2, 2020; EP27H2, 2021).

O H2 está em fase de implantação do sistema oficial dos hospitais da Rede Ebserh, o Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU), desenvolvido em “*software* livre”, com custo de aquisição de aproximadamente 3,5 milhões, e consiste em um sistema modular (D2H2, 2021; EP28H2, 2021).

Há indicadores que têm obrigatoriedade de monitoramento por parte dos hospitais da Rede Ebserh, e outros são exigidos pela legislação específica, como, por exemplo, indicadores relacionados à infecção hospitalar (EP17H2, 2021). Uma das exigências para o Selo da Qualidade da Acreditação Interna da Rede Ebserh é um Sistema organizado para a notificação de agravos à ANVISA (EP27H2, 2021).

Em alguns casos, os serviços e profissionais têm acesso aos resultados dos indicadores por outros meios, como exemplo, as taxas de IRAS, disponibilizadas pelo Programa do Power BI®, por meio de um *link* de acesso aos coordenadores dos serviços (QP13H2, 2020; EP22H2, 2021; EP27H2, 2021).

O H2 tem as certificações de Amigo da criança; Mãe Canguru. Além de integrar a Rede Ebserh, pertence à Rede de Hospital Sentinela e à Rede Mãe Paranaense. Compõe serviços reconhecidos pela comunidade nacional para gestação de alto risco, emergência obstétrica, dor torácica, acidente vascular cerebral, vítimas de violência sexual, e internacional para o transplante de medula óssea. Consistem em especialidades de referências: neonatologia, hemato-oncologia, neurologia adulto e infantil, e cirurgia bariátrica.

O H2 não possui certificação de Acreditação Hospitalar, bem como não pleiteia avaliação de Instituição Certificadora de Acreditação (IAC). No entanto, participa do Programa de Qualidade da Ebserh voltado à própria rede de hospitais. É certificado como Hospital Amigo da Criança e pertence à Rede de Hospitais Sentinela (QP13H2, 2020).

4.2.2.1 Monitoramento de indicadores no H2

A Rede Ebserh tem uma imensa lista de indicadores recomendados para monitoramento, no Painel de Indicadores do Vigihosp (EP27H2, 2021). Este conjunto de indicadores está disponível para a Rede Ebserh no Sistema Interno de Informações Gerenciais (SIG) (BRASIL, 2016).

Dentre a lista de indicadores recomendados para monitoramento, no Painel de Indicadores do sistema Vigihosp nem todos são monitorados pelo H2, devido à falta de um sistema informatizado com prontuário eletrônico completo que viabilize as informações necessárias para a construção de tais indicadores (EP27H2, 2021). O conjunto de indicadores está disponível para a Rede Ebserh no Sistema Interno de Informações Gerenciais (SIG) (BRASIL, 2016).

Há um manual inserido no sistema de informação, próprio da Sede Ebserh, de acesso *online* a todos os colaboradores do hospital, constando a ficha técnica dos indicadores recomendados para serem monitorados por todos os 40 hospitais que integram a Rede Ebserh, dentro do Sistema VIGIHOSP, pela Central de Serviços (EP27H2, 2021; EP17H2, 2021).

Os indicadores relativos às IRAS são compartilhados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) às lideranças por meio do Power BI® e os demais estão disponíveis no sistema de informação AGHU, módulo Vigihosp, a todos os colaboradores (EP27H2, 2021).

Além do Setor de Qualidade, do SCIH e do NSP, outra estrutura formada pelo H2 para o monitoramento de indicadores é o Grupo Interno da Qualidade (GIQ). O GIQ consiste em membros de referência de todas as unidades hospitalares (geralmente chefes ou gestores) que acompanham e são responsáveis, dentro das unidades, pela investigação de incidentes, bem como pela elaboração do plano de melhorias, implementação de ações e avaliação (EP27H2, 2021).

Os relatórios do NSP e da CCIH são discutidos em reuniões com lideranças. E os indicadores da contratualização são monitorados cautelosamente.

Em alguns casos, os serviços e profissionais têm acesso aos resultados dos indicadores por outros meios, como exemplo, as taxas de IRAS, disponibilizadas pelo Programa do Power BI®, por meio de um *link* de acesso aos coordenadores dos serviços (QP13H2, 2020; EP22H2, 2021; EP27H2, 2021).

O Painel Ebserh de Indicadores de Segurança do Paciente é dinâmico, e o número de indicadores pode ser modificado pelo hospital, de acordo com as especificidades, características, como perfil nosológico, etc. O objetivo do painel é permitir aos gestores da rede, em diferentes instâncias, monitorar e avaliar os principais indicadores de segurança do paciente a qualquer tempo e local, favorecendo o *benchmarking*, promovendo troca de experiências, otimizando utilização de recursos e potencializando resultados (BRASIL, 2016).

O número de sistemas, subsistemas e de processos assistenciais hospitalares dificulta o planejamento, a organização, a coordenação, a direção, a avaliação e o controle (BITTAR, 2001) nos hospitais. Portanto, é necessário o uso de um painel equilibrado de indicadores para avaliar a efetividade hospitalar, com o objetivo de impedir uma visão isolada, inadequada e perigosa do seu desempenho (VEILLARD, CHAMPAGNE; KLAZINGA, 2005). Ressalta-se que este painel de indicadores deve fornecer informações inequívocas, as quais não devem ser propensas a interpretações errôneas (MARTIN et al., 2018).

Há um manual inserido no sistema de informação, próprio da Sede Ebserh, de acesso *online* a todos os colaboradores do hospital, constando a ficha técnica dos indicadores eleitos para serem monitorados por todos os 40 hospitais que integram a Rede Ebserh, dentro do Sistema VIGIHOSP, pela Central de Serviços (EP27H2, 2021; EP17H2, 2021).

4.2.3 Ambiente do hospital de pesquisa H3

O H3 foi inaugurado em 1920 (D2H3, 2021), e caracteriza-se por ser filantrópico, devido a sua parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Blumenau, mediante a qual 20% de seu faturamento é revertido em serviços, como exames de imagem, tomografia e ressonância do município, bem como atendimento à cirurgia cardíaca infantil e adulta e ortopédica de quadril; a partir da necessidade da SMS, para o SUS (QP10H3, 2021, GF, 2021).

A missão do H3 é “Cuidar das pessoas, promovendo saúde com segurança, empatia e eficiência”; os valores deste complexo hospitalar são: “ética e integridade, qualidade e segurança no cuidado, valorização das pessoas e das relações, sustentabilidade, inovação, trabalho em equipe (D3H3, 2021).

O H3 organiza-se hierarquicamente em Conselho Administrativo, subordinado ao Conselho Administrativo está a Superintendência Geral; e respondem a esta a Direção Clínica e a Secretaria Administrativa. A estes dois órgãos, respondem quatro Superintendências: Médica, Administrativo-Financeira, Assistencial e de Operações (D2H3, 2021).

O planeamento estratégico é realizado a cada cinco anos (QP10H3, 2021), e o Mapa Estratégico, da ferramenta do *Balanced Scorecard* (BSC), sintetiza os objetivos e estratégias de 2019 a 2023, e baseia-se em cinco perspetivas: 1) Social e Financeira; 2) Clientes e Pacientes; 3) Grupos de Relação; 4) Processos Internos; 5) Aprendizagem e Crescimento (D1H3, 2020).

Não é titulado como hospital de ensino, mas recebe alunos universitários de enfermagem, medicina, nutrição e fisioterapia, de nível técnico de enfermagem e de radiologia. Oferece Programas de Residência Médica nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Psiquiatria, Radiologia, Cardiologia e Medicina Intensiva. As duas últimas residências decorrem de parceria com organizações privadas (QP10H3, 2021).

Há um setor de educação, criado em 2007, responsável pelo mapeamento de necessidades de treinamento, conforme recomendam os Manuais de Acreditação, e disponibiliza capacitação por meio de cursos de especialização (D1H3, 2020; QP10H3, 2021). O H3 oferece treinamentos voltados à Segurança do Paciente e prevenção de IRAS nos momentos de integração dos profissionais e quando necessário (QP10H3, 2021).

A política de qualidade do H3 é “Buscar sempre a satisfação dos clientes, prestando serviços de qualidade, com colaboradores capacitados e comprometidos com a melhoria contínua dos processos e a eficácia do sistema de gestão” (D3H3, 2021).

A Gestão da Qualidade está subordinada à Superintendência Administrativo/Financeiro, e é composta por um supervisor, um médico, duas enfermeiras (uma para gestão de protocolos e uma para gerenciamento de riscos), duas analistas (um especialista na Metodologia *Lean* e um especialista em processos de qualidade, indicadores, auditorias, gestão de documentos) (QP10H3, 2021).

Desde 2016, o H3 é acreditado Nível 3, pela ONA, e mantém a certificação até o corrente ano (D1H3, 2020; D3H3, 2021). Em 2020 conquistou a certificação pela

JCI (H3, 2021; GFH3, 2021). É membro da Rede Sentinela, da Vigilância Sanitária desde 2011 (D1H3, 2020).

Com a certificação, o H3 foi reconhecido como centro de excelência internacional. Esta certificação comprova níveis de excelência no atendimento, gestão, infraestrutura e qualificação profissional. Além de colocar o H3 no grupo de hospitais do estado de SC acreditados neste nível (D1H3, 2020).

A busca pelo reconhecimento internacional iniciou com adequações de serviços, criação de protocolos e melhorias na infraestrutura, além da qualificação das equipes e a busca da certificação do seu modelo de gestão da qualidade, pelo processo de Acreditação. Para tal, o H3 contratou uma instituição acreditadora, o Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS) e, posteriormente, a *Joint Comissional Internacional* (JCI). A primeira etapa consistiu de realização de um diagnóstico da organização, de acordo com prerrogativas da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e da JCI (GFH3, 2021).

O gerenciamento de risco e a segurança do paciente estão estruturados de acordo com a RDC nº 36 (2013), por meio da instituição do NSP (GFH3, 2021), no qual participam representantes de todas as áreas (internação, cirúrgica, UTI, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), unidade materno Infantil, área médica, especialidades, qualidade, superintendência e farmácia), bem como são convidados/especialistas externos às reuniões, se necessário (GFH3, 2021) e suas reuniões são bimestrais. No início do ano ocorre o planejamento a ser executado e, no final do ano, é apresentado um relatório de atividades tendo em vista as metas mensuradas.

No hospital há gerenciamento de risco proativo (mapas de riscos e ações de minimização de risco) e reativo, notificação e análise de incidentes. Os mapas de risco existem em todas as áreas, de modo que todos os eventos são mapeados e avaliados (QP10H3, 2021).

Há regimento do NSP, com agenda de reuniões bimestrais. No início do ano ocorre o planejamento anual, e no final do ano é apresentado um relatório de atividades, com avaliação das metas. No NSP participam representantes de todas as áreas do hospital (internação, cirúrgica, UTI, SCIH, unidade materno Infantil, área médica, especialidades, qualidade, superintendência e farmácia), como convidados/especialistas externos, se necessário (GFH3, 2021).

No H3 realizam-se ações de tecnovigilância (insumos, medicamentos, órteses e próteses), farmacovigilância e vigilância de saneantes, hemovigilância e biovigilância (células, tecidos e órgãos) (QP10H3, 2021), ressalta-se que pertence à Rede Sentinela.

O SCIH é composto por uma médica infectologista (Gestora médica) e três enfermeiras (uma delas é a coordenadora) (EP10H3, 2021). As Superintendências médica e assistencial fazem parte da Comissão de Controle de Infecção e recebem o relatório trimestral de atividades de Serviço de Controle de IRAS, que contém os indicadores. Tais indicadores não são divulgados ao corpo clínico, mas são disponibilizados pelo sistema Tasy® e pelo *dashboard* no Power-BI para as supervisões e enfermeiros das áreas (QP10H3, 2021).

A prevenção e o controle de infecção hospitalar estão estruturados no Plano desenhado a partir de determinações da Vigilância Sanitária, legislações em conjunto com as demandas exigidas pelos programas de Acreditação Nacional (ONA) e Internacional (JCI) (EP10H3, 2021).

Além de acreditado pela JCI e pela ONA nível 3, o H3 também tem as certificações de Amigo da criança; *Great Place to Work*; Sustentabilidade Digital; Responsabilidade Social; Prêmio Ser Humano; Selo de Empresa Sustentável. O H3 é membro do grupo de hospitais da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP). É referência para o vale do Itajaí nas especialidades de cardiologia; psiquiatria; cirurgia cardiológica adulto e pediátrico; oncologia; internação clínica pediátrica; intensivismo adulto, pediátrico e neonatal. Pertence à Rede de Hospitais Sentinela.

Em relação ao prêmio *Great Place to Work*, segue o discurso sobre mudanças no ambiente interno {“[...] com o *Great Place to Work*, começamos a trabalhar mais algumas questões dentro do hospital [...] uma série de iniciativas, chamamos de ‘Projeto Plantando Bem-Estar’. [...] há alguns anos, trouxemos o slogan de que ‘aqui você se sente bem, e se você se sente bem aqui, nós também temos que nos sentirmos bem’, então, houve uma preocupação em cuidar do cuidador. Várias ações foram realizadas, como psicologia positiva, com lideranças, várias ações estão realizadas há alguns anos com os principais líderes, inclusive com os de equipe, para viabilizar esse processo [...]” (GFH3, 2021)}.

O H3 também é associado titular da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) desde 2017, {“Um título concedido somente aos hospitais com

acreditação nacional em nível de excelência. Dentre os diversos benefícios da relação está o de comparar as práticas, dados e indicadores que mensuram e viabilizam o gerenciamento das Instituições Hospitalares” (D1H3, 2020)}.

O H3 integra o Movimento Nacional do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de Santa Catarina desde 2016, e conquistou o Prêmio Ser Humano {“[...] O ODS consiste em um movimento social constituído por voluntários, de caráter apartidário, plural e ecumênico, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da sociedade catarinense, visando cumprir com os compromissos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, aprovada pelos países membros da ONU” (D1H3, 2020)}.

4.2.3.1 Monitoramento de indicadores no H3

O monitoramento de metas e indicadores é acompanhado de forma sistemática e mensalmente no H3. Os resultados são monitorados, sendo registrado o desempenho pelo método de fato, causa e ação. Os resultados dos indicadores são apresentados em diversos fóruns, como de: Indicadores do planejamento estratégico; Indicadores do painel geral; e Indicadores dos processos de qualidade e gerenciamento de riscos. O monitoramento dos resultados dos indicadores varia de acordo com os participantes das reuniões, que podem ser: reunião individual, entre supervisores e superintendentes; reunião de lideranças; e reunião com a Diretoria (QP10H3, 2021). Nas reuniões os superintendentes apresentam os indicadores sob sua responsabilidade (GFH3, 2021). Há reuniões para discussão dos indicadores de efetividade assistencial com os gerentes das unidades e a Direção, que acontecem mensalmente com cada Gestor para avaliar os indicadores. Nessas reuniões podem surgir ações de melhorias dos processos (EP10H3, 2021).

A Gestão da Qualidade é a responsável pela organização das reuniões internas. A avaliação de resultados do exercício anterior e a definição de novos indicadores e metas específicas são compartilhadas previamente com as unidades, com alinhamento às perspectivas do plano diretor estratégico do hospital e a efetividade do propósito do sistema de gestão por resultados (QP10H3, 2021).

Não há um manual de indicadores físico, estruturado. Todos os indicadores de efetividade assistencial estão inseridos dentro do *software* de Gestão e Estratégia Tasy®, na função indicadores ou planejamento estratégico, e são alimentados a partir

dos dados informados nesse sistema, que também disponibiliza as informações sobre como é estruturado cada indicador (QP10H3, 2021).

Os indicadores são definidos a partir do planejamento estratégico e dos mapas de processos institucionais. À medida que é cadastrada no sistema Tasy®, a informação é transformada em dado de forma direta ou indireta conforme a disponibilidade e particularidade de cada indicador (QP10H3, 2021).

O conjunto de indicadores assistenciais não está presente em sua completude no planejamento estratégico. Os indicadores de resultado assistencial são apresentados mensalmente na reunião da Superintendência com as lideranças. Para cada indicador há um responsável pela sua alimentação e análise, e a Gestão da qualidade avalia mensalmente o percentual de indicadores analisados e alimentados no prazo (EP10H3, 2021).

Para garantir a qualidade e segurança do paciente e outros objetivos estratégicos, há indicadores com metas definidas que são acompanhados nas reuniões bimestrais de análise das estratégias, em que participam os superintendentes, supervisores da qualidade, recursos humanos, controladoria e integrantes da área assistencial (QP10H3, 2021). Os grupos reúnem-se periodicamente para analisar resultados, além de fazer auditorias e promover ações de melhorias e capacitações (D1H3, 2021).

Os incidentes de segurança relacionados diretamente ao paciente são informados no sistema de notificação eletrônico do Tasy®, enquanto outros são notificados na intranet, e/ou Google Forms®. Todos os colaboradores podem notificar. O incidente é analisado e classificado pelo Setor da Qualidade. No fechamento do mês, é gerado um relatório que permite às áreas alimentarem os indicadores e fazerem melhorias. Os eventos adversos relacionados ao paciente são também notificados no NOTIVISA, entretanto, o sistema não é utilizado para o gerenciamento de risco (QP10H3, 2021).

Há um mural de Gestão à Vista que contempla informações desde a estratégia da instituição até indicadores dos processos das áreas, contemplando indicadores assistenciais. Também existe o Painel de indicadores no H3 que contemplam indicadores financeiros, de produção e assistência, que são repassados mensalmente para as lideranças e colaboradores (QP10H3, 2021).

Por reconhecer a importância da segurança como base para desenvolver melhoria contínua das práticas assistenciais e de gestão, realiza-se no H3,

anualmente, uma pesquisa de cultura de segurança, com a finalidade de reconhecer os *gaps* e traçar ações de melhorias (D1H3, 2020).

Há grupos interdisciplinares que trabalham, constantemente, na capacitação das equipes, na melhoria dos processos e nas auditorias relacionados às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, estabelecidas pela *Joint Commission International* (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (D1H3, 2020; QP10H3, 2021). Há a Liga da Segurança, com papel importante na educação dos colaboradores, e que se mantém ativa mediante ações lúdicas que remetem à segurança do paciente aos pacientes e familiares (D1H3, 2020).

Há uma cultura de diálogo e escuta ativa (D1H3, 2020), com Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC), e há valorização de pesquisa com ferramentas inovadoras (por exemplo o *Net Promoter Score* – NPS) de satisfação do paciente. Há uma preocupação com a efetividade dos instrumentos de pesquisa, e com a veracidade das informações coletadas (GFH3, 2021).

4.2.3 Ambientes dos hospitais de pesquisa H1, H2, H3

Os três hospitais são de natureza diferentes, público, privado filantrópico.

O hospital público é o de porte especial, e os demais são de grande porte, e por consequência, a estrutura e a produtividade diferem entre eles, embora haja semelhanças.

Todos pertencem ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que o H1 e o H3 integram o Sistema de Saúde Suplementar, com interface com o SUS.

Todos são hospitais de alta complexidade, com unidades de Terapia Intensiva (UTI), internações para cirurgias, Pronto Atendimento (embora o PA do H2 é referenciado pela Central de Leitos do município). Todos atendem pacientes em mais do que 45 especialidades médicas.

O H1 é o hospital de maior complexidade assistencial na região extremo-oeste do estado do Paraná, e é referência regional para gestação de alto risco; cardiologia; oncologia e neonatologia. o H2 é o maior e mais complexo hospital do Estado e referência para o SUS em diversas especialidades: gestação de alto risco, emergência obstétrica, dor torácica, acidente vascular cerebral, vítimas de violência sexual, e internacional para o transplante de medula óssea; neonatologia, hemato-oncologia, neurologia adulto e infantil, e cirurgia bariátrica. E o H3 é referência para o Vale do

Itajaí nas especialidades de cardiologia; psiquiatria; cirurgia cardiológica adulto e pediátrico; oncologia; internação clínica pediátrica; intensivismo adulto, pediátrico e neonatal. Pertence à Rede de Hospitais Sentinela.

O H2 é hospital de ensino, mas não possui atualmente certificação de acreditação hospitalar. E o H1 e H3 são acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), nível 3 (de excelência), sendo o H3 também acreditado pela *Joint Commission Accreditation* (JCI). Para esta certificação no Nível 3 da ONA é requisitada a sua comprovação de maturidade gerencial, mediada por estratégias racionais estritamente alinhadas aos resultados continuamente avaliados (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; ONA, 2014).

Todos os três hospitais têm histórico de esforços para buscar certificação, de investimento na estrutura e processos, e ciclos de melhorias. O setor responsável pela qualidade de todos eles encontra-se no nível estratégico e possuem sistemas de informação hospitalares, com módulos específicos de monitoramento de indicadores de qualidade (QUADRO 25).

QUADRO 25 – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO UTILIZADOS PELOS HOSPITAIS DE PESQUISA, H1, H2, H3, BRASIL, 2022

	H1	H2	H3
Sistemas de Informação para monitoramento de indicadores de qualidade		Próprio (SIH) e Aplicativo Gestão de Hospitais Universitários (AGHU) (em implantação) Vigihosp SIG – Sistema de informações Gerenciais	
Sistemas de informação utilizados no SCIH e Epidemiologia	Tasy® e Stratec®	Interface com o MS: - Siscel, INCA, SINAN, SINAN (NET), SIVEP, e-SUS VE; Interface com SMS: - e-SAÚDE; Sistema Gerador de Ambiente Laboratorial; Interface com a SESA: - SONIH (Sistema Online de Controle de infecções hospitalares) - Sistema próprio da Rede Ebserh (Painel de indicadores); - Sistema Gerador de Ambiente Laboratorial	Tasy®

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Todos os hospitais têm NSP formalmente instituído, com participantes de várias áreas do sistema hospitalar e gestão de riscos assistenciais.

Em relação aos participantes do NSP, considera-se na literatura que para se construir assistência segura ao paciente, é essencial que, além de todos os

profissionais de saúde, a Direção e até mesmo o próprio usuário/cliente participem ativamente das reuniões. Para corroborar a eficácia de implantação e implementação do NSP é primordial a cooperação dos inúmeros componentes envolvidos, a fim de vencer as dificuldades e promover as medidas de segurança adequadas (CAVALCANTE et al., 2019).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentadas as nove categorias que emergiram da análise temática categorial realizada à Luz de Bardin (2021), e discutidas com autores que tratam de temas relacionada a elas.

Os dados submetidos à análise foram obtidos na triangulação de múltiplas fontes, dados e procedimentos de pesquisa, como levantamentos estruturados em sites oficiais, análises de documentos, entrevistas, questionários *online* autoaplicados, visitas técnicas, encontros de demonstração sobre sistemas de informação, diário de campo da pesquisadora e grupo focal.

Neste estudo de caso múltiplo, os fatores ambientais identificados entre os três hospitais, que influenciam ou contribuem no monitoramento e na elegibilidade dos indicadores de efetividade hospitalar na dimensão da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente, estão explicitados em cinco categorias referentes ao ambiente interno do hospital, e quatro categorias referentes ao ambiente externo operacional.

Entre as categorias que emergiram da análise categorial, tem-se as convergentes, pois se referem aos ambientes relativos aos hospitais H1, H2 e H3; e outras não convergentes, que referem somente a particularidades de ambientes de um ou dois hospitais. As categorias, e a classificação quanto à convergência são apresentadas no QUADRO 26.

QUADRO 26 – CATEGORIAS IDENTIFICADAS NA ANÁLISE CATEGORIAL E SUA CLASSIFICAÇÃO

Categorias relacionadas ao ambiente interno dos hospitais	Classificação
➤ Relevância do planejamento estratégico institucional para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial dos hospitais	Convergente
➤ Apoio da Direção à gestão da qualidade e à elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar, na dimensão da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente	
➤ A natureza pública de um hospital de ensino universitário e sua influência na elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar	Não convergente
➤ Contribuição dos Sistemas de Informação para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar	Convergente
➤ Estratégias, métodos e procedimentos que contribuem para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial nos hospitais H1, H2, H3, na dimensão da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente	
Categorias relacionadas ao ambiente externo dos hospitais	Classificação
➤ Contribuição de políticas públicas e da Anvisa para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente	Convergente
➤ Contribuição das Agências Acreditoras para a elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar nas dimensões da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente	Não convergente
➤ A influência da Ebserh na gestão da qualidade e na seleção e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospital de ensino universitário nas dimensões da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente	
➤ Impactos de fatores epidemiológicos: na elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar - a Pandemia da Covid-19	Convergente

Fonte: Dados de pesquisa (2022).

A seguir, são apresentadas as categorias, que são discutidas à luz da literatura correlata a temas selecionados a elas relacionados.

Todavia, relembra-se que os ambientes dos hospitais foram considerados sob a perspectiva Sistêmica da Administração. Portanto, partiu-se do pressuposto que as categorias relativas a fatores dos ambientes interno e externo operacional não podem ser tratadas de forma isolada, tendo em vista a influência recíproca entre ambientes, assim como entre os subsistemas que os compõem. Para que se explicitasse uma categoria, muitas vezes foi necessário abordar a relação entre fatores dos dois tipos de ambientes organizacionais.

5.1 FATORES DO AMBIENTE INTERNO DOS HOSPITAIS QUE AFETAM A ELEGIBILIDADE E O MONITORAMENTO DE INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

5.1.1 Relevância do planejamento estratégico para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar

No planejamento estratégico (PE) do H1 (2020), a qualidade está traduzida em todas as metas estratégicas, principalmente aquelas estabelecidas na perspectiva de gestão por processos, e contempla o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial, como a performance dos processos, eficiência operacional na assistência (QP2H1, 2020; D2H1, 2020). E a operacionalização de reuniões para a definição e monitoramento de indicadores é exemplificada no discurso de um participante: *{“[...] tem uma rotina [...] um cronograma de reuniões com times de liderança, normalmente gerentes de departamentos, algumas assessorias [...] nós discutimos os indicadores estratégicos, analisamos mês a mês. [...], onde são feitas análises e discussões de temas que têm relação com o planejamento estratégico e questões, eventualmente, que não tenham relação com o planejamento estratégico, mas tenham impacto na instituição, no sentido de buscar alternativas e soluções”* (VP10H1, 2021)).

Em relação ao H2, hospital público e de ensino, gerenciado pela Ebserh, os participantes relataram que a empresa definiu como seria a elaboração do Planejamento estratégico para os 40 hospitais gerenciados, de forma a padronizar como identificar os desafios de gestão, bem como criar estratégias para transpô-los. Consequentemente, o Mapa Estratégico da Rede direciona o PE dos hospitais universitários, cujos pilares da estratégia são: sociedade, sustentabilidade, governança, processos e tecnologia, pessoas. Cada pilar é representado por um objetivo estratégico, que deve ser conduzido a partir do monitoramento de indicadores estratégicos (D2H2, 2021; EP23H2, 2021).

Segundo a perspectiva dos participantes do H2, a Ebserh desenvolve uma das melhores práticas de planejamento estratégico, uma vez que é baseada no *Balanced Scorecard* (BSC), ou, “Indicadores Balanceados de Desempenho” e contempla o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial de grau de satisfação do usuário e relacionados a normas regulamentadoras de boas práticas reconhecidas (D2H2, 2021; QP13H2, 2020). Um dos principais componentes do BSC

é o mapa estratégico, que descreve a estratégia do hospital, por meio de objetivos relacionados entre si e distribuídos em perspectivas. O objetivo estratégico representa o que deve ser alcançado e o que é crítico para o sucesso da organização. Por sua vez, os indicadores definem como será medido e acompanhado o sucesso do alcance do objetivo (D2H2, 2021).

Em 2019, foram elencados durante reuniões e oficinas, ações e indicadores que resultaram em projetos estratégicos, com coerência aos objetivos da Rede Ebserh (D2H2, 2021; EP23H2, 2021). Nestas reuniões participaram dirigentes e gerentes de vários setores/unidades, incluindo o Setor de Qualidade e Segurança do Paciente (QP13H2, 2020). O colegiado executivo tem papel fundamental no monitoramento das metas e no processo de reflexão e replanejamento (D2H2, 2021; EP23H2, 2021). E o sistema de informação para controle dos projetos do planejamento estratégico do H2 é observado no discurso: *{[...] “A sede está monitorando direto os projetos. Existe um sistema que é o DNS product, um sistema de projetos, monitorado pela Sede, nas 24 horas [...]”. Mensalmente os gerentes dos projetos devem realizar registros sobre o desenvolvimento, e [...] “um relatório é enviado para o colegiado”* (EP23H2, 2021).

Percebe-se, na gestão do H2, a influência no Plano de Desenvolvimento Estratégico na elegibilidade dos indicadores pelas diferentes áreas hospitalares, conforme a fala de um participante: *{[...] “cada área sentou e tentou achar o melhor indicador. O PDE é uma evolução. Então, com o passar da execução do projeto, verifica-se se aquele indicador é o melhor indicador ou não. [...] existe todo um procedimento para fazer a alteração do indicador, passa pelo colegiado executivo, obtém a aprovação, altera o PDE, faz a publicação em portaria e manda para a Sede [...]”* (EP23H2, 2021).

Por sua vez, no H3, os indicadores são definidos a partir do planejamento estratégico e dos mapas de alguns processos institucionais (QP10H3, 2021).

O Planejamento permite a análise dos ambientes internos e externos e a melhor definição da alocação de recursos. Após a definição dos objetivos do hospital (o que se pretende atingir), dos diagnósticos dos ambientes interno e externo operacional, são elaboradas as estratégias, que refletem o “como” alcançar os objetivos (TAJRA, 2006).

Portanto, quando a qualidade está contemplada no Planejamento Estratégico. A política da qualidade determina o modelo básico de atuação da Gestão da Qualidade, viabilizado pelo setor responsável, e deve ser desenvolvida em todo o

hospital de modo a otimizar os recursos, com planejamento, o que refletirá tanto em redução de custos (de produção), devido à redução de desperdícios que requerem medidas corretivas, quanto pela necessidade de realizar ciclos de melhoria (PALADINI, 2019).

De modo que para estruturar o processo de Gestão da Qualidade deve-se definir, conhecer e entender profunda e amplamente a política que o hospital adotará em relação à qualidade.

Consequentemente, o sistema de Gestão da Qualidade aplica métodos de produção, avaliação e melhoria da qualidade à organização. Compõe-se de normas, que são diretrizes provenientes do nível estratégico, definidas pela política da qualidade na organização; métodos, definidos no nível tático como são utilizados os recursos para o alcance dos objetivos organizacionais; e procedimentos, que são as atividades necessárias à aplicação dos métodos de forma efetiva, e são definidas no nível operacional (PALADINI, 2019).

Destaca-se que as normas, os métodos e os procedimentos são interligados e definidos nos sistemas hospitalares, e seguem o modelo *top-down*, no qual os métodos são definidos a partir das normas; os procedimentos guiam-se pelos métodos estabelecidos (PALADINI, 2019).

Um dos principais componentes do BSC é o mapa estratégico, que consiste na representação gráfica, visual, da estratégia da organização, incluindo iniciativas de qualidade em andamento. Partindo do mapa estratégico, são delineados indicadores e suas metas, para cumprir os objetivos da organização (KAPLAN, NORTON; 2018).

Para tal, a organização deve lançar um conjunto de programas que criarão condições para que se cumpram estas metas. A organização deve investir em recursos estruturais (pessoas, financiamento, capacitações, sistemas de informação, tecnologias etc.) para cada programa. As estratégias para alcançar cada meta estipulada, geram resultados (KAPLAN, NORTON; 2018).

O gerenciamento eficaz pressupõe a existência de um sistema de avaliação de desempenho alicerçado em medições fidedignas e alinhado aos objetivos estratégicos do hospital. Tal processo pode ser materializado, monitorando-se indicadores e a partir de seus resultados, oportunidades de melhorias a serem priorizadas para a obtenção de desempenho eficaz (NUNES, 2018).

5.1.2 Apoio da Direção à gestão da qualidade e à elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar, na dimensão da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente

Os participantes exemplificaram como o ambiente interno hospitalar influencia a seleção dos indicadores de efetividade assistencial. Esta influência se deve à *{“característica de atendimento, tipo de pacientes atendidos, complexidade, estrutura hospitalar, conhecimento e competência de médicos e gestores assistenciais, engajamento das equipes, clima institucional, [...] no compromisso com a alimentação, análise e implementação de melhorias” (EP10H3, 2021)}*.

Como um sistema aberto, o hospital necessita adequar os atores e fatores do ambiente interno que contribuem para o sucesso dos processos produtivos e o alcance dos objetivos organizacionais, bem como se adaptar e ser proativo para tomar decisões e resolver situações apresentadas pelo ambiente externo. E nesta perspectiva, destacam o apoio da Direção do hospital.

Esse apoio da Direção foi ressaltado por todos os hospitais, em várias perspectivas, ainda que haja limitações relativas a influências do ambiente externo, como o exemplo citado: *{“Há o apoio da Direção nas ações da Gestão da Qualidade, apesar das limitações existentes, em especial neste ano de 2020, com os impactos da pandemia em todos os setores do hospital” (QP13H2, 2020)}*.

Um participante exemplificou, que no hospital filantrópico, cuja mantenedora é uma instituição religiosa, a Direção é *{“[...] engajada diretamente na gestão da qualidade, [...] sendo direcionadora, participativa e apoiadora, uma vez que participa diretamente na construção dos processos institucionais e definição de seus indicadores, validação dos mesmos e acompanhamento junto aos gestores de resultados e melhorias implementadas” (QP10H3, 2021)}*, situação similar à descrita pelo participante do hospital público de ensino EP23H2 (2021).

Uma das perspectivas do apoio da Direção no H3 manifesta-se no entendimento de que a qualidade, segurança e regularidade dos serviços prestados aos pacientes estão vinculadas à gestão dos fornecedores e prestadores de serviços e à corresponsabilidade destes, em adotar processos operacionais que atendam à legislação vigente e a critérios econômicos, sociais e ambientais (D1H3, 2020). Consequentemente, a gestão da cadeia de suprimentos do H3 conta com políticas,

processos e ferramentas que garantem a qualidade da assistência aos pacientes, com riscos operacionais e econômicos monitorados e geridos (D1H3, 2020).

Os participantes do H1 exemplificam, esclarecendo que o hospital trabalha com processos formais de gestão de indicadores de efetividade hospitalar, estruturados com a cadeia de valor (processos primários, de apoio e gerenciais) (QP2H1; QP7H1, 2021). Em relação à seleção dos indicadores, o papel da Direção é relevante, uma vez que *{“[...] norteia e alinha com a estratégia da instituição. A Direção realiza o acompanhamento dos indicadores estratégicos, principalmente no momento da revisão e elaboração do Plano Estratégico. Para as áreas, o acompanhamento da Direção dá-se por meio de reuniões periódicas com os Gestores” (QP2H1, 2021)}*. E por outro lado, *{“[...] a quantidade, qualidade e método de monitoramento dos indicadores estão ligados à maturidade da gestão, assim como a necessidade da instituição de acompanhar e gerenciar os seus processos” (QP2H1, 2020)}*.

O apoio da Direção do H1 em investimento em ciclos de melhorias e para fortalecer o modelo de Gestão por processos requer também priorização e monitoramento de indicadores confiáveis e atualizados. Exemplificando este apoio, o participante comentou: *{“Estruturamos nossas áreas com foco em gestão por processo, nosso objetivo é desenvolver os líderes para fazer uma gestão integral dos processos e do negócio, com o apoio da Alta Direção, o alinhamento das áreas e para os ciclos de melhorias para o alcance de melhores resultados” (QP2H1, 2021)}*.

Na mesma perspectiva, o apoio da Direção do H2 para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade considerados nesta pesquisa se consolida *{“[...] na medida em que a governança propicia condições de efetivá-los e os gestores empenham-se em mensurá-los, monitorá-los e realizam ações para corrigir os desvios de desempenho detectados” (QP13H2, 2021)}*.

No tocante aos fatores do ambiente interno do hospital, foi validado nos grupos focais que a Direção deve almejar a qualidade e demonstrar seu comprometimento por meio da formulação e divulgação da política de qualidade da instituição, proporcionando oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento dos membros, respaldando suas ações, pactuando metas relacionadas à melhoria da qualidade, aprovando e concedendo meios para proporcionar ambientes de motivação. No H1, H2 e H3 há programas de desenvolvimento de pessoas, com atividades multiprofissionais, viabilizadas por atividades presenciais e a distância, com

aulas expositivas, estudo de casos, discussão de casos, entre outros (GFH1, GFH2, GFH3; 2021).

Outra perspectiva em que se avalia o apoio da Direção é o quanto a gestão da qualidade está alinhada aos objetivos estratégicos institucionais e, portanto, está próxima à direção, e uma indicação dessa condição é a posição em que o setor responsável pela qualidade ocupa no organograma.

Os hospitais H1, H2 e H3 têm uma estrutura bem definida, hierarquizada. No H1 e H3, a Gestão da Qualidade está subordinada diretamente à Superintendência. Por sua vez, no H2, a Gestão da Qualidade subordina-se à Gerência de Atenção à Saúde, subordinada à Superintendência. No entanto, há uma proposta de alteração do organograma pela Rede Ebserh (EP27H2, 2021; GFH2, 2021). A relevância da posição no nível estratégico dos hospitais é destacada na seguinte fala: *“no novo organograma da Rede Ebserh, a Gestão da Qualidade passa a ser subordinada à Superintendência, que é o certo. Porque você não pode estar dentro da caixinha de ninguém, porque quem estabelece modelo para a atenção inteira tem que estar subordinado apenas à chefia máxima, que é a Superintendência”* (EP17H2, 2021)}.

Portanto, sem o apoio da Direção do hospital os processos de qualidade, bem como o monitoramento de indicadores dificilmente têm êxito e atingem os objetivos propostos. Faz-se imprescindível que a busca pela qualidade tenha o comprometimento e a adesão por parte de todos da equipe multiprofissional e demais colaboradores, de modo que se incorpore à cultura organizacional. E é importante o apoio da Direção para que todos ajam em consonância e uniformidade para o alcance dos objetivos organizacionais.

O envolvimento da Direção e sua liderança hospitalar na busca pela qualidade é imprescindível, uma vez que é de sua responsabilidade a proposição e implementação de políticas e diretrizes; viabilização, influência e envolvimento de colaboradores da instituição com vistas a alcançar os objetivos pretendidos (SOBRINHO et al., 2015).

Adicionalmente, para que os processos organizacionais se realizem com a melhor eficiência possível, é preciso que os atores envolvidos trabalhem de forma integrada em torno da gestão da qualidade. A integração vem sendo tratada como um elemento essencial para a sustentabilidade e o funcionamento das organizações de saúde em função da alta fragmentação na produção dos seus serviços (BAINBRIDGE et al., 2016).

Para conferir caráter estratégico ao planejamento, é necessário efetivo envolvimento da Alta Gestão (PALADINI, 2009), e é a Direção quem define as políticas da qualidade, uma vez que refletirão nos objetivos e normas de toda a organização, definirão as formas de atuação no mercado, o nível de tecnologia nos processos, o grau de qualificação da mão de obra, etc. E, principalmente, definirão diretrizes que todos devem seguir (PALADINI, 2019). São decisões que, devido a sua magnitude e abrangência, não podem ser tomadas em áreas operacionais.

5.1.3 A natureza pública de hospital de ensino universitário e sua influência na elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar

Quando a natureza do hospital é pública, assim como o H2, público e de ensino, esta influencia a seleção e monitoramento de indicadores, conforme indicado por um participante: *{No caso específico deste hospital, em que a sua atuação é exclusivamente para o SUS, e esta se dá por contratualização com o Gestor municipal, esta pactuação define os indicadores de resultado assistencial que vão monitorar o atendimento}* (QP13H2, 2020)}. E como hospital público e de ensino, *{“[...] as demandas da rede assistencial de um hospital de alta complexidade e de grande porte são diversas [...]}* (QP13H2, 2020)}.

A contratualização dos hospitais com o SUS é o processo pelo qual o gestor do governo e o representante legal do hospital (público, privado ou filantrópico) estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, que são acompanhadas e avaliadas por uma Comissão de Acompanhamento (IDISA, 2018). A contratualização direciona principalmente os hospitais públicos a que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde ao monitoramento de determinados indicadores de qualidade.

No H2, há controle social em reuniões trimestrais na Comissão Interinstitucional de Acompanhamento do Contrato, e em reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, com participação paritária em relação à sua composição de Gestores, trabalhadores, usuários e prestadores do SUS (QP13H2, 2020). Os relatos a seguir retratam as diversas instâncias às quais o hospital público com contratualização com o SUS deve prestar contas: *{“[...] O hospital tem que cumprir a contratualização, e há acompanhamento e controle social: [...] todo mês, o serviço que tem metas, encaminha, via processo SEI, o que tem que responder. O*

monitoramento é mensal, essa entrega de documento. Porém, a reunião para ter consenso, atingiu ou não atingiu, com a Direção e o pessoal da SMS, [...] que valida os dados enviados [...]. Segundo o contrato, participam das reuniões cinco pessoas da Secretaria Municipal e nove pessoas do H2” (GFH2, 2021)}. Nestas reuniões de contratualização, participam *“[...] membros da sociedade que participam de reuniões de consenso de atingimento de metas [...] tem a regulação, a sociedade” (EP17H2, 2021)}*.

A Secretaria Municipal de Saúde estabelece na sua contratualização com o hospital a obrigatoriedade de que alguns indicadores sejam monitorados, o que pode ser compreendido na fala de um participante: *“[...] os indicadores que são mais cuidados, mais avaliados [...] são do contrato com o Gestor, com a Secretaria Municipal. A gente vive com esse dinheiro. Então, esses indicadores que envolvem, quantitativos e qualitativos, por exemplo, resposta da ouvidoria em tempo hábil, as reuniões do NSP [...]. [...] o quanto eu produzo, atendo de consulta nova, realizo de procedimento [...]. Porque é a sustentabilidade financeira do hospital [...] A gestão realmente prioriza aqueles do contrato de gestão [...]. Mas tem outros níveis, e cada nível, cada serviço vai gerenciar os indicadores correlatos ao seu serviço” (GFH2, 2021)}*.

Além disso, a condição de possuir natureza pública, e cuja contratualização estabelece 100% de seu atendimento destinado ao SUS, direciona o seu *mix* de produção do hospital, os serviços a serem ofertados, clientela a ser atendida, os recursos a serem utilizados), o que pode também influenciar na efetividade dos processos, conforme a perspectiva do participante do H2 (pode haver contratualizações com o SUS referentes a situações catastróficas, como a Pandemia COVID-19. E estas *“[...] podem trazer consequências à efetividade assistencial, quando os recursos hospitalares precisam ser direcionados para este novo problema, há falta de insumos para fornecimento ao hospital, dificuldades de viabilização de alta hospitalar de pacientes que necessitam de recursos do sistema de saúde” (QP13H2, 2020)}*. Logo, observa-se que dependendo das condições do ambiente interno e externo operacional, os indicadores podem deixar de ser monitorados ou reavaliados.

Como hospital público, sofre influência de fatores políticos que impactam na qualidade e no monitoramento de indicadores no hospital, como a situação descrita pelo participante: *“Aqui no H2, estamos em um momento de tensão, no qual o reitor assumiu, mas não deflagrou se a gestão [do hospital] ficará ou não. Então muita coisa*

ainda não conseguimos avançar. Pois, há problemas estruturais que dependem da tomada de decisão da Alta Gestão, portanto, estamos em um momento mais contido. [...] não estamos em um momento muito propício para falarmos de qualidade, pelas próprias questões da pandemia, como também internas, do nosso hospital, dessa transição” (EP27H2, 2021)}.

Em se tratando de hospitais do SUS, fatores ambientais como organização ou desorganização do sistema, contexto sociopolítico, financiamento, tempo de uso e estado de conservação dos hospitais, são fatores que podem interferir na efetividade e até explicar determinados resultados encontrados (SOUZA, SCATENA, KEHRIG; 2016).

Já o fato de ser hospital público e de ensino o subordina a políticas do Ministério da Educação e Cultura (MEC), tais como o direcionamento para estabelecimento de contrato com vista a ser gerenciado pela Ebserh. Um participante descreveu que no H2 ocorrem consequências políticas e entraves administrativos decorrentes da subordinação ao MEC e do gerenciamento pela Ebserh: *“[...] na sede, por exemplo, a gente tem a mudança da ponta junto com a mudança de troca de gestão, por exemplo: Ministro, Presidente. Então, costuma ser um processo político no qual, a gente também passa por ele. Então acaba que isso pode trazer um impacto no sentido de prazos” (EP28H2, 2021)}.*

Percebe-se também que esses hospitais sofrem com demandas inexistentes no hospital privado, relacionadas à legislação específica, políticas, controle social, que podem acarretar morosidade nos resultados. Um participante exemplifica, retratando a dificuldade de o H2 adotar um sistema de informação hospitalar: *“[“O prazo para implementação do AGHU no hospital, a gente imagina de 3 a 10 anos. Mas isso sempre modifica. [...] Porque temos entraves administrativos, contratos de empresas que desenvolvem, que sustentam o sistema, e novas regulações que requerem adaptações. Então, volta e meia você pode sofrer algum tipo de adaptação, principalmente em relação ao cenário político”] (P28H2, 2021)}.*

Os hospitais certificados de ensino, pactuam metas quantitativas e qualitativas, com suas respectivas secretarias de saúde, referentes à gestão, atenção à saúde, políticas prioritárias do SUS e ensino e pesquisa, por meio de convênio. Essas metas devem ser monitoradas e avaliadas por uma Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos, composta por representantes da secretaria

contratante, do hospital, dos docentes e discentes e do conselho local de saúde (LIRA; NOGUEIRA, 2016).

Por sua vez, os hospitais H1 e H3 possuem filantropia em consequência com a sua contratualização (40% dos leitos disponibilizados) e parceria (oferta de serviços demandados pelo SUS), respectivamente. Para suprir as demandas por serviços e leitos hospitalares o SUS depende de hospitais filantrópicos, que se tornam fundamentais para o seu funcionamento. Os hospitais filantrópicos não visam ao lucro, como ocorre com os demais hospitais privados (CUNHA et al., 2013). E a gestão de um hospital de característica religiosa e filantrópica, como no caso do H3, é complexa à medida em que envolve equipe multiprofissional, religiosas, leigos, políticas públicas e, principalmente, o direito ao acesso à saúde pela população. Desta forma, sugere-se para a gestão do negócio utilizar indicadores que vão além dos financeiros (ZANATTA, SAUSEN, HALBERSTADT; 2019).

5.1.4 Contribuição dos Sistemas de Informação para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar

Os hospitais de pesquisa H1, H2 e H3 possuem sistemas de informação para o monitoramento dos indicadores de efetividade assistencial hospitalar (QUADRO 25). Destacam-se o Tasy® no H1 e H3, e o Stratec® no H1.

No H1, todos os indicadores de qualidade estão inseridos no *software* Stratec®, pois a *{“[...] base de registro dos indicadores está construída, a fórmula, os parâmetros, tudo está dentro de um software de Gestão desde 2014 [...]. As estratégias não estão vinculadas à Qualidade, é uma outra assessoria, [...] apesar de ser um trabalho muito próximo, [...] porque nossos indicadores de processos e de resultados estão muito alinhados às estratégias. [...] o software, veio para atender à Gestão Estratégica [...]”* (VP2H1, 2021)}. E a elegibilidade de um indicador dentro do *software* relaciona-se ao nível de maturidade que os processos têm em relação ao que se pretende gerenciar como resultado (QP7H1, 2020; VP2H1, 2020; VP7H1, VP10H1, 2020; GFH1, 2021).

As funções do Stratec®, no H1, são aplicadas desde a fase do planejamento até a execução estratégica, possibilitando o monitoramento do desempenho organizacional de ponta a ponta, o registro e o tratamento de anomalias ou não-conformidades, promovendo a melhoria contínua (D6H1, 2021; GFH1, 2021).

Consequentemente, o sistema de informação Stratec® permite ao Gestor monitorar o desempenho dos objetivos estratégicos, analisar fatores críticos de sucesso, acompanhar planos de ação, avaliar resultados apurados, periodicamente, por meio de indicadores de desempenho, emitir relatórios gerenciais e gráficos de gestão à vista, dentre outras funções (GFH1, 2021).

E no H3, os indicadores, definidos a partir do planejamento estratégico e dos mapas de processos institucionais, são cadastrados no *software* Tasy®. A informação é transformada em dado conforme a disponibilidade e particularidade de cada indicador (EP10H3, 2021; GFH3, 2021). Cada indicador usa como base a junção de informações alimentadas no sistema Tasy®, em que são cruzadas e validadas a partir de seleção das áreas/supervisões, por meio da ferramenta de Power-BI, módulo do Tasy® (P10H3, 2021; GFH3, 2021), cuja influência no monitoramento de indicadores está nos benefícios quanto à usabilidade, *design* e funcionalidade (D1H3, 2020; QP10H3, 2021).

No H2, encontram-se o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o AGHU, (em implantação progressiva de módulos e em diferentes áreas), e os diversos *softwares* e sistemas de informação que viabilizam a interface do hospital com o Ministérios da Saúde (Siscel, INCA, SINAN, SINAN-NET), SIVEP, e-SUS VE; com a Secretaria Municipal de Saúde (e-SAÚDE; Sistema Gerador de Ambiente Laboratorial) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SONIH – Sistema Online de Notificação de Infecção Hospitalar), e com a Ebserh (Sistema de Informação Gerencial - SIG , que contém os módulos Painel de indicadores, Vigihosp). Uma especificidade do H2, hospital público, é o número de *softwares* e sistemas de informação que utiliza, para prestar contas e para controle da ANVISA, Secretarias de Saúde estadual (SESA) e municipal (SMS). Por exemplo: O H2 alimenta o SONIH com informações acerca de infecções hospitalares relacionadas à assistência à saúde para a SESA, e esta encaminha os dados para Anvisa (EP22H2, 2021).

A implantação do AGHU nos hospitais universitários é recomendada pela Ebserh, pois segundo relatos, *{“[...] tem força jurídica, mas não é uma obrigação [...] está pautado que o AGHU é o sistema de informação oficial da rede Ebserh. É claro que tem hospitais que têm outros sistemas [...], mas chega num ponto, principalmente para a Alta Gestão, a nível de visualização dos dados [...] por exemplo, quantas pessoas atendidas, quantas vagas disponíveis, qual o estoque de todos os hospitais*

[...]. De que forma alcançar isso se você não tem uma padronização? Se olharmos para o fluxo de uma empresa e filiais, eu acho que seria natural [...]” (EP28H2, 2021)}.

No H2, o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar é realizado no sistema de informação denominado Vigihosp, destinado à Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais (EP27H2, 2021). Como um módulo do SIG, consiste em uma ferramenta de gestão de riscos voltada à qualidade e segurança do paciente, que permite a identificação, avaliação, análise e tratamento, comunicação e monitorização de riscos, incidentes em saúde, queixas técnicas e doenças e agravos de notificação compulsória. O módulo favorece as notificações, a investigação, a tomada de decisão, a gestão da informação em tempo real acerca da segurança dos pacientes em todas as Filiais da Rede Ebserh (BRASIL, 2016c).

No H1, o sistema de notificação de incidentes ocorre mediante sistema Tasy® H1, cujos dados são tratados e informados pelo Setor de Qualidade (QP2H1, 2021), e no H3, os incidentes são notificados também pelo sistema Tasy®, ou na intranet, e/ou na plataforma Google Forms®. Em todos os hospitais, todos os colaboradores podem notificar (QP10H3, 2021; GFH3, 2021; GFH1, 2021; GFH2, 2021).

Em todos os hospitais pesquisados, além dos eventos adversos serem notificados nos sistemas internos, são informados no Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA), cumprindo-se a obrigatoriedade da RDC nº 36 (BRASIL, 2013), como exemplificado pelo H2: *{“A RDC coloca que o sistema oficial de notificação de incidentes é o NOTIVISA, da ANVISA [...]. O NOTIVISA refere-se apenas às notificações de eventos adversos que têm danos ao paciente”* (EP27H2, 2021)}.

Entretanto, em nenhum hospital o NOTIVISA é utilizado para a gestão interna do gerenciamento de risco (GFH1, 2021; EP17H2, 2021; QP10H3, 2021; GFH3, 2021), bem como não há interface com os sistemas próprios dos hospitais (GFH1; GFH2, GFH3; 2021).

No H2, destaca-se a relevância dada ao controle da ANVISA em relação ao cumprimento de suas normativas pelos hospitais em relação à segurança do paciente e a notificação dos agravos em saúde, mas apontam dificuldades no tocante entre a interoperatividade entre sistemas, ou seja, da capacidade deles se comunicarem de forma transparente *{“[...] A gente centraliza e encaminha para a ANVISA. [...] entende a importância, valoriza, dá muito trabalho, os sistemas não se conversam, mas*

entendemos que é uma forma de estabelecer políticas e diretrizes. [...]” (EP27H2, 2021)).

No H1 e no H3 não há um manual de indicadores físico, estruturado (GFH1, 2021; GFH3, 2021), de modo que todas as informações sobre os indicadores de efetividade assistencial estão entre os requisitos inseridos nos *softwares* de Gestão Stratec® (GFH1, 2021) e Estratégia Tasy® (QP10H3, 2021; GFH1, 2021; GFH3, 2021). Da mesma forma, no H2 o manual está inserido no sistema de informação, próprio da Sede Ebserh, de acesso *online* a todos os colaboradores do hospital, constando a ficha técnica dos indicadores eleitos para serem monitorados por todos os 40 hospitais que integram a Rede Ebserh, no Painel de indicadores no SIG (EP27H2, 2021; EP17H2, 2021).

No H2 e no H3, as informações, principalmente as relativas às Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), são compartilhadas também por meio do programa denominado Power-BI®, que disponibiliza a informação de uma forma interativa e didática, na qual o receptor da informação pode navegar, buscando informações que são do seu interesse (EP22H2, 2021; EP27H2, 2020; GFH3, 2021). No H3, o Power-BI® está inserido no Tasy® (GFH3, 2021).

Destaca-se que os sistemas de informação trazem acessibilidade aos dados, muitos dos quais são processados e tornam-se informações relevantes, que geram conhecimento e são utilizados pelos diferentes níveis organizacionais dos hospitais pesquisados. Em especial no H1 e no H3, além de os resultados dos indicadores serem disponibilizados para consulta no sistema interno de computadores corporativos do hospital (intranet), podem ser acessados por dispositivos móveis, como celular, *Ipad*®, *laptop*, etc, mediante login e senha. Por segurança, os dados são protegidos, e liberados pela Direção, conforme a necessidade que o colaborador apresenta, de acordo com suas funções específicas hospitalares. A Direção tem acesso a todos os dados, praticamente simultaneamente ao registro no *software* (GFH1, 2021; GFH3, 2021).

O futuro das redes e tecnologias sem fio cada vez é mais promissor, o que viabiliza redes digitais de área local e de longa distância com alto desempenho. Essa tendência de mobilidade oferece conveniências como computadores portáteis (*palmtops*) e agendas eletrônicas computadorizadas (PDAs). Assim, esses equipamentos têm a vantagem de ter a portabilidade e conectividade sem fio, bem como sua aplicação na telemedicina (SANTOS et al., 2022).

A natureza onipresente global dos telefones celulares e outros dispositivos de tecnologia da informação portáteis assistiu ao rápido desenvolvimento e aceitação de aplicativos de saúde em dispositivos móveis. Estes coletam, fornecem e processam informações importantes relacionadas à saúde a pacientes, com uma variedade de finalidades, dentre elas: comunicação, gerenciamento de pacientes, ferramentas de diagnóstico, educação, instruções comportamentais, lembretes, autogestão, cuidados pós-operatórios, registros pessoais de saúde e referências de informações. Contribuem para a avaliação e prestação de assistência pelos profissionais de forma eficaz ao paciente, facilitam a pesquisa, e fornecem informações sobre a melhoria da qualidade e a experiência do paciente (RADBRON et al., 2019).

Portanto, o uso dos aplicativos na saúde oferece vários benefícios sobre os métodos tradicionais, como fornecer em tempo real o acesso portátil a serviços de informação em saúde e possibilitar a coleta e o armazenamento de grandes quantidades de dados (OMS, 2020).

Uma revisão integrativa da literatura, que analisa o uso de dados de aplicativos móveis de saúde para informar acerca de melhoria da qualidade, revela que, apesar da abundância de aplicativos disponíveis em serviços de saúde, ainda há necessidade do desenvolvimento de aplicativos/*softwares* que capturem dados para informar a efetividade do cuidado, principalmente da perspectiva do paciente (RADBRON; WILSON; MCCANCE, 2019).

Enquanto a rápida adoção da sistemas de informação de saúde se estabelece em todo o mundo, ainda não está claro o quanto dessa tecnologia está realmente melhorando a segurança dos pacientes (SITTIG et al., 2020). Contudo, pesquisa realizada em uma unidade de terapia intensiva em um hospital na China concluiu que a implementação de um sistema de informação resultou em efetividade do cuidado, com diminuição da taxa de infecção, da taxa de mortalidade, bem como melhores desempenhos da enfermagem (QIN et al., 2017).

Na utilização de um sistema de informação, as demandas e as necessidades dos gestores podem ser influenciadas por fatores, como: cultura organizacional, políticas públicas, falta de capacitação, desenvolvimento de atividades burocratizadas, estrutura física incipiente para o uso de tecnologias informacionais, falta de integração dos sistemas, que não favorecem a análise mais ampliada da situação apresentada (QUITES, 2016). A falta de integração entre os sistemas de informação e softwares, por exemplo, entre os sistemas internos dos hospitais e o

NOTIVISA, destaca-se como um problema cuja solução poderia melhorar os processos do hospital, reduzir custos, tempo e retrabalho.

Todavia, em teoria, os sistemas de informação deveriam ser unificados, tendo em vista o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de ser um sistema descentralizado entre os entes federativos, não há a utilização dos mesmos sistemas, fontes de informações, e de planejamento. Portanto, o sistema não reverbera os resultados e as ações de forma integral. A gestão é fragmentada e isso gera ineficiência (GRAF, MALIK, UEHARA; 2019; BRASIL, 2020).

A fragilidade na obtenção de dados fidedignos na saúde está também relacionada à ausência de integração entre sistemas de informação gerenciais, à má qualidade dos registros administrativos, a prontuários parcialmente informatizados ou com registros manuscritos, e à limitada abrangência na codificação dos diagnósticos relacionados à iatrogenia (SANTOS, PEREIRA, SILVEIRA; 2017).

Assim, recomenda-se integração dos sistemas de atendimento e informação para que permita a visualização dos usuários atendidos, suas queixas e insumos dispensados, pois a implantação de *software* que gerencie de forma integrada o prontuário do paciente propicia um recurso que fortalece a gestão assistencial (SOUZA, TOMAZELLI, VASCONCELLOS; 2016).

Portanto, os sistemas de notificação de incidentes emergem como ferramenta imprescindível à qualidade e segurança dos cuidados prestados em ambiente hospitalar, por auxiliar a informação, embasar processos decisórios, ações e divulgação, no qual sintetiza a dinâmica de atividades, por exemplo a informação de um evento adverso ou incidentes.

Na área da qualidade almeja-se a criação de sistemas e processos que reduzam a probabilidade de erros e maximizem as possibilidades de mitigar incidentes (DAL SASSO, 2018), a fim de assegurar uma assistência mais efetiva e segura possível, com bons resultados, baseada nas melhores evidências. Estratégias como a utilização de algoritmos e a configuração de avisos para dados alarmantes podem minimizar a indisponibilidade de dados necessários ao cálculo de indicadores (SEIFFERT et al., 2020).

Assim, sistemas de informação fornecem dados importantes sobre o hospital, na medida que embasam o processo decisório e estratégico da gestão administrativa, permitem identificar falhas nos processos e correções pontuais, reduzindo riscos ao

paciente e à equipe de saúde, assim como favorecem a cultura de segurança dentro dos hospitais (RAFFA, 2017).

Bons sistemas de informação devem armazenar informações que permitam um banco de dados simples, confiável, ágil, de baixo custo (BITTAR, 2001), além do *benchmarking*.

A tecnologia desempenha papel crítico na melhoria dos processos. Muitos processos repetitivos e intensivos em trabalho podem ser automatizados, de modo a reduzir custos prover qualidade mais consistente e possibilitar prazos de processamento mais rápidos. A tecnologia também desempenha melhorias nos processos, de forma a viabilizar um *feedback* mais ágil aos clientes e colaboradores, inclusive medições ágeis e detalhadas dos processos e resultados sob seu controle. Um painel sobre produtos e processos fornece os fundamentos para uma análise mais aprofundada dos dados e das causas, bem como viabiliza aprimoramento constante no custo, na qualidade e na duração do processo (KAPLAN, NORTON; 2018).

As inovações tecnológicas inseridas no ambiente hospitalar exigem que as organizações aprimorem o controle e o acompanhamento do desempenho organizacional (MUNARETTO; CORRÊA, 2016). Sabe-se que a produção de tecnologia no mundo empresarial privado é alicerçada sob a ótica capitalista, que busca elemento diferencial no contexto de competitividade organizacional e essencial para otimizar a produtividade, acumular ativos e aumentar o patrimônio e sua lucratividade (CORDEIRO et al., 2018).

Na era da informação, os sistemas informatizados tornam-se uma ferramenta de trabalho indispensável ao profissional de saúde, não só em relação à assistência, mas também em relação à gestão do cuidado (SANTOS, PEREIRA, SILVEIRA; 2017). Consequentemente, um bom *software* ou sistema de informação, é um diferencial no processo gerencial do hospital.

O modelo de informação organizacional proposto e a solução de *software* tem um impacto significativo na atenção, comunicação e informação profissional, pensamento crítico, experiência e conhecimento (PRIJATELJ, RAJKOVIC, SUSTERSIC; 2016).

As informações precisas e constantes são subsídios para gerir e compartilhar informação e conhecimento produzido em larga escala nos serviços de saúde, consequentemente, a utilização de Sistemas de Informação (SI) é imprescindível aos gestores, para nortear a tomada de decisão (ANTUNES et al., 2021).

A combinação do uso de sistemas de informação computadorizado é uma nova maneira de organizar as informações e evitar perda de dados entre as equipes de saúde. Tem um impacto positivo no fluxo de informação e comunicação, que é uma característica fundamental do processo de cuidado em saúde. O suporte eletrônico é um utilitário para gravar inúmeras informações, integrar recursos distribuídos e apoiar a tomada de decisões, o planejamento e a avaliação do processo de atenção à saúde (PRIJATELJ, RAJKOVIC, SUSTERSIC; 2016).

Destarte, a implementação bem-sucedida de sistemas de informação em saúde requer a direção, o suporte e a supervisão da liderança hospitalar (JCI, 2017).

Os sistemas de informação hospitalares podem contemplar registros eletrônicos, ferramentas tecnológicas e dados relativos a indicadores hospitalares, de modo que tenham potencial para melhorar a segurança dos cuidados, e os resultados (JCI, 2017).

O desenvolvimento de um sistema informatizado de notificações para organizações de saúde converge com a tendência de estruturação dos cuidados em saúde, e pode facilitar e agilizar o processo de envio de informação para auxiliar a gestão de risco, a tomada de decisões e, conseqüentemente, ampliar a qualidade da assistência e a segurança do paciente, além de ser estratégia de promoção da qualidade, aliada à sustentabilidade (RIBEIRO, 2021).

5.1.5 Estratégias, métodos e procedimentos que contribuem para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial nos hospitais H1, H2, H3, na dimensão da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente

No Planejamento Estratégico dos três hospitais (H1, H2, H3) estão contempladas as diretrizes para a qualidade, a busca por resultados (efetividade) e a valorização do paciente.

Os hospitais utilizam diferentes métodos e procedimentos que contribuem para o monitoramento de seus indicadores de efetividade assistencial. Um informante do H3 destacou: *“Em especial, a Metodologia Lean foi uma ferramenta gerencial que possibilitou a compreensão e organização dos principais processos. Inicialmente, começou-se mapeando o processo do paciente cirúrgico, que está em fase de desenvolvimento”* (QP10H3, 2021)}.

E na perspectiva dos participantes do H1, o Mapeamento de processos destaca-se como uma ferramenta gerencial relevante por ser *“[...] uma ferramenta gerencial que possibilitou a compreensão dos processos, supressão ou simplificação dos que necessitavam alterações, e viabilizou o repensar sistematizado da prática cotidiana, bem como melhoria de serviços”* (GFH1, 2021)}.

Observou-se que a gestão de riscos é praticada no H1, H2 e H3, e conforme relatado *“As etapas do gerenciamento de risco no H1 contemplam: implantação dos protocolos de segurança, monitoramento dos indicadores, política de notificação de eventos, coleta, cadastro das notificações, análise, gerenciamento das ações implementadas e divulgação setorial dos resultados”* (QP7H1, 2020)}. E no H2, o gerenciamento de riscos assistenciais inclui as etapas de identificação de incidentes, investigação, análise, classificação e tipo de incidente, com vistas à classificação de danos (leve, moderado, grave, inclusive óbito) para o monitoramento de indicadores, incluindo a análise de causa raiz.

Ênfase foi dada a notificações de eventos graves e sentinelas. Os últimos referem-se a uma ocorrência imprevista que envolve morte ou uma lesão física ou psicológica grave. Uma lesão física grave inclui, especificamente, a perda de um membro ou de função. Esses eventos são chamados de sentinela porque sinalizam a necessidade de investigação e resposta imediatas (JCI, 2017b).

Os indicadores ou eventos sentinela são aqueles cuja ocorrência de um caso é suficiente para indicar o problema e deve conduzir a uma análise de causas para

redesenhar o processo afetado, de forma que o evento detectado não ocorra novamente (GAMA et al. 2018). Pode-se considerar como eventos sentinelas, os *never events*, que nunca deveriam ocorrer nos hospitais, como por exemplo, a cirurgia realizada no paciente errado, a cirurgia realizada no lado errado do corpo do paciente, material estranho deixado no corpo durante um procedimento, etc. (JCI, 2017b).

Além da notificação, os hospitais adotam vários métodos e procedimentos para identificação da ocorrência de incidentes de segurança do paciente, a fim de obterem alguns indicadores, tais como: identificação de incidentes de segurança contemplando busca ativa – de prontuários de pacientes internados; busca ativa via ligação telefônica ao paciente, após a sua alta hospitalar; revisão de prontuários randomizados, uso da ferramenta *Trigger toll* com registro manual, utilização de dados sobre hemovigilância em prontuários manuais ou eletrônicos, notificações de incidentes, fichas de investigação de reações transfusionais, relatórios de notificação de incidentes (I.16 e I.17/H1;H2); utilização de dados de Relatórios de gestão do processo (I.13/H1). Os dados que não podem ser acessados diretamente no prontuário eletrônico, são obtidos manualmente e posteriormente inseridos no Sistema de notificação de incidentes (H2) ou no Sistema de Informação Hospitalar (H1 e H3).

Métodos foram citados pelos hospitais para identificação de não conformidades em processos relativos ao cumprimento de protocolos implantados pela qualidade, a exemplo da análise de causa raiz, busca ativa e análise do prontuário, auditorias. No grupo focal, participantes validaram que tais métodos e procedimento foram *{“[...] estratégias que a gente utilizou na pandemia, quando a gente não podia ir para campo para fazer as avaliações in loco, e outra forma é avaliação in loco mesmo. Agora [...] a gente retornou às unidades para fazer a auditoria dos protocolos de segurança” (GFH2, 2021)}*.

Os três hospitais monitoram indicadores relacionados ao cumprimento de ações e metas previstas em seu Plano de Segurança do Paciente (PSP), que incluem os protocolos de segurança do paciente, indicadores de hemovigilância, e tecnovigilância, e outros que constam nos seus respectivos PSP, como o de prevenção de TEV e TEP (Indicadores de códigos I.1, I.2, I.3, I.4, I.5, I.6, I.7, I.8, I.9, I.10, I.12, I.13, I.16, I.17, I.19), nos hospitais que os monitoram.

Para cada indicador, são definidos o(s) responsável(is) pelo seu monitoramento, podendo ser uma equipe ou gerente responsável pelo processo ou

de uma unidade específica (I.1, I.2, I.3, I.4/H1); (I.1, I.2, I.3, I.4/H2) ou ainda, um grupo de representantes de diferentes unidades do hospital (líderes de processos - I.1, I.2, I.3, I.4/H3).

No H1 e no H3 os dados referentes à ficha técnica do indicador constam no sistema de informação Sistema Tasy®, mas os colaboradores não têm acesso a elas. Já no H2, a ficha técnica é disponibilizada conforme comentário {“[...] *indicador não é uma coisa simples, quem acha que é simples é porque não sabe a essência dele. Se você não tem a ficha técnica, o conceito, o que você espera que aquele indicador ajude você a desenvolver [...] você não sabe de nada, de coisa alguma. Porque o indicador tem que ter um motivo para existir. E às vezes as pessoas interpretam os indicadores de maneiras opostas, por isso você tem que ter a ficha técnica (o que é, para que serve, o que eu esperava, o que é bom, o que é ruim, que fatores que você considera para fazer a análise dele [...] é bem mais complicado*” (EP17H2, 2021)}.

Os hospitais H1 e H3 possuem sistema de informação gerencial, o Tasy® que inclui prontuários eletrônicos de pacientes, e que viabilizam registros relativos à assistência realizada (incluindo fichas relativas a escalas de avaliação como a de Braden e a de Morse que avaliam riscos de lesão por pressão e de queda, respectivamente; registros e fichas de cirurgia segura (I.1, I.2, I.3, I.4), que são requisitos necessários à obtenção dos indicadores que serão monitorados pelo hospital, como exemplo, (I.1, I.2, I.3/H1) e (I.1, I.2, I.3.1.4/H3).

O H1 possui um sistema de informação para gerenciamento de todos os indicadores hospitalares monitorados e que constam no Planejamento Estratégico, com interface com o Sistema de Informação Gerencial (Ex.: Stratec®, I.1, I.2, I.3/H1).

E o H2 possui um módulo denominado Painel de Indicadores no Sistema de Informações Gerenciais da Ebserh, no qual constam os indicadores recomendados ou exigidos aos hospitais da Rede Ebserh. Esse hospital distingue-se por ter um módulo denominado Vigihosp, no SIG, exclusivo para registros de notificação de incidentes de segurança do paciente no hospital, bem como dados sobre a investigação de incidentes, análise, classificação sobre o tipo e gravidade.

Nos hospitais H1 e H3 realiza-se um procedimento manual de notificação de alguns tipos de incidentes de segurança do paciente do hospital, com o propósito de obtenção de determinados indicadores que não podem ser obtidos diretamente pelo sistema Tasy®. Posteriormente, os dados são inseridos em planilhas, ou digitados

diretamente em sistemas de informação, ou subsidiam informações para diversos relatórios.

Os incidentes de segurança identificados e notificados, cuja avaliação inicial apontou que sejam potencialmente graves ou *never events*, são submetidos à Análise de Causa Raiz com plano de ação para a melhoria do processo, e são apresentados em reunião do Núcleo de Segurança do Paciente, (I.1, I.2, I.3/H2) e no (I.1, I.2, I.3/H3).

O H3 utiliza de indicadores compostos, quando os incidentes a serem monitorados são incomuns ou de baixa frequência de ocorrência (Ex.: Indicador de eventos adversos no Centro Cirúrgicos (I.1, I.2, I.3, I.4/H3), Indicador de Reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea (I.17/H3).

No caso do indicador relativo a Tromboembolismo venoso (TEV) ou tromboembolismo pulmonar (TEP), o H1 utiliza escalas de avaliação do paciente preenchidas por enfermeiras em até 24h de internamento, e avaliação da prescrição médica para verificação se houve necessidade de intervenção terapêutica, com o propósito de construir o indicador e poder monitorá-lo (I.5/H1).

Por sua vez, o H3 obtém dados por meio da análise de exames de imagens (EcoDoppler Venoso Profundo e Angiotomografia de Tórax) dos pacientes internados, para identificar os ocorrência de incidentes relativos à TEV e TEP durante a internação, e mediante identificação de casos de internação em até 90 dias (I.5/H3).

O H1 utiliza de relatório e notificações de incidentes graves relacionados a equipamentos (I.8/H1) pelas equipes, preenchidas manualmente, para informar os eventos adversos ao setor de qualidade, o qual inserirá dados no sistema de informação Stratec® e no NOTIVISA (Anvisa). No H2, esses eventos adversos são notificados eletronicamente no módulo Vigihosp® (Ebserh) no Sistema de Informações gerenciais (SIG), pela unidade onde ocorreu o incidente, pela Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais, ou pela unidade de Engenharia Clínica. Se o incidente for grave ou causou o óbito do paciente, a Unidade de Gerenciamento de Riscos Assistenciais realizará a notificação no sistema da Anvisa (NOTIVISA).

Os hospitais possuem métodos e procedimentos diversificados para divulgação de resultados do monitoramento de indicadores de efetividade assistencial nas dimensões de segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente.

Um método é o acesso direto aos resultados de alguns indicadores disponibilizados diretamente no sistema de informações hospitalares específico para

monitoramento de indicadores, no Stratec® e no Tasy®, no H1; no Tasy® no H3. Também é possível a solicitação direta dos resultados de indicadores à gestão.

Os resultados dos indicadores são apresentados por meio acesso ao Painel de Gestão à Vista no H1 e no H3, e correspondem as metas e indicadores pactuados na contratualização interna. Tais resultados são divulgados em reuniões das lideranças, reuniões de equipe nos hospitais e nos quadros de ‘Gestão à vista’ de cada unidade hospitalar, permitindo ciência dos colaboradores do desempenho da unidade (GFH1, 2021; GFH3, 2021).

No H1, o participante comenta: *{“[...] os dados são compartilhados com o time de liderança, que é composto pela alta e média administração. Posteriormente, os líderes da média gerência compartilham os dados com as suas respectivas equipes”* (QP2H1, 2020; GFH1, 2021)).

No H2, o programa de Gestão à vista, proposto pela Rede Ebserh *{“[...] preconiza o monitoramento mais intensivo de 10 indicadores de qualidade, sendo 5 referentes a infecções, um never event, uma taxa de mortalidade, a taxa de permanência no hospital, a taxa de cesárea, a taxa de ocupação. Exige-se uma logística diferente de comunicação para as pessoas, e de envolvimento com as equipes, para melhorar os resultados destes indicadores”* (EP27H2, 2021)).

O H1 costuma compartilhar relatórios periódicos de incidentes de segurança com o Centro Cirúrgico e às unidades de assistenciais de origem do paciente. Da mesma forma, o H2 disponibiliza a cada unidade assistencial os relatórios periódicos sobre incidentes de segurança de pacientes internados, elaborados. Nos dois hospitais, os relatórios são elaborados pela unidade responsável pelo gerenciamento de riscos assistenciais.

No H1 e no H3, há uma agenda de reuniões definidas, para monitoramento e acompanhamento dos indicadores de efetividade assistencial. Por exemplo, no H1 há reuniões mensais do NSP e da CCIH, bem como Gembas, que são reuniões que ocorrem *{“[...] a cada dois meses, em que o Diretor junto com a área da qualidade e gerentes de departamento e divisões, discutem os indicadores daquela área específica”* (VP10H1; GFH1, 2021)).

No H3, o monitoramento e acompanhamento dos indicadores ocorrem em reuniões do NSP, reuniões com as lideranças do hospital e em reuniões setoriais. *{“há indicadores com metas definidas, que são acompanhados nas reuniões de análise das estratégias, que acontecem a cada dois meses, com os superintendentes,*

supervisores da qualidade, recursos humanos, controladoria e integrantes da área assistencial” (QP10H3, 2021)}.

E no H2, o monitoramento e acompanhamento dos indicadores ocorrem em Reuniões do NSP, do Comitê da qualidade (em que se reúnem os Grupos internos da qualidade de cada unidade assistencial ou administrativa), da CCIH, e do Comitê transfusional (hemovigilância).

Nos três hospitais, especificamente para os indicadores relacionados às infecções hospitalares, há *dashboards* e infográficos no *Power BI* para divulgar às supervisões das áreas, de modo que sejam comparados os indicadores entre unidades e períodos, em reuniões da Comissão de Controle de infecção (GFH1, GFH2, GFH3; 2021). O H2 costuma disponibilizar os relatórios mensais no *Power Bi* na intranet e enviá-los por e-mail às chefias de unidades, chefias médicas e de enfermagem. E o H1 e o H3 disponibilizam gráficos elaborados especificamente para serem fixados em painéis nas unidades pertinentes.

Em relação à indicadores de efetividade assistencial voltados ao cuidado centrado no paciente, indicadores de satisfação do paciente e de recomendação do hospital, todos os hospitais oferecem serviços de escuta/aproximação da clientela, com acolhimento por procura direta e indireta. No H1 e H3 há Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC), e no H2 há ouvidoria. O H3 realiza pesquisa com a clientela no momento do internamento (GFH3, 2021). Já a Ouvidoria no H2 atende por telefone, *e-mail*, enquanto a Unidade de Comunicação realiza controle das mídias sociais (GFH2, 2021).

O H1 utiliza *totens* de pesquisa, conforme a descrição a seguir *{“[...] tem os totens nas principais entradas do hospital, nas operadoras de saúde, eventualmente fazemos a abordagem na recepção, pronto atendimento, pronto socorro respiratório, centro de oncologia, laboratório, centro clínico, plano de saúde, ou na tesouraria [...] estimulamos ou tentamos estimular a resposta de pesquisa [...] há também um Concierge que passa durante o período de internação para verificar com o paciente como foi o atendimento e também estimular pesquisa [...] há possibilidade fazer na alta, durante o internamento, ou com a concierge” (GFH1, 2021)}.*

No H1, os resultados dos indicadores de satisfação do paciente e de recomendação do hospital, são divulgados via site institucional. No H2, os resultados obtidos pela Ouvidoria, constam em Relatórios estatísticos mensais apresentados às unidades, em reuniões de chefias, e são noticiados no *site* institucional. No H3, são

apresentados em relatórios mensais gerados no Tasy®, em *e-mails* a todas as unidades, e por meio de folderes para os pacientes. Tais relatórios focam na pesquisa de satisfação e no envolvimento do paciente, e recomendações.

No caso específico da gestão da segurança do paciente, bons indicadores devem ser válidos, confiáveis e úteis para serem monitorados, de modo que viabilizem a identificação de problemas nesta dimensão da qualidade, bem como a detecção do alcance e da manutenção das melhorias propostas (GAMA et al., 2018).

Com o objetivo de estabelecer melhores práticas e permitir a comparabilidade da efetividade de saúde entre países, iniciativas foram criadas através do Projeto de indicadores universais. Uma pesquisa realizada na Inglaterra, Alemanha, França e Holanda concluiu que estes países definem, medem e monitoram a qualidade dos atendimentos hospitalares de formas totalmente diferentes. Mesmo os indicadores comuns aos quatro países tinham conceitos diferentes e não proporcionavam a comparabilidade do desempenho entre os sistemas de saúde. Os fatores internos e externos que moldaram a elegibilidade e aplicabilidade dos indicadores foram os problemas políticos, a demanda da clientela, a atividade econômica e regulatória. Tais fatores, impactaram nas diferentes prioridades regulatórias, nas políticas institucionais de pagadores e fornecedores e até em entendimentos da própria qualidade (BEAUSSIER et al., 2020).

Reitera-se, portanto, a relevância da análise pelos gestores, da especificidade, clareza e confiabilidade de indicadores de efetividade em uso, ou a serem propostos, a fim de alcançar o objetivo organizacional (SEIFFERT et al., 2020).

Portanto, os hospitais desenvolvem estratégias, métodos e procedimentos que viabilizem a obtenção de indicadores com estas características, de acordo com as suas condições internas, recursos, processos, condições da clientela (perfil epidemiológico, frequência de ocorrência de incidentes etc., e influências do ambiente externo operacional).

Resultados de pesquisa multicêntrica indicam que dez hospitais em cinco países europeus (Suécia, Noruega, Portugal, Holanda e Inglaterra) utilizam uma gama de indicadores distintos entre eles para avaliar a qualidade e segurança do paciente. Estas diferenças são consequências das especificidades políticas entre estes países (BURNETT et al., 2013), o que comprova a influência do ambiente externo operacional (políticas, instituições acreditadoras etc.), bem como a interação dos sistemas e subsistemas do ambiente interno dos hospitais.

Nesta perspectiva, não é recomendável ao hospital “copiar e colar” um indicador sugerido na literatura ou exigido pelas organizações mantenedoras, gerenciadores ou reguladoras. Os indicadores devem ser corrigidos devido à variação regional das organizações e desempenho dos serviços de saúde adjacentes ao hospital (FISCHER; ANEMA; KLAZINGA, 2012), e podem variar conforme as necessidades do hospital, estando em consonância com as características e demandas de saúde da população (VIGNOCHI; GONZALO; LEZANA, 2014).

O fato de a ficha técnica de cada indicador estar inserida nos sistemas de informação do hospital, no entanto, não garante a acessibilidade de todos os profissionais, o que pode dificultar a obtenção de elementos que a compõem, o que implica a falta de clareza dos conceitos, metas, fórmulas e a não uniformidade de respostas entre colaboradores dos hospitais, no mesmo hospital, para o mesmo indicador.

Destaca-se que é importante uma ficha técnica acessível para cada indicador, contendo informações que disponham sobre suas características, como é construído, bem como análise dos resultados. Há vários modelos de ficha técnica disponíveis, com diferentes tipos de informações. Não há obrigatoriedade de regras explícitas e gerais que se aplique a todas as fichas técnicas; existem, porém, elementos mínimos que devem ser contemplados quando de sua elaboração. Cada hospital deve acrescentar as informações que julgar necessárias para atender as suas especificidades e demandas, como por exemplo a meta prevista para o indicador; periodicidade da coleta e análise de dados; responsável pela coleta dos dados e análise dos resultados do indicador (GOUVÊA, 2019).

O gerenciamento efetivo de indicadores de qualidade hospitalar pode melhorar a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes (SANTOS; FIATES, ROCHA; 2019). No entanto, é importante que os indicadores sejam analisados de forma contextual e agregada, a fim de que o cenário real da organização seja identificado e compreendido.

Destacam-se, nos três hospitais, a existência e a relevância de informações acerca de séries temporais relativas aos resultados de monitoramento viabilizadas por relatórios diversos, gráficos fixados em unidades, infográficos acessíveis, em sistemas de informação ou enviados por *e-mail* às unidades e discutidos em reuniões com integrantes de diversos níveis (estratégico, tático e operacional).

O monitoramento de indicadores de efetividade assistencial, a divulgação, análise e discussão dos resultados são essenciais à gestão. Quando as informações são oportunas, são úteis para identificar falhas nos processos assistenciais, a fim de oferecer aos gestores e equipes informações tempestivas (rápidas), precisas (adequadas) e confiáveis, que embasem as tomadas de decisões e ampliem possibilidades de melhorias, com vistas a diminuição de riscos e prevenção de incidentes de segurança no ambiente hospitalar.

Consequentemente, para a efetividade da avaliação de desempenho, há necessidade de um modelo complexo e específico, em que se destacam aspectos internos e externos às organizações, com indicadores que retratem a eficiência operacional, e que também valorizem perspectivas, como a social, a tecnológica e a de inovação (BARBOSA et al., 2015).

Evidencia-se que os hospitais desse estudo estão comprometidos com o monitoramento de incidentes de segurança do paciente, e com o gerenciamento de riscos assistenciais.

Incidentes testemunhados ou cometidos por profissionais de saúde podem ser relatados e notificados por meio de sistemas de coleta de dados, que incluam os dados estruturados, e possivelmente envolvam os profissionais em projetos de melhorias da qualidade. A análise de relatos e/ou notificações de incidentes pode fornecer detalhes sobre condições latentes (organizacionais) que contribuíram para a falha ativa (comportamental) e, conseqüente, evento adverso; porém, esses sistemas não podem ser utilizados para medir a ocorrência de erros e eventos adversos (EA). Os sistemas de notificação de incidentes também são passíveis de viés retrospectivo e viés de relato/notificação. Mesmo assim, sua adoção deve ser considerada, pois, além da possibilidade de detecção de falhas latentes, é capaz de fornecer múltiplas perspectivas ao longo do tempo (REASON, 2000; CALDAS, MENDES; 2019).

Ressalta-se que os hospitais buscam outros métodos e procedimentos para identificar incidentes, além da notificação, ampliando a possibilidade de alimentação de dados para a obtenção de indicadores fidedignos à realidade.

A revisão dos processos nos prontuários dos pacientes tem sido base de estudos de erros e eventos adversos. A utilização de dados prontamente disponíveis e a frequência com que a revisão de processos clínicos/prontuários dos pacientes é adotada de forma rotineira, no entanto constituem vantagens e desvantagens. Dentre as desvantagens estão o baixo ou moderado grau de confiabilidade, pois, algumas

vezes, a documentação é incompleta nos processos clínicos/prontuários dos pacientes; o custo elevado, pois é um trabalho intenso e requer profissionais capacitados; além da revisão de prontuários ser um processo retrospectivo. Para melhorar a segurança do paciente, é necessário realizar investigações com o objetivo de determinar que soluções efetivas em transformar o cuidado de saúde mais seguro e reduzir o dano ao paciente, comparado com o padrão de cuidado presente (CALDAS, MENDES; 2019).

A ferramenta Trigger foi desenvolvida pelo *Institute of Healthcare Improvement* (IHI) dos Estados Unidos para busca ativa em prontuários de diversos âmbitos e tipos de evento adverso, como os relacionados à administração de medicamentos, à intervenção cirúrgica, de UTI adulta e neonatal, e ambulatoriais (GAMA et al., 2018). Os *Triggers* representam sinais, sintomas ou situações que supostamente são indicativos da existência de um efeito adverso. Quando são encontrados em prontuários randomizados, deve-se realizar uma avaliação mais detalhada para verificar a ocorrência, de fato, de um efeito adverso.

Em relação a indicadores de efetividade nas dimensões do cuidado centrado no paciente, destaca-se o trabalho da Ouvidoria, que tem conquistado espaço dentro das instituições. É um importante sistema para compreender as expectativas e percepção da clientela. Hospitais que adotam relatórios e demandas, provenientes de estudos de indicadores da Ouvidoria/Serviço de Atendimento ao Consumidor, para a tomada de decisões, são capazes de otimizar resultados, com ações aparentemente simples e óbvias aos olhos do cliente, mas não visíveis necessariamente à Direção do hospital (SILVA, 2020).

Os ambientes hospitalares são dinâmicos e geram incertezas e desafios para os gestores. Para minimizar a incerteza, gestores podem ampliar a estrutura, a exemplo de algumas organizações que incluíram departamentos de mídias sociais para combater informações negativas publicadas em *blogs* (ROBBINS; JUDGE, 2020). Este fato foi observado no monitoramento de indicadores de satisfação do paciente e recomendação do hospital pelo paciente, no H2 (que tem um setor específico de comunicação, que faz esse “controle” das mídias sociais”) e no H3 (GFH3, 2021).

Principalmente, em decorrência da pandemia da COVID-19, as mídias foram ferramentas que aproximaram a clientela dos hospitais, e que direcionam os gestores

nas tomadas de decisão, na elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar.

Inferese que indicadores de efetividade são instrumentos factíveis, que possibilitam o monitoramento das ações, processos e resultados dos estabelecimentos, sendo considerados aliados da gestão para tomada de decisões e busca de competitividade (VIGNOCHI, GONZALO, LEZANA, 2014). Dessa forma, a gestão por resultados deve usar a informação de forma eficaz, estabelecer indicadores de desempenho e realizar o monitoramento e a avaliação dos efeitos de suas ações continuamente, visando o aumento da eficiência, efetividade e *accountability* da gestão pública, mas também se aplica aos hospitais privados filantrópicos.

No setor privado, é clara a influência do contexto político e social diante da dependência dos recursos contratados nos planos de saúde. No entanto, ainda que estes aspectos sejam restritivos, possibilitam escolhas dos clientes, nas limitadas opções, considerando a referência do adequado atendimento das suas necessidades e expectativas, que possibilita elevar o seu nível de satisfação e fidelidade para com o hospital (SADEH, 2017).

A qualidade das relações do hospital com os clientes e fornecedores repercute no capital do cliente, que se refere ao relacionamento das organizações com a sua clientela e seus fornecedores. O processo de gestão vem sofrendo influências dos avanços científicos, tecnológicos, do nível de informação e das exigências da população (CORDEIRO et al., 2020). Portanto, no setor privado, a qualidade e a confiança são elementos-chave na competição de mercado. Quanto maior a pressão e concorrência externa, maior é o investimento em estratégias de comunicação e abordagens de cuidado centradas no paciente em comunicação (CORREIA et al., 2017).

Consequentemente, os sistemas de saúde devem medir e relatar o que importa, principalmente para pessoas, como atendimento competente, valorização da experiência do usuário, os resultados de saúde e a confiança no sistema (KRUK et al., 2018). Autores relatam que o cuidado centrado no paciente é implementado de diferentes formas em ambientes de cuidados, de acordo com os conceitos dados pelas partes interessadas (FIX et al., 2018).

Frequentemente, o paciente é citado como o centro do cuidado nos modelos de qualidade, porém em uma perspectiva subjetiva e limitada. As propostas para

mensurações não superam a tradicional pesquisa de satisfação (SEIFFERT, 2019; SANTANA, 2019; LARSON et al., 2019) e há produção incipiente nacional diretamente relacionada a este tema (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; SEIFFERT, 2019), bem como escassez de pesquisas sobre o engajamento do paciente na melhoria da efetividade hospitalar, apontado em uma revisão de escopo (LIANG, 2018).

Neste contexto, os indicadores da dimensão cuidado centrado no paciente objetivam mensurar o quanto os serviços hospitalares respondem às necessidades das pessoas, às suas escolhas, e permitem que os pacientes e seus familiares se tornem o núcleo dos cuidados (SEIFFERT, 2019). Medidas centradas na pessoa são úteis para formuladores e implementadores de políticas, além de possibilitar a sustentabilidade e competitividade da organização dentro do sistema, orientando e avaliando esforços de melhoria da qualidade (LARSON et al., 2019).

Consequentemente, indicadores focados na dimensão cuidado centrado no paciente conduzem a uma transformação nos objetivos e prioridades do hospital. Assim, a experiência do cuidado é avaliada diretamente pelo paciente ou seu familiar/acompanhante (ETINGEN; MISKEVICS; LAVELA, 2016).

Medidas dessa experiência relatada pelos pacientes são úteis para avaliar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, posto que medem importantes construtos sobre a centralização do cuidado no paciente, notadamente sobre o que realmente importa para eles, e fornece informações reais sobre a qualidade dos cuidados de saúde que recebem (ETINGEN; MISKEVICS; LAVELA, 2016).

Por sua vez, o cuidado centrado no paciente também é um atributo de qualidade em saúde (IOM, 2001; AHRQ, 2014), e seus indicadores correspondentes estão relacionados ao cuidado coordenado e adaptado às necessidades (THE HEALTH FOUNDATION, 2016), preferências e expectativas do indivíduo (JO DELANEY, 2017; LARSON, 2019). Desta forma, o monitoramento dos indicadores aponta o quanto as instituições, profissionais e equipes de saúde estão comprometidos com o princípio de que o foco do cuidado é o paciente e familiares.

Em consonância ao movimento mundial, a Anvisa destacou prioridades a serem desenvolvidas para a segurança do paciente no Brasil, com ênfase ao envolvimento do paciente como elemento fundamental para a qualidade assistencial, tendo em vista o investimento em iniciativas para promoção da segurança do paciente, contando com sua participação e de seus familiares (BRASIL, 2014).

Neste contexto, ressalta-se que o foco na segurança do paciente requer uma visão sistêmica para que sejam obtidos os melhores resultados. Faz-se necessário compreender os setores do hospital, bem como da rede que ele está inserido, os quais precisam estar integrados e interagir de forma adequada e oportuna (SOUSA; MENDES, 2019).

O painel de indicadores permite aos gestores da rede, em diferentes instâncias, monitorarem e avaliarem os principais indicadores de segurança do paciente, favorecendo o *benchmarking* (comparabilidade), promovendo melhor troca de experiências, otimizando a utilização de recursos e potencializando resultados (EBSERH, 2016).

Os indicadores de efetividade assistencial hospitalar viabilizam métricas compostas, cujos resultados significam em que medida o hospital atinge seus objetivos. Portanto, não faz sentido mensurar indicadores cujos resultados não possam ser comparados a um referencial, ou relatórios gerenciais de outros hospitais de características semelhantes (BRASIL, 2016).

A comparação de um hospital pode ocorrer: 1) com ele mesmo, ao longo do tempo; 2) com outros hospitais semelhantes, por meio de bancos de dados de referência; 3) com padrões, definidos por órgãos de acreditação, ou por leis ou regulamentos; 4) com práticas desejáveis reconhecidas identificadas na literatura como melhores práticas ou diretrizes de prática (JCI, 2017b).

Estudo baseado em experiências regionais em Valência, na Espanha, Toscana, na Itália, sugere que o estabelecimento de padrões (*benchmarking*) é um suporte válido para um melhor desempenho (VAINIERI et al., 2016).

A prática de *benchmarking* favorece o aprendizado mútuo e a melhoria de qualidade no cuidado de saúde. Esta prática é viável, principalmente quando se trata de uma rede de instituições com características básicas semelhantes como a da Ebserh, que congrega 40 hospitais universitários federais brasileiros, que atendem usuários do SUS, e que participam da formação de profissionais de saúde. Os hospitais da rede também participam de um mesmo Programa sobre Segurança do Paciente (BRASIL, 2016).

A publicidade de indicadores de efetividade pode melhorar a qualidade dos fornecedores, mediante o procedimento Gestão à vista, aumenta a transparência e promove a confiança do público no sistema de saúde (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE; 2019; SMITHSON, RICHARDSON,

ROBERTS; 2018; ALYAHYA, HIJAZI, HARVEY; 2018), bem como auxilia os profissionais de saúde e a clientela, na escolha de organizações hospitalares de alta confiabilidade, com evidências de um padrão de qualidade e de segurança assistencial.

Espera-se que órgãos reguladores, clientes, compradores e prestadores transcendam de assistência de alta tecnologia para cuidados competitivos baseados na entrega de valor aos usuários (ANS, 2016b). Além disso, o fortalecimento da publicidade de dados de efetividade hospitalar é uma ferramenta importante para aumentar a responsabilidade, a transparência, a qualidade e a segurança do hospital (DUCKETT; CUDDIHY, NEWNHAM; 2016).

Os resultados de indicadores de efetividade hospitalar podem ser utilizados por pacientes, médicos, profissionais de saúde, compradores (por exemplo, departamentos governamentais de saúde, financiadores de planos de saúde privados), mídia (CANAWAY et al., 2018). Ressalta-se que os resultados obtidos a partir da monitorização e avaliação da qualidade devam ser divulgados e compartilhados por todos os envolvidos, para que sejam identificadas as medidas de melhoria e assim possibilitar a qualidade de excelência (PEREIRA, 2021), embora os três hospitais não os divulguem aos pacientes.

O Programa de Gestão à vista consolida a prática de indicadores através de divulgação dos resultados a quem possa interessar. A padronização dos painéis e dos gráficos facilita a forma de disposição das informações e consultas a qualquer tempo (GERONIMO et al., 2011).

Todavia, o acompanhamento dos resultados, tanto interno pelos gestores, como externo pelo controle social, pela academia, pelos órgãos de controle, pela sociedade, acontece *ex post*, depois do resultado obtido, sendo pouca a possibilidade de intervenção em tempo real (ALBUQUERQUE, MARTINS; 2017).

Ademais, essa notificação, tanto via sistema informatizado, ou comunicado à ouvidoria ou SAC, deve ser feita sem culpabilização, voltada para o sistema, e não para o indivíduo, servindo sempre à aprendizagem, que leva ao conhecimento, feito ferramenta de segurança adaptativa (FRAGATA, SOUSA, SANTOS; 2019).

5.2 FATORES DO AMBIENTE EXTERNO OPERACIONAL DOS HOSPITAIS QUE AFETAM A ELEGIBILIDADE E O MONITORAMENTO DE INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

O ambiente externo operacional refere-se ao local mais próximo e imediato do hospital. Assim, cada hospital tem o seu próprio e particular ambiente de tarefa que constitui o nicho onde desenvolvem suas operações, retira seus insumos, e coloca seus produtos e serviços, como fornecedores, financeiro, mão-de-obra, etc.

O ambiente externo operacional inclui imprevisibilidade, competição e dinamismo (WADONGO, ABDEL-KADER; 2014) e influencia os sistemas internos (WOLFF, 2005). Os fatores ambientais externos como agências reguladoras, incentivos financeiros e mecanismos regulatórios (por exemplo, metas nacionais com sanções), e regulação profissional, influenciam na efetividade hospitalar (FULOP; ROBERT, 2015). Entretanto, pouco se sabe sobre a relação da efetividade hospitalar com seu ambiente externo operacional (GUERRINI et al., 2017).

A gestão da cadeia de suprimentos conta com políticas, processos e ferramentas que garantem o cumprimento dessas medidas e, assim, a qualidade do processo de assistência aos pacientes, com riscos operacionais e econômicos monitorados e geridos (D1H3, 2020).

A seguir, os fatores do ambiente externo que emergiram como resultado desta tese, estão dispostos em categorias, que influenciam na elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial nos H1, H2 e H3.

5.2.1 Contribuição de políticas públicas e da Anvisa para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente

Em todos os três hospitais há Núcleo de Segurança do Paciente e gerenciamento de risco, instituídos e estruturados de acordo com a RDC nº. 36 (2013) (QP2H1, 2021; GFH1, 2021; GFH3, 2021).

No H2, destaca-se a relevância do controle da ANVISA *{“[...] uma das exigências para o Selo da Qualidade da Acreditação Interna da Rede Ebserh é um Sistema organizado para a notificação de agravos à ANVISA”* (EP27H2, 2021)}.

Em todos os hospitais, após notificado o incidente, (no H1 manualmente; no H2 no Vigihosp, e no H3 no Tasy®), ocorre a análise e classificação (triagem) pela equipe do Setor da Qualidade (GFH1, 2021; EP17H2, 2021; QP10H3, 2021; GFH3, 2021). Ressalta-se que a notificação do incidente, a análise, classificação, triagem, são concentradas no Setor de Gestão da Qualidade, que encaminha a resposta ao notificador, encerra a notificação e encaminha para o arquivo (GFH1, GFH3; 2021).

No H2, o incidente grave é analisado pela Unidade de Gestão de Riscos assistenciais, enquanto os incidentes moderados e/ou leves são encaminhados ao Grupo Interno da Qualidade (GIC) da unidade em que o incidente ocorreu. Cada GIC inclui coordenadores e integrantes que atuam em determinada unidade (GFH2, 2021), tanto assistencial como administrativa do hospital.

Uma das competências do NSP, no H2, relaciona-se com o monitoramento de indicadores de qualidade, como consta em seu regimento interno: “Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSERH; e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital” (D3H2, 2020). Há indicadores que são exigidos pela legislação específica (por exemplo, indicadores relacionados à infecção (EP17H2, 2021).

Todos os protocolos relacionados às Metas de segurança do paciente preconizados pela legislação brasileira estão implantados (QUADRO 22), e os hospitais monitoram os indicadores relacionados a eles: cirurgia segura, prevenção de lesões por pressão, higienização das mãos, prevenção de IRAS, prevenção de quedas e identificação de pacientes. Todavia, o H2 monitora incidentes de que, mas têm dificuldades em monitorar o indicador queda com dano em pacientes internados (GFH2, 2020).

Os H1, H2 e H3 são membros da Rede Sentinela da Vigilância Sanitária, cujo objetivo é construir em todo o País uma rede de serviços preparada para notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde e, assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde (D1H3, 2020). Todos monitoram indicadores relacionados à hemovigilância (Reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea e Reação transfusional graus II, III, IV) e tecnovigilância (Indicador de Incidentes graves relacionados a equipamentos

Constata-se o reconhecimento da relevância das normativas e controle da ANVISA para o incentivo à qualidade e monitoramento de processos, que contribuem para a efetividade assistencial na dimensão da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente, nos comentários a seguir: *“Nós geramos os relatórios, por exemplo de eventos. Todos são de acordo com a necessidade e cobrança [...] da Vigilância, do NOTIVISA, o Estado, [...] com a própria SESA. [...] os trabalhos são rigorosos e com prazos, por vezes são muitos os indicadores, realmente. Principalmente, quem trabalha com controle de infecção. Com certeza, o ambiente externo influencia sim, no monitoramento e elegibilidade dos indicadores. Eles monitoram, acompanham, inclusive analisam a instituição de acordo com os resultados”* (VP2H1, 2021)}.

Ademais os participantes dos hospitais privados filantrópicos aludem sobre o controle do Ministério da Saúde por meio da Anvisa, quanto ao cumprimento da legislação pelos hospitais, *“[...] Só temos a obrigatoriedade das metas que a RDC determina”* (GFH3, 2021)}. E o H2 relata exigências da ANVISA que redundam na obrigatoriedade de monitoramento de alguns indicadores, uma vez que a agência *“[...] exige a notificação e monitora a ocorrência de um conjunto de incidentes de segurança com o paciente denominados como eventos sentinela”* (QP13H2, 2020)}.

Todavia, foi destacada a não uniformidade das ações da ANVISA entre os hospitais segundo a perspectiva de alguns participantes relatada em uma entrevista coletiva, estes hospitais são submetidos a maior número de exigências por parte dessa agência que os demais que não são acreditados, a saber: *“[...] a VISA local acaba tendo uma cobrança maior em relação à gente [...], em função de nós termos uma certificação, de buscarmos mais a qualidade, a cobrança é maior quando comparado aos outros hospitais ou serviços. [...] por um lado, isso faz com que a gente melhore, mas consegue perceber essa mudança de cobrança, de postura, em relação ao (hospital) e às outras instituições da região”* (VP10H1, 2021)}.

No contexto brasileiro, preocupações com a segurança do paciente se desdobraram no Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013), que objetiva envolver os pacientes e os familiares no processo do cuidar; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre a segurança do paciente (ANVISA, 2014).

A Portaria nº 529/2013 e a RDC nº 36/2013 preveem que o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a ANVISA são as instâncias que devem promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, devendo ser

aplicadas a todos os serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo ações de ensino e pesquisa, em todo o território nacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013; BRASIL, 2013a).

O NSP deve atuar como articulador e incentivador com sistemas e subsistemas do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade (ANVISA, 2014), e contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de segurança no hospital, com capacitação de todos os envolvidos na assistência direta ou indiretamente (REIS et al., 2017). Deve vincular-se organicamente à Direção, e ter uma agenda permanente e periódica com a direção geral, a direção técnica/médica e a coordenação de Enfermagem, e participar de reuniões com as demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade, reguladas por legislação específica, tais como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Gerência de Risco, Gerência de Resíduos, Núcleo de Saúde do Trabalhador, entre outras (ANVISA, 2014).

O Controle de Infecção no Brasil foi regulamentado em 1983 e desmembradas as atividades em CCIH e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é deliberativa, que anualmente discute e aprova o Programa de Controle de Infecção (PCIH), que é a base para o desenvolvimento das ações do Serviço de Controle de infecção Hospitalar (SCIH), que é o órgão executivo.

Considerando o impacto das infecções hospitalares, é imprescindível que os hospitais constituam Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), conforme orienta a legislação brasileira, baseando-se na Portaria n.º 2.616/98, que visa à implantação e execução de Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) para reduzir os índices de infecção a um nível aceitável, tornando-se alicerce para um atendimento de excelência e de comprometimento com a segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Enfatiza-se, assim, a necessidade de os hospitais adotarem estratégias de contínua avaliação da efetividade dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar e o seu impacto na qualidade do cuidado em saúde, visto que tais programas são imprescindíveis para a segurança do paciente (GIROTI et al., 2018).

O governo pode desempenhar papel ativo por facilitar a colaboração entre reguladores e serviços, por incentivos financeiros, ou com exigências regulatórias. Por exemplo, o PNSP orienta a adoção de indicadores de monitoramento incluídos nos

protocolos definidos pelas metas de segurança do paciente que estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.377 (de 9 de julho de 2013) e a Portaria GM/MS nº 2.095 (de 24 de setembro de 2013) (MS, 2013).

Tais protocolos de segurança do paciente servem de orientação/direcionamento às organizações de saúde, para que elaborem seus próprios protocolos, baseados em evidências científicas e à realidade dos serviços ofertados, com o objetivo de proporcionar aos pacientes um cuidado mais seguro a partir da utilização de fluxos, indicadores e procedimentos específicos.

Um evento sentinela é uma ocorrência imprevista que envolve morte ou uma lesão física ou psicológica grave. Uma lesão física grave inclui especificamente a perda de um membro ou de função. Esses eventos são chamados de sentinela porque sinalizam a necessidade de investigação e resposta imediatas (JCI, 2017b).

O PNSP é um desafio para a área da saúde, pois engloba várias ações e estratégia, articuladas com o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), o Sistema Nacional de Notificação para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e a Rede Sentinela, com o objetivo de mitigar danos relacionados aos cuidados em saúde (DEL CORONA, 2017). O PNSP objetiva envolver os pacientes e os familiares no processo do cuidar; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre a segurança do paciente (ANVISA, 2014).

Em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) criou a Rede Brasileira de Hospitais Sentinelas, uma iniciativa Nacional para a Segurança do Paciente, com o objetivo de identificar e notificar problemas, e desvios de qualidade em medicamentos (farmacovigilância), equipamentos (tecnovigilância) e sangue/hemoderivados (hemovigilância). Os registros de irregularidades são comunicados no Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Atualmente as instituições fazem parte da Rede Sentinela, com vistas a melhorar a segurança e assistência à saúde (PRATES; STADŃIK, 2017)

Não é uma obrigatoriedade um hospital participar da rede, pois o objetivo principal da Anvisa é constituir uma rede de hospitais brasileiros motivados e qualificados para notificação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, com vigilância de produtos pós-comercialização e pós-uso (ANVISA, 2021).

Significa afirmar que os hospitais que se inserem na rede estão dispostos a atuar em parceria com outros serviços de saúde para monitorarem e relatarem problemas adversos relacionados a produtos, equipamentos e procedimentos.

Essa Rede prioriza iniciativas específicas no campo da segurança do paciente, e compõe-se de hospitais que trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: 1) busca ativa de eventos adversos, 2) notificação de eventos adversos e 3) uso racional das tecnologias em saúde. Na forma de projeto foi inicialmente voltado aos hospitais públicos, filantrópicos ou privados, de média e alta complexidade, para fortalecer a cultura da vigilância pós-uso/pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária (VIGIPÓS). Os hospitais que aderem, voluntariamente, devem desenvolver uma estrutura responsável por fazer a busca, a identificação e a notificação dos eventos adversos e dos desvios de qualidade, ligadas aos produtos sob vigilância sanitária (ANVISA, 2014).

São eixos da Rede Sentinela: 1) gerenciamento de risco em três áreas – a medicamentos, sangue e produtos para a saúde, desenvolvendo ações de farmacovigilância, de hemovigilância e de tecnovigilância; 2) uso racional de medicamentos; 3) uso racional de outras tecnologias em saúde; 4) qualidade em serviços sentinela (ANVISA, 2014).

Portanto, os hospitais que participam da Rede Sentinela devem ter estruturado o gerenciamento de risco, com descrição das estratégias para a identificação, a avaliação, o monitoramento e a comunicação de riscos e, ainda, demonstrar como ocorre a integração da sua gerência de risco com outros sistemas e subsistemas hospitalares como, comissões de controle de infecção, núcleos de epidemiologia, de qualidade etc. (ANVISA, 2014). O objetivo é o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão do risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos Serviços de Saúde (ANVISA, 2014).

Assim sendo, pode-se concluir que os H1, H2 e H3 têm capacitação sobre gestão de risco e de segurança do paciente, bem como usam metodologias para planejamento, monitoramento, comunicação de eventos adversos e dos riscos em saúde, com práticas voltadas à segurança do paciente.

A legislação que atualmente obriga a notificação sistemática de eventos por hospitais surgiu com o Plano Nacional de Segurança do paciente, demandando mudanças na cultura de segurança, fortemente atrelada às ações gerenciais, e requerendo tempo para que se torne rotina na atuação profissional (SEIFFERT et al., 2020). A normativa RDC/Anvisa nº 36/2013 regulamenta ações para a segurança do paciente como Núcleos de Segurança do Paciente, e Notificação compulsória dos

eventos adversos no Notivisa, notificação em 72 horas dos eventos sentinelas ou *never events* e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) criou o Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (Notivisa) pela Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009, do Ministério da Saúde, com a finalidade de receber notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas (ANVISA, 2017) relacionadas aos seguintes produtos sob vigilância sanitária: medicamentos; vacinas e Imunoglobulinas; artigos médico-hospitalares; equipamentos médico-hospitalares; produtos para diagnóstico de uso *in vitro*; uso de sangue ou componentes; cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume; saneantes; agrotóxicos (EBSERH, 2018).

O fluxo para o monitoramento do sistema Notivisa envolve a análise das notificações de incidentes, análises isoladas, a depender das características dos eventos, podendo a equipe da Vigilância Sanitária entrar em contato com os serviços de saúde com o propósito de ter melhor detalhamento das informações sobre o incidente ocorrido. Portanto, cabe à gestão municipal/distrital/estadual/nacional do sistema de Saúde, definir entre o universo notificado, quais eventos adversos serão priorizados para a determinação de metas de gestão e de políticas públicas de Saúde, que poderão ser ampliadas ou revistas em tempo oportuno, no sentido de prevenir a ocorrência, a recorrência e a minimização das consequências de eventos adversos (ANVISA, 2014).

Quanto à diferença do tratamento da Anvisa em relação à exigência mais rígidas a hospitais acreditados, referidas por participantes, tal diferença pode ser explicada uma vez que é importante que se leve em conta as características e peculiaridades de cada estabelecimento de saúde e os seus avanços, em termos de qualidade, que devem ser avaliados e valorizados de maneiras diferentes. Justifica-se também, que alguns serviços já possuem uma cultura da qualidade e, portanto, terão o desafio de melhorar, enquanto outros terão dificuldade de iniciar os processos de melhoria contínua, mas depois se desenvolverão com mais facilidade (MALIK; SCHIESARI, 2016).

Por sua vez, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de operadoras e planos de saúde no Brasil. Portanto, os hospitais privados devem acatar normativas da ANS, entre elas, a citada pelos participantes: *{“[...] o hospital tem uma operadora,*

a legislação da ANS determina que nós tenhamos um serviço de atendimento ao consumidor. Então, nós convertemos o SAU em SAC” (GFH1, 2021)}.

5.2.2 Contribuição das Agências Acreditoras para a elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar nas dimensões da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente

O H1 e o H3 mantêm a certificação da ONA nível 3 (GFH1, 2020; GFH3, 2020). Na prática, este nível de certificação significa que a instituição possui uma equipe operacional totalmente alinhada com a segurança do paciente e a qualidade assistencial (D1H3, 2020).

O H3 obteve também a certificação da *Joint Commission International* (JCI), no início de 2020, embora a adequação dos serviços e infraestruturas para atingir às exigências tenha se iniciado em 2018 no Hospital, com adequações de serviços, criação de protocolos e melhorias na infraestrutura, além da qualificação das equipes (D1H3, 2020).

E no grupo focal foi validado que no H3 os participantes percebem a preocupação constante com a manutenção da certificação, o que demonstra que a qualidade é contínua, processada ao longo de tempo. E que a manutenção da certificação é vista de modo diferente entre as agências/instituições acreditadoras: A ONA requer uma avaliação para manutenção da certificação *{“[...] 1x/ano. A JCI tem uma avaliação a cada três anos, e não tem manutenção”* (GFH3, 2021)}.

As agências acreditadoras contribuem para a seleção e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial de forma positiva pela Gestão da Qualidade, pelo fato de a organização certificadora de acreditação ter contato com muitas instituições de saúde que praticam modelos que trouxeram bons resultados, os quais direcionam o hospital de forma positiva. Há indicadores que são recomendados, principalmente referentes a protocolos (QP2H1, 2021).

Por exemplo, os indicadores monitorados pelo H1 são os mesmos que a Agência Acreditora Certificadora (Qualisa) monitora, *“{[...] principalmente àqueles relacionados aos Bundles, àqueles relacionados a prevenção de PAV, ITU. Esses indicadores são o que as acreditadoras relacionam com as boas práticas [...]”* (QP2H1, 2021; GFH1, 2021)}.

Já na perspectiva de um participante do H3, a influência da agência acreditadora caracteriza-se pela necessidade de monitoramento de alguns indicadores relacionados a protocolos ou padrões de certificação. Por exemplo, para evidenciar o cumprimento do padrão de acreditação, é preciso demonstrar por meio de indicadores específicos (QP10H3, 2021). No entanto, no grupo focal realizado no hospital, foi validado que *{“[...] a ONA e a JCI não obrigam a monitorar indicadores [...] eles dizem que tem que medir as metas, mas eles não dizem qual indicador tem que usar. Quem diz qual indicador monitorar é o hospital [...]”* (GFH3, 2021)).

Logo, as organizações são livres para escolher quaisquer medidas bem definidas, baseadas em evidências e abordagens de monitoramento, que indiquem o processo e os resultados para os quais os dados irão orientar a melhoria na prestação de assistência ao paciente. As organizações são encorajadas, mas não obrigadas a utilizarem medidas da Biblioteca para cumprir (JCI, 2017b).

Outras contribuições foram citadas em relação ao processo de Acreditação Hospitalar, como melhorias em termos de amadurecimento organizacional, senso crítico, integração entre setores em busca de objetivos, mudança de paradigma e aprendizado organizacional, relacionados à segurança do paciente, como se observa no discurso: *{“O processo de Acreditação foi importante para o hospital [...] trouxe muito amadurecimento, e percebeu-se o quanto precisávamos melhorar. Desenvolveu um senso crítico maior, [...] buscou integração entre os setores, [...], um olhar mais crítico sobre a segurança do paciente. [...] vejo como uma mudança de paradigma, como era antes da acreditação e como somos depois. É claro que ainda temos problemas, falhas, coisas para melhorar. Todos os dias temos um evento adverso dentro da instituição, mas a gente tem um outro olhar, [...] a gente busca aprender com os erros, identificar realmente oportunidades de melhorias, quando algo não acontece de forma adequada, trabalhar a cultura da segurança. [...] tivemos um crescimento muito importante. Mas claro, todo crescimento gera um estresse [...] e ainda temos muito o que melhorar, crescer”* (VP10H1, 2021)).

A certificação consiste na avaliação e reconhecimento de um estabelecimento de saúde, por um órgão autorizado, seja uma organização governamental ou não governamental, como capaz de atender a requisitos ou critérios predeterminados. Embora os termos acreditação e certificação sejam, rotineiramente, usados como sinônimos, o primeiro, geralmente, aplica-se apenas a organizações, enquanto a

certificação pode aplicar-se tanto a indivíduos como a organizações (NORONHA, COSTA JUNIOR, SOUSA; 2019).

A acreditação é uma metodologia de avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos de Saúde que determina a conformidade de acordo com padrões técnicos e legais, consistindo, assim, em um processo de avaliação dos recursos institucionais (as estruturas, os processos de cuidado e os resultados obtidos) (ANVISA, 2014; NORONHA, COSTA JUNIOR; SOUSA, 2019; SANTOS, FIATES; ROCHA, 2019).

O processo de acreditação propõe atividades como observações, *feedback* e autorreflexão (DESVEAUX et al., 2017), e gera um compromisso de melhoria dos processos, da qualidade, segurança e redução de riscos do ambiente, dos pacientes e dos profissionais envolvidos (JCI, 2017b).

Há vários fatores do ambiente que influenciam no processo de Acreditação, como estrutura, fatores políticos, modelo de gestão, envolvimento da Direção e colaboradores do hospital, tecnologias, sistemas de Informação (FREIRE et al., 2016). A Acreditação pode resultar em mudanças gerenciais amplas e positivas no hospital, como por exemplo o mapeamento de processos assistenciais (OLIVEIRA et al., 2017).

Embora a acreditação seja um fator do ambiente externo operacional que influencia o ambiente interno, destaca-se o esforço e interesse do hospital. Para que o processo seja efetivo, é necessário empenho da Direção, bem como compromisso de todos os colaboradores da estrutura organizacional, para a melhoria da estrutura e dos processos. Há que se solidificar uma cultura interna voltada à qualidade e segurança do paciente.

É notável que os hospitais que buscam uma certificação de qualidade, possuem setores encarregados de melhorar a eficiência dos processos, e de fazer a Gestão da Qualidade, pelo monitoramento e regulação dos diversos sistemas internos responsáveis pela coprodução da assistência (FARR; CRESSEY, 2015).

Evidenciou-se que a Acreditação influencia no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar, bem como alinha uma necessidade (interna) de estratégias por parte do Hospital.

No hospital privado, a acreditação emerge como necessidade de sustentabilidade, visto que melhora processos e resultados, com redução de custos, desperdícios e retrabalho; e *benchmarking* do hospital (interna e externamente), bem como destaca o hospital no mercado competitivo do ambiente externo operacional.

Autores destacam que os avanços científicos e tecnológicos aliados à competitividade de mercado são os maiores impulsionadores da busca pela incorporação de filosofias e práticas de Gestão de Qualidade (SANTOS; FIATES, ROCHA; 2019). Nesta perspectiva, a busca pela acreditação hospitalar ocorre em virtude da legitimação pela sobrevivência e competitividade ao mesmo tempo que o hospital busca demonstrar qualidade e excelência nos serviços prestados (SILVA, DANI, SANTOS; 2018). Por outro lado, no hospital público, um processo de acreditação é legítimo, por fazer parte da sustentabilidade dos sistemas.

O processo de certificação é um processo de crescimento institucional, pessoal e profissional, de todos os agentes envolvidos, que exige grande dose de maturidade, respeito e dignidade. A busca pela qualidade hospitalar subsidia esforços para práticas administrativas eficientes, eficazes e efetivas (BURMESTER, 2013).

Caracteriza-se por ser um processo de avaliação e certificação dos recursos institucionais de forma periódica, voluntária, sigilosa e de caráter educativo. Visa garantir a qualidade e segurança assistencial, evidenciando a qualificação e segurança dos serviços (SMITS, SUPACHUTIKUL, MATE, 2014; ONA, 2018; SHAW et al., 2015), e é uma ferramenta utilizada pelos gestores para estruturar, validar e legitimar os processos de Gestão da Qualidade em hospitais (SANTOS; FIATES; ROCHA, 2019).

Quando o hospital presta serviços públicos, avaliar sua sustentabilidade torna-se fundamental, uma vez que quanto menos sustentáveis, mais impactos negativos causam ao sistema que os envolve, principalmente por estar relacionado às necessidades básicas de saúde da população e de sua qualidade de vida (ROCHA et al., 2020). Além disto, em relação à Acreditação em hospitais contratados pelo SUS, é uma forma de fortalecer o sistema de prestação de cuidados, otimizando seus recursos e sistematizando a assistência.

O hospital que se propõe à Certificação de Acreditação Hospitalar deve atender às Normas e Diretrizes Orientadoras exigidas pelas Agências certificadoras, que têm caráter educativo e de direcionamento para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar.

O melhor conhecimento de como o ambiente externo operacional influencia as melhorias na qualidade do ambiente interno dos hospitais pode trazer subsídios para agências acreditadoras e reguladoras (KOK, LEISTIKOW, BAL; 2019).

Medir a efetividade ajuda a compreender os custos relativos do investimento em qualidade e o retorno humano, financeiro e outros retornos sobre esse investimento, contribui para definição de prioridades futuras, tanto em nível organizacional como departamental/serviço e contribui para melhor alocar os recursos disponíveis, para a qualidade e segurança dos pacientes (JCI, 2017b).

A acreditação resulta ao hospital um selo ou certificado de qualidade, o qual permite o reconhecimento da Instituição pela sociedade. Assim sendo, as agências acreditadoras buscam aprimorar desempenho das organizações, com melhorias na administração dos recursos, a fim de prestar atendimento de qualidade, seguro e efetivo ao paciente (BERSSANETI et al., 2016).

Os benefícios da acreditação hospitalar pontuados na literatura incluem: efetividade operacional; resultados de saúde; credibilidade e comprometimento com a qualidade e segurança do paciente (ACCREDITATION CANADA, 2015), motivação do pessoal; desenvolvimento profissional; satisfação do paciente (GREPPERUD, 2015); mudanças gerenciais amplas e positivas nas organizações hospitalares; padronização e mapeamento de processos assistenciais; incremento da estrutura física e da organização do trabalho; melhorias na gestão dos custos hospitalares; posicionamento de visão estratégica no mercado; liderança participativa (OLIVEIRA et al., 2017). Para obtenção de acreditação nos hospitais, os padrões e protocolos estabelecidos devem ser atendidos por todos os profissionais envolvidos no processo (GREPPERUD, 2015; GABRIEL et al., 2018). Ou seja, as pressões exercidas pela ONA por intermédio de regras e normas influenciaram na mudança de comportamento conjunto das organizações hospitalares (SILVA CARPES et al., 2018), consequentemente, na elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar.

A acreditação pode melhorar a qualidade do cuidado, bem como a efetividade dos hospitais (HOVLID et al., 2020). Nesse sentido, a acreditação pode contribuir para aumentar o foco nas necessidades do paciente e promover o envolvimento do paciente no próprio cuidado (HINCHCLIFF et al., 2016; ANDRES et al., 2019).

O desenvolvimento de práticas seguras e a transição de um hospital de alta confiabilidade dependem de normas e diretrizes (SIMAN et al., 2019). A instituição hospitalar está sujeita a processos regulatórios e fiscalizações, sendo responsabilizada pela assistência prestada ao paciente. Assim, o cuidado hospitalar necessita ser efetivo, de qualidade e seguro.

5.2.3 A influência da Ebserh na gestão da qualidade e na seleção e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospital de ensino universitário nas dimensões da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente

A Ebserh faz parte do ambiente externo operacional do H2, pois como empresa que gerencia os hospitais universitários, estabelece o modelo de gestão a ser estabelecido em cada um deles. Assim, direciona a elaboração do Planejamento Estratégico do H2, como pode ser observado no discurso: *{“[...] O planejamento estratégico tem que seguir as estratégias da Ebserh [...]. O direcionamento da Ebserh é amplo e legítimo, atende aquilo que a gente precisa. [...] não é nada que a gente está sendo obrigado porque não cabe. É um planejamento muito bom, tem viabilidade, sustentabilidade, valores éticos, pesa muito para a Ebserh o ensino e a pesquisa” (EP23H2, 2021)}*.

O objetivo comum da Rede Ebserh é fornecer ensino, pesquisa e assistência de qualidade, entretanto, os hospitais que compõem a Rede têm diferentes níveis de maturidade em gestão e perfis assistenciais (D2H2, 2021). Essas diferenças repercutem também nas ações voltadas à gestão da qualidade, conforme sugerido no discurso: *{“[...] neste movimento pela qualidade em hospitais da Rede Ebserh, há suas especificidades regionais [...] alguns mais contidos, outros mais avançados [...] se você pegar os 40 hospitais, cada um tem suas especificidades” (EP27H2, 2021)}*.

Consequentemente, a influência da Rede Ebserh sobre o H2 também emerge na Gestão da Qualidade, como pode ser visualizada nos discursos: Percebe-se, que após o contrato da universidade a que pertence o hospital, *{“[...] Com a Rede Ebserh, mudou muita coisa, para melhor. Veio um modelo muito organizado. [...] fomos premiados em 2º lugar em congressos de boas práticas, em projetos de qualidade e segurança do paciente [...] a Ebserh ajudou muitíssimo com o modelo proposto [...]” [...] “As mudanças, assim como a expectativa impactaram fortemente no ânimo da equipe [...]”} (EP17H2, 2021)}*.

Embora o H2 não possua certificação de Acreditação, percebem-se incentivos da Rede Ebserh a programas de qualificação nos hospitais. Um exemplo, é uma ação estratégica de implementação do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, e o Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali). Este Programa objetiva promover a gestão da qualidade, a excelência na gestão, na educação, na pesquisa e na extensão em saúde

no âmbito dos hospitais universitários federais que compõem a Rede (EBSERH, 2018). Consiste em um sistema próprio de avaliação periódica, com vista à promoção da cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira pelos hospitais da Rede nas áreas assistencial, no ensino, na pesquisa, na inovação e na extensão em saúde, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes das instituições públicas de ensino federais (EBSERH, 2018; D5H2, 2021).

Um dos objetivos da avaliação interna (Avaqualis) é sensibilizar os profissionais quanto à necessidade e relevância da melhoria nos processos de trabalho, promovendo uma cultura voltada para o processo de aprendizagem (EBSERH, 2019; D5H2, 2021). Em relação ao Avaqualis, uma participante relatou: *{“[...] participo das reuniões com os outros 39 coordenadores da Avaqualis e a sede. O grupo da nossa comissão é muito bom, a maioria é do Setor de Qualidade, os que não são da qualidade são vigilantes da rede sentinela, farmacovigilante, hemovigilante, tecnovigilante, e algumas outras pessoas selecionadas pela sua expertise, seja na área de contratualização, de projetos, da farmácia [...]”}*.

Os participantes do grupo focal complementaram que *“{“O hospital tem uma cultura de segurança, de qualidade, diferente de outros hospitais da rede”}*, e sobre a colaboração dos profissionais do hospital no preparo para a avaliação interna, referiram que há *{“[...] muita parceria, tanto dos avaliadores, quanto dos avaliados [...]”}*. Explicaram como ocorre a avaliação: *“{[...] parte de uma avaliação interna. [...] não é a equipe da clínica médica que avalia a equipe da clínica médica [...] são pessoas externas aos serviços [...] os 40 hospitais da rede estão fazendo [...] vai gerar um movimento, para o ano que vem, planejado, a gente não tem os detalhes, da avaliação externa, quando pessoas dos outros hospitais virão nos avaliar, e nós, possivelmente avaliaremos outro hospital”}* (GFH2, 2021).

Portanto, o SEQuali é um movimento de selo de qualidade interno à Rede Ebserh. Quando o hospital atingir o selo de qualidade “diamante”, estará apto a pleitear uma certificação externa. É visto pela Rede que vale a pena investir na Acreditação, considerando que o processo gera custos e exige maturidade da organização (EP27H2, 2021).

No final de 2019, o movimento SEQuali ocorreu nos 40 hospitais da Rede Ebserh. No H2, a primeira avaliação interna ocorreu entre final de 2019 e início de 2020. Os resultados foram apresentados à superintendente, gerentes e chefias da

Divisão da Assistência e da Divisão de Apoio Terapêutico, com posterior envio da planilha para a Sede Ebserh (D2H2, 2021; EP27H2, 2021).

Pode-se constatar o destaque do H2 perante os outros 40 hospitais da rede, no que condiz ao cumprimento dos requisitos da avaliação interna da qualidade: *{“[...] em outubro de 2020, foi divulgado um ranking de como os hospitais foram classificados. O H2 ficou em 3º lugar geral, contando os requisitos essenciais e os não-essenciais, e nos requisitos essenciais, em 1º lugar. Os dez primeiros hospitais foram convidados a participar de ciclos de melhoria, de acordo com o interesse dos classificados. Nesta ocasião, a superintendência aceitou o desafio de continuar na busca pela qualidade, e nós temos trabalhado [...] para que as coisas aconteçam [...], organizado os planos de ação, fazendo as mudanças necessárias” (EP27H2, 2021)}.*

Essa classificação habilitou o H2 a participar de ciclos de melhorias, para adequar os itens essenciais avaliados como não conformes e tornar-se apto a receber avaliação externa em 2021, a fim de angariar o Selo Ebserh da Qualidade (bronze, prata, ouro ou diamante) (D2H2, 2021). O H2 foi destaque perante as filiais da Ebserh, sendo convidado algumas vezes para apresentar boas práticas realizadas (EP17H2, 2021).

No novo modelo de Gestão da Qualidade, tem-se o Painel de Contribuição da Rede Ebserh, que trata de uma mudança na cultura interna. Contribuir para o alcance dos objetivos da Rede, não somente para o alcance de objetivos específicos do hospital, é uma impactante mudança no modelo de Gestão (D2H2, 2021).

A origem do Painel de Indicadores, dentro do Sistema de Informações Gerenciais (SIG) da EBSEH, ocorreu por meio *{“[...] de colegiado, participativo, dificilmente havia imposição [...], com todos os hospitais da Rede [...]. Alguns indicadores já eram monitorados, outros já vieram neste pacote da Ebserh, discutido com as filiais. Mas eram indicadores básicos, depois foram criadas as fichas técnicas [...]. Os indicadores que já tinham, são bem parecidos com os que estão, tem que ser meio básicos, para filiais que têm diferentes níveis de evolução, [...] você tem que oportunizar que todos trabalhem juntos, de maneira viável. Todos os indicadores exigidos pela Ebserh, têm dentro de um módulo, com sua ficha técnica” (EP17H2, 2021)}.*

No painel existe uma gama de indicadores, disponíveis para monitoramento pelos hospitais da Rede. O H2 não monitora todos, por problemas estruturais. Por exemplo, para monitorar alguns seria necessário possuir um sistema informatizado

(prontuário eletrônico com a finalidade específica de extrair relatórios sobre indicadores) para viabilizar o seu acompanhamento. Alguns indicadores estão muito atrelados à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (EP27H2, 2021).

Portanto, a Rede tem influência na elegibilidade e no monitoramento dos indicadores, a qual é caracterizada no discurso a seguir: *{“A Ebserh tinha um pacote de indicadores. [...] que foram propostos, pela sede e discutidos nas filiais” (EP17H2, 2021)}*. E foi relatado também por outro participante: *{“[...] não é uma rotina a gente cadastrar novo indicador no sistema, os indicadores vêm da sede” (EP27H2, 2021)}*, *{“[...] Foram trazidos vários conceitos de hospitais de fora” (EP17H2, 2021)}*.

No Sistema de Informações Gerenciais (SIG), há o módulo Vigihosp, em que são realizadas, por qualquer colaborador do H2, notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente. O módulo direciona para que sejam colocadas informações sobre gerenciamento de riscos assistenciais, relativas a notificações de incidentes, dados sobre a investigação, análise, classificação de incidentes, planejamento de ações corretivas, preventivas e de mitigação de danos ao paciente etc. (QP13H2, 2020; EP27H2, 2021). Ademais, na estrutura dos hospitais da rede existe a ouvidoria, responsável, entre outras funções, pela aproximação e escuta e acolhimento da clientela do hospital, mediante procura direta e indireta, bem como pela pesquisa de satisfação do paciente (GFH2, 2021).

Outro participante complementa que a gestão à vista se caracteriza por *{“[...] uma mentalidade que não temos que esconder dados e que os dados estão aí para que a gente melhore os processos. [...] Não é ruim eu ter notificação de queda, pelo contrário [...] eu quero que as pessoas entendam que existe, para que eu possa trabalhar em cima disso [...], quanto mais as pessoas tiverem conhecimento dos dados [...] a gestão à vista é essa visibilidade dos dados, não é fácil, mas é essa a filosofia [...]” (EP22H2, 2020)}*.

Quando o hospital compara o próprio desempenho para orientar o estabelecimento de metas que conduzam ao desenvolvimento institucional (BURMESTER, 2013; COUTO, PEDROSA, ROSA; 2016). Prática institucionalizada pela Sede da Rede Ebserh, como exposto no discurso: *{“[...] eles falam assim, na próxima reunião, vamos mostrar o ranking dos hospitais de preenchimento do painel dos indicadores [...] eles não fazem a cobrança, mas quando você menos espera, expõem à Rede a classificação. Isso gera um incômodo, discussão, as pessoas se sentem melindradas [...]. A Sede usa o discurso que é para incentivar, mostrar o que*

está bom, para ir atrás dos hospitais que se destacaram para auxiliar a melhorar os resultados [...] eles não exigem, mas quando você menos espera, divulgam, e estes dados circulam, vão para a Superintendência [...]” (EP27H2, 2021)}.

Todavia, um participante sugere sobre a falta de clareza sobre os impactos dos resultados das avaliações ao referir que *“[...] a Sede não detalha, mas tem falado que o resultado da avaliação do Avaqualis vai nortear muitas tomadas de decisão. Então a gente não sabe em que sentido, se vamos fortalecer os que estão mais fortes, para serem acreditados; fortalecer os fragilizados, para não serem prejudicados [...]” (GFH2, 2021)}.*

A Ebserh é uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), criada para prestar serviços gratuitos de assistência e às instituições públicas federais de ensino, congêneres, serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem, e à de pessoas (EBSERH, 2013; EBSERH, 2018). Abarca duas áreas complexas, consideradas desafios dentro do país: a educação e a saúde (BORELLASANSONOVE, WINCKLER, DASSO JÚNIOR; 2020). O seu gerenciamento está amparado e regulamentado pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, criada pelo governo federal, cuja sede localiza-se em Brasília, e o regime de trabalho dos empregados concursado é celetista (BRASIL, 2011).

É um modelo de empresa que busca resultados, alcance de metas, controle nas decisões sobre o trabalho (DANELIU et al., 2019). Além de reduzir custos para o Estado, pois os hospitais públicos federais são voltados para o ensino e pesquisa na área da saúde, e realizam tratamentos com alta tecnologia, procedimentos de média e alta complexidade, geram um alto custo para o Estado (BORELLASANSONOVE, WINCKLER, DASSO JÚNIOR; 2020).

A Ebserh segue as prerrogativas do SUS, em que os cidadãos devem ter participação na formulação de suas políticas públicas, além de realizar um controle social frente a sua execução. Ressalta-se, então, que o controle externo é algo constitucionalmente previsto (BORELLASANSONOVE, WINCKLER, DASSO JÚNIOR; 2020).

Os hospitais brasileiros vêm passando por um movimento contínuo em direção à melhoria da qualidade dos serviços ofertados, utilizando programas como a acreditação/certificação para alcance de melhores patamares na qualidade e segurança dos processos institucionais. Este movimento tem se intensificado nos

últimos anos devido às exigências do Ministério da Saúde e da sociedade cada vez mais informada sobre seus direitos a um atendimento seguro e humanizado e, também, por iniciativas das próprias instituições na tentativa de padronizar ações, melhorar a qualidade e segurança assistencial, visando manter a competitividade (FREIRE, 2017) e a sustentabilidade.

A implantação de um programa de Gestão da Qualidade envolve gestão de processos, reconhecimento das interrelações entre os principais processos e gestão dos resultados para evitar a fragmentação do cuidado prestado, que afeta a cadeia de valor em saúde (EBSERH, 2018). A sua implementação nos hospitais prepara líderes da Qualidade para trabalharem a gestão da mudança de paradigmas e de processos de trabalho, visando à melhoria contínua (EBSERH, 2018).

De fato, o modelo de gestão da qualidade, seu Painel de Indicadores, o Programa Gestão à vista, Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, o Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali) e o sistema de gerenciamento de risco (Vigihosp) explicitam o movimento contínuo da Rede em direção à melhoria da qualidade dos serviços ofertados pelos hospitais universitários, conduzindo-os à institucionalização de ciclos de melhoria contínua de processos gerenciais, administrativos, de ensino e pesquisa e de apoio.

E nestes ciclos, o desempenho de cada processo precisa ser medido e monitorado de forma estruturada, e os resultados precisam ser avaliados para que possam gerar valor e contribuir para as tomadas de decisões (EBSERH, 2018). Consequentemente, faz-se indispensável a definição de quais indicadores serão utilizados para o acompanhamento das ações e processos estabelecidos para identificar os resultados hospitalares (RAFFA, 2017). Justifica-se, portanto, a contribuição da Ebserh para a elegibilidade e monitoramento de indicadores de efetividade assistencial nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente nos hospitais sob seu gerenciamento.

5.2.4 Impactos de fatores epidemiológicos: na elegibilidade e no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar - a Pandemia da COVID-19

Nos hospitais privados filantrópicos, a pandemia da COVID-19 também trouxe consequências, e os anos de 2020 e 2021 foram considerados “ímpares e sem precedentes”, com inúmeras incertezas, que obrigaram cautela, prudência e empatia

por parte da Direção (D1H3, 2020). Houve perda de receita no H1 e H3, detalhada no discurso de um participante *{“Logo que a pandemia iniciou, fechamos alguns serviços. Quando teve um lockdown geral, teve alguns decretos municipais, e os decretos estaduais que fecharam o centro clínico, que é um setor com 45 consultórios. [...] ficamos alguns meses sem realizar consulta. [...] perdemos muita receita. Ao mesmo tempo, o Centro Cirúrgico também foi muito afetado [...] primeiro foram canceladas todas as cirurgias, depois nós retomamos, em função da falta de leitos [...] os decretos proibiam as cirurgias eletivas na intenção de preservar leitos para às alas covid. [...] fizemos uma adaptação nos protocolos, rotinas, transformamos cirurgias que eram eletivas em ambulatoriais, para que o paciente tivesse alta no mesmo dia [...] depois os decretos proibiam as eletivas ambulatoriais que utilizassem medicações do chamado kit intubação ou anestésicos [...] mais uma vez, mudamos os protocolos anestésicos, o hospital, ano passado teve prejuízo financeiro de aproximadamente 28 milhões de reais [...] o Centro Clínico que realizava em torno de 16 a 18 mil consultas/mês, mola propulsora de outros negócios, com a consulta geramos exames de imagem, exames laboratoriais, procedimentos cirúrgicos e internações. Tudo, indiretamente, foi muito afetado. [...] o laboratório, que fazia em torno de 100 mil exames/mês, baixou para 60. Toda a parte inventável foi afetada. E a outra parte importante que foi afetada pela pandemia é que os decretos proibiam a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, mas mantiveram os atendimentos de cardiologia, oncologia, obstetrícia, nefrologia, [...] essas quatro referências, são as que atendemos SUS, do ponto de vista financeiro, é deficitário. [...] tudo aquilo que dava prejuízo financeiro, nós fomos obrigados a manter, e tudo aquilo que dava lucro, fomos obrigados a fechar” (EP5H1, 2021)}*.

Corroborando com o relato do H1, sumariamente, elencaram-se influências negativas da Covid-19 para o H1: *{“[...] cancelamentos cirúrgicos, devido a decretos (estaduais e municipais), testagem positiva para COVID-19 em pacientes cirúrgicos, desistências de pacientes amedrontados com ambiente hospitalar por causa da pandemia” (QP1H1, 2021)}*.

Em virtude da pandemia da Covid-19, ocorreu a declaração de estado de Emergência em Saúde Pública, e o hospital público H2 assinou contratos emergenciais com a Secretaria Municipal de Saúde, com vistas a garantir o atendimento exclusivo em leitos de UTI e enfermaria aos usuários do SUS com quadro clínico suspeito ou confirmado de COVID-19 (D2H2, 2021), com subsídios de receitas

pelo governo federal. Portanto, a pandemia obrigou muitas mudanças, drásticas e rápidas, elencadas no discurso: *{“[...] vem uma pandemia, então tudo o que foi planejado para 2019/2020, na parte orçamentária, aquisição, mais de 100 milhões de reais, tudo planejado de um jeito.... não deu para fazer... não teve como. [...] E foi assinado um contrato de objetivos [...]. um plano orçamentário [...] para ser executado no ano que vem”* (EP23H2, 2021)).

Uma estratégia de Gestão nos H1, H2 e H3, para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, foi a criação de Comitês Emergenciais, com diferentes nomenclaturas nos hospitais, mas com a mesma finalidade, a de deliberar questões específicas relativas à crise pandêmica, como se demonstra nos trechos: no H3, *{“[...] no início da pandemia da Covid-19, nos meses de março e abril de 2020, criou-se um Comitê de Contingência, com agendas de reuniões periódicas para discutir ações, alterações de processos e redigir boletins informativos para membros do Corpo Clínico e colaboradores. Participavam das reuniões superintendentes, supervisores e assessoria de comunicação”* (QP10H3)).

Também se instituiu um Comitê de Crise, apoiado por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros e colaboradores das áreas de Qualidade, Suprimentos e Superintendência, que atuou na formulação de protocolos, e projeções de demanda de produtos necessários para enfrentamento da pandemia (D1H3, 2020).

No H2, o Conselho de Administração, com participação não paritária de Gestores e trabalhadores, foi substituído pelo Conselho de Crise (QP13H2, 2020), como ilustrado no discurso: *{“O hospital tem dois conselhos, o conselho de Administração [...] e o Conselho de Chefias [...]. Na pandemia, os dois Conselhos se juntaram e virou o Conselho de Crise [...]. Tem mais o grupo de mitigação, composto por especialistas, criado por meio de portaria, para estudar a pandemia”* (EP23H2, 2021)).

O Conselho de Crise do H2, órgão consultivo e deliberativo, formalmente instituído em regimento em 2020, presidido pela Superintendente do hospital e composto por membros da Alta Gestão do H2: conselheiros do Conselho de Administração; Membros da Comissão Gerencial para Contenção e Mitigação da Covid-19; Chefe da Divisão de Diagnóstico e Terapêutico; Chefe do Setor de Avaliação e Regulação em Saúde; Chefe da Unidade de Pesquisa Clínica; Representante do Setor de Vigilância e Segurança do Paciente; Representante do

Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador; Chefe do Setor de Hotelaria Hospitalar; Coordenadora da Comissão de Residência Médica; Profissionais envolvidos em áreas específicas no enfrentamento da pandemia; e outros representantes, órgãos e entidades, públicas ou privadas, bem como por especialistas em assuntos que vierem a ser tratados (D4H2, 2020).

A necessidade de uma comunicação objetiva, clara e próxima da Direção, colaboradores do hospital e clientela durante o período da pandemia da Covid-19, foi ressaltada no H3, e a comunicação por meio da mídia com o público interno (colaboradores e pacientes) e público externo, como descrito: *{“[...] com a chegada da pandemia, mudamos a estratégia e focamos os nossos esforços nas redes sociais [...]”* (D1H3, 2020)).

Também é possível notar as influências da pandemia no processo de avaliação para obtenção do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e o Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali), no H2, *{“[...] infelizmente, a pandemia dificultou este processo, porque muitas vezes você não tem tempo, ou mesmo abertura com as pessoas para falar de outras coisas que não sejam a pandemia, pacientes com COVID, novos leitos, agora a nova variante [...]. Muitas coisas que você poderia trabalhar antes, em relação ao selo da qualidade, não conseguimos avançar tanto [...]. Mas a Sede relatou em reunião, na retomada no final do ano passado, que com ou sem pandemia, as coisas deveriam avançar [...]”* (EP27H2, 2021)).

Por sua vez, o processo de auditoria de Acreditação Hospitalar também foi afetado em função da Covid-19. No H3, para não colocar em risco a saúde dos auditores e Gestores dos processos, as auditorias foram realizadas no formato de autoavaliação, conduzidas pelos próprios setores/serviços e enviadas à qualidade. O que foi inovador em seu processo (D1H3, 2020).

A pandemia também dificultou o monitoramento de alguns indicadores, e outros ficaram distorcidos, pois houve drástica redução de consultas, exames, e procedimentos eletivos (VP10H1, 2021), como foi relatado: *{“Excepcionalmente, no ano de 2020 houve cancelamentos de cirurgias agendadas por ausência do paciente, devido à pandemia da Covid-19”* (GFH3, 2021)).

É de notório saber que com a pandemia houve superlotação dos leitos hospitalares, sobrecarga de trabalho, sendo necessária uma reestruturação no modelo organizacional, e foi necessário que alguns profissionais fossem redirecionados para a assistência direta ao paciente, como relata o participante: *{“[...]”*

Muitas pessoas foram para o trabalho remoto, para trabalho em unidades fechadas (UTIs), mudaram de setores e recebemos muitas pessoas novas e temporárias na assistência” (QP13H2, 2020)}.

Este remanejamento de pessoal, prejudicou e até mesmo em alguns casos impediu o monitoramento de alguns indicadores de qualidade, nos hospitais, como exemplo: {“No período de pandemia nós ficamos sem fazer a pesquisa de satisfação do paciente, pois o trabalho foi direcionado para a triagem dos pacientes COVID-19” (EP5H1, 2021; EP10H1, 2021)}; e também foi fato citado pelo H3 {“[...] em todos os momentos em que o hospital passou pelo pico, de maior internação, de maior ocupação do paciente COVID, paramos algumas ações. Então, as reuniões das metas, porque eu estava com 110% do hospital ocupado, pessoal administrativo ajudando na assistência, e eu não tinha pessoas, para deixarem a assistência para fazerem reuniões. Nesse contexto, alguns indicadores, de auditoria, foram suspensos, porque a gente entendeu que o mais importante era que as pessoas assistissem os pacientes naquele momento do que fazer alguns indicadores. Outros indicadores foram monitorados, mas aqueles que dependiam de auditorias, de reuniões [...] tiveram que ser suspensos” (GFH3, 2021)}.

Em geral, a influência sobre o monitoramento de alguns indicadores de qualidade nos hospitais deu-se com: {“[...] Maior impacto nos indicadores que precisavam de visita e pesquisa de campo, ou auditorias, os quais foram suspensos nos momentos mais críticos da pandemia (EP10H3, 2021; GFH3, 2021)}.

Em um período de recursos limitados e contenção de gastos, há cada vez mais pressão para que a qualidade seja sacrificada na tentativa de conter custos. O líder administrador consciente admite esse risco e tenta chegar a um equilíbrio entre qualidade e contenção de gastos que não viole as obrigações profissionais para com pacientes e subordinados.

Outros indicadores, em razão da pandemia da Covid-19, tiveram a métrica prejudicada, como explica o participante do H1: {“[...] a nossa taxa de permanência era por bloco, [...] um ponto de melhoria para o nosso próximo planejamento, que será por serviço. Porque [...], num determinado momento, aquele bloco [...] passou a ser uma UTI COVID, e continuamos com essa informação no sistema [...] a meta era de 4 dias para um bloco, passou a ter uma ocupação de 6/8 dias, porque virou UTI COVID. [...] acabou atrapalhando nossos indicadores. Não deixou de ser monitorado, mas se tornou irreal [...]” (EP5H1, 2021)}.

Outra influência da pandemia da Covid-19 sobre os indicadores de efetividade assistencial, foi sobre o direcionamento da análise crítica destes, como exemplo relatado sobre o H1: *{“[...] desde o ano passado até na metade do ano, mudamos a rotina e o foco foi direcionado às surpresas que a Covid apresentava todos os dias. E agora, estamos tentando fazer o resgate de nossas práticas, que era mensalmente olhar para os nossos indicadores, fazer a análise crítica, um plano de ação. Inclusive, a assessoria da qualidade, a gestão da qualidade, fez uma contratação de um treinamento e capacitação, porque se perdeu um pouco com o COVID”* (EP5H1, 2021)).

Todavia, foi relatado sobre a influência positiva em relação aos resultados do indicador de infecções de sítio cirúrgico em cirurgias limpas, o que foi relacionado com a alternativa de realizar alguns procedimentos, que anteriormente requeriam internação, nos ambulatorios, devido à escassez de leitos. O participante afirmou: *{“[...] Reaprendemos a otimizar o centro cirúrgico, alavancando novamente a receita, mesmo com todas as restrições impostas”* (QP1H1, 2021)).

Em consequência da pandemia da Covid-19, destaca-se que o perfil epidemiológico dos três hospitais sofreu alterações, bem como os serviços ofertados, situações estas que influenciaram a elegibilidade e o monitoramento de alguns indicadores de efetividade assistencial.

Portanto, apesar de as dificuldades impostas pela pandemia da Covid-19, surgiram benefícios de curto prazo em áreas que poderiam catalisadores para melhorias. Muitos atributos-chave de segurança foram adotados espontaneamente, como transparência, comunicação ativa, colaboração e adoção rápida de práticas de segurança do paciente.

Hospitais que atuam em ambientes caracterizados pela escassez, dinamismo e complexidade enfrentam mais incerteza por terem pouco espaço para erros, e lidam com alto grau de imprevisibilidade, além de possuírem um conjunto de elementos muito diversos para monitorar o tempo todo (ROBBINS; JUDGE, 2020).

Em vários momentos, emergiram nas entrevistas, documentos, questionários autoaplicados, grupo focal, temas relativos à pandemia da Covid-19, sua influência na elegibilidade e no monitoramento de indicadores, bem como as dificuldades e consequências impostas pela problemática. Fato é que a pandemia trouxe dinamicidade nas decisões e escassez de recursos, o que geralmente gera efeitos na qualidade dos processos e resultados dos hospitais. Por si só o hospital já é complexo,

e a pandemia só veio trazer ainda mais incerteza, dificuldades e interferências do ambiente externo nas decisões do ambiente interno hospitalar.

A pandemia da Covid-19 mobilizou ações de segurança do paciente de falhas e transformações pandêmicas, para promover a disseminação de estratégias de segurança e inovações, e para tornar sistemas de saúde mais resilientes ao impacto dos danos (WHO, 2020).

Emerge, portanto, a necessidade de uma abordagem sistêmica. Todos os fatores que impactam na segurança e na qualidade dos processos assistenciais devem ser considerados, como fatores do ambiente, estrutura, trabalho em equipe, os riscos, a cultura organizacional, bem como os regulamentos nacionais e políticas (WHO, 2020).

Nos hospitais privados, a pandemia afetou diretamente o pilar financeiro, prejudicando a sustentabilidade do negócio, fazendo com que o planejamento tivesse que ser revisto e realinhado frente a estas dificuldades. Esta revisão, por sua vez, muitas vezes ocorre em descompasso ao tempo necessário de reação, o que impacta diretamente na qualidade dos serviços prestados, principalmente no que está relacionado a investimentos (ZANATTA, SAUSEN, HALBERSTADT; 2019).

Cabe ressaltar que um dos problemas associados à gestão hospitalar, sobretudo em alguns hospitais públicos, é a escassez de recursos financeiros (FARIAS, ARAUJO; 2017). E, no hospital público, a dificuldade apontada foi a impossibilidade de seguir o planejamento.

Nesta pesquisa, observou-se que nos três hospitais, a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospitais foram prejudicados pela pandemia. Contudo, o desafio é que a qualidade em saúde não seja prejudicada pela contenção de custos e cortes no nível de orçamento, mas sim uma estratégia para alcançar proveitos e eficiência.

No próximo capítulo são apresentadas as considerações finais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa alcançou o objetivo de relacionar os fatores do ambiente interno e externo operacional que contribuem e interferem na elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospitais, nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente, em um estudo de caso múltiplo, que teve como coparticipantes três hospitais.

O método de procedimento de estudo de caso múltiplo baseado em Yin (2015) foi adequado para o alcance dos objetivos em sua plenitude; assim como o método de análise temática categorial de Bardin (2021). Apesar da complexidade de ambos, e a exigência de tempo e dedicação excessivos por parte da pesquisadora, tanto no preparo como no seu desenvolvimento, eles foram essenciais e direcionadores para que os princípios de rigor, coerência, objetividade e validação interna fossem respeitados nesta tese.

O hospital é um sistema aberto com sistemas e subsistemas que se articulam, que influenciam e sofrem influências de vários fatores internos e externos operacionais. Esta complexidade do hospital, aliada ao uso intensivo de tecnologias, elevada demanda por cuidados, incluindo os de alta complexidade e especializados, o torna mais vulnerável a erros. Por este motivo, faz-se necessário compreender os fatores ambientais que levam o hospital a optar por monitorar determinados indicadores de efetividade assistencial hospitalar, bem como por determinadas estratégias, a fim de melhorar a qualidade, a segurança do paciente, prevenir riscos e erros, mitigar danos, diminuir custos desnecessários, garantindo a sua sustentabilidade no sistema a que pertence, quer seja público ou privado.

Nesta pesquisa, fatores dos ambientes interno que influenciam ou contribuem para a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente constituíram categorias convergentes entre os três hospitais coparticipantes, relativas à influência ou contribuição do planejamento estratégico institucional; do apoio da Direção; dos sistemas de informação; e das estratégias, métodos e procedimentos; e uma categoria não convergente, relativa à natureza de hospital de público de ensino universitário.

➤ Nos três hospitais está previsto no planejamento estratégico (PE) que a decisão sobre o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial parte de diretrizes para a qualidade, a busca por resultados (efetividade) e a valorização do paciente. E

emergiu a importância da Direção, no que condiz com a elegibilidade e o monitoramento de indicadores. Pode-se afirmar que estas duas categorias se relacionam, de modo que a Direção que legitima e o PE é o instrumento que direciona o monitoramento. Por sua vez, os sistemas de informação são fundamentais para o monitoramento de indicadores.

Em relação às estratégias utilizadas pelos hospitais, destacaram-se a metodologia Lean, gestão de Risco com ênfase em eventos adversos e eventos sentinelas (*never events*); mapeamento de processos, busca ativa de prontuários, busca fonada após alta, revisão de prontuários randomizados, Trigger tool, utilização de dados sobre hemovigilância em prontuários manuais ou eletrônicos, notificações de incidentes, fichas de investigação de reações transfusionais, relatórios de notificação de incidentes; utilização de dados de relatórios de gestão do processo; análise de causa raiz, auditorias, reuniões de equipe e com lideranças. Os hospitais cumprem ações e metas previstas em seu planejamento de segurança do paciente, como protocolos de segurança do paciente, indicadores de hemovigilância e tecnovigilância.

Em relação aos indicadores de efetividade assistencial voltados ao cuidado centrado no paciente: os hospitais pesquisados oferecem serviços de escuta/aproximação da clientela, com acolhimento por procura (in)direta. As estratégias incluem pesquisa com a clientela no momento do internamento; telefone, *e-mail*, controle das mídias sociais; *totens* de pesquisa.

Os fatores do ambiente externo operacional que influenciam ou contribuem para a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente também constituíram categorias convergentes, a saber: a contribuição das políticas públicas de saúde e a Anvisa; das agências acreditadoras; a influência de fatores epidemiológicos (pandemia da Covid-19); e uma não convergente, relativa à influência da Ebserh.

Portanto, quando a natureza do hospital é pública, assim como o H2, público e de ensino, esta influencia a seleção e monitoramento de indicadores

Foram escolhidos intencionalmente três hospitais de diferentes ambientes, sendo um público de grande porte, de ensino; outro privado com fins lucrativos, acreditado em nível de excelência pela ONA e JCI; e por último, um hospital privado, filantrópico, acreditado em nível de excelência pela ONA.

Foram escolhidos dois hospitais acreditados em nível de excelência, pois entende-se que o hospital que se submete a um processo de certificação, tem uma cultura organizacional amadurecida para a qualidade dos processos e, conseqüentemente, dos resultados assistenciais. E um hospital público de porte especial, de ensino e pesquisa, por se entender que sofre muitas influências externas, pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação, e pela Rede que o gerencia, o que o obriga a monitorar alguns indicadores de efetividade. O que se confirmou nesta tese.

Os participantes, profissionais de diversas áreas que aceitaram responder questionários e entrevistas presenciais e virtuais, e atuaram ativamente em grupos focais, foram inicialmente indicados pela Direção de cada hospital, e posteriormente indicaram outros profissionais, por meio da Técnica Bola de Neve, que foram necessários para aprofundamento de questões que surgiram no desenrolar da coleta de dados. Considera-se que esta abordagem de recrutamento de participantes foi fundamental para uma amostra de participantes solícitos e comprometidos com os objetivos da pesquisa.

Alguns resultados fazem referências a práticas consideradas atuais e subsidiam a gestão da qualidade em hospitais, e outras que revelam que existem possibilidades de melhoria, a fim de atingirem melhores níveis de eficácia e eficiência, no monitoramento e divulgação de indicadores. Estes resultados também são importantes para que órgãos públicos e reguladores do Sistema Único de Saúde possam elaborar ou aprimorar políticas e práticas efetivas de gestão da efetividade hospitalar. Portanto, uma potencialidade dos resultados dessa pesquisa consiste em demonstrar como os hospitais elegem e monitoram os indicadores de efetividade assistencial nas dimensões da segurança do paciente e do cuidado centrado no paciente, o que pode servir de referência para a Gestão de hospitais brasileiros.

Compreende-se que é imprescindível à Gestão da Qualidade o apoio da Direção hospitalar, bem como sistemas de informação condizentes com as necessidades hospitalares.

Um propulsor da aplicabilidade de indicadores de efetividade hospitalar é a definição de um sistema de informações que possibilite, em tempo real, coletar e trabalhar dados que permitam conhecer variáveis externas operacionais (do meio ambiente) e internas (institucionais), que viabilizem o planejamento, a organização, a coordenação/direção e a avaliação/controle de protocolos e metas de segurança do

paciente e cuidado centrado no paciente, bem como prevenção e mitigação de incidentes/eventos/falhas.

Portanto, reconhece-se que para um monitoramento sistemático e contínuo dos indicadores de efetividade assistencial hospitalar são necessários esforços para criar sistemas de informação de monitoramento. Certamente isso requer recursos, tecnologia, estrutura e informação. Assim, sistemas de informação mais robustos possibilitam a tomada de decisão com o menor grau de incerteza, e a ação sobre alguns pontos críticos dos sistemas e subsistemas hospitalares, à prestação de um cuidado efetivo, seguro, adequado, centrado no paciente.

No entanto, há influências externas, como de órgãos reguladores, agências acreditadoras, políticas de saúde, que não estão sob governabilidade da Direção dos hospitais e que devem ser compreendidas de modo que o hospital cumpra as suas responsabilidades em relação a elas e se adapte às condições impostas da melhor forma possível.

Uma importante aplicabilidade dos indicadores de efetividade assistencial é que o conhecimento advindo dos seus resultados deve ser compartilhado com toda a comunidade e colaboradores do hospital, como prioridade estratégica de amadurecimento, crescimento e aprendizado; bem como para a clientela.

Destaca-se que o conhecimento sobre os fatores do ambiente hospitalar que influenciam e contribuem na elegibilidade e no monitoramento dos indicadores de efetividade possibilita uma visão sistêmica, da totalidade e complexidade do hospital, bem como de ameaças, desafios e oportunidades que o ambiente externo apresenta, que impulsionam a Direção para ações proativas que demandam a formulação de estratégias e decisões assertivas. Por isso, o progresso para uma visão do todo, em uma perspectiva sistêmica, é uma tarefa que os hospitais precisam encarar com seriedade e urgência. Em prol da sua sustentabilidade e ampliação da sua função social.

Os resultados dessa pesquisa contribuem para o diagnóstico sobre a aplicabilidade de indicadores de efetividade assistencial, bem como apresenta as estratégias utilizadas pelos hospitais para a elegibilidade e o monitoramento de tais indicadores, colocadas em ação em diferentes ambientes para o seu monitoramento de indicadores. Tais subsídios são úteis a gestores, profissionais da saúde e usuários dos serviços de saúde, bem como órgãos de saúde governamentais e agências privadas (operadoras, agências acreditadoras, e associações hospitalares) visando

ao planejamento, avaliação, monitoramento da qualidade, segurança e efetividade da assistência hospitalar, bem como comparação entre serviços e hospitais.

Embora há a concepção da impossibilidade de generalização de resultados oriundos de pesquisas qualitativas, as categorias desta pesquisa refletem fatores ambientais comuns a muitos hospitais brasileiros, e que podem dar luz a como hospitais com ambientes semelhantes podem eleger e monitorar os indicadores, a partir das perspectivas, experiências, estratégias, métodos e procedimentos utilizados nos hospitais participantes da pesquisa.

Entre as consequências da pandemia da Covid-19, como mudança do perfil epidemiológico, estruturação dos serviços e do monitoramento de indicadores, constatou-se também a dificuldade de entrada da pesquisadora nos hospitais de pesquisa para a coleta de dados, e, posteriormente a indisponibilidade dos participantes de pesquisa para os encontros agendados, havendo necessidade de reagendá-los para momentos mais propícios. Houve dificuldade de agenda também para reunir a Direção e Gestores em um momento colaborativo para discussão no Grupo Focal, bem como para as entrevistas individuais e coletivas. Ressalta-se que estas dificuldades encontradas foram atribuídas ao momento ímpar na história, portanto, justificadas.

Houve ainda, dificuldade quanto aos inúmeros trâmites e a morosidade de retorno da comunicação por parte dos Comitês de Ética em Pesquisa. Como o estudo de caso foi realizado em vários hospitais, o projeto de pesquisa foi avaliado por quatro CEPs.

Uma crítica que se faz é a não uniformidade de trâmites e de ações entre os CEPs. O mesmo projeto de pesquisa foi avaliado pela instituição proponente, e posteriormente por outros três CEPs, de forma totalmente distinta. Em alguns, foi analisado e emitido o parecer consubstanciado em tempo hábil/padrão, já em outro, a situação delongou-se por muito tempo, demorando nove meses para a aprovação, o que prejudicou o cronograma de coleta de dados, e só não o inviabilizou por se tratar de pesquisa de Doutorado.

Como recomendações para pesquisas futuras, sugere-se explorar em profundidade cada uma das categorias que emergiram da análise, para aprofundamento da sua influência sobre a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar, por meio de pesquisas quantitativas explicativas, com uma população maior de hospitais.

REFERÊNCIAS

ACCREDITATION CANADA. **The value and impact of health care accreditation: a literature review**. Ottawa, 2015. Disponível em: <<https://www.accreditation.ca/sites/default/files/value-and-impact-en.pdf>>. Acesso em 14 ago. 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **National healthcare quality report**. United States, Department of Health and Human Services, 2014. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/2013nhqr.pdf>>. Acesso em 01 out. 2019.

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Performance indicators in the Unified Health System: an assessment of advances and gaps. **Saúde debate**, v. 41, n. esp., p. 118-37, 2017.

ANDRADE, R.; AMBRONI, N. **Teoria geral da administração**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 275**, de 01 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar.

QUALISS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/52748193/do1-2018-11-30-resolucao-normativa-n-275-de-22-de-novembro-de-2018-52748073>. Acesso em 10 out. 2019.

_____. Resolução Normativa nº 405, de 09 de maio de 2016. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzl0OA==>>. Acesso em 23 out. 2018.

_____. Agenda regulatória 2016/2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/agenda-regulatoria>>. Acesso em 27 jan. 2020.

_____. **Quem Somos**. Disponível em: <www.ans.gov.br/aans/quem-somos>. Acesso em 14 jan. 2020.

_____. QUALISS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. **Ministério da Saúde**, Brasília, s/a. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Cartilha_Qualiss_Final.pdf>. Acesso em 14 jan. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, v. 1, n. 1, 2011. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>>. Acesso em 13 jun. 2019.

_____. Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2013. Disponíveis em: <<http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2020.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2014.

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 905-16, 2016.

AKEMI, N. E. Corporate governance and hospital management. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 6, p. III-IV, 2017.

ALLAIK, L. G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, v. 38, n. 1, p. 229-24, 2012.

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Performance indicators in the Unified Health System: an assessment of advances and gaps. **Saúde debate**, v. 41, n. especial, p. 118-137, 2017.

ALYAHYA, M.; HIJAZI, H.; HARVEY, H. Explaining the accreditation process from the institutional isomorphism perspective: a case study of Jordanian primary healthcare centers. **Int J Health Plann Manage**, v. 33, n. 1, p. 102–20, 2018.

ANDERSON, J. E. et al. Surgeon-reported complications vs the AHRQ patient safety indicators: a comparison of two approaches to identifying adverse events. **J Am Coll Surg**, v. 227, n. 3, p. 313-20, 2018.

ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161-72, 2018.

ANDRES, E. B. et al. Can hospital accreditation enhance patient experience? longitudinal evidence from a Hong Kong hospital patient experience survey. **BMC Health Serv Res**, v. 19, n. 1, p. 623, 2019.

ANTUNES, F. M. et al. Information as support for decision making by public health managers. **Rev. Adm. Saúde**, v. 21, n. 82, v. e283, p. 1-19, 2021.

ANVISA. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília; 2015.

ARAÚJO, M. A. N. de. et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão Multiprofissional. **Enferm. Foco**, v. 8, n. 1, p. 52-6, 2017.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE (ACSQHC). **Public reporting of safety and quality in public and private hospitals**: literature review and environment scan. Sydney: ACSQHC; 2019. Disponível em: < www.safetyandquality.gov.au >. Acesso em 11 abr. 2020.

ASEFZADEH, S. et al. Evaluation of the Quality of Health Service Providers: The Iranian People Perspective 2014. **Electronic Physician**, v. 8, n. 3, p. 2073-80, 2016.

AVINI, F. C. **Indicadores hospitalares para medição de desempenho assistencial e de gestão**: proposta de modelo-referência de *benchmarking* hospitalar. 134 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Negócios) – Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2017.

BAINBRIDGE, D. et al. Measuring Healthcare Integration: operationalization of a Framework for a Systems Evaluation of Palliative Care Structures, Process, and Outcomes. **Palliative Medicine**, v. 30, n. 6, p. 567-79, 2016.

BAERNHOLDT, M. et al. Quality measures a stakeholder analysis. **J Nurs Care Qual**, v. 0, n. 0, p. 1-8, 2017.

BARBOSA, D. M. S. et al. Limitations of hospitals's performance evaluation: a critique of the use of financial and operational indicators. **Rev. FSA**, v. 12, n. 3, p. 24-48, 2015.

BARCELLOS, G. B. **Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente**. In: SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras. 2ª ed: Rio de Janeiro, Fiocruz, 2019. p.110-124.

BÁO, A. C. P. et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 360-6, 2019.

BARROS, T. G. T.; LUPPI, C. G. Philanthropic hospitals benefited by financial incentive program: a performance analysis. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 52-62, 2018.

BEAUSSIER, A. L. et al. Steering by their own lights: Why regulators across Europe use different indicators to measure healthcare quality. **Health policy**, v. s/n, n. s/n, p. 1-25, 2020.

BERSSANETI, F. T. et al. Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence? **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, p. 648-55, 2016.

BERTA, P. et al. The association between asymmetric information, hospital competition and quality of healthcare: evidence from Italy. **Journal of the Royal Statistical Society Series a-Statistics in Society**, v. 179, n. 4, p. 907-26, 2016.

BERWICK, D. M. Era 3 for medicine and health care. **JAMA**, v. 315, n. 13, p. 1329-30, 2016.

BHATIA, R. S. et al. Measuring the effect of Choosing Wisely: an integrated framework to assess campaign impact on low-value care. **BMJ Qual Saf**, v. 24, n. s/n, p. 523–31, 2015.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, v. 3, n. 12, p. 21-8, 2001.

_____. et al. Health and quality protocols. **BEPA**, v. 13, n. 145, p. 19-32, 2016.

_____. et al. Health information systems and their complexity. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 70, p. 1-18, 2018.

BORELLASANSONOVE, T. G.; WINCKLER J. M.; DASSO JÚNIOR, A. E. O modelo de administração pública gerencial na criação da empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSEH. In: BORDIN, R.; ABDALA, P. R. Z. **Gestão em saúde no Rio Grande do Sul** – casos, análises e práticas. 1ª ed. Porto Alegre: RS, Local: Publicato Editora, 2020, p. 21-41.

BRAGA, A. T.; PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Metrics of assistance indicators of certified hospitals. **Rev enferm UFPE online.**, v. 12, n. 3, p. 665-75, 2018.

BRAND, C. A. et al. A review of hospital characteristics associated with improved performance. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 5, p. 483–94, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2012.

_____. Estratégias de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. **Ministério da Saúde, Hospital Moinhos de Vento, PROADI-SUS, ANS**, Brasília, DF, 2012
Brasília, 2020.

_____. Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar. Classificação Global da Qualidade Hospitalar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projeto_indicadores_classificacao_global_da_qualidade_hospitalar.pdf>. Acesso em 04 mai. 2022.

_____. **Lei 12.550**, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Diário Oficial da União 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. **ANVISA**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro4-MedidasPrevencaoIRASaude.pdf>

_____. _____. Portaria nº 1377, de 19 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em 10 out. 2019.

_____. _____. Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em 10 out. 2019.

_____. _____. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2013c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em 09 out. 2019.

_____. _____. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2013d. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 10 out. 2019.

_____. _____. Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf>>. Acesso em 20 jan. 2020.

_____. _____. Guia de avaliação do selo Ebserh de qualidade. 1ª Edição. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<http://www2.Ebserh.gov.br/documents/1688403/4656414/Guia+Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf/ef3e8208-4888-446e-bfef-ec25e9777535>>.

_____. _____. _____. Manual do Planejamento do SUS. Série articulação Interfederativa, v. 4. 139p. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em 21 nov. 2019.

_____. _____. _____. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2019a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

_____. _____. _____. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2019b. Disponível em: < <https://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em 28 nov. 2019.

_____. Diário Oficial da União. Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016.

_____. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Regulação Assistencial. Serviço de Contratualização Hospitalar. Diretriz Ebserh para a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) no âmbito do SUS. **Diretoria de Atenção à Saúde**, Brasília, DF, 2017.

_____. _____. Coordenadoria de Gestão Clínica. Serviço de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. Diretriz para implantação dos núcleos e planos de segurança do paciente nas filiais EBSEH. **Ministério da Saúde**, Brasília, série: “Diretrizes Ebserh sobre Segurança do paciente”, v. 1, 2ª ed., 2016b. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njc5NA%2C%2C>>. Acesso em 17 dez. 2019.

_____. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). Hospitais Universitários Federais. Ebserh para monitoramento e avaliação em segurança do paciente: gestão voltada para resultados efetivos e seguros. **Ministério da Saúde**, diretrizes Ebserh sobre Segurança do paciente, v. 3. Ministério da Educação, Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 3390 de 30/12/2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Ministério da Saúde**, Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 3410 de 30/12/2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Ministério da Saúde**, Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2010.

BRAITHWAITE, J.; HIBBERT, P.; BLAKELY, B. et al. Health system frameworks and performance indicators in eight countries: a comparative international analysis. **SAGE Open Med**, v. 5, n. 20, p. 1-10, 2017.

BRITO, L. A. L. et al. Management practices in medium-sized private hospitals in São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1-16, 2017.

BRUBAKK, K. et al. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 280, p. 1-10, 2015.

BURMESTER, H. **Gestão da qualidade hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BURNETT, S. et al. Prospects for comparing European hospitals in terms of quality and safety: lessons from a comparative study in five countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 1, p. 1–7, 2013.

_____. et al. Using institutional theory to analyse hospital responses to external demands for finance and quality in five European countries. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 21, n. 2, p. 109-17, 2016.

BYRNE, A. L.; BALDWIN, A.; HARVEY, C. Whose centre is it anyway? Defining personcentred care in nursing: An integrative review. **PLoS ONE**, v. 15, n. 3, p. 1-21, 2020.

CALDANA, G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 4, p. 915-22, 2013.

_____. et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 3, p. 906-11, 2015.

CALDAS, B. N. **Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos: uma avaliação qualitativa**. 242 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

CALDAS, B. do N.; MENDES, W. **Investigação/pesquisa em segurança do paciente**. In: SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras. 2ª ed: Rio de Janeiro, Fiocruz, p.110-124, 2019.

CANAWAY, R. et al. "What is meant by public?": Stakeholder views on strengthening impacts of public reporting of hospital performance data. **Social Science & Medicine**, v. 202, n. s/n, p. 143-50, 2018.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S. de.; GHELLI, K. G. M. Análise de Conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 43, p. 98-111, 2021.

CARLESI, K. C. et al. Patient Safety Incidents and Nursing Workload. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. e2841, p. 1-8, 2017.

CARMAN, K. L.; WORKMAN, T. A. Engaging patients and consumers in research evidence: applying the conceptual model of patient and family engagement. **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 1, p. 25-9, 2017.

CARNEIRO, R. G. O diário de campo na pesquisa social em saúde. In:

MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. (organização de). **Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde**. Brasília: ECoS, 2021. p. 149-163.

CARON, R. M. M. Co-producing healthcare in a volume vs. value-based healthcare system: perspective of a parent of a patient and a health professions' educator. **Patient Exp J.**, v. 6, n. 2, p. 16-9, 2019.

CAVALCANTE, E. F. O. et al. Implementation of patient safety centers and the healthcare-associated infections. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. e201803062019, p. 1-10, 2019.

CAVALCANTE, A. A. N.; BESSA JORGE, M. S. Prevenção de eventos adversos relacionados à retenção de corpos estranhos na cavidade cirúrgica: uma revisão integrativa. In: BESSA JORGE, M. S.; VERGARA, C. M. A. C.; SAMPAIO, H. A. C. (organização de). **Gestão em saúde: desafios, estratégias, desenvolvimento de produtos, avaliação e validação**. Curitiba: CRV, 2020, p. 21-40.

CAVALCANTE, P. S. et al. Healthcare quality indicators used in hospital nursing care management. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 6, p. 787-93, 2015.

CERQUEIRA, I. M. C. **O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado**. 107 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia em Cuidados de Saúde) – Programa de Pós-Graduação Economia, Universidade do Porto, Portugal, 2018.

CHEN, L. et al. Using the delphi method to develop nursing-sensitive quality indicators for the NICU. **J Clin Nurs**, v. 26, n. 3-4, p. 502-13, 2017.

CHEN, P. S.; YU, C. J.; CHEN, G. Y. H. Applying task-technology fit model to the healthcare sector: a case study of hospitals' computed tomography patient-referral mechanism. **J Med Syst**, v. 39, n. 8, p. 1-14, 2015.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 4ª ed. compacta. Barueri: Manole, 2014.

_____. Novas abordagens da administração – para onde vai a TGA?. In:

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 9ª ed. Barueri: Manoele, 2016. p. 579-644.

_____. **Administração Geral e Pública**. 4ª ed. Barueri: Manole, 2016.

CHOWDHURY, H. et al. Analysis of productivity, efficiency and technological changes in hospital services in Ontario: how does case-mix matter? **Int. J. Production Economics**, v. 150, n. s/n, p. 74–82, 2014.

CINAROGLU, S.; BASER, O. Understanding the relationship between effectiveness and outcome indicators to improve quality in healthcare. **Total Quality Management & Business Excellence**, v. 29, n.11-12, p. 1294- 1311, 2016.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Hospital de Clínicas**. Disponível em: <<http://www.ufpr.br/portalufpr/hospital-de-clinicas>>. Acesso em 23 fev. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Núcleo de Desenvolvimento Social. Área Técnica da Saúde. Mudanças no Financiamento da Saúde. **Núcleo de Desenvolvimento Social**, Brasília, 2018. Disponível em: <www.conasems.org.br/wp-content/upload/2018/08/Mudancas-no-Financiamento-da-Saude.pdf>. Acesso em 4 dez. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Monitoramento e avaliação. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2016. Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao/>>. Acesso em 21 nov. 2019.

CORDEIRO, A. L. A. O. et al. Human capital in the nursing management of hospitals. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, n. e03232, p. 1-7, 2017.

CORDEIRO, A. L. A. O. et al. Structural capital in the nursing management in hospitals. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018.

CORDEIRO, A. L. A. O. et al. The cliente capital in nursing management in hospitals. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 1, p. 1-8, 2020.

CORREIA, T. et al. The effects of austerity measures on quality of healthcare services: a national survey of physicians in the public and private sectors in Portugal. **Human Resources for Health**, v. 15, n. 82, p. 2-12, 2017.

COSTA, D. G. et al. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, n. e.3272, p. 1-9, 2020a.

COSTA, D. G. et al. Satisfaction attributes related to safety and quality perceived in the experience of hospitalized patients. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. e20190152, p. 1-9, 2020b.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. G. M.; ROSA, M. B. **Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Construindo um sistema de saúde mais seguro**. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2016. Disponível em: <<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/5x5i1j985c5jwcsp.pdf>>. Acesso em 25 jun. 2019.

COUTO, R. C. et al. II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil: propondo as prioridades nacionais. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)**, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<http://www.iess.org.br>>. Acesso em 20 jan. 2020.

CUNHA, J. A. C.; CORRÊA, H. L. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 5, p. 485-99, 2013.

DANELIU, J. I. et al. A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal sob gestão de uma empresa estatal de direito privado. **Saúde Debate**, v. 42, n. 121, p. 378-89, 2019.

D'AVENA, A. et al. Normalizain High – Value Care: findings of the National Quality Task Force. **Nejm Catalyst Innovations in Care Delivery**, v. s/n, n. s/n, p. 1-13, 2020.

DAVIS, K. et al. **Mirror, mirror and the wall, how the performance of the U.S health care systems compares internationally**. United States: The Commonwealth Fund, 2014. Disponível em:

<https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2014_jun_1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf>. Acesso em 10 mai. 2019.

DEL CORONA, A. R. P. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul**. 226 f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

DELNOIJ, D. M. J., WESTERT, G. P. Assessing the validity of quality indicators: keep the context in mind. **European Journal of Public Health**, v. 22, n. 4, p. 452-3, 2012.

DESVEAUX, L. et al. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: a grounded theory approach. **Int J Qual Health Care**, v. 29, n. 7, p. 941-47, 2017.

DIKKO, M. Establishing construct validity and reliability: Pilot testing of a qualitative interview for research in Takaful (Islamic Insurance). **The Qualitative Report**, v. 21, n. 3, p. 521-28, 2016.

DOBASHI, B. F. Application of the Egipss model in the regional hospitals of Mato Grosso do Sul. **Saúde Debate**, v. 40, n. 107, p. 1162-72, 2015.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem Fund Q**, v. 44, p.166-203, 1966.

_____. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definitions of Quality and approaches to it assessment. **Rev Calidad Asistencial**, v. 16, n. s/n, p. s29-s38, 1984.

_____. La Calidad de la Atención Médica. **Ann Arbor: Health Administration Press**, v. 1, n. s/n, 1980. Reprinted 2014.

_____. The epidemiology of quality. **Inquiry**, v. 22, p. 282-92, 1985.

_____. The quality of medical care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-48, 1988.

_____. Institutional and professional responsibilities in quality assurance. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 1, n. 1, p. 3-11, 1989.

_____. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, n. 11, p. 1115-18, 1990.

_____. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. **New York, Oxford University Press**, 2003.

DONABEDIAN, A., WHEELER, J. R. C.; WYSZEWLANSKI, L. Quality, cost and health: an integrative model. **Medical Care**, v. 20, n. s/n, p. 975-92, 1982.

DEVKARAN, S.; O'FARRELL, P. N. The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 137, p. 3-14, 2015.

DRUPSTEEN, J. et al. Operational antecedents of integrated patient planning in hospitals. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 36, n. 8, p. 879-900, 2016.

DUARTE, S. C. M. et al. Adverse events and safety in nursing care. **Rev. Bras. Enferm**, v. 68, n. 1, p. 144-54, 2015.

DUCKETT, S.; CUDDIHY, M. **Targeting zero Supporting the Victorian hospital system to eliminate avoidable harm and strengthen quality of care Report of the Review of Hospital Safety and Quality Assurance in Victoria**. Victorian Government, Melbourne, 2016, 309p. Disponível em: <www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/quality-safety-service/hospital-safety-and-quality-review>. Acesso em 28 mai. 2020.

DUTRA, E. de B.; GOMES, V. C. Health quality in Brazil: an overview of its performance based on the systemic approach. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 9, n. 3, p. 554-77, 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Hospitais Universitários Federais. **Diretriz Ebserh para monitoramento e avaliação em segurança do paciente**: gestão voltada para resultados efetivos e seguros. Série, diretrizes Ebserh sobre Segurança do paciente, v. 3. Ministério da Educação, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/read/62218877/diretriz-Ebserh-para-resultados-1a-edicao-2016>>.

_____. **Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh da Qualidade**. 1ª ed. Brasília, 2018.

_____. **Sobre o Complexo HC – Nossa História**. Disponível em: <<http://www2.Ebserh.gov.br/web/H2-ufpr/nossa-historia1>>. Acesso em 01 dez. 2020a.

_____. **Gerência de Ensino e Pesquisa - Apresentação e Contatos**. Disponível em: <<https://www.gov.br/Ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/H2-ufpr/ensino-e-pesquisa/gerencia-de-ensino-e-pesquisa/apresentacao-e-contatos>>. Acesso em 01 dez. 2020b.

_____. **Plano de reestruturação**: Hospital de Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral, Universidade Federal do Paraná. 1ª Edição. Brasília, 2014. Disponível em: <www2.Ebserh.gov.br/documents/15796/102826/plano_de_reestruturacao_ufpr.pdf/fda0236c-20b3-4664-8a53-2e04fae7b9d9>. Acesso em 19 jan. 2021.

_____. **Diretriz Ebserh para monitoramento e avaliação em segurança do paciente**: gestão voltada para resultados efetivos e seguros. 1ª Edição, volume 3. Brasília, 2016. Disponível em:

<<https://www.yumpu.com/pt/document/read/62218877/diretriz-Ebserh-para-resultados-1a-edicao-2016>>. Acesso em 04 fev. 2021.

_____. **Hospitais da Rede Ebserh iniciam etapa de avaliação de qualidade para melhoria dos serviços**. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/Ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/hospitais-da-rede-Ebserh-iniciam-etapa-de-avaliacao-de-qualidade-para-melhoria-dos-servicos>>. Acesso em 19 jan. 2021.

EGRY, E. Y. O lugar do qualitativo na pesquisa em Enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 33, n. e, p. I-IV, 2020.

ETINGEN, B.; MISKEVICS, S.; LAVELA, S. L. Assessing the associations of patient-reported perceptions of patient-centered care as supplemental measures of health care quality in VA. **J Gen Intern Med**, v. 31, n. sup 1, p. S10–20, 2016.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. de. Hospital management in Brazil: a review of the literature with a view to enhance administrative practices in hospitals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017.

FARMACOVIGILÂNCIA/TECNOVIGILÂNCIA, HEMOVIGILÂNCIA - Processos operacionais assistenciais dos Serviços de Urgência e Emergência (Portaria 354/2014): Implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e ações de prevenção e controle de infecções e de eventos adversos.

FARIS, N. Leadership in an Australian context: highlighting a qualitative investigation with construct validity support. **The Qualitative Report**, v. 22, n. 5, p. 1420-38, 2017.

FARR, M.; CRESSEY, P. Understanding staff perspectives of quality in practice in healthcare. **BMC health services research**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2015.

FAVARO, L.; GILL, R.; HARVEY, L. Fazendo dados da mídia: uma introdução à pesquisa qualitativa da mídia. In: BRAUN, V.; CLARKE, V.; GRAY, D. (organização de). **Coleta de dados qualitativos**: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais. Petrópolis: Vozes, 2019. p. 149-175.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS (FBH); CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNSaúde). **Cenário dos Hospitais no Brasil 2019**. Relatório da situação dos hospitais privados no Brasil. Confederação Nacional de Saúde, 2019.

_____. **Cenário dos Hospitais no Brasil 2018**. Relatório da situação dos hospitais privados no Brasil. Confederação Nacional de Saúde, 108 f., 2018.

FISCHER, C.; ANEMA, H. A.; KLAZINGA, N. S. The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. **Eur J Public Health**, v. 22, n. 4, p. 484–91, 2012.

FITZSIMONS, B.; CORNWELL, J. What can we learn from patient's perspectives on the quality and safety of hospital care? **BMJ Qual Saf.**, v. 22, n. 5, p. 671-9, 2018.

FIX, G. M. et al. Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. **Health Expect**, v. 21, n. s/n, p. 300-7, 2018.

FIXLER, T.; WRIGHT, J.G. Identification and Use of Operating Room Efficiency Indicators: the problem of definition. **Can J Surg.**, v. 56, n. 4, p. 224–26, 2013.

FOX, F. Encontros nos espaços virtuais: conduzindo grupos-foco on-line. In: BRAUN, V.; CLARKE, V.; GRAY, D. (organização de). **Coleta de dados qualitativos: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais**. Petrópolis: Vozes, 2019. p. 316-42.

FRAGATA, J.; SOUSA, P.; SANTOS, R. S. **Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras**. In: SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras. 2ª ed: Rio de Janeiro, Fiocruz, 2019. p.19-40.

FRAGKIADAKIS, G. et al. Operational and economic efficiency analysis of public hospitals in Greece. **Annals of Operations Research**, v. 247, n. 2, p. 787-806, 2016.

FREIRE, E. M. R. **Estratégias para a manutenção do nível de certificação em um hospital acreditado com excelência**. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

_____. et al. Vivências de enfermeiros no processo de avaliação da qualidade em um hospital universitário. **Revista Nursing**, v. 17, n. 219, p.1154-60, 2016.

FREITAS, S de. et al. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2014, 454-460.

FUGAÇA, N. P. A.; CUBAS, M. R.; CARVALHO, D. R. Use of balanced indicators as a management tool in nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1049-56, 2015.

FULOP, N.; ROBERT, G. **Context for successful quality improvement**. London: The Health Foundation, 2015. Disponível em: <<https://www.health.org.uk/publications/context-for-successful-quality-improvement>>. Acesso em 10 out. 2019.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). **Sistema de Indicadores**. E-book. 2014. Disponível em: <<http://www.fnq.org.br/informe-se/publicacoes/e-books>>. São Paulo, 2014. Acesso em 05 mai. 2019.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). **Modelo de Excelência da Gestão (MEG)**: guia de referência da gestão para excelência. 21 ed. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade.

FURINI, A. C. A.; NUNES, A. A.; DALLORA, M. E. L. do V. Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 40, n. spe, p. 1-9, 2019.

FUSCO, S. F. B.; SPIRI, W. C. Analysis of quality indicators of central sterile supply departments at accredited public hospitals. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 426-33, 2014.

FUSCH, P. I.; FUSCH, G. E.; NESS, L. R. How to conduct a mini-ethnographic case study: A guide for novice researchers. **The Qualitative Report**, v. 22, n. 3, p. 923-41, 2017.

GABRIEL, C. S. et al. Brazilian nurses' perspective on the impact of hospital accreditation. **Enfermería Global**, v. 17, n. 49, p. 395-407, 2018.

GAMA, Z. A. S. et al. Development and validation of indicators for best patient safety practices: the ISEP-Brazil Project. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. 1-17, 2016.

GARROUSTE-ORGEAS, M. et al. Overview of medical errors and adverse events. **Annals of Intensive Care**, v. 2, n. 2, p. 2-9, 2012.

GIBSON, L. "Digite a sua resposta": gerando dados de entrevistas por e-mail. In: BRAUN, V.; CLARKE, V.; GRAY, D. (organização de). **Coleta de dados qualitativos**: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais. Petrópolis: Vozes, 2019. p. 251-74.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIROTI, A. L. B. et al. Hospital infection control programs: assessment of process and structure indicators. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, n. e03364, p. 1-7, 2018.

GOMES, P. H. G.; MENDES JÚNIOR, W. V. Patient-centered care in health services: strategies of governments and non-governmental organizations. **Revista ACRED**, v. 7, n. 13, p. 23-43, 2017.

GONZALEZ, G. W. **Análise comparativa entre a dimensão da qualidade na gestão de hospitais universitários no Brasil e Alemanha**. 475 f. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

GOUVÊA, C. S. D. **Desenvolvimento de indicadores de segurança para o monitoramento de cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2015. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/indicadores%20de%20qualidade.pdf>>. Acesso em 25 mar. 2018.

GOUVÊA, C. S. D. **Indicadores de segurança do paciente**. In: SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras. 2ª ed: Rio de Janeiro, Fiocruz, 2019. p.110-24.

GRAF, R. R.; MALIK, A. M.; UEHARA, K. M. Planning in health organizations - an analysis of the application of planning methods in four hospitals. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 8, n. 3, p. 313-325, 2019.

GREEN, J.; THOROGOOD, N. **Qualitative methods for health research**. London: SAGE Publications, 2004.

GREPPERUD, S. Is the hospital decision to seek accreditation an effective one? **Int J Health Plann Manage**, v. 30, n. 1, p. e56-68, 2015.

GUERRINI, A. et al. Public vs. private in hospital efficiency: exploring determinants in a competitive environment. **International Journal of Public Administration**, v. s/n, n. s/n, p. 1-9, 2017.

HANNA, P.; MWALE, S. “Não estou com você, mas estou...”:entrevistas face a face virtuais. In: BRAUN, V.; CLARKE, V.; GRAY, D. (organização de). **Coleta de dados qualitativos**: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais. Petrópolis: Vozes, 2019. p. 297-315.

HAYASHI JR, P.; ABIB, G.; HOPPEN, N. Validity in Qualitative Research: A Processual Approach. **The Qualitative Report**, v. 24, n. 1, p. 98-112, 2019.

HAYASHI JR, P. et al. Processual Validity in Qualitative Research in

Healthcare. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, n. s/n, v. 58, p. 1–8, 2021.

HEALTH SERVICES ACCREDITATION (IQG). **Manual de Acreditação Candense**. Disponível em: <<http://www.iqg.com.br>>. Acesso em 17 nov. 2020.

HÉKIS, M. I. **A racionalidade weberiana presente no processo de decisão referente ao planejamento estratégico**. 186 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Universitária) – Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

HESLOP, L., LU, S. Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 70, n. 11, p. 2469–82, 2014.

HEWCO, S. J.; CUMMINGS, G. G. Performance management in healthcare: a critical analysis. **Leadership in Health Services**, v. 29, n. 1, p. 52-68, 2016.

HINCHCLIFF, R. et al. Levers for change: an investigation of how accreditation programmes can promote consumer engagement in healthcare. **Int J Qual Health Care**, v. 28, n. 5, p. 561–5, 2016.

HOLANDA, P. M. C.; RIBEIRO, J. R.; JESUS, M. C. Estudo de caso: aplicabilidade em dissertações na área de ciência da informação. **RICI: R. Ibero-amer. Ci. Inf.**, v. 13, n. 2, p. 685-703, 2020.

HOSPITAL COSTA CAVALCANTI. **O Hospital**: Institucional. Disponível em: <<http://www.hmcc.com.br/institucional.php>>. Acesso em 20 jan. 2019.

HOSPITAL SANTA CATARINA. **Sobre o HSC Blumenau**. Disponível em: <<https://www.hsc.com.br/sobre-o-hsc>>. Acesso em 22 jul. 2019.

HOVLID, E. et al. Mediators of change in healthcare organisations subject to external assessment: a systematic review with narrative synthesis. **BMJ Open**, v. 10, n. e038850, p. 1-33, 2020.

ILIFFE, S. et al. Improving palliative care in selected settings in England using quality indicators: a realist evaluation. **Bmc Palliative Care**, v. 15, n. 9, p. 1-9, 2016.

INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO (IDISA). **Contratualização com Hospitais do SUS**. Disponível em: <www.contratualizacaonosus.com/contratualizacao-com-hospitais-no-s>. Acesso em 04 dez. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Desafios do Sistema de Saúde Brasileiro. **Ministério da Economia**, Brasília, v. 2, n. s/n, 2018. Disponível em: <www.repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8468>. Acesso em 25 nov. 2019.

INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT (NIH). **The good indicators guide**: understanding how to use and choose indicators. University of Warwick Campus, 2008. Disponível em: <<http://www.inispho.org/files/TheGoodIndicatorsGuideUnderstandinghowtouseandch.pdf>>. Acesso em 25 mai. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2001, 8p.

_____. National Patient Safety Foundation. **Free from Harm**: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Boston, 2015. Disponível em: <<http://www.ihi.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>>. Acesso em 25 jun 2019.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Improvement Stories**: what is a bundle? Disponível em: <<http://www.ihi.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhatIsaBundle.aspx>>. Acesso em 20 out. 2020.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores Socioeconômicos na Gestão Pública**: conceitos, fontes de dados e aplicações. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES, UAB, 2014.

JANNUZZI, P. de M. A importância da informação estatística para as políticas sociais no Brasil: breve reflexão sobre a experiência do passado para considerar no presente. **R. bras. Est. Pop**, v. 35, n. 1, p. 1-10, 2018.

JO DELANEY, L. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. **Collegian**, v. 25, n. 1, 119-23, p. 1-5, 2017.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION (JCI). **The Measurement Mandate**: on the Road Performance Improvement in Health Care. Chicago: Joint Commission on, 1993.

_____. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 5ª. ed. Rio de Janeiro, Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, 2013.

_____. **The Joint Commission: Over a Century of Quality and Safety**. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2015.pdf>. Acesso em 09 set 2019.

_____. **Joint Comission International Accreditation Standards for Hospitals - Including standards for academic medical center hospitals**. 6ª. ed. 2017. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Standards_Only_6th_Ed_Hospital.pdf>.

_____. **Joint Comission International Accreditation Standards for Hospitals - Including standards for academic medical center hospitals**. 6ª. ed, 2017b.333p.

_____. **JCI Hospital Standarts**. Wahington, DC, 2016. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/achieve-hospitals/>>. Acesso em 14 out. 2019.

JONES, L. et al. How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England. **BMJ Qual Saf**, v. s/n, n. s/n, p. 1-9, 2017.

KALINKE, L. P. (org.). et al. **Metodologia em pesquisa em saúde**. 4ª ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2019. 255p.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Organização orientada para a estratégia: como as empresas que adotam o balanced scorecard prosperam no novo ambiente de negócios**. 4 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

_____. **Mapas Estratégicos – Balanced Scorecard: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2018. Tradução de Strategy maps.

KATZ, D.; KAHN, R. L. **Psicologia social das organizações**. 2ª. ed. São Paulo:Atlas, 1975.

KAWAGOE, J. Y.; GONÇALVES, P. **Prevenção e controle de infecção para Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada a prática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

KOHN, L. T., CORRIGAN, J. M., DONALDSON, M. S. To Err is Human: Building a Safer Health System. **National Academy Press**, v. 6, n. s/n, p. 1-88, 2000.

KOK, J.; LEISTIKOW, I.; BAL, R. Pedagogy of regulation: strategies and instruments to supervise learning from adverse events. **Regulation & Governance**, v. 13, n. s/n, p. 470–87, 2019.

KRINGOS, D. S. et al. The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: a review of systematic reviews. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 277, p. 01-13, 2015.

KRISTENSEN, S.; MAINZ, J.; BARTELS, P. **Establishing a set of patient safety indicators: safety improvement for patients in Europe**. European Society for Quality in Healthcare, Dinamarca, 2007. Disponível em: <http://www.zdravstvo-kvaliteta.org/attachments/article/18/Patient_safety_indicator_development.pdf>. Acesso em 27 mai 2019.

KRONICK, R.; ARNOLD, S.; BRADY, J. Improving Safety for Hospitalized Patients: Much Progress but Many Challenges Remain. **JAMA**, v. 316, n. 5, p. 489–90, 2016.

KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. **Focus groups: A practical guide for applied research**. Sage publications, 2014.

KURCGANT, P. et al. Absenteeism of nursing staff: decisions and actions of nurse managers. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. esp2, p. 35-41, 2015.

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. **Cultura e poder nas organizações de saúde**. In: KURCGANT, P. (org.). Gerenciamento em enfermagem. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1-12.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Unidade 1 - Sistemas de saúde e organização de serviços. 3ª. ed. Rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: UAB, 2014. 176p.

KRUK, M. E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. **Lancet Glob Health**, v. 11, n. 6, p. 1196–252, 2018.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LABADESSA, E. et al. Good hospital governance: planned adjustments for results in improving public care for patients. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. 1-20, 2019.

LARSON, E. et al. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. **Bull World Health Organ**, v. 97, n. 8, p. 563–69, 2019.

LAVEGNE, M. R. What, If Anything, Does Amenable Mortality Tell Us about Regional Health System Performance? **Healthc Policy**, v. 8, n. 3, p. 79-80, 2013.

LELIS, L. S.; AMARAL, M. S.; OLIVEIRA, F. M. Prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico: uma prática da enfermagem. **Revista Científica FacMais**, v. 11, n. 4, 2017.

LIANG, L. et al. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. **BMJ Open**, v. 8, n. e018263, p. 1-8, 2018.

LIN, W.; STEAD, B. The Business value of information technology and inputs substitution: the productivity paradox. Revised. **Decision Support Systems**, v. 42, n. 2, p. 493-507, 2009.

LIRA, C. A. et al. Corporate governance in the private hospital: a case study on the impact on hospital performance. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 6, n. 3, p. 229-44, 2017.

LIRA, G. V.; NOGUEIRA, D. L. Theory and Method of an valuation Model for Brazilian Teaching Hospitals. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n.1, p. 1-10, 2016.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. The art of improvisation: the working process of administrators at a Federal University Hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3051-62, 2015.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BÃO, A. C. P. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 2, p. 121-27, 2014.

MACEDO, R. S. de.; BOHOMOL, E. Validation of self-assessment instrument for the Patient Safety Center. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. supl.1, p. 259-65, 2019.

MACHADO, J. P. et al. Quality assessment of hospital care in Brazil: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1063-82, 2013.

MAHAJAN, A. et al. A hospital is not just a factory, but a complex adaptive system - implications for perioperative care. **Anesthesia & Analgesia**, v. 125, n. 1, p. 333-41, 2017.

MAIA, C. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018.

MAKARY, M. A. et al. Patient safety in surgery. **Annals of Surgery**, v. 243, n. 5, p. 628–32, 2006.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error-the third leading cause of death in the US. **BMJ** (Clinical research ed.), v. 353, n. i2139, p. 1-10, 2016.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade e acreditação**. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pt. 4, cap. 27, p. 353-357.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2021.

MARIANO, C. M. Constitucional Amendment 95/2016 and the public spending ceiling: Brazil back to the state of economic exception and disaster capitalism. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 258-81, 2019.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em Enfermagem teoria e prática** (8ª ed.). Tradução: GARCEZ, R. M.; MENEZES, R. S. de. Porto Alegre: Artmed, 2015. 653 p.

MARKOVIĆ-PETROVIĆ, G.; VUKOVIĆ, M.; JOVIĆ-VRANEŠ, A. The impact of accreditation on health care quality in hospitals. **Vojnosanitetskipregled**, v. 75, n. 8, p. 803-08, 2018.

MARTEN, R. et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). **Lancet**, v. 384, n. s/n, p. 2164-71, 2014.

MARTIN, N. et al. Developing an emergency department crowding dashboard: A design science approach. **Int. Emerg Nurs**, v. 39, s/n, p. 68–76, 2018.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MASSOCO, E. C.P.; MELLEIRO, M.M. Communication and patient safety: perception of the nursing staff of a teaching hospital. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 02, p. 192-95, 2015.

METCALFE, D. et al. Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 9a ed., n. CD004538, 2018.

MIGOWSKI, S. A. et al. A influência da integração nos processos de organizações de saúde. **Perspectiva Econômica**, v. 13, n. 3, p. 169-191, 2017.

MELLEIRO, M. M. Pressure ulcers prevalence indicators and patient falls incidence in teaching hospitals in the city of São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. esp2, p. 55-9, 2015.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. Interview: the chronic conditions approach by the Unified Health System. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431-5, 2018.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int Qual in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-84, 2009.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. **A análise de conteúdo como uma metodologia**. Cadernos de Pesquisa, v. 47, n. 165, p. 1044-66, 2017.

MENEZES, P. I. F. B.; D'INNOCENZO, M. Difficulties experienced by nurses in the use of process indicators. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 4, p. 571-7, 2013.

METH, P. “Desabafando”: o método do diário solicitado. In: BRAUN, V.; CLARKE, V.; GRAY, D. (organização de). **Coleta de dados qualitativos**: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais. Petrópolis: Vozes, 2019. p. 124-46.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. **Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia**: Pesquisa Qualitativa em Ação. Aveiro: Ludomedia; 2019.

MOITA, G. G.; RAPOSO, V. M.R.; BARBOSA, A. C. Q. Validação colaborativa de macrodimensões e indicadores-chave para avaliação de performance de serviço de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 5, p. 232-47, 2019.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. de. **Teoria Geral da Administração**. 3ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

MUNARETTO, L. F.; CORRÊA, H. L. Indicadores de Desempenho Organizacional:

Uso e Finalidades nas Cooperativas de Eletrificação do Brasil. **Revista Contabilidade Vista e Revista**, v. 27, n. 1, 2016.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION (NPSF). **Free from harm**: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Boston: National Patient Safety Foundation, 2015. 59p.

NORONHA, J. C. de.; COSTA JUNIOR, H.; SOUSA, P. Acreditação e Segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras**. 2ª ed: Rio de Janeiro, Fiocruz, 2019. p.57-76.

NOVAES, M. A. Construction and implementation of a human resources indicators study group: a benchmarking experience in health. **Rev. Adm. Saúde**, v.17, n. 67, p. s/p, 2017.

NUNES, P. M. **Proposta de um sistema de indicadores para monitoramento do sistema produtivo dos hospitais do estado de Santa Catarina**. 200 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

NVIVO. Versão Nvivo Release 1.3 (535). **Sobre o NVivo**. [Software][Internet]. 2021 [Available from: < <https://help-nv.qsrinternational.com/20/mac/Content/about-nvivo/about-nvivo.htm>>]. Acesso em 04 out. 2021.

O'HARA, J. K. et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. **BMJ Qual Saf.**, v. 27, n. s/n, p. 673-82, 2018.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Disqualification of certification by hospital accreditation: perceptions of professional staff. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2014.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.1, p.122-9, 2014.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Qualidade do cuidado: concepções de graduandos de enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 29-35, 2015.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 63-9, 2016.

OLIVEIRA, J. L. C. Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. e2851, p. 01-8, 2017.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Management changes resulting from hospital accreditation. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 25, n. e2851, p. 1-8, 2017.

OLIVEIRA, N. K. R.; MENDES, A. C. B. The importance of results management in improving institutional performance: a study on Hospital das Clínicas at UFMG. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1-14, 2019.

OLIVEIRA, G. S. et al. Grupo Focal: uma técnica de coleta de dados numa investigação qualitativa? **Cadernos da Fucamp**, v. 19, n. 41, p. 1-13, 2020.

ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OECD). **Improving value in health care: measuring quality**. Paris: forum on quality of care, 2010. Disponível em: <<https://www.oecd.org/health/ministerial/46098506.pdf>>. Acesso em 24 abr. 2018.

_____. **Tapering payments in hospitals: experiences in OECD countries**. Paris: OECD health working papers, n. 78, 2015. Disponível em: <<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5js4h5rlkxxr-n.pdf?expires=1523886616&id=id&accname=guest&checksum=D4FED249EE709BFBED5D784AFE83AEC3>>. Acesso em 16 abr. 2018.

_____. **Understanding variations in hospital length of stay and cost: results of a pilot project**. Paris: OECD health working papers, n. 94, 2017a. Disponível em <<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3a5ce9-en.pdf?expires=1523884193&id=id&accname=guest&checksum=23C57465F3EB09AE58FFFBD08CAE367C>>. Acesso em 16 abr. 2018.

_____. **Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality**. Paris: OECD health working papers, 2017b. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/caring-for-quality-in-health-9789264267787-en.htm>>. Acesso em 13 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2014.

_____. **Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2018.

_____. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Inicial>>. Acesso em 17 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (PAHO); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). Health Indicators: conceptual and operational considerations. **OMS**, Washington, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49056/09789275120057_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Acesso em 01 ago. 2021.

OLSON, J. D. et al. Applying constant comparative method with multiple investigators and inter-coder reliability. **The Qualitative Report**, v. 21, n. 1, 26-42, 2016.

ØVRETVEIT, J. Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. **BMJ quality & safety**, v. 20, n.suppl 1, p. 18-23, 2011.

PACHE, A. C.; SANTOS, F. When worlds collide: the internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands. **Acad Manag Rev**, v. 35, n. 3, p. 455–76, 2010.

PAIM, P. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 37-70, 2011. Publicado *Online*, 9 de maio de 2011. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf>. Acesso em 10 mai. 2018.

PAIM, J. S. Thirty years of the Unified Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-28, 2018.

PALADINI, E. P. **Gestão Estratégica da qualidade**: princípios, métodos e processos. 2ª ed. São Paulo: Atlas S. A., 2009.

PALADINI, E. P. **Gestão da Qualidade**. Ed. do Kindle. São Paulo: Atlas S. A., 2019.

PARIS, C. R. et al. Knowledge on health indicators by nurses in hospitalization unities. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 70, p. 1-14, 2018.

PAVÃO, A. L. Aspectos Socioeconômicos, de Estrutura e de Desempenho dos Serviços de Saúde das 17 Regiões de Saúde do Projeto Região e Redes. **Novos Caminhos**, n. 7. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em <http://www.resbr.net.br/wpcontent/uploads/2015/12/NovosCaminhos7.pdf>.

PENA, M. M.; SILVA, M. S. da.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1235-40, 2013.

PEREIRA, J. M. S. J. **Definição e validação de um painel de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem: estudo no contexto de uma unidade de cuidados paliativos de um hospital do grande Porto**. 280 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2021.

PESSOA, M.G.A *et al.* Rede Hospitalar Pública no Rio Grande do Norte: um estudo sobre a utilização dos leitos hospitalares por Região de Saúde. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. 4, p. 315-26, 2012.

PESTANA, M.; PEREIRA, R.; MORO, S. Improving Health Care Management in Hospitals Through a Productivity Dashboard. **Journal of Medical Systems**, v. 44, n. 87, p. 1-19, 2020.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH). Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS**. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf>. Acesso em 03 nov. 2020.

PINTO, V. R. S.; FERREIRA, S. C. M. Indicators for the assessment of the quality of nursing care: a descriptive-exploratory study. **Braz j nurs**, v. 16, n. 1, p. 140-51, 2017.

PORTELA, M. C. et al. How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. **BMJ**, v. 24, n. 5, p. 325-36, 2015.

PRATES, C. G. et al. Patient safety nucleus: the pathway in a general hospital. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 40, n. esp, p. 1-5, 2019.

PRATES, C. G, STADŇIK, C. M. **Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Controle de Infecções Hospitalares**. 1ª ed. Porto Alegre: Editora Moirá, 2017.

PRIJATELJ, V.; RAJKOVIC, V.; SUSTERSIC, O. A Model for Risk Assessment in Health Care. **Stud Health Technol Inform.**, v. 225, n. s/n., p. 868-69, 2016.

PROJETO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE (PROADESS). **Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde**. Disponível em: <www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=matp>. Acesso em 15 jan. 2020.

PROGRAMA COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). **Caderno de indicadores**. 3ª ed. São Paulo: Van Moorsel, 2009.

PUSTIGLIONE, M. et al. Acidentes de trabalho em serviços de saúde: conceito, categorização e indicadores para gestão da segurança e da saúde do trabalhador. **RAS**, v. 16, n. 62, p. 23-32, 2014.

QIN, Y. et al. The Effect of Nursing Participation in the Design of a Critical Care Information System: A Case Study in a Chinese Hospital. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 17, n. 1, p. 165, 2017.

QUITES, H. F de O. Barreiras do uso da Informação em Saúde na tomada de decisão municipal: uma Revisão de Literatura. **Rev Eletronica Gestão Saúde**, v. 7, n. supl. 1, p. 1011-22, 2016.

RADBRON, E. W. V.; MCCANCE, T. The use of data collected from Health apps to inform evidence-based quality improvement: an integrative review. **Worldviews Evid-Based Nurs**, v. 16, n. s/n., p. 70-7, 2019.

RAFFA, C. **Análise das variáveis do ambiente interno para o gerenciamento de leitos em organizações hospitalares privadas**. 170 f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2017.

RAHIMI, H., et al. Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model. **J. Heal. Manag. Informatics**, v. 4, n. 1, p. 17–24, 2016. [add ale].

RAMOS, W.A; MIYAKE, I. D. Desenvolvendo Indicadores de Produtividade e Qualidade em Hospitais: uma proposta de método. **Produto e Produção**, v. 11, n. 2, p. 87-64, 2010.

RAMADAN, M. A.; BORGONIVI, E. Performance measurement and management in nongovernmental organizations. **IOSR Journal of Business and Management**, v. 17, n. 2, p. 1-18, 2015.

RAMOS, D. S. et al. Performance indicators adopted by nursing services in teaching hospitals. **J Nurs UFPE**, v. 8, n. 8, p. 2762-9, 2014.

RAMOS, F. M. et al. Relationship between quality and financial indicators: a study in a hospital network of the third sector of South Brazil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 26, n. 4, p. 453-61, 2018.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 768-70, 2000.

doi: 10.1136/bmj.320.7237.768

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. Patient safety as a dimension of the quality of health care: a look at the literature. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 18, n. 7, p. 2029-36, 2013.

REIS, G. A. X. et al. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. **Texto Contexto Enferm.**, v. 67, n. 5, p. 692-9, 2017.

REIS, C. et al. Saúde. In: PUGA, F. P. et al. **Visão 2035: Brasil, país desenvolvido, agendas setoriais para alcance da meta**. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2018, p. 289-312.

RIBAS, J. B. et al. Patient safety indicators: collection instrument for nursing management. **R. Saúde Públ. Paraná**, v. 2, n. 1, p. 21-30, 2019.

ROBERT, G. B. et al. A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the QUASER study protocol. **BMC Health Serv Res**, v. 11, n. 285, p. 1-9, 2011.

ROBBINS, S. P.; JUDGE, T. A. **Comportamento Organizacional**. Tradução Cristina Yamagami. 18ª ed. São Paulo: Pearson Education, 2020, p. 581.

ROCHA, D. J. M. da. **Gerenciamento de riscos em hospital**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

ROCHA, S. P. B. et al. Indicators for multidimensional sustainability assessment of the hospital sector providing public services. **Journal of Environmental Analysis and Progress**, v. 5, n. 1, p. 17-30, 2020.

RODRIGUES, J. L. S.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda for patient-centered care research in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4263-73, 2019.

ROSSANEIS, M. A. et al. Health care quality indicators: the opinion of nursing managers of teaching hospitals. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 798-804, 2015.

ROTHBARTH, S. **Gestão da qualidade**: um processo de acreditação hospitalar. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

RUA, M. das G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC. Brasília: UAB, 2014.

RUIZ-TORRES, A. J. et al. Revisión de la literatura sobre gestión de la calidad: caso de las revistas publicadas en Hispanoamérica y España. **Estudios Gerenciales**, v. 31, n. 136, p. 319-34, 2015.

SADEH, E. Interrelationships among quality enablers, service quality, patients's satisfaction and loyalty in hospitals. **The TQM Journal**, v. 29, n. 1, p. 101-17, 2017.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Online data collection strategies used in qualitative research of the health field: a scoping review. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41, n. e201902972020; p. 1-13, 2020.

SANTANA, M. J. et al. Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators. **BMJ Open**, v. 9, n. e023596, p. 1-10, 2019.

SANT'ANA, C. F.; SILVA, M. Z.; PADILHA, D. F. Efficiency evaluation financial hospitals using the data envelopment analysis. **Contabilometria**, v. 3, n. 1, p. 89-106, 2016.

SANTOS, T. O.; PEREIRA, L. P.; SILVEIRA, D. T. Implementation of health information systems: a systematic review. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 11, n. 3, p. 1-11, 2017.

SANTOS, W.S.; FIATES, G. G. S.; ROCHA, R. A. Quality of hospital services under the perspective of accreditation. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 16, n. 1, p. 82-97, 2019.

SANTOS, A. et al. **Aplicações em redes de sensores na área da saúde e gerenciamento de dados médicos**: tecnologias em ascensão. In: Minicursos SBCAS 2020. SBC; 2020. p. 137–86. Disponível em:<<https://sol.sbc.org.br/livros/index.php/sbc/catalog/view/47/213/434-1>>.

SANTOS, K. S. et al. The use of multiple triangulations as a validation strategy in a qualitative study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 655-64, 2020.

SAQUETTO, T. C. et al. Technical efficiency and innovativeness: some evidence from Brazilian private hospitals. **Sistemas & Gestão**, v. 12, n. 4, p. 410-21, 2017.

SARTOR, G. D.; SILVA, B. F.; MASIERO, A. V. Patient safety in large-sized hospitals: panorama and challenges. *Cogitare Enferm*, v. 21, n. 5, p. 1-8, 2016.

SAUT, A. M.; BERSANETTI, F. T.; MORENO, M. C. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian health care organizations: a quantitative study. **Int J Qual Health Care**, v. 29, n. 5, p. 713-21, 2017.

SCARPETTA, S. J. M. B. **Indicadores como ferramenta da gestão da qualidade da assistência à saúde em um hospital especializado brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Internacional Três Fronteiras, Ciudad Del Este, 2011.

SCHIESARI, L. M. C. External evaluation of hospital organizations in Brazil: could things be done differently? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4229-34, 2014.

SCHWENDIMANN, R. et al. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 521, p. 1-13, 2018.

SEIFFERT, L. S. **Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais**. Projeto de Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

_____. **Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais**. 386 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.

SEIFFERT, L. S. et al. Indicators of effectiveness of nursing care in the dimension of patient safety. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 3, p. 1-8, 2020.

SEIFFERT, L. S. et al. Validation of hospital effectiveness indicators in the patient-centered care dimension. **Revista Referência**, v. 5, n. 2, p. 1-7, 2020.

SHAW, C. D. et al. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. S1, p. 100–7, 2015.

SHAW, C. et al. **External institutional strategies: accreditation, certification, supervision**. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al, eds. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, 2019.

SILVA, L. A. G. P.; MERCÊS, N. N. A. Multiple case study applied in nursing research: a case report. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1194-7, 2018.

SILVA, R. O. da. **Teorias da Administração**. 3ª. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.

SILVA, M. Z. da.; DANI, A. C.; SANTOS, C. A. dos. A Relação da Acreditação com o Isomorfismo Institucional e com os Artefatos de Contabilidade Gerencial nos Hospitais da Região Sul do Brasil. **Desenvolvimento em Questão**, v. 16, n. 44, p. 1-25, 2018.

SILVA, A. C. A. B., ROSA, D. O. S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp., p. 1-10, 2016.

SILVA, L. G. C. **Adaptação transcultural e validação da SERVQUAL para profissionais de enfermagem que atuam em serviços hospitalares**. 198 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SILVA, H. C. Influência da ouvidoria como ferramenta estratégica. **Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman**, v. s/n, n. 3, p. 79-91, 2020.

SILVA, G. M. Um olhar sobre a entrevista limitações e potencialidades em pleno contexto pandêmico. In: MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. (organização de). **Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde**. Brasília: ECoS, 2021. p. 164-171.

SILVA, A. G.; OLIVEIRA, A. C. Impact of the bundles implementation of the implementation on the reduction of bloodstream infection: an integrative review. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 1, p. 1-13, 2018.

SILVA, J. P. T. Analysis of the efficiency of regional hospitals in a Northeastern Brazilian state. **Saúde debate**, v. 43, n. 120, p. 84-97, 2019.

SILVEIRA, T. V. L. et al. The importance of using quality indicators in nursing care. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. 2, p. 82-8, 2015.

SIMAN, A. G. et al. Management strategies for hospital accreditation. **Rev Min Enferm**, v. 19, n. 4, p. 815-22, 2015.

SIMAN, A. G. et al. Practice challenges in patient safety. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 6, p. 1581-8, 2019.

SITTIG, D. F. et al. Current challenges in health information technology–related patient safety. **Health Informatics Journal**, v. 26, n. 1, p. 181-89, 2020.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KKAZINGA, N. **The economics of patient safety: strengthening a value-base approach to reducing patient harm at national level**, OECD, 2017. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en>. Acesso em 21 jan. 2020.

SMITHSON, R.; RICHARDSON, E.; ROBERTS, J. **Impact of the care quality Commission on provider performance: room for improvement?** London: The King's Fund, 2018. Disponível em: <<https://www.kingsfund.org.uk/publications/impact-cqc-provider-performance>>. Acesso em 20 abr. 2021.

SMITS, H.; SUPACHUTIKUL, A.; MATE, K. S. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. **Global Health**, v. 65, n. 10, p. 1-8, 2014.

SOBRINHO, F. M. et al. Performance in the process of accreditation of public hospitals in Minas Gerais/ Brazil: influences on the quality of care. **Enfermería Global**, v. 14, n. 1, p. 286-97, 2015.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019, 268p.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H.; KEHRIG, R. T. Data Envelopment Analysis application to evaluate the efficiency of SUS's hospitals in the state of Mato Grosso, Brazil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n.1, p. 289-308, 2016.

SOUZA, P. C. et al. Selection of variables inputs and outputs in data wrapping analysis applied to hospitals. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 69, p. 1-19, 2017.

SOUZA, M. C.; TOMAZELLI, R.; VASCONCELOS, C. R. M. Prontuário Eletrônico: um Determinante no Gerenciamento de Cliente/Paciente em um Sistema de Informação Hospitalar. **Rev Espacios**, v. 37, n. 4, p. s/p., 2016.

SOUZA, V. R.; MARZIALE, M. H.; SILVA, G. T.; NASCIMENTO, P. L. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta Paul Enferm.**, v. 34, n. eAPE02631, p. 1-9, 2021.

SULIBURK, J. W. et al. Analysis of human performance deficiencies associated with surgical adverse events. **JAMA Network Open**, v. 2, n. 7, p. 1-12, 2019.

TERRY, G.; BRAUN, V. “Breve, porém doce”: o surpreendente potencial dos métodos de levantamento qualitativo. In: BRAUN, V.; CLARKE, V.; GRAY, D.

(organização de). **Coleta de dados qualitativos**: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais. Petrópolis: Vozes, 2019. p. 40-71.

TOMAZONI, A. et al. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. e. 64996, p. 1-8, 2017.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–57, 2007.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2018. 685p.

THE HEALTH FOUNDATION. Person-centred care made simple: **What everyone should know about person-centred care**. London, p. 1-20, 2016. Disponível em: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple_0.pdf>. Acesso em 06 jun. 2019.

TYNKKYNNEN, L. K.; VRANGBAEK, K. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. **BMC Services Research**, v. 18, n. 141, p. 2-14, 2018.

TUNÇALP, Ö. et al. Quality of care for pregnant women and newborns - the WHO vision. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 122, n. 8, p. 1045-9, 2015.

VAINIERI, M. et al. How to set challenging goals and conduct fair evaluation in regional public health systems. Insights from Valencia and Tuscany Regions. **Health Policy**, v. 120, n. 11, p. 1270–8, 2016.

VAIRÃO JUNIOR, N.; ALVES, F. J. dos. S. The Constitucional Amendment 95 and it's effects. **Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ**, v. 22, n. 2, s/p., 2017.

VAN DISHOECK, A. M. Performance indicators: the association between the quality of preventive care and the prevalence of hospital-acquired skin lesions in adult hospital patients. **J Adv Nurs**, v. 72, n. 11, p. 2818-30, 2016.

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Evaluating problem-solving and effectiveness of primary health care: integrative literature review. **SANARE**, v. 17, n. 1, p. 65-73, 2018.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

VEILLARD, J.; CHAMPAGNE, F.; KLAZINGA, N. et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 17, n. 6, p. 487-96, 2005.

VEILLARD, J. H. M. General discussion. In: VEILLARD, J. H. M. **Performance management in health systems and services studies on its development and**

use at international, national/jurisdictional, and hospital levels. Ontario: Canada, cap. 8, p. 123-50, 2012.

VEILLARD, J., TIPPER, B., ALLIN, S. Health system performance reporting in Canada: Bridging theory and practice at pan-Canadian level. **Canadian Public Administration**, v. 58, n. 1, p. 15-38, 2015.

VENTURA, P. V. E. V.; SILVA, D. M. da.; ALVES, M. Organizational culture in nursing work: influences in adherence to quality and safety practices. **REME**, v. 24, n. e1330, 2020.

VIACAVA, F. et al. Evaluation of performance of health systems: a model for analysis. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 921-34, 2012.

VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C. R.; LEZANA, A. G. R. How do hospital managers use performance indicators? **Rev. adm. empres.**, v. 54, n. 5, p. 496-509, 2014.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Reliability of indicators of nursing care quality: testing interexaminer agreement and reliability. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 234-40, 2014.

_____. Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 945-52, 2015.

VRIES, J.; HUIJSMAN, R. Supply chain management in health services: an overview. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 16, n. 3, p. 159-165, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Tradução Crithian Matheus Herrera. 5ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YOU, L. et al. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. **Int J Nurs Stud**, v. 50, n. 2, p. 154-61, 2013.

ZANATTA, J. M.; SAUSEN, J. O.; HALBERSTADT, I. A. Strategic management and organizational alignment: case study in Rio Grande do Sul health philanthropical institutions. **Revista Brasileira de Administração Científica**, v. 10, n. 4, p. 50-72, 2019.

WADONGO, B.; ABDEL-KADER, M. Contingency theory, performance management and organizational effectiveness in the third sector: a theoretical framework. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 63, n. 6, p. 680-703, 2014.

WELLS, R. H. C.; BAY-NIELSEN, H.; BRAUN, R.; et al. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. [S.l.: s.n.], 2011.

WOLFF, L. D. G. **Um modelo para avaliar o impacto do ambiente operacional na produtividade de hospitais brasileiros.** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. Geneva, 2005. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>>. Acesso em 28 mai. 2019.

_____. **Quality of care**: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: 2006. Disponível em: <http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf>. Acesso em 20 set. 2018.

_____. **The hospital**. Geneva: s/a. Disponível em: <<http://www.who.int/hospitals/en/>>. Acesso em 25 jun. 18.

_____. **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy**: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Geneva: 2009. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf?ua=1>. Acesso em 03 nov. 2020.

_____. Patient Safety. **Global Patient safety action plan 2021-2030**: Towards zero patient harm in health care. Geneva: 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4>. Acesso em 03 nov. 2020.

_____. Regional Office for Europe. **Patient safety. Data & Statistics**. Geneva: 2011. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>>. Acesso em 20 jan. 2020.

_____. **Curso Internacional de Qualidade em Segurança do Paciente** – abertura. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa: 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MoL3fZ4CAwo&list=PLjxv_Q_71tpYJiapSuilReKmUGrdcO2oa&index=1>. Acesso em 18 ago. 2018.

_____. **10 facts on patient safety**. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/patient_safaty/en/>. Acesso em 20 jan. 2020.

_____. **From innovation to implementation eHealth in the WHO European Region**. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/ehealth>>. Acesso em 01 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); THE WORLD BANK. **Delivering quality health services**: a global imperative for universal health coverage. Geneva: 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/servicedeliverysafety/quality-report/publication/en/>>. Acesso em 08 out. 2019

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, professora Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, pesquisadora responsável, e doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Alexandra Lunardon Silvestre, convidamos o(a) Senhor(a), profissional capaz de responder sobre características do ambiente interno e externo operacional do hospital em que trabalha, bem como sobre indicadores de efetividade assistencial nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente monitorados na instituição, a participar de uma pesquisa intitulada “Fatores ambientais intervenientes no monitoramento de indicadores de efetividade em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente”.

É por meio das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Gestão em Saúde, e a sua participação é de fundamental importância para melhorias da segurança do paciente e na qualidade assistencial em hospitais brasileiros.

a) O objetivo desta pesquisa é explicitar fatores do ambiente interno e externo operacional que influenciam no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospitais.

b) Caso o(a) senhor(a) participe da pesquisa, será realizada uma entrevista, de aproximadamente uma (01) hora de duração.

c) A entrevista ocorrerá nas dependências da instituição hospitalar em que você trabalha, em local, data e horário de sua escolha. A entrevista será realizada pela pesquisadora, gravada e posteriormente transcrita para a realização da análise dos dados. Ressalta-se que seu nome, cargos ou posição nos hospitais não serão identificados.

d) É possível que o(a) senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado a certo constrangimento ao responder às perguntas da entrevista. Para amenizá-lo, afirmamos que a sua identidade e a confidencialidade das informações serão preservadas. O seu nome e o nome do hospital serão codificados, e será dado ao(a) Senhor(a) a opção de desistência de sua participação a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser algum desconforto relacionado a entrevista. Ressalta-se que o sr(a) não será identificado, nem o hospital em que trabalha. Serão atribuídos códigos para os nomes, não acarretando em malefícios e prejuízos monetários e morais.

f) Os benefícios esperados a com o desenvolvimento dessa pesquisa são que os resultados possibilitarão a melhor compreensão de fatores dos ambientes interno e externo operacional que contribuem para a elegibilidade e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar. Além de beneficiar a gestão de hospitais, e os próprios pacientes receptores dos cuidados de saúde, resultados deste estudo poderão ser utilizados pelos órgãos de saúde governamentais e agências privadas (operadoras, organizações acreditadoras, associações hospitalares) visando ao planejamento, avaliação e monitoramento da qualidade da assistência hospitalar.

Participante da pesquisa _____

Pesquisador que aplicou o TCLE _____

g) As pesquisadoras Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff e Alexandra Lunardon Silvestre comprometem-se também a prestar qualquer tipo de explicação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início, e durante seu desenvolvimento, por meio dos seguintes telefones e endereços eletrônicos: Lillian Daisy Gonçalves Wolff: telefones - (041)992581712, (41)33601800, e-mail: ldgwolff@gmail.com; Alexandra Lunardon Silvestre: telefones - (041)996383990, (41)33982699, e-mail: alexandra_lunardon@yahoo.com.br. O endereço para a correspondência com ambas as pesquisadoras é: Campus Botânico da UFPR, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Bloco Didático II do Setor de Ciências da Saúde, 3º andar, Av. Prefeito Lothário Meissner, 632, CEP 80210-170, Jardim Botânico, Curitiba, PR, Brasil. As pesquisadoras estarão disponíveis para qualquer esclarecimento pelos telefones citados, nos horários: 08h-12h e das 14h-17h.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas a esta pesquisa poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, ou seja, as pesquisadoras dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff e Alexandra Lunardon Silvestre. No entanto, quando as informações forem divulgadas em relatório ou publicações científicas, isto ocorrerá sob forma codificada, para que a sua identidade, bem como a do hospital, sejam preservadas e mantidas a confidencialidade.

j) O material obtido (gravações das entrevistas e documentos disponibilizados pelos participantes da pesquisa) será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído/descartado dentro de cinco (5) anos, após o término da pesquisa.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá o seu nome, e sim um código.

m) Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o(a) senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (041)3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____/____/____

Participante da pesquisa

Pesquisadora que aplicou o TCLE

☐ Unidade de Terapia Intensiva ☐ Unidades especializadas
Qual o tempo de atuação profissional: ☐ Igual ou menor que 5 anos ☐ Entre 6 e 10 anos ☐ Entre 11 e 15 anos ☐ Entre 16 e 20 anos ☐ Entre 21 e 25 anos ☐ Entre 26 e 30 anos ☐ Mais que 31 anos
Qual o tempo de experiência com indicadores de efetividade hospitalar/indicadores de qualidade hospitalar? ☐ Igual ou menor que 5 anos ☐ Entre 6 e 10 anos ☐ Entre 11 e 15 anos ☐ Entre 16 e 20 anos ☐ Entre 21 e 25 anos ☐ Entre 26 e 30 anos ☐ Mais que 31 anos

PARTE 2 - CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR (INTERNO E EXTERNO OPERACIONAL)

CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE INTERNO HOSPITALAR

1 Natureza

- ☐ Público ☐ Privado ☐ Privado filantrópico
☐ Outro: _____

- O hospital pertence a alguma rede de assistência? Explique.

2 Porte (quanto à capacidade de lotação- leitos ativos)

- ☐ Pequeno – até 50 leitos ☐ Médio – 51 a 150 leitos
☐ Grande – 151 a 500 leitos ☐ Especial/Capacidade extra – acima de 500 leitos (MS, 2002)
 Número de leitos de UTI: _____

3 Nível de Competência

- ☐ Geral (especialidades básicas) e uma ou mais outras especialidades. Quais?

- ☐ Especializado. Qual(is)? _____

4 Hospital de ensino?

- ☐ Sim.
 Data da concessão pelo MEC? _____
☐ Recebe alunos universitários? De que área? _____
☐ Recebe alunos de nível médio? _____
☐ Outros? _____

Programas de Residência?

- ☐ Médica. Quais especialidades? _____
☐ Multiprofissional. Quais categorias profissionais? _____
 Existe treinamento de estudantes voltados à segurança do paciente e prevenção de IRAS - evidências
☐ Não

5 Localização

- ☐ Local. Qual cidade? _____
☐ Regional. Qual região? _____
☐ de Referência? Para qual(is) especialidade(s)? _____

6 O Hospital possui?

- ☐ Pronto Atendimento 24 horas
☐ Unidade de Terapia Intensiva. Quais? _____
☐ Outras Unidades especializadas. Quais? _____
☐ Agência Transfusional/Banco de Sangue
☐ Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
☐ Núcleo de Segurança do Paciente
☐ Setor de Gestão da Qualidade
☐ Setor de Gerenciamento de Risco
☐ Ouvidoria/Serviço de Atendimento ao cliente
☐ Comitês de Mortalidade/ Comissão de Óbito
☐ Comissão de Mortalidade Materna
☐ Comissão de Mortalidade Neonatal
☐ Comissão de Revisão de Prontuários
☐ Comissão de Ética
☐ Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
☐ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

() Comitê de Mortalidade Infantil
 () Comitê Transfusional
 () Outros Comitês/Serviços? Quais _____

7 Quais especialidades atende?

() Clínica geral
 () Ginecologia e obstetrícia
 () Neurologia
 () Cardiologia
 () Pneumologia
 () Infectologia
 () Transplantes
 () Ortopedia e traumatologia
 () Cirurgia geral
 () Oncologia
 () Pediatria
 () Neonatologia
 () Terapia intensiva
 () Transplantes? Quais? _____
 () Outras? _____

8 Alguns indicadores do hospital

Número de atendimentos/consultas/dia ou mês ou ano? _____
 Número de cirurgias/dia? _____
 Número de pacientes/dia? _____
 Número de internações? _____
 Média de permanência? _____
 Taxa de ocupação? _____

9 Utiliza sistema(s) de informação?

() Sim. Qual(is) sistema(s) de informação utiliza? _____

Quais os módulos?

- () Prontuário eletrônico completo
- () Prontuário eletrônico incompleto? Por que? _____
- () Farmácia
- () Almoxarifado
- () Compras
- () Exames diagnósticos
- () Gestão
- () Monitoramento de Indicadores
- () Outros _____

() Não

10 Programas de desenvolvimento de pessoas

() Como ocorre a capacitação das pessoas/ Atividades de educação em serviço

Programa de educação permanente? Características? Multiprofissional?

() Treinamentos? _____

() Licença e/ou remuneração e/ou apoio para funcionários realizarem cursos de aprimoramento?

() Outros _____

Horas de treinamento/funcionário.

Modelo Organizacional

1 Organograma da instituição? Qual a posição no organograma do órgão responsável pela gestão da qualidade ou outros órgãos que gerenciam os indicadores de efetividade assistencial hospitalar que são objetos desta pesquisa.

2 O hospital conta com colegiados Gestores, grupos estratégicos ou outras instâncias de gestão compartilhada, com participação dos trabalhadores, dos Gestores e dos usuários?

3 Há uma agenda de funcionamento regular com colegiados Gestores, grupos estratégicos ou outras instâncias de gestão compartilhada, com participação dos trabalhadores, dos Gestores ou dos usuários onde são discutidos os indicadores hospitalares?

4 Há programa de gestão a vista? Como ocorre?

5 Há planejamento estratégico formalmente definido contendo diretrizes organizacionais, metas estratégicas e indicadores assistenciais?
É possível fornecer estas informações?

6 O hospital desenvolve periodicamente mecanismos de análise de cumprimento de metas e de resultados? Se sim? Que mecanismos?

7 O planejamento estratégico contempla o monitoramento de indicadores de efetividade? Quais?
Há processos formais de gestão de indicadores de efetividade hospitalar? Quais os indicadores de efetividade que vocês gerenciam?

8 Há compartilhamento das metas do setor com as demais equipes envolvidas?

9 Há conselhos Gestores ou outros fóruns de controle social vinculados ao hospital?

10 Há ouvidoria ou outros tipos de serviços de escuta voltados para usuários?

Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente

1 Como está estruturado o serviço de gestão da qualidade?

2 Como está estruturado (etapas) do gerenciamento de risco e segurança do paciente?

3 Há sistema interno formal de notificação de incidentes ocorridos no hospital, manual ou informatizado?

4 O hospital utiliza o NOTIVISA para notificação de incidentes para a ANVISA? Existe um outro sistema de notificação interna?

5 Como está estruturada a prevenção e o controle de infecção hospitalar?

6 Há disponibilização de indicadores de infecção relacionados à assistência para o corpo clínico e à direção?

7 Há análise sistemática do perfil epidemiológico do hospital?

8 Há Núcleo de Segurança do Paciente formalmente constituído?

9 O Hospital possui protocolos implantados de?

() Cirurgia Segura

() Prevenção de lesões por pressão

() Higienização das mãos

- ☐ Prevenção de quedas
☐ Identificação do Paciente
☐ Medicação
☐ Infecções relacionadas à Assistência à Saúde
☐ Prevenção de TEV e TEP
☐ Prevenção de Suicídio
☐ Outros? _____

10 A adesão a estes protocolos é avaliada?

11 O hospital faz acompanhamento sistemático de medicamentos utilizados no estabelecimento considerados potencialmente perigosos de acordo com a lista do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP)?

12 Há protocolos/diretrizes clínicos formalmente instituídos? Quais?

13 Os resultados da adesão aos protocolos são mensurados?

14 No hospital realizam-se:

- ☐ Tecnovigilância (insumos, equipamentos e órteses e próteses)
☐ Farmacovigilância e Vigilância de Saneantes
☐ Hemovigilância
☐ Biovigilância (células, tecidos e órgãos)

CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE EXTERNO OPERACIONAL* HOSPITALAR

1 Forma de financiamento?

☐ Grupo investidor	☐ Investidores nacionais
☐ Hospital pertencente a operadoras de saúde	☐ Investidores internacionais
☐ SUS	☐ Mantenedora
☐ EBSERH	☐ Associados ao CQH
Outros? _____	

2 O Hospital atende usuários:

- ☐ SUS Percentual médio()
☐ Particulares Percentual médio ()
☐ Convênios. Se sim, qual o número de conveniados? _____
☐ Não

3 Tem certificação de Acreditação Hospitalar?

- ☐ Sim? Qual? _____
 Desde quando? _____
 Nível? Desde quando _____
☐ Não

4 Outras certificações?

- ☐ Amigo da Criança
☐ Maternidade segura
☐ ISO
☐ Outras _____
☐ Não

5 Pertence à Rede de Hospitais Sentinela?

- ☐ Sim
☐ Não

6 Qual o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos?

7 O hospital pertence a alguma rede de assistência? Explique.

8 Na sua perspectiva, como as características do ambiente interno influenciam na seleção dos indicadores de efetividade assistencial hospitalar e as estratégias para monitorá-los.

9 Como você vê a contribuição da gestão na seleção e monitoramento dos indicadores?

10 Na sua perspectiva, como as características do ambiente externo operacional influenciam a seleção dos indicadores de efetividade assistencial hospitalar e as estratégias para monitorá-los.

11 Como você analisa a influência das agências reguladoras sobre a seleção e o monitoramento de indicadores de efetividade assistencial do hospital?

*O ambiente externo operacional é formado pelas entidades com as quais o hospital estabelece fluxos de recursos, matéria e informação, como aqueles que ocorrem com os demais hospitais e unidades de saúde, as organizações financiadoras de assistência à saúde, os fornecedores de recursos hospitalares, bem como a clientela e os grupos organizados de interesse sobre os serviços hospitalares, agências governamentais reguladoras, e fiscalizadoras do setor de saúde (WOLFF, 2005).

PARTE 3 – FATORES AMBIENTAIS INTERVENIENTES NO MONITORAMENTO DE INDICADORES DE EFETIVIDADE EM HOSPITAIS NAS DIMENSÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Há o monitoramento de algum destes indicadores de efetividade?

Dimensão Segurança do Paciente			Setor responsável
	01	Cirurgia no local errado do corpo do paciente	
	02	Cirurgia realizada no paciente errado	
	03	Material estranho deixado no corpo durante um procedimento	
	04	Deiscência de ferida pós-operatória	
	05	Embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória	
	06	Fratura de quadril por queda em pacientes internados	
	07	Fratura de quadril pós-operatória, por queda em pacientes internados	
	08	Incidentes graves relacionados a equipamentos	
	09	Incidentes devido a falhas na identificação do paciente	
	10	Hemorragia ou hematoma pós-operatório em cirurgias de grande porte	
	11	Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas	
	12	Quedas com dano em pacientes internados	
	13	Lesão por pressão	
	14	Densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto	
	15	Densidade de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI	
	16	Reação transfusional graus II, III e IV	
	17	Reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea	
Dimensão Cuidado Centrado no Paciente			Setor responsável
	18	Satisfação do paciente	
	19	Cirurgias canceladas no dia agendado	
	20	Recomendação do hospital pelo paciente	
	21	Envolvimento do paciente com próprio cuidado	

FONTE: SEIFFERT (2019).

Indicador de Efetividade Assistencial Hospitalar
MONITORADO
a) Por que este indicador de efetividade é monitorado? b) Como este indicador de efetividade hospitalar é estruturado (Ficha técnica, onde é obtida) neste hospital? c) Como este indicador de efetividade hospitalar é monitorado neste hospital (estratégias)? c.1) Quem monitora este indicador? Qual setor? c.2) Como são obtidos os dados para a efetivação deste indicador(es)? d) Na sua opinião, este indicador é útil para avaliar a efetividade assistencial? Por que? e) De que forma compartilha as informações deste indicador de efetividade assistencial hospitalar com os demais setores envolvidos?
NÃO MONITORADO
a) Por que este hospital não utiliza/monitora este indicador de efetividade? b) Há dificuldades? Quais? c) Na sua opinião, este indicador não monitorado seria útil para avaliar a efetividade assistencial? d) O que o hospital necessitaria para utilizar e monitorar continuamente este indicador de efetividade?

APÊNDICE 3 – PROTOCOLO DE PESQUISA

Nome pesquisadora: Alexandra Lunardon Silvestre

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR

Orientadora: Prof. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Título da Pesquisa: Fatores ambientais intervenientes no monitoramento de indicadores de efetividade em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

Projeto aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:

- Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná: 25 de setembro de 2019, sob o parecer 3.598.996; CAAE 200884819.8.0000.0102;
- Complexo Hospital de Clínicas, em 30 de julho de 2020, sob o parecer 4.183.499 e CAAE 20084819.8.3001.0096;
- PUC/PR, em 25 de setembro de 2020, sob o parecer 4.299.378 e CAAE 20084819.8.3002.0020.

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, a estratégia de condução da pesquisa referente à etapa de coleta de dados previa entrevistas presenciais. No entanto, o período coincidiu com a pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Com este problema mundial e agravamento no Brasil, sucedeu-se a necessidade de políticas de isolamento social, bem como restrição de viagens e de visitas técnicas aos hospitais. Consequentemente, fez-se obrigatório o replanejamento do protocolo desta pesquisa, de modo que as entrevistas presenciais serão substituídas por entrevistas viabilizadas por videoconferências, bem como aplicação de formulários online via plataforma Google Forms®. Houve também alteração no cronograma da pesquisa.

Portanto, neste documento são descritas as etapas do replanejamento de estratégias para a coleta de dados, que consistem na 1) descrição dos documentos

de pesquisa, 2) Responsabilidade da pesquisadora e dos participantes da pesquisa, e 3) Desenvolvimento da coleta de dados.

2 Descrição dos documentos de pesquisa

O instrumento de coleta de dados é composto por PARTE 1, PARTE 2 e PARTE 3, os quais serão disponibilizados mediante os recursos tecnológicos Google Forms® e e-mail (QUADRO 1).

QUADRO 1 - INSTRUMENTO, POR QUEM SERÁ RESPONDIDO, RECURSO TECNOLÓGICO, E DISPONIBILIDADE

Instrumento	Será respondido por	Recursos Tecnológicos	Disponível em
TCLE + PARTE 1 (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Caracterização dos participantes de pesquisa)	Por todos os participantes da pesquisa	Google Forms®	APÊNDICE 1 + APÊNDICE 2
PARTE 2 (Caracterização do ambiente interno e externo operacional do hospital)	Direção/Gestor ou participantes por ele delegados	E-mail	APÊNDICE 2
PARTE 3 (Fatores do ambiente interno e externo operacional que interferem na elegibilidade e monitoramento dos indicadores de efetividade assistencial dos hospitais)	Participantes delegados pelo Gestor.	Google Forms®	APÊNDICE 2

Fonte: A autora (2020).

O TCLE (APÊNDICE 1) será enviado por e-mail e através de um link do Google Forms®, com orientação de obrigatoriedade de leitura e aceite por parte das pessoas que responderão a uma ou mais questões dos formulários das PARTES 1, 2 e 3.

A PARTE 1 (APÊNDICE 2) refere-se à caracterização dos participantes da pesquisa, de preenchimento obrigatório para todos. Será encaminhada para o Gestor de cada hospital, o qual ficará responsável de enviar a todos os participantes da pesquisa.

A PARTE 2 (APÊNDICE 2), relativa à caracterização do ambiente interno e externo operacional, deverá ser preenchida pelo Gestor ou pessoas por ele delegadas. Esta parte do formulário será encaminhada por e-mail e poderá ser respondida por mais de uma pessoa, sendo que todos os respondentes de qualquer parte do formulário deverão preencher o TCLE e a PARTE 1, concomitantemente.

Na PARTE 3 (APÊNDICE 2), para cada um dos 21 indicadores de efetividade assistencial hospitalar pesquisados, objetos desta pesquisa, há um formulário específico, contendo perguntas relativas a fatores internos e externos operacionais que possam influenciar a utilização do respectivo indicador pelo hospital.

Para melhor visualização, um documento denominado pelos autores de W1.doc. será encaminhado por e-mail ao Gestor do hospital com a relação dos indicadores e os respectivos links de acesso aos seus formulários individualizados, e o Gestor ficará responsável por encaminhar aos respondentes.

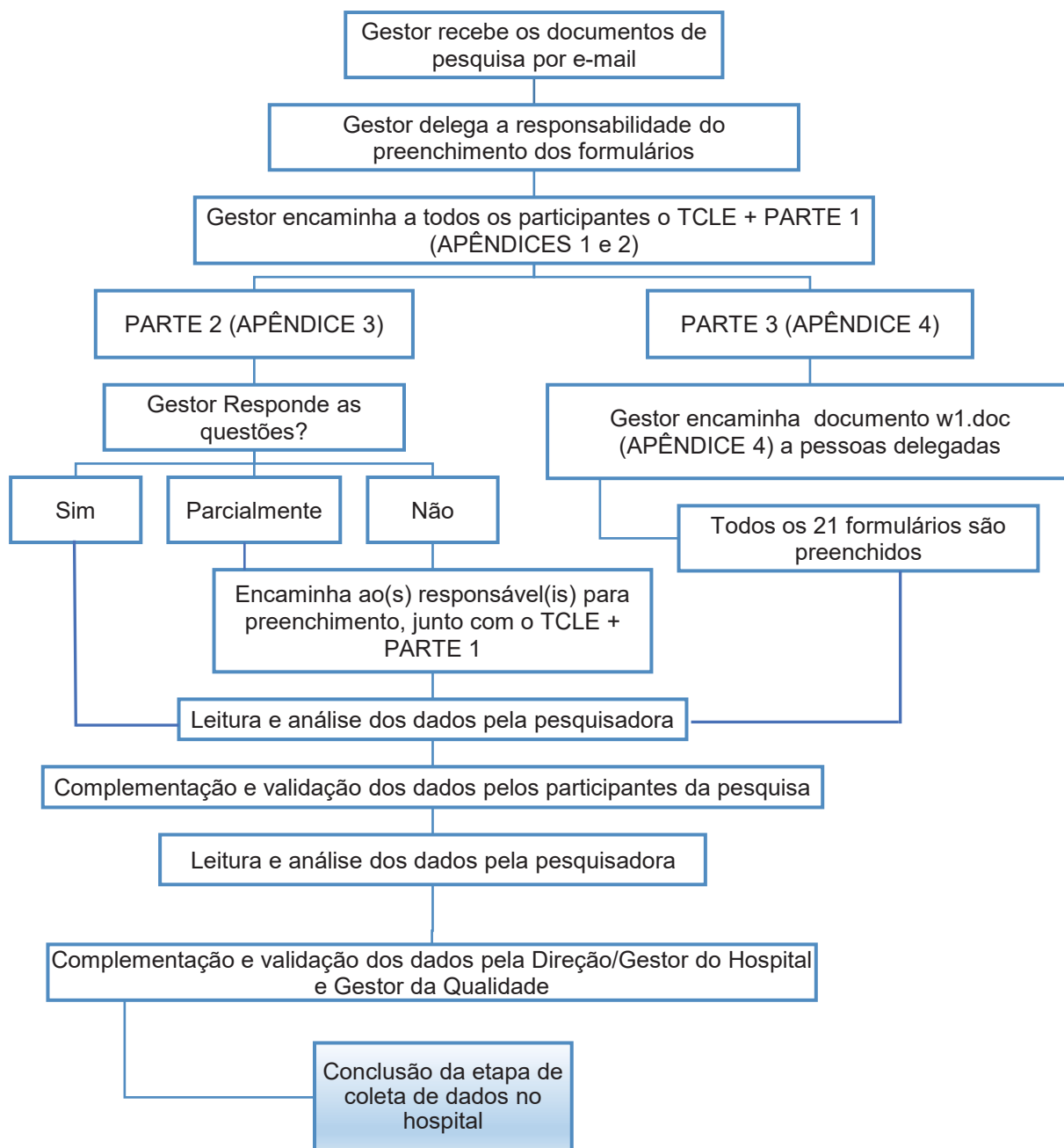
Um documento denominado de W2.doc (APÊNDICE 5) será encaminhado ao Gestor, com a finalidade de instruir o preenchimento dos documentos de pesquisa.

3 Responsabilidades da pesquisadora e dos participantes da pesquisa

A pesquisadora encaminhará um convite de participação na pesquisa via e-mail ao Gestor do hospital, orientando-o quanto a obrigatoriedade da leitura e o aceite do TCLE eletrônico em anexo por todos que responderão itens dos formulários de pesquisa (PARTE 1, PARTE 2 ou PARTE 3). Somente após o aceite obterão acesso ao link que conduz à plataforma eletrônica Google Forms® e à PARTE 1 (caracterização dos participantes da pesquisa).

Será responsabilidade do Gestor de cada hospital indicar os respondentes às perguntas de cada formulário, bem como encaminhar os links que dão acesso aos documentos no Google Forms®, conforme o FLUXOGRAMA 1.

FLUXOGRAMA 1 - FLUXOGRAMA DA PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES E DEMAIS PARTICIPANTES NA ETAPA DA COLETA DE DADOS DA PESQUISA



Fonte: A autora (2020).

A pesquisadora identificará cada participante da pesquisa com um código constituído pela letra P, seguida de um número cardinal, na ordem de conclusão dos formulários preenchidos no Google Forms® e e-mail. Os hospitais serão codificados aleatoriamente com as letras H1, H2, H3 e H4. Portanto, serão omitidos os nomes que identifiquem os participantes desta pesquisa, assim como dos hospitais.

O acompanhamento da coleta de dados da PARTE 2 exigirá da pesquisadora a gestão do tempo e da completude das respostas, bem como do controle sobre os participantes que estão respondendo. Para tanto, será necessário acessar a plataforma Google Forms® e e-mail diariamente, montar uma planilha de acompanhamento dos formulários e das perguntas respondidas, bem como manter interação e controle dos dados com o Gestor de cada hospital ou alguém por ele delegado.

4 Desenvolvimento da coleta de dados

O primeiro contato ocorrerá via telefone e/ou e-mail, com o objetivo de convidar o Gestor e a sua equipe para uma videoconferência, em data e horário de sua preferência, cuja pauta será a pactuação do protocolo e cronograma de coleta de dados da pesquisa. Será um momento para explicar a pesquisa para os participantes, como os objetivos, e métodos/estratégias de coleta de dados, bem como esclarecer dúvidas e orientar o preenchimento dos formulários (TCLE + PARTE 1, PARTE 2 e PARTE 3).

Será enviado um e-mail com informações sobre link de acesso à videoconferência, data e horário, de acordo com a disponibilidade do hospital. Em sequência, em outro e-mail será enviado o protocolo e demais documentos de pesquisa ao Gestor.

No corpo do e-mail, serão indicados dois arquivos Word® (W1.doc e W2.doc) em anexo. No arquivo intitulado W1.doc (APÊNDICE 4) constam as perguntas que compõem os formulários de indicadores. São as mesmas para cada indicador: **seis perguntas caso ocorra seu monitoramento pelo hospital, ou quatro, caso não ocorra monitoramento**. Assim, o respondente poderá planejar suas respostas antes de acessar o formulário, uma vez que se aberto, terá que ser concluído, a fim de que todo o seu conteúdo seja salvo. Por sua vez, o arquivo denominado W2.doc (APÊNDICE 5) compõe-se de instruções preenchimento de cada instrumento, como quem deverá preencher, e os links que dão acesso às PARTES 1 e 3 na plataforma Google Forms®.

Na videoconferência, além da apresentação da síntese do protocolo de pesquisa, serão definidos os respondentes às partes dos formulários (mapeamento

de quem serão os participantes da pesquisa), bem como pactuados os prazos para a etapa de coleta de dados da pesquisa.

Posteriormente à videoconferência, será encaminhado ao Gestor, ou a quem ele delegue, um e-mail contendo (os documentos e formulários da pesquisa TCLE, PARTE 1, PARTE 2, PARTE 3, W1.doc, W2.doc), bem como os links para o Google Forms®. O Gestor deverá preencher o TCLE, a PARTE 1 e a PARTE 2 do instrumento e encaminhar ao responsável que julgar pertinente para realizar a completude das respostas.

O Gestor deverá encaminhar os links do Google Forms®, que correspondem às PARTE 1 e à PARTE 3, a todos os respondentes, de acordo com seu critério. O TCLE será encaminhado por e-mail e deverá ser lido e assinado por todos os participantes de qualquer parte do instrumento e devolvido para o e-mail da pesquisadora.

Durante todo o período de coleta de dados haverá acompanhamento e supervisão pela pesquisadora, com comunicação mediada por tecnologias eletrônicas com o Gestor e/ou pessoas designadas por ele.

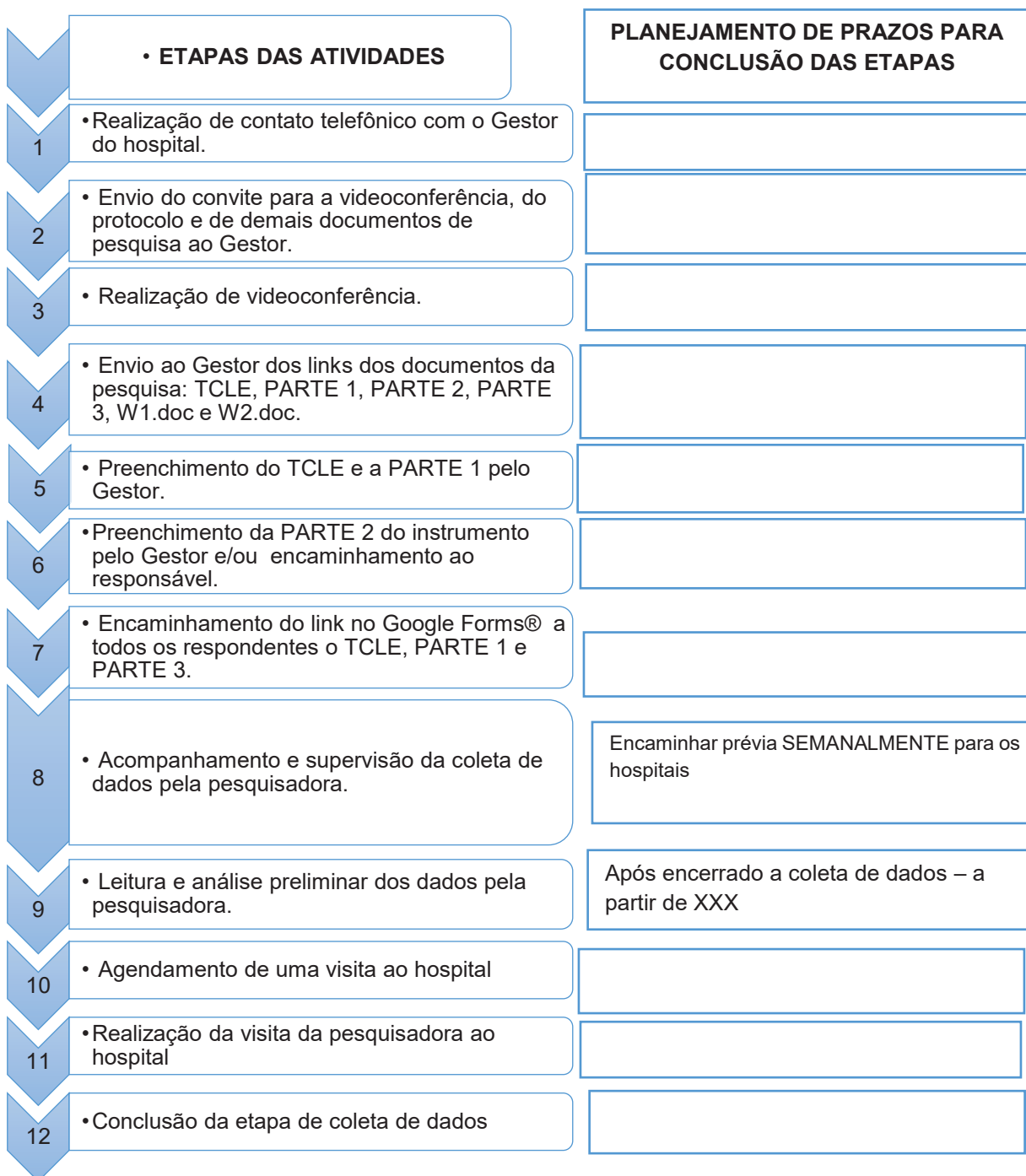
Finalizado o prazo de coleta de dados, a pesquisadora realizará a leitura e análise preliminar dos dados. Ressalta-se que os dados serão compilados e encaminhados aos participantes para possível complementação e validação das respostas. Após esta etapa, o pesquisador realizará a leitura e análise das respostas, e encaminhará novamente para a Direção do hospital complementar e validar os dados.

Destaca-se que estas etapas de validação, complementação e triangulação de dados faz parte do método de coleta de dados da pesquisa, que é estudo de caso (YIN, 2015).

Após o prazo de coleta de dados acordado com o Gestor, planeja-se realizar visita(s) técnica(s) ao hospital, no primeiro semestre de 2021, com o objetivo de complementar os dados e esclarecer eventuais dúvidas, bem como conhecer a estrutura hospitalar e interagir com os participantes. Estas visitas terão duração de um (01) ou dois (02) dias em cada hospital.

Na FIGURA 1 apresentam-se as etapas de coleta de dados, e na sequência, o planejamento dos prazos de conclusão de cada etapa.

FIGURA 1: FLUXO DE COLETA DE DADOS E CRONOGRAMA DAS ETAPAS DA COLETA DE DADOS



Fonte: A autora (2020).

	ETAPAS DAS ATIVIDADES CUMPRIDAS	PRAZOS PARA CONCLUSÃO DAS ETAPAS
1	Realização de contato telefônico com o Gestor do hospital. Encaminhamento de protocolo de pesquisa, termo consubstanciado do CEP referente solicitação de videoconferência.	
2	Envio do convite para a videoconferência, do protocolo e de demais documentos de pesquisa ao Gestor.	
3	Realização de videoconferência.	
4	Envio ao Gestor dos links dos documentos da pesquisa: TCLE, PARTE 1, PARTE 2, PARTE 3, W1.doc e W2.doc.	
5	Preenchimento do TCLE e a PARTE 1 pelo Gestor.	
6	Preenchimento da PARTE 2 do instrumento pelo Gestor e/ou encaminhamento ao responsável.	
7	Encaminhamento do link no Google Forms® a todos os respondentes o TCLE, PARTE 1 e PARTE 3	
8	Acompanhamento e supervisão da coleta de dados pela pesquisadora.	
9	Leitura e análise preliminar dos dados pela pesquisadora.	
10	Complementação e validação de dados de pesquisa aos participantes da pesquisa	
11	Leitura e análise preliminar dos dados pela pesquisadora.	
12	Complementação e validação de dados de pesquisa a Direção do Hospital	
13	Agendamento de uma visita ao hospital	

APÊNDICE 4 - MODELO DE COMPARATIVO DE INDICADORES

1 CIRURGIA NO LOCAL ERRADO DO CORPO DO PACIENTE			
NOME DO INDICADOR	H1	H2	H3
Hospitais			
Objetivo ou Uso	Monitorado como parâmetro essencial ao cumprimento do Protocolo de Cirurgia Segura. Demonstra a efetividade e o grau de importância da marcação de sítio cirúrgico por parte do cirurgião, no momento pré-operatório.	Monitorado para atender ao plano de segurança do paciente e o Protocolo de Cirurgia Segura.	Não é monitorado individualmente. O incidente integra o indicador composto de eventos adversos no Centro Cirúrgico (CC). Total de evento adverso/Total de cx realizadas no mês * 100.
Método de cálculo	Número absoluto de procedimentos realizados no local errado do corpo do paciente.		
Tipo ou unidade de medida	Número de incidentes relacionados ao indicador.		Taxa.
Método de apuração do indicador	Dados obtidos por registros de cirurgias e da Ficha de Cirurgia Segura, no Sistema Eletrônico Tasy®. Vigihosp. Realizada dupla checagem em prontuário antes do início da cirurgia; e registros de notificações de incidentes.	Planilha de notificações voluntárias no Tasy®. Vigihosp.	Dados obtidos por registros de qualquer colaborador, no prontuário do paciente, dentro do sistema de informação Tasy®.
Frequência	Mensal.		Trimestral.
Indicador monitorado por	Gerente de Divisão de Blocos Operatórios por meio do Sistema de Informação Eletrônico Stratec®.	Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA).	Informação analisada pelo NSP junto aos envolvidos no incidente, utilizando a metodologia de Análise de causa raiz (RCA) com criação de plano de ação para melhoria de processo.
Divulgação dos resultados	Compartilhados aos setores interessados mediante solicitação, e por meio de gráficos fixados no Centro Cirúrgico.	Compartilhados por relatórios periódicos de incidentes de segurança elaborados pela UGRA e reportados ao CC e às unidades de assistência de origem do paciente.	Compartilhados no BSC – indicadores – desempenho do processo – Tasy® e em reunião de equipe.
2 CIRURGIA REALIZADA NO PACIENTE ERRADO			
NOME DO INDICADOR	H1	H2	H3
Hospitais			
Objetivo ou Uso	Monitorado, avalia a efetividade assistencial, pois a identificação do paciente é premissa básica para a segurança do paciente.	Monitorado como forma de alcançar os objetivos do Plano de Segurança do	Não monitorado individualmente.

	que a assistência possa ser desempenhada de forma segura.	Paciente e protocolo de Cirurgia Segura na instituição. Útil por monitorar a adesão a todas as etapas que envolvem uma cirurgia segura.	O Incidente integra o indicador composto de eventos adversos no Centro Cirúrgico (CC). Total de evento adverso/Total de cx realizadas no mês * 100
Método de cálculo	Número de procedimentos cirúrgicos realizados nos pacientes errados.		
Tipo ou unidade de medida	Número de incidentes relacionados ao indicador.		Taxa.
Método de apuração do indicador	Dados obtidos por registros de cirurgias e da Ficha de Cirurgia Segura, no Sistema Eletrônico Tasy®. Realizada dupla checagem em prontuário antes do início da cirurgia; e registros de notificações de incidentes.	Planilha de notificações voluntárias no Vigi Hosp.	Dados obtidos por registros de qualquer colaborador, no prontuário do paciente, dentro do sistema de informação Tasy®.
Frequência	Mensal.		Trimestral.
Indicador monitorado por	Gerente de Divisão de Blocos Operatórios por meio do Sistema Eletrônico de Informação Stratec®.	Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA)	Lideranças do CC
Divulgação dos resultados	Compartilhados aos setores interessados mediante solicitação, e por meio de gráficos fixados no Centro Cirúrgico.	Compartilhados por relatórios periódicos de incidentes de segurança elaborados pela UGRA e reportados ao CC e às unidades de assistenciais de origem do paciente.	Compartilhados no BSC, no sistema eletrônico Tasy® e em reunião de equipe.
3 MATERIAL ESTRANHO DEIXADO NO CORPO DURANTE UM PROCEDIMENTO			
Objetivo ou Uso	H1	H2	
		H3	
	Monitorado como parâmetro essencial do protocolo de cirurgia segura. O indicador monitora a conferência realizada pela equipe cirúrgica.	Monitorado como forma de alcance dos objetivos do Plano de Segurança do Paciente e do Protocolo de Cirurgia Segura no hospital. O indicador monitora a adesão a todas as etapas que envolvem uma cirurgia segura.	Não é monitorado individualmente. O incidente integra o indicador composto de eventos adversos no Centro Cirúrgico (CC). Total de evento adverso / Total de cx realizadas no mês * 100
Método de cálculo	Número de incidentes cirúrgicos ou clínicos ocorridos durante a internação de pacientes com 18 anos ou mais, ou pacientes obstétricas, relacionados aos códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) vigente, de item cirúrgico ou fragmento de dispositivo retido, no diagnóstico secundário.	Número absoluto de incidentes (never events) relativos à retenção de corpo estranho.	
Tipo ou unidade de medida	Número de Incidentes relacionados ao indicador.		Taxa.

Método de apuração do indicador	Dados obtidos por registros de cirurgias e da Ficha de Cirurgia Segura, no Sistema Eletrônico Tasy®. Realizada dupla checagem em prontuário antes do início da cirurgia; e registros de notificações de incidentes.	Planilha de notificações voluntárias no Vigihosp. Levantamento de notificações voluntárias desse incidente no Vigihosp.	Dados obtidos por registros de qualquer colaborador, no prontuário do paciente, dentro do sistema de informação Tasy®.
Frequência	Mensal.		Trimestral.
Indicador monitorado por	Gerente de área de blocos operatórios por meio do Sistema Eletrônico de Informação Stratec®.	Enfermeiro da UGRA.	Lideranças do CC.
Divulgação dos resultados	Compartilhados aos setores interessados mediante solicitação, e por meio de gráficos fixados no Centro Cirúrgico.	Compartilhados por relatórios periódicos de incidentes de segurança elaborados pela UGRA e reportados ao CC e às unidades de assistência de origem do paciente.	Compartilhados no BSC, sistema informatizado Tasy® e em reunião de equipe.
4 DEISCÊNCIA DE FERIDA PÓS-OPERATÓRIA			
NOME DO INDICADOR	H1	H2	H3
Hospitais			
Objetivo ou Uso	Monitorado, calcula a infecção de sítio cirúrgico e contabilizar na taxa de infecção hospitalar. Avalia a prescrição adequada de antibioticoprofilaxia, sua administração no tempo adequado, e técnica cirúrgica.	Não é monitorado, mas se monitoram as infecções de sítio cirúrgico. É importante, uma vez que se controlado por especialidade cirúrgica, pode auxiliar na identificação de possíveis falhas do processo.	Não é monitorado individualmente. O incidente integra o indicador composto por eventos adversos no CC. Total de evento adverso / Total de cx realizadas no mês * 100
Método de cálculo	Número de deiscências da ferida operatória em cirurgias abdominais e pélvicas (durante a internação, após alta cirúrgica e em reinternações) / (Número de cirurgias abdominais e pélvicas realizadas no mês/período) * 100.	A coleta de dados requer: 1- Acompanhamento de todos os pós-operatórios. Alguns pacientes podem não retornar para a mesma equipe cirúrgica; 2- Coleta pelas próprias equipes assistenciais das diferentes especialidades; 3- Engajamento das equipes para sistematização da coleta; 4- Recursos humanos aptos a realizar continuamente a coleta, principalmente enfermeiros nos ambulatórios das Unidades Cirúrgicas.	
Tipo ou unidade de medida	Taxa.		Taxa.
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: busca ativa em prontuários, na prescrição de antibioticoterapia, na evolução médica, busca fonada e em registros de notificações de incidentes.		Dados obtidos por registros de qualquer colaborador, no prontuário do paciente, dentro do sistema de informação Tasy®.
Frequência	Mensal ou acúmulo de, no mínimo, 30 cirurgias no período considerado para o cálculo.		Trimestral
Indicador monitorado por	Infectologista do SCIH.		Lideranças do CC

Divulgação dos resultados	Compartilhados aos setores interessados mediante solicitação, e por meio de gráficos fixados no Centro Cirúrgico.			Compartilhados no BSC, sistema eletrônico Tasy® e em reunião de equipe.
NOME DO INDICADOR	5 EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-OPERATÓRIA			
Hospitais	H1	H2	H3	
Objetivo ou Uso	Monitorado para atender o Protocolo institucional. Identifica riscos para evitar complicações e/ou óbitos relacionados ao Tromboembolismo Venoso (TEV) e ao Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Avalia se o paciente está com a medicação e tratamento adequados para o risco identificado, com o objetivo de diminuir danos.	Não é monitorado, uma vez que há falhas de planejamento; bem como o hospital não se organizou para ter a informação de forma sistemática sobre a sua ocorrência. Embora exista um sistema de notificação de eventos adversos que pode captá-lo. As dificuldades encontradas consistem na obtenção da informação, pois não há prontuário eletrônico no momento, e a notificação voluntária não é totalmente confiável para monitorar e mensurar todas as ocorrências, além de falta de definição de metodologias, falha de registro e sobrecarga de atividades.	Monitorado para avaliar a efetividade do Protocolo institucional de prevenção ao TEV/TEP dos pacientes internados.	
Método de cálculo	Taxa de Incidência de TEP: (Número de pacientes que apresentaram TEP durante a internação ou em até 90 dias após a alta) / (Número de pacientes internados no mês) *100 Taxa de Incidência de TEV: (Número de pacientes que apresentaram TEV durante a internação ou em até 90 dias após a alta TEV) / (Número de pacientes internados no mês) *100 Número de incidentes de TEV/TEP.		Taxa de tromboembolismo venoso/embolia pulmonar durante a internação: (Total de pacientes internados que desenvolveram TEV/TEP) / (Número de pacientes internados no mês) * 100 Incidência TEV/TEP após a alta: (Número de pacientes que reinternaram por TEV/TEP em até 90 dias após a alta) * 100 Número de incidentes de TEV/TEP.	
Tipo ou unidade de medida				
Método de apuração do indicador	Os dados são preenchidos mediante o preenchimento de ESCALA pelas enfermeiras, em até 24 horas de internamento, e posteriormente avaliados 3x/semana pelas farmacêuticas clínicas, as quais avaliam se a escala está preenchida corretamente e se houve necessidade de intervenção farmacêutica.			Mensalmente, existe uma análise dos exames de imagens de EcoDoppler Venoso Profundo e Angiotomografia de Tórax dos pacientes internados, para identificar os casos de TEV durante a internação. Também se monitora os casos de reinternação em até 90 dias por TEV/TEP. Caso tenha algum paciente com TEV/TEP pós-operatório, esta informação conta como numerador no indicador do protocolo de TEV.
Frequência	Mensal.			Mensal.

Indicador monitorado por	Pelas farmacêuticas, pelo Setor da farmácia, e pelos gerentes de área por meio da análise do relatório específico para a gestão do protocolo de TEV/TEP.	Médico.
Divulgação dos resultados	Compartilhados por meio do sistema de informação eletrônico Stratec®. Neste sistema, são identificadas falhas na adesão ao protocolo e, posteriormente, são informadas as não-conformidades evidenciadas aos responsáveis pelo setor em que ocorreu o evento.	Estão disponíveis no BSC, sistema de informação eletrônico Tasy® e em reunião de equipe.
6 FRATURA DE QUADRIL POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS		
NOME DO INDICADOR	H1	H3
Hospitais		
Objetivo ou Uso	Não é monitorado com este nome. Não há evidências de fratura de quadril em pacientes internados. Considera-se que todos os eventos relacionados à queda são importantes.	Não é monitorado com este nome. Monitoram-se esses incidentes de forma geral no indicador denominado de “queda de pacientes”.
Método de cálculo	Todos os incidentes relacionados à queda são monitorados por meio da análise do indicador “queda de pacientes”.	Não há dificuldades e desconsidera-se a necessidade de monitoramento, pois, a frequência desse tipo de lesão por queda é pequena, o que não justifica um indicador separado.
Tipo ou unidade de medida	Avalia-se também a Taxa de Efetividade do Protocolo de Prevenção de Queda, que contempla a escala de avaliação para risco de queda, a ferramenta de notificações do incidente, análise do incidente e o plano de ação.	
Método de apuração do indicador		
Frequência		
Indicador monitorado por		
Divulgação dos resultados		
7 FRATURA DE QUADRIL PÓS-OPERATÓRIA, POR QUEDA EM PACIENTES INTERNADOS		
NOME DO INDICADOR	H1	H3
Hospitais		
Objetivo ou Uso	Não é monitorado com este nome. Não há evidências de fratura de quadril em pacientes internados. Considera-se que todos os eventos relacionados à queda são importantes.	Não é monitorado com este nome. Monitoram-se esses incidentes de forma geral no indicador geral denominado “lesão por quedas”.
Método de cálculo	Todos os incidentes relacionados à queda são monitorados por meio da análise do indicador “queda de pacientes”.	Justifica-se o não monitoramento pelo baixo volume de lesão por queda. Não há dificuldades para o monitoramento deste indicador e o hospital não
Tipo ou unidade de medida	Avalia-se também a Taxa de Efetividade do Protocolo de Prevenção de Queda, que contempla	
Método de apuração do indicador		
Frequência		

Indicador monitorado por	a escala de avaliação para risco de queda, a ocorrência de quedas e desfechos necessários para a ferramenta de notificações do incidente, análise do número de quedas com esse desfecho é pequeno, porém monitorar pode auxiliar no refinamento das vias para captação do incidente e melhoria dos processos de vigilância.					necessária de algo diferente para controlá-lo.
Divulgação dos resultados	Para monitorar, o hospital necessita sensibilizar equipes.					
8 INCIDENTES GRAVES RELACIONADOS A EQUIPAMENTOS						
NOME DO INDICADOR	H3					
Hospitais	H1	H2	H3			
Objetivo ou Uso	Monitorado para identificar eventos adversos evitáveis relacionados a equipamentos e à necessidade de capacitação para o seu uso adequado, garantindo uma assistência segura.	Monitorado, relaciona-se a danos causados à tecnologia médica, equipamentos são raros, e quando ocorrem, integram o indicador composto de eventos adversos graves sentinela. Não há dificuldade em obter essa informação.	Não é monitorado individualmente. Incidentes graves relacionados a equipamentos são raros, e quando ocorrem, integram o indicador composto de eventos adversos graves sentinela. Não há dificuldade em obter essa informação.			
Método de cálculo	Número absoluto de incidentes graves relacionados a equipamentos.					
Tipo ou unidade de medida						
Método de apuração do indicador	Origem e coleta e dos dados: relatórios e ferramenta de notificação de eventos relacionados a equipamentos. A equipe assistencial notifica manualmente, o Setor de Qualidade cadastra no sistema de informação Stratec® e no NOTIVISA, e encaminha para análise do Setor de Engenharia Clínica.	Os incidentes são notificados pelo setor onde ocorreu, pela UGRA ou Engenharia Clínica, no Sistema Vigihosp (Ebserh).	A informação é monitorada e útil para a melhoria dos processos e minimização dos riscos.			
Frequência	Mensal.					
Indicador monitorado por	Setor de Engenharia Clínica (engenheiro e técnicos do setor); gestão de consignados (administrativo); e NSP (enfermeiras).	Grupo Interno da Qualidade do setor de engenharia clínica e tecnovigilante responsável, e pela UGRA.				
Divulgação dos resultados	Compartilhados em reuniões mensais com o NSP, dados estatísticos e gráficos disponibilizados nos setores, assim como relatório de manutenções preventiva de equipamentos.	Compartilhados por meio de um relatório produzido pela UGRA para as gerências, e os setores recebem avisos sobre os eventos notificados e ações de tecnovigilância.				
NOME DO INDICADOR	9 INCIDENTES DEVIDO A FALHAS NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					

Hospitais	H1	H2	H3
Objetivo ou Uso	Monitorado para garantir a identificação do paciente, que refletirá em uma assistência segura até a alta (mediante as etapas de procedimento em paciente correto, exame em paciente correto, dispensação, administração de medicamento em paciente correto, etc). Garante a efetividade da primeira barreira para evitar danos aos pacientes.	Monitorado, integra o Plano de Segurança do Paciente e embasa eventuais mudanças no Protocolo de Identificação do Paciente. As falhas na identificação correta do paciente podem implicar danos ao paciente e até o óbito.	Monitorado, indica se a utilização das etapas de conferência de dados previstas no Protocolo de Identificação segura do Paciente está sendo seguida e se são efetivas.
Método de cálculo	Taxa de Efetividade do Protocolo de Identificação Segura do Paciente: (Número de pacientes com identificação correta) / (Número de pacientes internados/Mês) *100.	Número absoluto de incidentes devido a falhas na identificação do paciente.	
Tipo ou unidade de medida	Taxa.		
Método de apuração do indicador	Dados podem ser obtidos em prontuários, fichas de notificação de incidentes, auditorias internas, preenchidos pelo enfermeiro do Setor de Qualidade, notificados num formulário de notificação específica para eventos. Após a notificação, encaminha-se para o NSP, que realiza o cadastro no Sistema de Informação Eletrônico Tasy®, e encaminha para o responsável do Setor em que ocorreu o incidente de falha na identificação do paciente.	Dados são obtidos a partir de sistema de notificação voluntária de incidentes de segurança do paciente - Vigihosp.	Dados são obtidos nos registros de incidentes e suas análises. Após o registro dos incidentes pelos colaboradores no Tasy®, são processados em um módulo específico desse sistema (BI) e submetidos à análise qualitativa, pelo grupo responsável pela meta (representantes das áreas assistenciais, como unidades de internação, terapia intensiva, CC, PA e ambulatoriais e pelo setor de internação).
Frequência	Mensal.		
Indicador monitorado por	Enfermeiro do NSP; e Gerentes de Unidades Assistenciais.	Chefia da UGRA. As notificações são analisadas e, em casos graves ou reincidentes, são realizadas reuniões para análise de causa raiz. Há fragilidades no monitoramento, como o grande número de pacientes, falta de um sistema informatizado que contemple a obrigatoriedade de preenchimento das informações relativas a esse indicador para cada paciente, diariamente, e capacitação das pessoas para o preenchimento desses dados no sistema.	Grupo componente da meta de identificação do paciente, Serviço de Qualidade e Supervisão Materno Infantil; que é composto por representantes das áreas assistenciais (UI, UTI, CC, PA e ambulatoriais, profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas) e administrativas (receptionistas e responsáveis pela parte burocrática da internação).

Divulgação dos resultados	Sistema de Informação Eletrônico Stratec® e Tasy®, e-mail, reuniões mensais do NSP, Gembas, e estatística disponibilizada aos setores.	Relatórios de periodicidade variável, enviados às chefias e gerências das unidades assistenciais; e disponibilizados na rede interna.	Sistema de informação eletrônico Tasy® e apresentação dos resultados em reuniões de lideranças.
NOME DO INDICADOR	10 HEMORRAGIA OU HEMATOMA PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA DE GRANDE PORTE		
Hospitais	H1	H2	H3
Objetivo ou Uso	Não é monitorado, pelo fato de serem eventos raros, mas é um indicador relevante.	Não é monitorado, pois a obtenção exigiria revisão completa dos prontuários; é dispendiosa.	Não é monitorado individualmente. O incidente integra o indicador composto de eventos adversos no Centro Cirúrgico (CC).
Método de cálculo	Não há dificuldades para ser monitorado no hospital, porém depende da decisão da gestão.	É um indicador importante para ser monitorado, e requer planejamento, definição de processos e implementação do prontuário eletrônico; bem como priorizar a sua obtenção de forma sistemática, como parte de um programa estabelecido de monitoramento e realização de ciclos de melhoria para seu incremento.	Total de eventos adversos/Total de cirurgias realizadas no mês * 100.
Tipo ou unidade de medida			É um indicador importante. Para sua implementação no hospital é necessário dever a política de apresentação e análise de indicadores relacionados aos incidentes ocorridos no CC.
Método de apuração do indicador			As dificuldades no hospital consistem na obtenção da informação, pois não há prontuário eletrônico; a notificação voluntária não é totalmente confiável para monitorar e mensurar todas as ocorrências; falta metodologia; sobrecarga de atividades; e falha de registro.
Frequência			Trimestral
Indicador monitorado por			Lideranças do CC, e NSP junto aos envolvidos no incidente utilizando a metodologia de Análise de causa raiz (RCA) com criação de plano de ação para melhoria de processo.
Divulgação dos resultados			Estão disponíveis no módulo indicadores do BSC, do sistema Tasy® e divulgados em reunião de equipe.
NOME DO INDICADOR	11 INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS (ISC-CL)		
Hospitais	H1	H2	H3
Objetivo ou Uso	Monitorado para garantir a segurança do paciente e sua satisfação, bem como assegurar o cumprimento do protocolo de cirurgia segura. Possibilita mensurar dados e avaliar o trabalho desenvolvido, se todas as barreiras impostas para a prevenção da infecção estão tendo resultados satisfatórios tanto para a instituição quanto, principalmente, para o paciente.	Monitorado para identificar a presença de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas, disponibilizar o indicador para as equipes cirúrgicas, para que estas possam planejar pontos de melhoria nos processos envolvidos na realização das cirurgias com o apoio do SCIH. E ainda, realizar a notificação obrigatória de casos para a Secretaria de	Monitorado para avaliar o resultado das medidas de prevenção de infecção do sítio cirúrgico. A cirurgia de grau de contaminação limpa deve ser um procedimento com baixa taxa de infecção, dado o risco pequeno.

		Saúde e para a Ebserh. A infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas é uma das quatro grandes infecções, consideradas preveníveis. Assim, o monitoramento permite o acompanhamento das taxas ao longo do tempo e, a discussão de melhoria com as especialidades sempre que se observa um aumento nestas taxas. É importante e permite identificar possíveis falhas nos processos assistenciais.	
Método de cálculo		(Número de infecções de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas) / (Número total de cirurgias limpas) * 100.	
Tipo ou unidade de medida		Taxa.	

Método de apuração do indicador	Dados são obtidos em prontuários, relatórios de busca ativa da enfermeira do serviço de prevenção e controle de infecção. Qualquer profissional que atue na assistência do paciente pode notificar, por meio da ficha de avaliação no Sistema de Informação Eletrônico Tasy®. Após a alta, os dados são obtidos por ligações aos pacientes, realizados por qualquer membro do SCIH, e por meio de avaliação de prontuário.	No início de cada mês é retirado o relatório das cirurgias do mês anterior do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) - Módulo do Tasy®. O SCIH verifica (e altera quando necessário) a classificação do grau de contaminação das cirurgias realizadas e classifica as cirurgias passíveis de monitoramento. Nem todos os procedimentos realizados dentro do CC são passíveis de monitoramento, como por exemplo: endoscopia. Diariamente, é realizada a busca ativa de IRAS pelas Enfermeiras do SCIH. Entretanto, somente serão identificadas as ISC-CL para os casos graves que não foram de alta ou que requerem reinternação. Para as infecções tratadas em nível ambulatorial existe uma grande dificuldade na coleta destes dados, uma vez que normalmente não há Enfermeiros nestes Ambulatórios para a coletá-los. Também não tem sido realizada a busca fonada devido à falta de recursos humanos no SCIH.	Os dados de infecções e cirurgias realizadas são buscados no sistema Tasy®. O SCIH verifica (e altera quando necessário) a classificação do grau de contaminação das cirurgias realizadas e classifica as cirurgias passíveis de monitoramento. Nem todos os procedimentos realizados dentro do CC são passíveis de monitoramento, como por exemplo: endoscopia.

Frequência		Mensal.	
Indicador monitorado por	Enfermeiro do SCIH, no Sistema de Informação Eletrônico Stratec®.	Monitorado pela equipe do SCIH, que faz parte da Unidade de Vigilância e Saúde/SEVISP/GAS.	Monitorado pela equipe do Serviço de Controle de Infecção, Comissão de Controle de infecção hospitalar e no Sistema Tasy®.
Divulgação dos resultados	Compartilhados no sistema de informação eletrônico Stratec®, e controle de dados em Power BI, enviado por e-mail para as Chefias que planeja no Programa Excel®. Os dados são de Unidade envolvidas, Chefia Médica e encaminha, para todos os Gerentes e Chefia de Enfermagem. Eventualmente em Coordenação Médica das Unidades, e são realizadas reuniões mensais com o Gerente de Enfermagem do CC.	Compartilhados via publicação mensal no Power BI, enviado por e-mail para as Chefias de Unidade envolvidas, Chefia Médica e Chefia de Enfermagem. Eventualmente em reuniões com as especialidades.	Compartilhados no BSC, no sistema Tasy® que permite a visualização por todos os colaboradores do hospital.
NOME DO INDICADOR	12 QUEDAS COM DANO EM PACIENTES INTERNADOS		
Hospitais	H1	H2	H3
Objetivo ou Uso	Não monitorado quedas com dano em pacientes internados, e sim identificado se as ações implantadas para diminuir o risco de queda estão sendo efetivas. Monitora a efetividade do protocolo institucional de prevenção de quedas, por ser uma das metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para garantir segurança e qualidade assistencial. (Número de pacientes elegíveis que passaram por radiológicos solicitados em caráter de emergência, a fim de associar essas quedas em todos os setores assistenciais) no mês * 100	Não monitorado de forma sistemática, pois apesar de haver monitoramento do incidente de queda, nem sempre estão disponíveis informações sobre graus de dano. Dificuldades são indisponibilidade de informações e registros sobre graus de dano, e consequências do incidente. Importante e para implementar seria necessário dispor de prontuário eletrônico, que tenha justificativa para exames por radiológicos solicitados em caráter de emergência, a fim de associar essas informações com as provenientes de notificações espontâneas de quedas em ambiente hospitalar.	Monitora o indicador de "queda de pacientes" e "lesão por quedas". É monitorado no hospital e representa uma meta internacional de segurança do paciente e demonstra a efetividade na diminuição do risco de queda. Importante, pois possibilita a estratégia de melhorias para o processo de prevenção de quedas. Número de casos absolutos de lesão decorrente de queda. Monitora-se em separado o indicador de incidência de queda: (Número de quedas) / (Número de pacientes dia) * 1000.
Método de cálculo	Taxa.		
Tipo ou unidade de medida	Número absoluto de lesão decorrente de queda (índice).		

Método de apuração do indicador	Dados são obtidos em prontuários, resumo de alta ou de óbito, fichas de notificação de incidentes (realizadas em formulário específico para eventos relacionados a pacientes), relatórios de gestão.	Dados obtidos pelo registro de incidentes por queda notificados no prontuário do paciente.
Frequência	Os dados são coletados utilizando-se a Escala de Morse (no prontuário eletrônico e Sistema de Informação Eletrônico Tasy®) para identificação de risco de queda e ferramenta de notificação de eventos quando há ocorrência de queda.	Mensal.
Indicador monitorado por	O indicador é calculado posteriormente com o dado do Número de quedas que ocorreram nos setores. Mensal.	Coordenadora do Grupo de Prevenção de Quedas.
Divulgação dos resultados	NSP, profissional Líder do Protocolo de Prevenção de Queda, Escritório da Qualidade e Gerência de Enfermagem. Compartilhados no Sistema de Gestão; reuniões mensais do NSP; e estatísticas disponibilizadas em todos os setores.	Compartilhados em reunião do Grupo de Prevenção de Quedas, no qual cada profissional representa um setor e no sistema BSC do Tasy®, e para todos os líderes e profissionais do setor de qualidade.
NOME DO INDICADOR	13 LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	
Hospitais	H1	H2
Objetivo ou Uso	Não monitorado o indicador de lesão por pressão e sim a taxa de efetividade ao Protocolo de Prevenção por Pressão. O indicador permite evitar infecção e gravidade das lesões por pressão. A LPP impacta no tempo de permanência do paciente na instituição e, dependendo do grau da lesão pode causar infecção. Permite avaliar se os cuidados com os pacientes estão de acordo com as diretrizes do protocolo específico.	Monitorado para saber se a lesão foi desenvolvida durante o internamento ou veio de outra instituição, para que se possa rastrear o número de lesões e identificar o setor de origem, bem como capacitar os profissionais para o seu tratamento. Compõe o Plano de Segurança do Paciente. Importante, pois através das notificações é possível identificar quais são os setores com o maior Número de lesões, as regiões anatômicas envolvidas, o grau da LPP, e o nível de qualidade dos cuidados multiprofissionais e de enfermagem.
		H3
		Monitorado para mensurar o Número de Lesões por Pressão em pacientes internados no hospital. Importante porque são fatos concretos de medida do impacto da assistência prestada na Instituição.
Método de cálculo	Taxa de Efetividade ao Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão: (Número de pacientes elegíveis que passaram por todos os setores) / (Número de pacientes que passaram por todos os setores) * 100	

	assistenciais) / (Número de LPP em todos os setores assistenciais no mês) * 100 Caracterizam-se por pacientes elegíveis: aqueles sistematizar os resultados das avaliações de que ao serem avaliados pela equipe, podem admissão e diárias.	Atualmente, não se utiliza denominador para o cálculo, pois não há ferramenta capaz de sistematizar os resultados das avaliações de admissão e diárias.	
Tipo ou unidade de medida	apresentar risco ou já tem algum grau de lesão por pressão de acordo com a Escala de Braden. Há diferenciação dos graus de lesão para a análise do indicador.	Número de pacientes internados e avaliados (pela escala de Braden) sob risco de desenvolver novas LPP.	Taxa.
Método de apuração do indicador	Taxa Dados são obtidos em prontuários, ficha de notificação de incidentes, análise da avaliação pela escala; do relatório de gestão do protocolo. As informações são coletadas por meio da aplicação da escala de Braden (no prontuário eletrônico e no Sistema de Informação Eletrônico Tasy®), ferramenta de notificação de eventos e por meio da atuação da Comissão de Curativos.	Através da notificação espontânea no Vighosp, geralmente feita pela equipe de estomaterapia. Não compete à estomaterapia fazer painéis de indicadores. Há alimentação mensal de dados no painel de indicador pela UGRA.	Relatório de incidentes no sistema informatizado Tasy®. Os incidentes podem ser registrados por todos os colaboradores. A análise do incidente das unidades clínicas é feita pela coordenadora da área e na UTI é feito pela enfermeira do setor, demais setores é feita pelo setor da qualidade.
Frequência		Mensal.	Mensal: UTI e clínicas
Indicador monitorado por	NSP; profissional líder do protocolo; Comissão de Curativos, Setor de Qualidade; e Departamento de Enfermagem. Compartilhados através do Sistema de Informação Eletrônico Stratec® e Tasy®; de reunião mensal do NSP e em relatórios estatísticos disponibilizados nos setores assistenciais.	Enfermeiros da vigilância da UGRA, SEVISP.	Trimestral: demais áreas não têm indicador exclusivo de LPP, essa análise é feita trimestralmente pelo responsável da meta.
Divulgação dos resultados		Compartilhados por meio do <i>feedback</i> que a UGRA faz para as unidades que ocorreu o incidente, encaminhados a serviços e gerências.	Unidade de Internação, CC, Sala de recuperação pós anestésica, UTIs adulto, neopediatria, materno infantil, PA. Todos podem notificar e monitorar. Mas um grupo específico, devidamente treinado classifica e analisa o indicador.
NOME DO INDICADOR	14 DENSIDADE DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGÜÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CVC INTERNADOS EM UTI ADULTO		
Hospitais	H1	H2	H3
Objetivo ou Uso	Monitorado para identificar a ocorrência de IPCS que poderiam ser evitadas. Por ser um protocolo institucional que impacta no resultado estratégico da instituição.	Monitorado para identificar a presença de IPCS-CVC e propor à equipe assistencial que faça o monitoramento da inserção e da manutenção de CVC, para que possam ser identificadas as falhas dos processos envolvidos e propostas ações de melhoria, etapa do processo necessita intervenção.	Monitora o indicador de "Densidade de Infecção relacionada ao uso CVC". Monitorado para identificar como está a <i>performance</i> do setor considerando o protocolo institucional, bem como qual a intervenção.

	Evita agravos, tempo de permanência do paciente e óbito decorrente de infecção de corrente sanguínea.	uma vez que esta infecção é prevenível, se cada item do bundle de prevenção tiver 95% de adesão. Além de realizar a notificação obrigatória para a Secretaria Municipal de Saúde e para a EBSERH. A IPCS-CVC é uma infecção considerada 100% prevenível, desde que as medidas de prevenção sejam realizadas de forma sistemática. Importante, porque onde não há IPCS-CVC significa líderes presentes e comprometidos e equipes engajadas com a qualidade do cuidado. Considera-se a disponibilidade de insumos e recursos humanos necessários para os processos de trabalho.	Aponta oportunidades de melhorias para evitar a infecção. Existe um protocolo institucional com as orientações sobre como prevenir a infecção e um <i>bundle</i> de adesão com itens que são observados mensalmente, durante a avaliação do paciente pela equipe que realiza a auditoria. Importante, pois possibilita uma análise do nosso processo de trabalho.
Método de cálculo	Taxa de Densidade do Protocolo de Prevenção de ICVC: (Número de infecções relacionadas ao CVC) / (Número de cateter-dia período Mensal) * 1000	(Número de IPCS-CVC no mês) / (Número de paciente-dia com CVC no mês) * 1000	Número de infecções relacionadas ao dispositivo na UTI Denominador: total de dispositivos/dia Multiplicar o resultado por: 1000
Tipo ou unidade de medida	Incidência.		
Método de apuração do indicador	Relatório de revisão diária, <i>checklist</i> de implantação do cateter, prontuário e resultado de exames.	Diariamente é realizada busca ativa de IRAS, por meio dos resultados de culturas microbiológicas e uso de antimicrobianos, nesta são identificadas as IPCS-CVC de cada Unidade. Para definição das IRAS são utilizados os Critérios Diagnósticos da ANVISA de 2017. A equipe de enfermagem das UTIs, TMO, QT-AR e Hematopediatria coletam diariamente o nº de paciente-dia com CVC e enviam por e-mail para o SCIH, que calcula a densidade de incidência de IPCS-CVC.	As informações da quantidade e tempo de uso dos dispositivos estão no Tasy®. São avaliadas e validadas as possíveis infecções pela médica do controle de infecção. Os dados são obtidos por meio de relatório no sistema Tasy®, busca ativa e auditoria " <i>in loco</i> ".
Frequência	Mensal.		
Indicador monitorado por	Enfermeiros e médicos; SCIH; Gerente de Enfermagem; e Coordenação Médica de UTI. Monitorado por meio de visitas das enfermeiras do SCIH à beira do leito a fim de realizar a revisão diária dos cateteres.	Equipe do SCIH, que faz parte do SEVIS. Os casos são discutidos com as equipes de assistência antes de seu fechamento, compartilhando os achados com a supervisão da área.	Equipe do SCIH, os enfermeiros e médicos do serviço de controle de infecção que compartilham os achados com a supervisão da área.

Divulgação dos resultados	Compartilhados no Sistema de Gestão (Stratec®), reunião mensal entre SCIH e Gestores da UTI.	Compartilhados via publicação no Power BI e envio mensal às respectivas Chefias de Unidades, Chefias Médicas e Chefia de Enfermagem. Eventualmente em reuniões com as especialidades	Compartilhados com a supervisão da UTI e cada caso é analisado separadamente (Supervisão, enfermeiro e médico) e verificam-se oportunidades de implantar melhorias no processo.
NOME DO INDICADOR	15 DENSIDADE DE ITU ASSOCIADA AO CVD EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI		
Hospitais	H1	H2	H3
Objetivo ou Uso	Monitorado para evitar infecções do trato urinário que poderiam ser evitadas, bem como garantir o tempo adequado do uso de cateter vesical demora. Identifica se a equipe retirou a SVD no tempo certo e se houve adesão ao protocolo.	Monitorado para identificar a presença de ITU-CVD e propor à equipe assistencial que faça o monitoramento da inserção e da manutenção de CVD, para que possam ser identificadas as falhas dos processos envolvidos e propostas ações de melhoria, uma vez que esta infecção é prevenível, se cada item do <i>bundle</i> de prevenção tiver 95% de adesão. Além de realizar a notificação obrigatória para a Secretaria Municipal de Saúde e para a EBSERH. O indicador é importante, da mesma forma que as outras infecções preveníveis, a ausência desta infecção mostra que a Unidade tem líderes comprometidos, equipe engajada e estrutura adequada para que todas as ações de prevenção possam ser realizadas de forma sistemática.	Monitorado para avaliar como está o desempenho referente ao controle de infecção do trato urinário. É importante, pois favorece uma avaliação do processo de trabalho.
Método de cálculo	(Número de infecções relacionadas ao cateter SVD sintomáticas ou assintomáticas) / (Número de cateter-dia no período Mensal) * 100	(Número de ITU-CVD do mês) / (Somatório do Número de paciente-dia com CVD no mês) * 1000	(Número de infecções relacionadas ao dispositivo urinário em UTI) / (Total de dispositivos urinários/dia em UTI) * 1000
Tipo ou unidade de medida	Incidência.	Densidade de Incidência. Taxa x 1000	Taxa.

Método de apuração do indicador	Prontuários e relatórios do SCIH, relativos à busca ativa de dados SCIH de Infecções Relacionadas ao Tasy®, laboratoriais. Os dados são obtidos em relatórios das revisões diárias e por meio de resultados de exames. É microbiológicas e uso de antimicrobianos e monitorado por meio de visitas de enfermeiros do SCIH para realizar a revisão diária da SVD, em todas as unidades.	Diariamente é realizada a busca ativa pelo SCIH de Infecções Relacionadas ao Tasy®, Assistência à Saúde (IRAS), na qual são sendo gerada a fórmula. É realizada a auditoria do setor/paciente utilizando o Bundle como referência. São avaliadas e validadas as possíveis infecções pela médica do controle de infecção.	As informações da quantidade e tempo de
Frequência		Mensal.	
Indicador monitorado por	Monitorado por enfermeiras do SCIH e Gerente de enfermagem.	Monitorado pelo SCIH, que faz parte da Unidade de Vigilância em Saúde/SEVISP/GAS.	Monitorado pelo SCIH, enfermeiros e médica deste serviço compartilham os achados com a supervisão.
Divulgação dos resultados	Compartilhados pelo Sistema de Informação Eletrônico Stratec®; e reunião mensal entre SCIH, Gerente de Enfermagem e Coordenação Médica da UTI.	Compartilhados por meio de documento gerado no Power BI e publicado na intranet, enviado por e-mail para as respectivas Chefias de Unidade, Chefias Médicas e Chefias de Enfermagem.	Compartilhados com a supervisão do UTI e equipe do setor, sendo analisado cada caso e verificadas oportunidades de implantação melhorias no processo. Disponibilizados por meio do BSC, painel de gestão à vista, reunião com as lideranças do hospital e reunião setorial.
NOME DO INDICADOR	16 REAÇÃO TRANSFUSIONAL GRAUS II, III, IV		
Hospitais	H1	H2	H3
Objetivo ou Uso	Monitorado para processo de melhoria contínua, bem como para atender à legislação vigente. O indicador possibilita um atendimento excelência aos pacientes.	Monitorado, pois reações transfusionais graves podem (e frequentemente estão) associadas a erros humanos, seja na indicação, na coleta e identificação amostra pré-transfusional, no processamento na Agência Transfusional na administração do hemocomponente. É uma obrigação legal de acordo com as normas técnicas de procedimentos hemoterápicos, de acordo com as recomendações de boas práticas e de acordo com o Guia para Hemovigilância no Brasil.	Monitora indicador de "Incidência de reação transfusional". Monitorado para identificar a assertividade da equipe, para identificar melhorias no processo de transfusão garantindo a segurança do processo. O indicador é importante, pois permite avaliar os casos de reação transfusional considerados inerentes ao paciente ou falhas nas etapas do processo.

Método de cálculo	1. Taxa de reação transfusional grau II: (Número de reações transfusionais de grau II em pacientes internados no hospital) / (Número total de unidades transfundidas no período) * 100. 2. Taxa de reação transfusional grau III: (Número de reações transfusionais de grau III em pacientes internados no hospital) / (Número total de unidades transfundidas no período) * 100. 3. Taxa de reação transfusional grau IV: (Número de reações transfusionais de grau IV em pacientes internados no hospital) / (Número total de unidades transfundidas no período) * 100. Obs: incluem-se as transfusões de sangue realizadas fora do hospital, mas sob a responsabilidade do mesmo.			(Número total de reações transfusões) * 1000 transfusões	(Número de reações transfusionais) / (Número de hemocomponentes transfundidos) * 100
Tipo ou unidade de medida	Taxa * 100.		Taxa de Reações Transfusionais * 1000.	Taxa * 100.	
Método de apuração do indicador	Coleta e origem dos dados: prontuários, fichas de notificação de incidentes, relatórios de notificações à ANVISA, relatórios e fichas de investigação de reações transfusionais.			Fichas de notificação, preenchidas pela equipe assistente de cada paciente. A reação é avaliada pelo hemoterapeuta, que então a classifica de acordo com a gravidade. Os dados são obtidos por meio da avaliação da ficha de reação transfusional preenchida, marco conceitual de hemovigilância, análise de prontuário médico. A avaliação do hemoterapeuta é colocada em uma planilha de reações transfusionais e disponibilizada para consulta pela comunidade hospitalar. Além disso, o <i>feedback</i> é levado às clínicas (uma cópia da ficha de avaliação) e as reações graus 3 e 4 são reportadas à ANVISA via Notivisa.	
Frequência	Semestral.		Anual.	Mensal.	
Indicador monitorado por	Responsável Técnico e Bioquímicos. Notificações de eventos; Agência Transfusional; Comitê Transfusional e Vigilância Sanitária; através das notificações e acompanhamento das ações implantadas, quando necessário.			Enfermeira do Comitê Transfusional.	Enfermeira da Agência Transfusional.

Divulgação dos resultados	Compartilhados pelo Comitê Transfusional em reuniões às áreas do Hemonúcleo, Enfermagem Médica, e pela Responsável Técnica Bioquímicos.	Compartilhados no Comitê Transfusional, no Núcleo de Segurança do Paciente, na planilha disponível na intranet e por meio do prontuário.	Compartilhados no Tasy® para todos os colaboradores, no painel de gestão à vista do setor, apresentados nas reuniões do comitê transfusional, e nas reuniões setoriais.
NOME DO INDICADOR	17 REAÇÕES HEMOLÍTICAS POR INCOMPATIBILIDADE SANGÜÍNEA		
Hospitais	H1	H2	H3
Objetivo ou Uso	Monitorado, pois todas as reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea devem ser acompanhadas e notificadas, conforme previsto na legislação. Possibilita a avaliação do atendimento com excelência e segurança aos pacientes.	Monitorado porque indica falhas grosseiras no processo, e é uma das reações potencialmente muito graves. Além disso, é uma obrigação legal conforme as normas técnicas em hemoterapia. Importante, pois indica erro humano - ou seja, a melhoria no indicador está atrelada à melhoria da assistência.	Não monitorado como um indicador específico por ser raro. É um incidente monitorado dentro do indicador de "reação transfusional graus II, III e IV". É um indicador importante, porque trata-se de uma reação grave que pode causar a morte, as causas devem ser discutidas e caso sejam identificadas, oportunidades de melhorias serão avaliadas e aplicadas.
Método de cálculo	(Número de reações hemolíticas à transfusão de sangue resultantes de incompatibilidade ABO/Rh) / (Total de unidades transfundidas) * 100.	(Número de reações por incompatibilidade ABO) / (Número de CH transfundidas no período) * 1000 transfusões.	
Tipo ou unidade de medida	Taxa *100.	Taxa *1000.	
Método de apuração do indicador	Dados são obtidos no Sistema de Informação Eletrônico Tasy® e por notificações de evento.	Por meio da avaliação de 100% das notificações de reação transfusional. Avaliação de ficha de notificação de reação transfusional, avaliação de amostras pré e pós transfusional e análise de não conformidade.	
Frequência	Mensal.	Anual.	
Indicador monitorado por	Agência Transfusional.	Enfermeira do Comitê Transfusional.	
Divulgação dos resultados	Compartilhados pelo Comitê Transfusional, em reuniões, e pela Responsável Técnica Bioquímicos.	Compartilhados pela planilha de reações transfusionais e ficha devolvida no prontuário do paciente, no Núcleo de Segurança do Paciente e no Comitê Transfusional.	
NOME DO INDICADOR	18 SATISFAÇÃO DO PACIENTE		
Hospitais	H1	H2	H3

Objetivo ou Uso	Monitorado, para avaliar se atende às expectativas dos pacientes e identifica oportunidades de melhorias.	Monitorado, para avaliação contínua de eventuais melhorias. A última avaliação foi feita em 2019 através de uma pesquisa já formulada pela Sede/Ebserh com o preenchimento de um questionário em um tablet, portanto todo levantamento dos resultados foi feito pela Sede/Ebserh através do Power BI®.	Monitorado, para medir a satisfação dos pacientes e para oportunizar melhorias contínuas, considerando a visão do cliente. Retrata a realidade, demonstrando situações importantes para serem trabalhadas e reforça, através dos elogios, o trabalho executado pelas equipes.
Método de cálculo	(Número de pacientes que responderam afirmativamente a questões que mensuram dimensões específicas da centralidade no cuidado) / (Número de pacientes que responderam a questões que mensuram dimensões específicas da centralidade no cuidado) * 100. O indicador é estruturado de forma que o hospital realiza pesquisa de satisfação, na qual o paciente responde algumas perguntas, dentre elas se retornaria ou indicaria o hospital. Obs: são consideradas respostas afirmativas: a) Resposta 'sim' quando houver duas opções como 'sim' e 'não'; b) a somatória de 'concordo parcialmente e concordo totalmente', no caso de uso de escala Likert.	É configurado de tal forma que se identifica o perfil do usuário (idade, sexo, especialidade) em que se consulta, seu nível de satisfação e indicação da instituição. NPS = (% clientes promotores) – (% clientes detratores) - Clientes promotores: notas 9 e 10 - Clientes detratores: notas de 0 a 6 - Clientes passivos: notas 7 ou 8, não são considerados. Utiliza-se a ferramenta tecnológica <i>Tracksale</i> , que facilita o uso do NPS.	Métrica <i>Net Promoter Score (NPS)</i> pergunta-se ao cliente “de 0 a 10, o quanto você indicaria nosso hospital aos amigos?” NPS = (% clientes promotores) – (% clientes detratores) - Clientes promotores: notas 9 e 10 - Clientes detratores: notas de 0 a 6 - Clientes passivos: notas 7 ou 8, não são considerados. Utiliza-se a ferramenta tecnológica <i>Tracksale</i> , que facilita o uso do NPS.
Tipo ou unidade de medida	Taxa.	Percentual.	Taxa.
Método de apuração do indicador	Pesquisa de satisfação aplicada sistematicamente por meio de questionário específico validado. Os dados são coletados por meio de totens de atendimento, visitas pelo Concierge e Coordenador noturno (Tablet).	Entrevistas presenciais e virtuais. O método de coleta de dados para a obtenção deste indicador não é o mais adequado, pois como a entrevista é direta não é possível identificar plena liberdade de relação ao paciente no momento da resposta. O paciente sente-se induzido a avaliar de maneira positiva.	Dados são coletados diariamente mediante a Metodologia NPS. É aplicado um questionário no qual o paciente responde em uma escala objetiva de 0 à 10, à seguinte pergunta: 1) o quanto ficou satisfeito.
Frequência	Mensal, com análise de relatórios de resultados e análises estratificadas, por setor de atendimento.	Continuamente e apresentados a cada dois meses como determinam critérios de contratualização hospitalar.	Aplicação diária. Compilação e divulgação mensal.
Indicador monitorado por	Gerente responsável pelo Serviço de Atendimento ao Consumidor.	Ouvidoria do hospital.	Assistente de SAC, pelo Setor de Serviço de Atendimento ao Consumidor.

Divulgação dos resultados	Compartilhados relatórios gerados no Sistema de Informação Eletrônico Strateco® aos Gerentes dos Setores. Eventualmente, divulga-se na mídia matéria sobre satisfação.	Compartilhados no site da instituição.	Compartilhados por e-mail e folder (presencial). Todos os setores assistenciais e de apoio recebem e-mail, mensal, com o seu desempenho; bem como um resumo com os boletins gerados e o NPS. Divulgam-se periodicamente nas reuniões de Liderança e, no Comitê de Experiência do Paciente.
NOME DO INDICADOR	19 CIRURGIAS CANCELADAS NO DIA AGENDADO		
Hospitais	H1	H2	H3
Objetivo ou Uso	Monitorado para levantamento de causas de cancelamento.	Monitorado para avaliar quais são os motivos de cancelamento das cirurgias, e a partir disso propor melhorias nos processos, com a finalidade de reduzir o Número de cancelamentos cirúrgicos. Para divulgar às equipes os números, e para proporcionar informações. Importante para avaliar desperdícios de esterilização de materiais, retrabalho da equipe, no qual muitas vezes a sala de cirurgia é organizada conforme o procedimento agendado, e por diversas vezes o CC não é comunicado com antecedência do cancelamento, gerando ociosidade de sala e equipe de enfermagem da anestesiologia. O cancelamento é inoportuno para a instituição e para o paciente. Além de aumentar os custos hospitalares, diminui também a credibilidade. É importante também por indicar falhas levaram à sub-utilização de salas cirúrgicas, com consequente prejuízo a pacientes que estão aguardando por procedimentos em fila e na maior parte das vezes já se encontram internados na instituição.	Monitorado até 2020, mas na revisão dos indicadores para 2021 optou-se por não seguir monitorando, pelos motivos: o volume de cancelamentos não se dava por dificuldades operacionais do CC, para as quais fossem julgadas necessárias intervenções. Ex: os cancelamentos do hospital não estavam relacionados com materiais, de equipamentos, equipe ou sala. Grande parte dos cancelamentos estavam relacionados com alteração da agenda do cirurgião, e neste conceito muitos procedimentos eram remarcados. Havia dificuldades no monitoramento deste indicador, pois o relatório com as informações era bastante manual, o que exigia análise detalhada e bastante trabalhosa.
Método de cálculo	(Número de cirurgias eletivas suspensas no dia agendado, em determinado período) / (Número de cirurgias agendadas no período) * 100.	Não foi informado.	É importante monitorar este indicador quando o volume de cancelamentos se relaciona com dificuldades operacionais e de planejamento da agenda cirúrgica. E para a implantação do monitoramento, é necessário rever a deliberação, reconhecer se há benefícios para operação do CC

Tipo ou unidade de medida	Taxa.	Taxa.	neste monitoramento e se concluir que sim: rever coleta da informação.
Método de apuração do indicador	Dados obtidos em notificações de eventos; Sistema de Informação Eletrônico Tasy® e Stratec®. Equipe assistencial informa justificativa no (Depende do motivo, ex: falta de órtese, prótese especial (OPME), notificado gestão OPME).	Através de sistema informatizado (SIH). Equipe assistencial informa justificativa no sistema SIH. Dados obtidos diariamente, em avisos de cirurgia, registros no sistema da situação diária, motivos para o cancelamento. O dado é obtido através de planilha pelo CC ambulatorial, através dos registros em avisos de cirurgias. Há uma planilha alimentada diariamente, acessível a todos os colaboradores, em uma pasta compartilhada no sistema. Acesso via rede informatizada, dentro das dependências da instituição. Confronto entre dados de mapa cirúrgico, realocações de procedimentos e eventuais cancelamentos de cirurgias agendadas.	
Frequência		Mensal.	
Indicador monitorado por	Gerente de Divisão, pelos blocos operatórios.	Técnico administrativo e enfermeira da Unidade de CC, com uso de planilhas no programa Excel®. O CO não monitora este indicador porque não há cirurgias eletivas, pois há partos e cesarianas que acontecem de forma emergenciada. Não há mapa cirúrgico, pois não é um centro cirúrgico. Não há acompanhamento deste indicador pela UGRA. Equipe administrativa do CC e chefia da referida unidade.	
Divulgação dos resultados	As informações são compartilhadas por estatística mensal, via e-mail a todas as divisões, pelo Setor da Qualidade.	Os dados do CC e no CCA quanto ao número e motivo de cancelamentos de cirurgias são compartilhados a todas as unidades em forma de relatório às equipes, publicizado na intranet, mas é preciso melhorar a forma de monitorar.	

20 RECOMENDAÇÃO DO HOSPITAL PELO PACIENTE			
NOME DO INDICADOR	H1	H2	H3
Hospitais			
Objetivo ou Uso	Monitorado, para avaliar se o hospital atende às expectativas e à satisfação dos pacientes.	Monitorado, pelo setor de Comunicação, pois é com base no retorno do paciente, seja positivo, negativo ou neutro, que consegue avaliar a percepção dele em relação à imagem que tem do hospital, bem como do atendimento que recebeu. O monitoramento funciona como um termômetro para verificar o clima entre paciente X hospital, embasando ações de manutenção, fortalecimento ou melhorias no ensino, pesquisa e na assistência. As informações que são monitoradas pela Unidade de comunicação não são periféricas, mas auxiliam na avaliação da efetividade assistencial porque correspondem à manifestação (do paciente). Monitorado pela Ouvidoria, para melhoria contínua dos processos dos serviços e da Instituição.	Monitorado, o indicador “Fidelização do Cliente”; com o objetivo de entender a fidelização dos usuários dos serviços da instituição. É um indicador importante, pois indica a credibilidade da instituição, do ponto de vista do paciente. A pergunta se refere a indicar o serviço e a instituição para amigos e familiares.
Método de cálculo	(Número de pacientes que responderam afirmativamente a questões sobre a recomendação do hospital sobre aspectos da estrutura, processos e resultado no período) / (Número de pacientes respondentes no período) * 100. O indicador é estruturado com pergunta ao paciente se este confia na instituição, a ponto de recomendar o serviço.	<i>Social Media Monitoring</i> é uma função da comunicação, responsável pela gestão de redes sociais (e canais <i>online</i>), sendo responsável pela interação, engajamento e administração de satisfação e insatisfação do usuário. Adotou-se essa estratégia para auxiliar na rápida solução de reclamações. Funciona como um “SAC”, a fim de entender a demanda, buscar a solução/resposta para orientação, responder. São produzidos relatórios das redes sociais e de monitoramento do Setor de Comunicação, realizado por meio de coleta diária, acompanhando manifestações em cada ponto dessas redes.	Métrica adaptada do <i>Net Promoter Score (NPS)</i> pergunta-se ao cliente “de 0 a 10, o quanto você indicaria nosso hospital aos amigos? E o quanto você ficou satisfeito?” NPS = (% clientes promotores) – (% clientes detratores) - clientes promotores: notas 9 e 10 - clientes detratores: notas de 0 a 6 - clientes passivos: notas 7 ou 8, não são considerados.

		Também se observa isso nas outras atividades: clipagem (monitoramento de notícias em tempo real sobre a instituição); assessoria de imprensa; <i>email</i>. Os relatórios das redes sociais dão inúmeras possibilidades, mas não faz um acompanhamento qualitativo, e esse é feito em formulário próprio. Ouvidoria: Através de formulário específico, com perguntas que viabilizam a estratificação do respondente, qualificação da instituição e recomendação ou não da mesma.	
Tipo ou unidade de medida	Taxa.	<u>Comunicação:</u> análises qualitativas e quantitativas. <u>Ouvidoria:</u> Percentual de respostas estratificadas do questionário.	Taxa.
Método de apuração do indicador	Os dados são obtidos por totens espalhados pelo hospital, por pesquisas setorizadas, que são realizadas pela <i>Concierge</i> ; e pelo Coordenador Noturno, com registros no <i>tablet</i> . É gerado um relatório mensal nos Sistemas de Informação Eletrônicos com os resultados, os quais são estratificados e encaminhados para os setores de atendimento.	No Setor de Comunicação: dados obtidos através de levantamento diário, em mensagens recebidas por e-mail, em redes sociais e notícias - a fim de filtrar situações que devem ser relatadas (positivas e negativas) pela comunicação. O paciente ou familiar manifesta-se nos canais que monitoramos como uma forma final de acessar ao hospital: para publicizar seu descontentamento. Na Ouvidoria: são realizadas pesquisas contínuas, com entrevistas pessoais, presenciais e/ou virtuais através de formulário específico.	Os dados são obtidos pela assistente de SAC, pela metodologia NPS, que classifica os clientes, avalia-se a sua fidelidade e satisfação, e o quanto o hospital é recomendado para familiares e amigos.
Frequência	Mensal.	Comunicação acompanhamento diário, relatórios mensais.	Aplicação diária. Compilação e divulgação mensal.
Indicador monitorado por	Gerente do Serviço de Atendimento ao Usuário, do setor de Serviço de Atendimento ao Usuário.	<u>Comunicação:</u> monitora as redes sociais, notícias e e-mail da unidade.	Sector de Atendimento a Comunicação (SAC).
Divulgação dos resultados	Compartilhados em relatórios gerados no Sistema de Informação Eletrônico Stratec® estratificados e enviados aos Gerentes dos setores, oportunizando o planejamento de ações para questões	<u>Comunicação:</u> compartilhadas informações qualitativas em relatório mensal enviado às unidades e na Ouvidoria, pelo site.	Compartilhados em e-mail para as áreas assistenciais e de apoio; e folder (presencial).

	encontradas como oportunidade de melhorias. Eventualmente, realiza-se matéria para divulgação da satisfação.			Disponível para a Direção mensalmente no <i>dashboard</i> de indicadores estratégicos, apresentados nas reuniões de Liderança e no Comitê de Experiência do Paciente.
NOME DO INDICADOR	21 ENVOLVIMENTO DO PACIENTE PELO PRÓPRIO CUIDADO			
Hospitais	H1	H2	H3	
Objetivo ou Uso	Não monitora.	Não monitora.	Não monitora.	
Método de cálculo	Mas iniciou o acompanhamento e desenvolvimento da experiência do paciente. A maior dificuldade está em identificar elementos que avaliem o HCAHPS na qual aparecem algumas	Uma dificuldade para seu monitoramento que avaliem o HCAHPS na qual aparecem algumas	No entanto, é realizada uma pesquisa	
Tipo ou unidade de medida	relaciona-se à formação e envolvimento dos profissionais no incentivo aos pacientes acuidado, contemplando as ações da equipe paciente, que serve de subsídio para	envolvimento do paciente com o próprio perguntas relacionadas ao cuidado do	perguntas relacionadas ao cuidado do	
Método de apuração do indicador	autocuidado; bem como na promoção de multiprofissional.	do multiprofissional.	paciente, que serve de subsídio para	
Frequência	mudanças de atitude, para atingir melhores resultados assistenciais.	Além de exigir o engajamento de todos da organização para a sua implantação, o que	trabalhar as melhorias importantes para o	
Indicador monitorado por	O monitoramento deste indicador é útil, para redução de incidentes, com ações como orientação	organização para a sua implantação, o que implica em uma mudança na forma de atuação de toda a equipe multiprofissional.	autocuidado. As perguntas que são	
Divulgação dos resultados	de pacientes e seus familiares sobre o plano de cuidados, e oferecimento de informações sobre como podem auxiliar na redução de riscos, e no tratamento. O indicador viabiliza a melhoria da comunicação entre os profissionais e pacientes pois pacientes orientados sobre sua condição contribuem para melhoria dos resultados assistenciais.	Para seu monitoramento é necessário em melhorar a visão dos trabalhadores em de pacientes. Destaca-se que há muitas especialidades e serviços, uns mais abertos a mudanças. Faz-se necessário um estudo preliminar em quais especialidades esse indicador seria mais útil, e talvez começar por estes serviços.	• Durante esta internação, com que frequência o pessoal de enfermagem/médico lhe explicou as coisas que conseguiu entender? () Nunca () Algumas vezes () Habitualmente	
	Para seu monitoramento o hospital precisaria realizar pesquisa de experiência do paciente, encorajar um papel mais proativo do paciente seu próprio cuidado e segurança, assim como a realização de cartilhas explicativas sobre diagnósticos, orientações de prevenção e reabilitação.	É importante de ser monitorado, uma vez que o envolvimento do paciente no próprio cuidado aumenta a efetividade assistencial. Ajustando a métrica utilizada para monitorar este indicador é possível mensurar sem aumentar o trabalho da equipe, considerando que envolver o paciente com seu próprio cuidado deve ser inerente ao processo de cuidar humano. No entanto, é preciso sensibilizar os profissionais e sistematizar/protocolar esta prática. Todavia, outra participante afirmou que	• Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender? () Nunca () Algumas vezes () Habitualmente	
				paciente com próprio cuidado ou como medir.

	para o monitoramento de indicadores. É um indicador importante, uma vez que questiona-se a relevância de ser um auxílio na melhoria dos processos indicador priorizado no momento no hospital assistenciais e desfechos clínicos. Colocar ênfase nos pacientes para Para monitorar este indicador é necessário desenvolver ou compartilhar dos cuidados a definição do que medir. seria ótimo, mas às vezes o processo demanda muito das equipes e esse tempo poderia ser usado em ação em si. Para monitorar este indicador é necessário identificar dentre as diferentes práticas institucionais critérios que confirmem o envolvimento dos pacientes em seu próprio cuidado para estimular esta prática; realizar um trabalho multiprofissional; implantar a Diretriz da Clínica Ampliada da Política Nacional de Humanização e talvez um realinhamento assistencial, com processos menos complicados, que exigem muito das equipes.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores ambientais intervenientes no monitoramento de indicadores de efetividade em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

Pesquisador: LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20084819.8.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.598.996

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa intitulado "Fatores ambientais intervenientes no monitoramento de indicadores de efetividade em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente", de autoria da Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, tendo a participação da doutoranda Alexandra Lunardon Silvestre, vinculado à linha de pesquisa "Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

No projeto de pesquisa está prevista a participação de 20 profissionais indicados pela gestão, capazes de responder sobre características do ambiente interno e externo operacional do hospital em que trabalha, bem como sobre indicadores de efetividade assistencial nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente monitorados de quatro instituições coparticipantes, sendo: 1) Complexo Hospital de Clínicas UFPR (Curitiba/PR), 2) Hospital Santa Cruz (Curitiba/PR), 3) Hospital Ministro Costa Cavalcanti (Foz do Iguaçu/PR) e 4) Hospital Santa Catarina (Blumenau/SC).

Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa serão: ser gerente ou representante de um destes setores: setor de qualidade assistencial, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Gerência de riscos assistenciais, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), do Serviço de Atendimento ao Consumidor ou Ouvidoria (SAC), do Setor de Planejamento.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



O período de realização da pesquisa se estenderá de dezembro de 2019 a outubro de 2021.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Explicitar os fatores do ambiente interno e externo operacional que contribuem para o monitoramento (elegibilidade e aplicabilidade) de indicadores de efetividade assistencial em hospitais, nas dimensões segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar fatores que caracterizem o ambiente interno e externo operacional dos hospitais pesquisados.

Identificar os indicadores de efetividade assistencial monitorados no hospital e suas características (ficha técnica).

Explicitar as estratégias para monitorar os indicadores de efetividade nos hospitais analisados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, a pesquisadora reconhece a possibilidade da ocorrência de constrangimento aos participantes da pesquisa, "ao responderem as perguntas da entrevista. Neste caso, será reiterada a informação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre sua possibilidade de desistência do estudo em qualquer momento da pesquisa, sem necessidade de justificativa por parte do participante da pesquisa, se assim desejar.

Ressalta-se que os entrevistados e os locais da pesquisa serão codificados, não sendo divulgados seus nomes."

Os benefícios oriundos desta pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular. Esta pesquisa trará contribuições para a ciência, sociedade e para o participante da pesquisa, a saber:

a) Em relação a ciência: esta pesquisa possibilitará elencar e compreender os fatores internos e externos operacionais que influenciam o monitoramento (aplicabilidade e elegibilidade) de indicadores de efetividade assistencial, bem como as estratégias utilizadas pelos hospitais. Também pretende-se divulgar os resultados desta pesquisa em eventos da área da saúde, Enfermagem e gestão, bem como artigos científicos em periódicos especializados da área saúde e de gestão.

b) Em relação a sociedade: os resultados contribuirão para um diagnóstico de aplicabilidade e elegibilidade de indicadores de efetividade assistencial hospitalar, bem como as estratégias utilizadas por hospitais para sua utilização, o que será útil para gestores, profissionais e usuários

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.598.996

dos serviços de saúde. Além de beneficiar a gestão de hospitais, e os próprios pacientes receptores dos cuidados de saúde, resultados deste estudo poderão ser utilizados pelos órgãos de saúde governamentais e agências privadas (operadoras, organizações acreditadoras, associações hospitalares) visando ao planejamento, avaliação e monitoramento da qualidade da assistência hospitalar.

c) Em relação ao participante da pesquisa: esta pesquisa possibilitará aos participantes refletirem sobre o monitoramento de indicadores de efetividade no seu hospital, bem como permitirá a comparabilidade entre setores internos e externos à instituição. Ressalta-se que os participantes também poderão acessar a conclusão deste estudo e obter estratégias de outras instituições que participaram da pesquisa, nos seus processos de gestão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem redigido, prevendo a realização de estudo de caso múltiplo, de natureza descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, devidamente esclarecidos e justificados pela pesquisadora. Destaca-se a abordagem teórica e metodológica, os antecedentes científicos e a casuística apresentados no projeto, aspectos que viabilizam o desenvolvimento da pesquisa.

Conforme consta no projeto, "no que concerne aos princípios éticos, serão respeitados os direitos dos participantes da pesquisa. A identificação dos participantes e dos hospitais estudados será realizada mediante códigos, não acarretando em malefícios e prejuízos monetários e morais".

Os dados da pesquisa serão obtidos mediante a realização de pesquisa semiestruturada, a ser gravada e transcrita, contando com a aplicação de instrumento construído pela pesquisa e anexado ao projeto, com a duração prevista de uma hora, e deverá acontecer nas dependências da instituição hospitalar em que o participante da pesquisa trabalha, em local, data e horário de sua escolha.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos documentos foram apresentados, destacando-se a totalidade das cartas de concordância das instituições co-participantes e dos serviços envolvidos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende os indicativos de aprovação.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1356306.pdf	03/09/2019 08:22:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_TCLE.docx	03/09/2019 08:16:23	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	03/09/2019 08:08:53	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Outros	checklist.pdf	02/09/2019 10:20:19	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_dos_servicos_envolvidos_CHC_superintendencia.pdf	30/08/2019 22:07:04	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.598.996

Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_do_diretor_de_ensino_e_pesquisa_do_CHC_UFPR.pdf	30/08/2019 21:39:53	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_dos_servicos_envolvidos_hospital_ministro_costa_cavalcanti.pdf	30/08/2019 21:30:44	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_da_instituicao_coparticipante_hospital_ministro_costa_cavalcanti.pdf	30/08/2019 21:28:56	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_guarda_de_dados_da_pesquisa.pdf	29/08/2019 16:28:42	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_compromissos_da_equipe_de_pesquisa.pdf	29/08/2019 16:23:29	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_da_instituicao_coparticipante_hospital_santa_cruz.pdf	29/08/2019 16:04:59	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_da_instituicao_coparticipante_hospital_santa_catarina.pdf	29/08/2019 16:01:43	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_dos_servicos_envolvidos_hospital_santa_cruz.pdf	29/08/2019 15:54:20	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_dos_servicos_envolvidos_hospital_santa_catarina.pdf	29/08/2019 15:51:32	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_dos_servicos_envolvidos_CHC_unidade_vigilancia_em_saude.pdf	29/08/2019 15:49:00	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_dos_servicos_envolvidos_CHC_setor_planejamento.pdf	29/08/2019 15:46:34	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_dos_servicos_envolvidos_CHC_unidade_de_gestao_de_riscos_as_sistemicas.pdf	29/08/2019 13:11:39	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	analise_de_merito_cientifico_a_ser_certificado_pelo_pesquisador.pdf	29/08/2019 12:59:26	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	29/08/2019 12:51:45	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_CEP.pdf	29/08/2019 12:49:26	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/08/2019 12:37:52	ALEXANDRA LUNARDON	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.598.996

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/08/2019 12:37:52	SILVESTRE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 25 de Setembro de 2019

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores ambientais intervenientes no monitoramento de indicadores de efetividade em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

Pesquisador: LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20084819.8.3001.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.183.499

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores: "Trata-se do projeto de pesquisa intitulado "Fatores ambientais intervenientes no monitoramento de indicadores de efetividade em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente", de autoria da Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, tendo a participação da doutoranda Alexandra Lunardon Silvestre, vinculado à linha de pesquisa "Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. No projeto de pesquisa está prevista a participação de 20 profissionais indicados pela gestão, capazes de responder sobre características do ambiente interno e externo operacional do hospital em que trabalha, bem como sobre indicadores de efetividade assistencial nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente monitorados de quatro instituições coparticipantes, sendo: 1) Complexo Hospital de Clínicas UFPR (Curitiba/PR), 2) Hospital Santa Cruz (Curitiba/PR), 3) Hospital Ministro Costa Cavalcanti (Foz do Iguaçu/PR) e 4) Hospital Santa Catarina (Blumenau/SC).

Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa serão: ser gerente ou representante de um destes setores: setor de qualidade assistencial, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Gerência de riscos assistenciais, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), do Serviço de Atendimento ao

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181	CEP: 80.060-900
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041	Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.183.499

realização da pesquisa se estenderá de dezembro de 2019 a outubro de 2021.*

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Explicitar os fatores do ambiente interno e externo operacional que contribuem para o monitoramento (elegibilidade e aplicabilidade) de indicadores de efetividade assistencial em hospitais, nas dimensões segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar fatores que caracterizem o ambiente interno e externo operacional dos hospitais pesquisados.

Identificar os indicadores de efetividade assistencial monitorados no hospital e suas características (ficha técnica).

Explicitar as estratégias para monitorar os indicadores de efetividade nos hospitais analisados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, a pesquisadora reconhece a possibilidade da ocorrência de constrangimento aos participantes da pesquisa, "ao responderem as perguntas da entrevista. Neste caso, será reiterada a informação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre sua possibilidade de desistência do estudo em qualquer momento da pesquisa, sem necessidade de justificativa por parte do participante da pesquisa, se assim desejar.

Ressalta-se que os entrevistados e os locais da pesquisa serão codificados, não sendo divulgados seus nomes."

Os benefícios oriundos desta pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular. Esta pesquisa trará contribuições para a ciência, sociedade e para o participante da pesquisa, a saber:

- a) Em relação a ciência: esta pesquisa possibilitará elencar e compreender os fatores internos e externos operacionais que influenciam o monitoramento (aplicabilidade e elegibilidade) de indicadores de efetividade assistencial, bem como as estratégias utilizadas pelos hospitais. Também pretende-se divulgar os resultados desta pesquisa em eventos da área da saúde, Enfermagem e gestão, bem como artigos científicos em periódicos especializados da área saúde e de gestão.
- b) Em relação a sociedade: os resultados contribuirão para um diagnóstico de aplicabilidade e elegibilidade de indicadores de efetividade assistencial hospitalar, bem como as estratégias utilizadas por hospitais para sua utilização, o que será útil para gestores, profissionais e usuários

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer nº 182.488

dos serviços de saúde. Além de beneficiar a gestão de hospitais, e os próprios pacientes receptores dos cuidados de saúde, resultados deste estudo poderão ser utilizados pelos órgãos de saúde governamentais e agências privadas (operadoras, organizações acreditadoras, associações hospitalares) visando ao planejamento, avaliação e monitoramento da qualidade da assistência hospitalar.

c) Em relação ao participante da pesquisa: esta pesquisa possibilitará aos participantes refletirem sobre o monitoramento de indicadores de efetividade no seu hospital, bem como permitirá a comparabilidade entre setores internos e externos à instituição. Ressalta-se que os participantes também poderão acessar a conclusão deste estudo e obter estratégias de outras instituições que participaram da pesquisa, nos seus processos de gestão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda com a seguinte solicitação dos autores: Alterações na etapa de coleta de dados na metodologia, referentes a: substituição de entrevistas semiestruturadas, para entrevistas realizadas por videoconferências orientadas para os conteúdos dos instrumentos (Parte 1, Parte 2, ou Parte 3), que serão gravadas sob autorização dos entrevistados; b) aplicação de formulários online via plataforma Google

Formulário; e c) alteração no cronograma da pesquisa.No documento projeto detalhado da emenda foi alterado em relação ao projeto original: a) em relação à coleta de dados, as entrevistas presenciais foram substituídas por entrevistas viabilizadas por videoconferência, tais entrevistas serão orientadas pelos conteúdos dos questionários da Parte I, Parte II e Parte III; b), e serão gravadas sob autorização dos entrevistados; os formulários (questionário da Parte I, Parte II e Parte III), serão disponibilizados online, via plataforma Google Formulário; e o cronograma da pesquisa também foi alterado.

No TCLE serão realizadas as seguintes alterações: "b) Caso o(a) senhor(a) participe da pesquisa, será realizada uma entrevista viabilizada por videoconferência, de aproximadamente uma (01) hora de duração.

c) A entrevista ocorrerá por videoconferência em local, data e horário de sua escolha, gravada e posteriormente transcrita para a realização da análise dos dados. A entrevista será realizada pela pesquisadora, a qual lhe fornecerá todas as instruções para acesso à videoconferência. Ressalta-se que seu nome, cargos ou posição nos hospitais não serão identificados.d) É possível que o(a) senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente

relacionado a certo constrangimento ao responder às perguntas da entrevista

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@nc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.103.001

guiada por videoconferência. Para amenizá-lo, afirmamos que a sua identidade e a confidencialidade das informações serão preservadas. O seu nome e o nome do hospital serão codificados, e será dado ao(a) Senhor(a) a opção de desistência de sua participação a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser algum desconforto relacionado à entrevista viabilizada por videoconferência. Ressalta-se que o sr(a) não será identificado, nem o hospital em que trabalha. Serão atribuídos códigos para os nomes, não acarretando em malefícios e prejuízos monetários e morais.

j) O material obtido das entrevistas (gravação da videoconferência) e documentos disponibilizados pelos participantes da pesquisa serão utilizados unicamente para esta pesquisa e serão destruídos/descartados dentro de cinco (5) anos, após o término da pesquisa. Alteração na coleta de dados, na qual as entrevistas presenciais serão substituídas por entrevistas viabilizadas por videoconferências, que serão gravadas sob autorização do entrevistado; bem como a aplicação de questionários da Parte 1, Parte 2 e Parte 3 ocorrerá mediante envio de formulários online via plataforma Google Forms® aos participantes, e alteração no cronograma da pesquisa. Alteração no cronograma da pesquisa (início de datas de coleta de dados).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A justificativa para emissão da emenda, é que, inicialmente, a estratégia de condução da pesquisa referente à etapa de coleta de dados previa entrevistas presenciais. No entanto, o período coincidiu com a pandemia do novo coronavírus. Com este problema mundial e agravamento no Brasil, sucedeu-se a necessidade de políticas de isolamento social, bem como restrição de viagens e de visitas técnicas aos hospitais. Consequentemente, fez-se obrigatório o replanejamento do protocolo desta pesquisa, de modo que: a) as entrevistas presenciais foram substituídas, nesta emenda, por entrevistas viabilizadas por videoconferências, que serão gravadas sob autorização do entrevistado, bem como a aplicação de questionários será viabilizada pelo envio de formulários online, via plataforma Google Forms®. Foi necessária a alteração no cronograma da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A Comitê de Ética entende, que a alteração fez-se obrigatória para a proteção dos participantes da pesquisa e dos pesquisadores, frente à pandemia do novo coronavírus, e não trará danos éticos e morais aos participantes da pesquisa, bem como às instituições.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181	CEP: 80.060-000
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041	Fax: (41)3360-1041
	E-mail: cep@nc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.182.089

participantes. A qualidade da metodologia em relação à coleta de dados será preservada. Portanto é considerada aprovada a emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Emenda.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE INFORMACOES BASICAS DO PROJETO_1522888.pdf	14/07/2020 18:13:28		Aceito
Outros	carta_emenda_CHC.pdf	14/07/2020 18:05:00	LILLIAN DAISY GONCALVES	Aceito
Outros	carta_emenda_CHC.doc	14/07/2020 18:04:13	LILLIAN DAISY GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa da Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_TCLE_emenda.pdf	14/07/2020 18:02:33	LILLIAN DAISY GONCALVES WOLFF	Aceito
Outros	termo_uso_da_imagem.pdf	01/07/2020 10:30:44	LILLIAN DAISY GONCALVES	Aceito
Outros	carta_emenda.docx	01/07/2020 10:29:12	LILLIAN DAISY GONCALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Informativo	projeto_detalhado.docx	01/07/2020 10:28:34	LILLIAN DAISY GONCALVES WOLFF	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa da Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_TCLE_emenda.docx	01/07/2020 10:28:44	LILLIAN DAISY GONCALVES WOLFF	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Contribuição do Parecer: R\$ 100,000

Outros	checklist.pdf	02/09/2019 10:20:19	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 30 de Julho de 2020

Assinado por:
maria cristina santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41) 3360-1041 Fax: (41) 3360-1041 E-mail: csp@hc.ufpr.br

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores ambientais intervenientes no monitoramento de indicadores de efetividade em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

Pesquisador: LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 20084819.8.3003.5370

Instituição Proponente: HOSPITAL SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.587.326

Apresentação do Projeto:

"Estudo de caso múltiplo, de natureza descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada em quatro hospitais localizados na região sul do Brasil, sendo dois do município de Curitiba (PR), um de Foz do Iguaçu (PR) e um de Blumenau (SC). Os hospitais serão codificados com as letras H1, H2, H3 e H4. Os hospitais coparticipantes da pesquisa serão: Complexo Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Hospital Santa Cruz, Hospital Ministro Costa Cavalcanti, Hospital Santa Catarina. Os participantes serão um ou mais profissionais indicados pela gestão, para responder sobre características do ambiente interno e externo operacional, e sobre os indicadores de efetividade assistencial nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente monitorados pelo hospital. Os critérios de inclusão serão: ser

gerente ou representante de um destes setores: setor de qualidade assistencial, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Gerência de riscos assistenciais, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), do Serviço de Atendimento ao Consumidor ou Ouvidoria (SAC), do Setor de Planejamento. Serão critérios de elegibilidade dos participantes da pesquisa: ser maior de 18 anos, trabalhar na instituição há mais que seis meses, que sejam os responsáveis pelo monitoramento dos indicadores de efetividade assistencial hospitalar validados por Seiffert (2019) e objeto desta pesquisa, capazes de prestar informações sobre o ambiente interno e externo da organização, e

Endereço: Rua Antônio da Veiga, 140	CEP: 89.012-900
Bairro: Bairro Victor Konder	
UF: SC	Município: BLUMENAU
Telefone: (47)3321-0122	Fax: (47)3322-8818
E-mail: comitesdeetica@furb.br	



Continuação do Parecer: 4.387.328

que aceitem voluntariamente participar da pesquisa mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas viabilizadas por videoconferências, que serão gravadas mediante autorização dos participantes, bem como aplicação de formulários online via plataforma Google Forms®. Poderão ser utilizados documentos disponibilizados pela gestão, de forma a complementar as informações dadas pela entrevista. O instrumento utilizado para as entrevistas semiestruturadas, constitui-se de três sessões: 1) caracterização dos profissionais

entrevistados, 2) caracterização do ambiente interno e externo operacional do hospital, 3) perguntas relativas ao monitoramento e controle de indicadores de efetividade hospitalar da organização. Os dados resultantes de respostas obtidas nas entrevistas serão submetidos à análise temática segundo Minayo (2013). Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos científicos, e em artigos de revistas pertinentes ao assunto. Os nomes dos participantes da pesquisa e das instituições não serão divulgados.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Explicitar os fatores do ambiente interno e externo operacional que contribuem para o monitoramento (elegibilidade e aplicabilidade) de indicadores de efetividade assistencial em hospitais, nas dimensões segurança do paciente e cuidado centrado no paciente.

Objetivo Secundário:

- Identificar fatores que caracterizem o ambiente interno e externo operacional dos hospitais pesquisados.
- Identificar os indicadores de efetividade assistencial monitorados no hospital e suas características (ficha técnica).
- Explicitar as estratégias para monitorar os indicadores de efetividade nos hospitais analisados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Serão obedecidas todas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que prescrevem a ética na pesquisa com seres humanos. Será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todas as informações sobre a pesquisa serão garantidas aos participantes. Espera-se com esta pesquisa causar o menor risco possível para os participantes. Os profissionais indicados pela gestão para participarem da pesquisa não serão identificados pelos

Endereço: Rua Antônio da Veiga, 148
 Bairro: Bairro Victor Konder CEP: 89.013-000
 UF: SC Município: BLUMENAU
 Telefone: (47)3321-0122 Fax: (47)3323-8818 E-mail: comite@etica@furb.br



Continuação do Parecer: 8.357.328

seus nomes, cargos ou posição nos hospitais, mas por códigos constituídos pela letra H, número correspondente ao hospital, seguidos da letra P e número cardinal atribuído a cada participante P1, P2, P3 [...]. Desta forma, nos relatórios de pesquisa e publicações, os participantes e hospitais não serão identificados. Será também informada a possibilidade de desistência do estudo por parte do participante, em qualquer momento da pesquisa, sem necessidade de justificativa, se assim desejar.

Benefícios:

Esta pesquisa terá benefícios para a ciência, sociedade e para o participante da pesquisa, a saber:

a) Em relação à ciência: esta pesquisa possibilitará elencar e compreender os fatores internos e externos operacionais que contribuem para a aplicabilidade e elegibilidade de indicadores de efetividade assistencial em hospitais. Ocorrerá a divulgação dos resultados desta pesquisa por meio de apresentação pública em eventos da área da saúde e Enfermagem e publicação de artigos científicos em periódicos especializados da área saúde.

b) Em relação à sociedade: os resultados contribuirão para explicitar a aplicabilidade e elegibilidade de indicadores de efetividade assistencial hospitalar, bem como as estratégias utilizadas por hospitais acreditados em nível de excelência para sua utilização e hospital de ensino, o que será útil para gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde. Além de beneficiar a gestão de hospitais, e os próprios pacientes receptores dos cuidados de saúde. Os resultados deste estudo poderão ser utilizados pelos órgãos de saúde governamentais e agências privadas (operadoras, organizações acreditadoras, associações hospitalares) visando ao planejamento, avaliação e monitoramento da qualidade da assistência hospitalar. Também pretende-se disseminar os resultados da pesquisa por meio de apresentação pública em eventos da área da saúde e Enfermagem e publicação de artigos científicos em periódicos especializados da área saúde.

c) Em relação participante da pesquisa: esta pesquisa possibilitará aos participantes refletirem sobre sua prática gerencial, bem como permitirá a comparabilidade de outros setores internos e externos à instituição. Ressalta-se que os participantes também poderão acessar a conclusão deste estudo e obter estratégias de outras instituições acreditadas de qualidade, além de ensino, nos seus processos de gestão. Portanto, destaca-se que benefícios oriundos desta pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o

Endereço: Rua Antônio da Veiga, 148
 Bairro: Bairro Victor Konder CEP: 89.013-000
 UF: SC Município: BLUMENAU
 Telefone: (47)3321-6122 Fax: (47)3323-8818 E-mail: comiteoeticas@furb.br



Continuação do Parecer: 4.557.026

participante ou com qualquer pessoa em particular.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Tamanho da Amostra no Brasil: 20

Detalhamento:

A obtenção de outras fontes de dados terá como foco a complementação dos dados obtidos mediante entrevista semiestruturada, e a critério da gestão. Neste caso, poderão ser utilizados documentos, como: ofícios, relatórios, informativos, ficha técnica dos indicadores, políticas institucionais, planejamento estratégico, manual de normas e rotinas, protocolos, bem como dados informatizados.

Coleta de dados: entrevistas semi-estruturadas 23/12/2019 23/12/2020

Coleta de dados: documentos disponibilizados pelos participantes da pesquisa 23/12/2019 23/12/2020

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1592558.pdf 05/12/2020 09:24:02

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4382901.pdf 05/12/2020 09:21:38

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4183499.pdf 05/12/2020 09:21:27

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4146610.pdf 05/12/2020 09:21:15

carta_de_apresentacao.pdf 05/12/2020 09:20:41

projeto_detalhado_emenda.docx 05/12/2020 09:20:32

termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_TCLE_emenda_furb_FINAL.docx 05/12/2020 09:20:14

Recomendações:

Conforme conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

Endereço: Rua Antônio da Veiga, 146

Bairro: Bairro-Vitor Konder

CEP: 89.013-000

UF: SC

Município: BLUMENAU

Telefone: (47)3321-0122

Fax: (47)3322-8818

E-mail: comitecedetica@furb.br

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 4



Continuação do Parecer: 6.007.026

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P_RQUETO_1592668.pdf	05/12/2020 09:24:02		Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4382901.pdf	05/12/2020 09:21:38	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4183499.pdf	05/12/2020 09:21:27	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4148810.pdf	05/12/2020 09:21:15	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao.pdf	05/12/2020 09:20:41	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_emenda.docx	05/12/2020 09:20:32	LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_intra_e_extradiscido_TCLE_emenda_furb_FINAL.docx	05/12/2020 09:20:14	LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF	Aceito
Outros	termo_uso_da_imagem.pdf	01/07/2020 10:39:44	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	carta_emenda.docx	01/07/2020 10:29:12	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	01/07/2020 10:28:24	LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_intra_e_extradiscido_TCLE_emenda.docx	01/07/2020 10:28:44	LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF	Aceito
Outros	checklist.pdf	02/09/2019 10:20:19	ALEXANDRA LUNARDON SILVESTRE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BLUMENAU, 12 de Março de 2021

Assinado por:

Mercedes Gabriela Ratto Reiter
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Antônio da Veiga, 149
Bairro: Bairro Victor Konder CEP: 89.012-000
UF: SC Município: BLUMENAU
Telefone: (47)3321-0122 Fax: (47)3322-8818 E-mail: comiteoetica@furb.br

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DO CEP INTERNO DO H1



AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Declaramos que nós do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, autorizamos as pesquisadoras dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff e doutoranda Alexandra Lunardon Silvestre, a coletar dados fornecidos pelos participantes de pesquisa, para a execução da Pesquisa intitulada "Fatores ambientais intervenientes no monitoramento de indicadores de efetividade em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente".

Estamos cientes que os participantes de pesquisa serão profissionais capazes de responder sobre indicadores de efetividade assistencial nas dimensões de segurança do paciente e cuidado centrado no paciente monitorados pelo hospital, bem como sobre a caracterização dos ambientes interno e externo operacional.

Sabemos que o nome do hospital bem como dos participantes da pesquisa não serão divulgados, sendo codificados.

Cientes de que o projeto de pesquisa foi analisado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o CAAE 20084819.8.0000.0102 e parecer 3.598.996 em 25/09/2019; bem como pelo CEP do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, sob o CAAE 20084819.8.3001.0096 e parecer 3.716.221, em 20/11/19.

Concluindo, o projeto de pesquisa "Fatores ambientais intervenientes no monitoramento de indicadores de efetividade em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente", de pesquisa foi discutido em Comitê Interno do HMCC, sendo autorizado a realização da mesma em agosto de 2019.

Fernando Cossa
Diretor Superintendente

