

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**IMPACTOS DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA
SEGURANÇA DO PACIENTE**

MARIA APARECIDA BARBOSA VIAM

ITAJUBÁ, JULHO DE 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

MARIA APARECIDA BARBOSA VIAM

IMPACTOS DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Dissertação submetida ao programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Ciências em Engenharia de Produção.

Área de concentração: Engenharia de Produção

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Pereira Mello

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Paula S. S. de Almeida

ITAJUBÁ, JULHO DE 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

MARIA APARECIDA BARBOSA VIAM

IMPACTOS DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Dissertação aprovada por banca examinadora em 29 de julho de 2024, conferindo à autora o título de Mestre em Ciências em Engenharia de Produção.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Carlos Henrique Pereira Mello (Orientador)

Profa. Dra. Ana Paula S. S. Almeida (Co-orientadora)

Prof. Dr. Alexandre Ferreira de Pinho (Avaliador interno)

Prof. Dr. João Ederson Corrêa (Avaliador externo)

ITAJUBÁ, JULHO DE 2024

Ao meu filho Thomás, para que não desista diante das dificuldades e que se lembre: “É justo que muito custe o que muito vale” (Santa Teresa D'Ávila)

AGRADECIMENTOS

A Deus que me sustentou até aqui.

A Marina Leitão David, que me fez acreditar que era possível.

Marcelo Viam, meu marido, agradeço cada viagem, por ficar com o Thomás para que eu estudasse, sei o quanto foi desgastante para você. Esse título é seu também.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Henrique Pereira Mello, que não soltou a minha mão. Nunca poderei agradecer tudo, foram dias difíceis.

A Co-orientadora Prof. Dra. Ana Paula Siqueira Silva de Almeida pelos direcionamentos.

A Alice e Verbênia que, com paciência, ouviram o ensaio da apresentação de TODOS os trabalhos.

Serginho e Leandro Duarte, que em um dos momentos mais difíceis da minha vida, deram a mão para a colega virtual desconhecida, me ajudaram com os trabalhos e a estudar para as provas, gratidão eterna.

A Daniela Rodrigues da Cunha Ribeiro, trabalhar com você foi inspirador e aqueceu meu coração quando eu estava desanimada.

A Vó Mirtinha (*in memoriam*) por nos receber no retorno as aulas presenciais, sem querer, o Mestrado nos proporcionou momentos únicos todas as semanas, talvez já fosse uma despedida.

Mãe, obrigada por nos receber e cuidar da gente em casa. Amo você infinito.

Ao meu cunhado Marcelo Fernandes, que foi um professor, me ensinou, orientou e tirou minhas dúvidas.

RESUMO

A acreditação representa um método voluntário de avaliação que visa promover a excelência no atendimento, a melhoria contínua, a qualidade e a segurança do paciente. No contexto da assistência à saúde, a segurança do paciente é um dos critérios fundamentais da qualidade. Trata-se da capacidade de um serviço de prevenir ou mitigar danos decorrentes da assistência prestada, ou seja, os danos associados aos cuidados de saúde. A Unidade de Terapia Intensiva de um hospital é onde ocorre o maior número de procedimentos, o que aumenta a interação entre paciente-profissional e profissional-profissional, conseqüentemente, elevando as chances de ocorrência de erros. No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, realiza anualmente uma avaliação da adesão às práticas de segurança do paciente nas instituições de saúde que possuem Unidade de Terapia Intensiva. Em virtude disso, o objetivo desta dissertação é avaliar o impacto da acreditação na segurança do paciente em hospitais com Unidade de Terapia Intensiva, com base nos Relatórios de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente de 2021, 2022 e 2023. Para tanto, foi conduzida uma análise de regressão linear simples para determinar a relação entre o número de estabelecimentos que atingiram alta adesão a práticas de segurança do paciente e os estabelecimentos que possuem certificação de qualidade. Verificou-se quais serviços listados possuem acreditação e, por meio da análise de regressão simples, identificou-se a correlação entre hospitais com forte adesão às práticas de segurança do paciente e os hospitais acreditados, observando-se uma correlação estatisticamente significativa.

Palavras-Chave: Acreditação, Acreditação hospitalar, Segurança do Paciente, Análise de regressão simples.

ABSTRACT

Accreditation is a voluntary evaluation method that aims to promote excellence in care, continuous improvement, quality and patient safety. In the context of healthcare, patient safety is one of the fundamental quality criteria. It is the ability of a service to prevent or mitigate harm resulting from the care provided, i.e. harm associated with healthcare. The Intensive Care Unit of a hospital is where the greatest number of procedures take place, which increases the interaction between patient-professional and professional-professional, consequently increasing the chances of errors occurring. In Brazil, the Ministry of Health, through the National Health Surveillance Agency, carries out an annual assessment of adherence to patient safety practices in health institutions that have an Intensive Care Unit. As a result, the aim of this dissertation is to assess the impact of accreditation on patient safety in hospitals with Intensive Care Units, based on the Patient Safety Practices Self-Assessment Reports for 2021, 2022 and 2023. To this end, a simple linear regression analysis was conducted to determine the relationship between the number of establishments that have achieved high adherence to patient safety practices and the establishments that have quality certification. The services listed were checked for accreditation and, using simple regression analysis, a correlation was identified between hospitals with high adherence to patient safety practices and accredited hospitals, with a statistically significant correlation being observed.

Keywords: Accreditation, Hospital accreditation, Patient safety, Simple regression analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Correlações 2021.....	48
Figura 2 – Análise de regressão simples.....	49
Figura 3 – Correlação 2022.....	50
Figura 4 – Análise de regressão simples.....	51
Figura 5 – Correlação 2023.....	53
Figura 6 – Análise de regressão simples.....	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Correlação 2021.....	47
Gráfico 2 – Análise de regressão simples 2021.....	49
Gráfico 3 – Correlação 2022.....	50
Gráfico 4 – Análise de regressão simples 2022.....	52
Gráfico 5 – Correlação 2023.....	53
Gráfico 6 – Análise de regressão simples 2023.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –Número de Hospitais com alta adesão as práticas de Segurança do Paciente.....45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AACI - *American Accreditation Commission International*

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados

CNES - Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde

EA - Eventos Adversos

EAS - Estabelecimento Assistencial de Saúde

ISO - *International Organization for Standardization*

JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

JCI - *Joint Commission on Accreditation International*

NBR - Norma Brasileira

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SBA - Sistema Brasileiro de Acreditação

SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

SUS - Sistema Único de Saúde

TJC - *The Joint Commission*

UPP - Úlcera por pressão

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

QGA - *Quality Global Alliance*

NIAHO - *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 CONTEXTO.....	14
1.2 OBJETIVO	16
1.3 JUSTIFICATIVA	16
1.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	17
1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 QUALIDADE.....	19
2.1.1 Qualidade na saúde.....	20
2.1.2 Gestão da Qualidade em Estabelecimentos de Saúde.....	21
2.2 ACREDITAÇÃO.....	23
2.2.1 Definição de acreditação.....	23
2.2.2 ONA - Organização Nacional De Acreditação.....	24
2.2.3 JOINT COMMISSION INTERNATIONAL.....	25
2.2.4 ACCREDITATION CANADA.....	27
2.2.5 AMERICAN ACCREDITATION COMMISSION INTERNATIONAL.....	27
2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	27
2.3.1 Protocolos, Indicadores e Eventos	31
2.3.2 Programa Nacional de Segurança do Paciente.....	34
2.3.3 Autoavaliação das práticas de segurança do paciente.....	34
2.4 GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO.....	37
2.4.1 Impactos na Segurança do Paciente.....	38
3 MÉTODO DE PESQUISA	43
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	45
5 CONCLUSÕES.....	58
REFERÊNCIAS.....	62

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO

O hospital é, na sua origem, um local de assistência a doentes. Porém, possuía caráter de exclusão, de abrigar e segregar o paciente doente. Ao longo do tempo, o hospital passa a ser um local de produção e oferecimento de serviços médicos, com características de assistência, da criação de valores, promoção de saúde e da arte de curar (Ornellas, 1998).

A busca pela qualidade em atendimento hospitalar pode ser observada desde a antiga Grécia e com a enfermagem moderna de Florence Nightingale. O atendimento de saúde de qualidade busca excelência, menor uso de recursos, satisfação dos pacientes e impactos na saúde. Porém, conceitos e métodos de gerenciamento de qualidade são incorporados de forma lenta nos serviços de saúde, sendo necessários estímulos de melhoria contínua. Este estímulo pode ser feito por meio de programas de certificações e creditações (Burmester, 2017).

Souza e Mendes (2014) definem acreditação e certificação como:

“A acreditação é um processo no qual uma entidade, separada e distinta da organização de saúde, geralmente não governamental, avalia a organização de saúde para determinar se ela atende a um conjunto de requisitos (padrões) projetados para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados (forma de avaliação externa).

...e certificação, em que um organismo autorizado, seja uma organização governamental ou não governamental, avalia e reconhece um indivíduo ou uma organização como capaz de atender a requisitos ou critérios predeterminados. Embora os termos acreditação e certificação sejam, muitas vezes, usados como sinônimos, o primeiro, geralmente, aplica-se apenas a organizações, enquanto a certificação pode aplicar-se tanto a indivíduos como a organizações” (Souza e Mendes, 2014).

De acordo com Terra e Berssaneti (2004):

“Boas práticas da qualidade em serviços da saúde nos hospitais, quando associada à acreditação, proporcionam aumento da produtividade, maior

satisfação ao paciente e agrega valor à instituição” (Terra e Berssaneti, 2004).

A Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP (2022) entende o processo de acreditação como um acelerador da qualidade tanto no atendimento ao paciente quanto na gestão do serviço. Diante de dificuldades de implantação, numerosas normas e critérios, poucos profissionais qualificados e grande diversidade, a acreditação torna-se um instrumento que garante credibilidade, eficácia e melhoria contínua.

Por volta de 1863, o médico cirurgião Ernest Codman passou a elaborar um modelo de cartão para cada paciente, onde relatava o processo e o resultado. A partir da análise dos cartões ele desenvolveu seu próprio método de classificação de erros e eventos adversos, juntamente com o trabalho de Nightingale, o método pioneiro no que hoje entendemos como Segurança do Paciente (Costa Junior, 2015).

A Segurança do Paciente é uma dimensão da qualidade do serviço de saúde. O cuidado efetivo é aquele que os benefícios superam riscos de danos e a finalidade da Segurança do Paciente é reduzir ao máximo esses riscos (Brasil, 2014). Os fatores responsáveis pelos erros são o sistema, seu funcionamento e sua organização. É esperado que humanos cometam falhas e os indivíduos não devem ser culpados (Souza e Mendes, 2014).

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de um estabelecimento de saúde é obrigatório e fiscalizado por órgãos do governo. Porém, possui muitas fragilidades como desconhecimento do processo de notificação, subnotificação, falta de adesão, falta de envolvimento, cultura de perseguição do indivíduo, distanciamento das equipes e não envolvimento da alta gestão (Andrade, 2018).

Conforme Cruz *et al.* (2018), na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido ao maior número e complexidade de intervenções em pacientes, as chances de erros e eventos adversos são maiores.

Segundo Brasil (2023), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) vem junto às vigilâncias municipais, desde 2016, buscando melhorar a qualidade dos serviços de saúde que possuem leitos de UTI, através da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente. Trata-se de um formulário de autoavaliação com os principais indicadores e, através dos resultados,

consegue-se traçar melhores estratégias e ações para melhorar a adesão dos estabelecimentos de saúde e melhorar os indicadores.

O presente trabalho busca saber se a implantação dos princípios da acreditação impacta na Segurança do Paciente de Unidade de Terapia Intensiva, área de maior interação profissional-paciente e profissional-profissional, através da análise de resultados do Relatório de Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em estabelecimentos de saúde.

1.2 OBJETIVO

O objetivo principal deste trabalho é avaliar o impacto da acreditação na segurança do paciente em hospitais com Unidade de Terapia Intensiva, com base nos Relatórios de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente nos anos de 2021, 2022 e 2023.

1.3 JUSTIFICATIVA

Os estudos sobre acreditação demonstram que as boas práticas da qualidade em serviços da saúde nos hospitais, quando associada à acreditação, proporcionam aumento da produtividade, maior satisfação ao paciente e agrega valor à instituição (Terra e Bersanetti, 2017).

A melhora de desempenho foi observada tanto na percepção dos gestores, conforme Alástico (2013), quanto na percepção da equipe da Assistência, conforme Migliorini (2021). Alkhenizan e Shawb (2011) defendem que os programas de acreditação devem ser incentivados.

A atividade médica é complexa:

“A prestação de cuidados de saúde é uma atividade de enorme complexidade e com demandas ascendentes, que elevam o potencial para ocorrência de incidentes, erros ou falhas. Diante dos avanços tecnológicos, da diversidade de sistemas e de processos organizacionais que envolvem o contexto da prestação de cuidados de saúde no âmbito global, observa-se, a partir da última década, o interesse crescente por parte de pesquisadores/investigadores e profissionais de saúde em abordagens voltadas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente” (Ruggiero, 2021).

De acordo com Robazzi *et al.* (2022), a segurança só é vista como direito da população depois que o dano ocorreu, sendo necessário manifestar de forma clara o cuidado seguro como um

direito fundamental de cada indivíduo. Isso é importante nas UTIs, onde a alta complexidade dos cuidados demanda protocolos rigorosos para minimizar riscos e garantir a segurança dos pacientes.

Segundo a ANAHP (2022), conhece-se pouco sobre qualidade de sistema de saúde e as discussões de políticas públicas estão distantes da população. O tema necessita de maturidade no Brasil para alcançar mais instituições hospitalares. A população desconhece os critérios de qualidade essenciais para o atendimento de excelência. O conhecimento permite que o cidadão possa cobrar desempenho e contribuir assim para a qualidade da atenção prestada.

A investigação e a pesquisa em segurança do paciente contribuem para produzir e aumentar conhecimento, disseminar informação, apoiar tomadas de decisão, promover práticas baseadas em evidências e monitorar, avaliar e melhorar os cuidados prestados (Souza e Mendes, 2014).

A relação entre acreditação hospitalar e a unidade de terapia intensiva (UTI) é fundamental, especialmente considerando que as UTIs lidam com cuidados críticos e complexos, onde a segurança do paciente é uma prioridade.

1.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Os dados foram coletados no relatório de autoavaliação das práticas de segurança do paciente da ANVISA, através do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Para o levantamento dos hospitais acreditados foram utilizados dados da Organização Nacional de Acreditação (ONA), dados da *Joint Commission International (JCI)* e *Accreditation Canada (Qmentum)* e *American Accreditation Commission International (AACI)*.

1.5 ESTRUTURA

O presente trabalho é estruturado em quatro capítulos.

O Capítulo 1 apresenta a introdução e a justificativa da escolha do tema e o objetivo principal desta pesquisa.

O Capítulo 2 desenvolve um estudo sobre as relações entre qualidade e segurança do paciente, e os impactos em estabelecimentos acreditados e verifica o que foi desenvolvido sobre o assunto até o momento e a discussão dos principais autores.

O Capítulo 3 esclarece a metodologia utilizada e o Capítulo 4 demonstra e discute os resultados, através de análise de regressão simples e dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o cadastro individual das acreditadoras.

Por fim, o Capítulo 5 descreve a conclusão e apresenta limitadores da pesquisa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE

O conceito de Qualidade foi criado baseado nas características físicas de um produto (Lobo, 2020).

Na década de 1950, com as transformações socioeconômicas, o conceito de qualidade evoluiu. Tratava-se de produzir produtos de alta qualidade, dentro de um padrão e com o menor custo possível. Essas mudanças exigiram do mercado uma nova forma de produção, dividindo este processo em etapas, fazendo o controle de cada uma e envolvendo os colaboradores no processo produtivo (Lobo, 2020).

A inspeção da qualidade deixou de ser feita no produto e passou a ser feita em todo o processo envolvendo todos os atores, desde os fornecedores até o cliente final, em todos os níveis hierárquicos, principalmente na alta direção. Era o início da Gestão da Qualidade Total e de sua implantação como estratégia (Albertin e Guertzenstein, 2018).

Em 1980, o conceito da qualidade sofreu novas modificações, devendo agora atender as necessidades dos clientes antes mesmo que elas fossem identificadas. Atendendo não só números, mas a expressão do cliente, o sentimento aplicado a produtos e serviços de excelência, atender as metas da gestão e proporcionar benefícios à sociedade (Lobo, 2020).

Na década de 1980, foram criadas as normas da *International Organization for Standardization* (ISO), posteriormente traduzidas para o português pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a série ISO 9000, que visava a garantia da qualidade. A partir de 2008, essas normas passaram por revisões que inseriram o foco em processos, envolvimento da direção e gerenciamento de riscos (Albertin e Guertzenstein, 2018).

A ISO 9001 é uma das normas da série ABNT NBR ISO 9000 que estabelece diretrizes de implantação de sistemas de gestão da qualidade baseada no Ciclo PDCA, ou seja, planejar, fazer, verificar e agir. Este método permite a melhoria contínua de produtos e processos. Os seus princípios são baseados em foco no cliente, liderança, engajamento de pessoas, abordagem de

processo, melhoria, tomada de decisão baseada em evidências e gestão de relacionamento (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2015).

A garantia da qualidade pode ser definida como:

“I - Garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos, para os fins a que se propõem” (Brasil, 2011).

O Sistema de gestão de qualidade pode ser definido como:

“Conjunto de medidas e práticas padronizadas desenvolvidas em empresas com o objetivo de garantir a qualidade da produção e a melhoria contínua” (Albertin e Guertzenstein, 2018).

Para que se possa ter gestão da qualidade em uma organização é necessário trabalhar com ferramentas preventivas, corretivas e de gestão e melhoria e, mesmo tendo diferentes estratégias, todas tem como objetivo melhorar o desempenho (Silva Filho, 2022).

As ferramentas preventivas aplicadas no planejamento são utilizadas para que processos e produtos não sejam executados de maneira que cause prejuízos ou danos, para notificar a ocorrência de erros e planejar para que não ocorram novamente. Também, identifica erros, índices de ocorrências e analisa o risco. As ferramentas corretivas, além do caráter corretivo, têm foco na investigação e estudos da causa das ocorrências e observa as reincidências. Ferramentas de gestão e melhoria são utilizadas para produzir mais, melhor, com menos recurso, em menor tempo e sem desperdício (Silva Filho, 2022).

2.1.1 QUALIDADE NA SAÚDE

Os princípios de qualidade na saúde já estavam presentes no código de Hamurabi e nos registros de Hipócrates (Nascimento, 2020). Hipócrates tinha a noção que o cuidado também poderia causar dano (Brasil, 2014).

Em 1854, Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, percebeu o exercício organizacional como forma de melhorar as condições dos pacientes e, posteriormente, Joseph Lister inseriu práticas de assepsia antes e depois das cirurgias, reduzindo os índices de infecção

(Nascimento, 2020). Em 1955, Florence propôs mudanças organizacionais e de hábitos de higiene que reduziram o número de óbitos (Brasil, 2017).

Após a 2ª guerra houve, no Japão, a iniciativa de melhoria de qualidade de atendimento a pacientes. Em seguida aconteceu o movimento de melhoria de atendimento nos Estados Unidos e logo se espalhou pelo mundo (Burmester, 2017).

A definição de qualidade na atenção à saúde é subjetiva devido ao grande número de processos, protocolos, usuários e trabalhadores envolvidos no atendimento, devendo-se considerar também questões políticas e estruturais (Brasil, 2017).

Burmester (2017) relata a dificuldade de se definir qualidade no atendimento hospitalar, concluindo que o melhor conceito não existe. O que se espera da qualidade é mais importante que sua definição.

A qualidade em estabelecimentos de saúde é uma composição de características capazes de satisfazer as necessidades dos usuários e os seus parâmetros são definidos a partir das necessidades e interesses dos clientes que desejam adquirir serviços de excelência. Um dos pilares da qualidade deve ser a segurança do paciente, ou seja, um atendimento que não gere dano. A busca pela qualidade nos sistemas de saúde é uma exigência cada vez maior na sociedade e dever do próprio sistema (Andrade, 2018).

2.1.2 GESTÃO DA QUALIDADE EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Segundo Fernandes *et al.* (2010), as ferramentas de Engenharia de Produção são apropriadas para a área de saúde.

De acordo com Burmester (2017), a melhoria não é alcançada por pessoas e equipamentos, mas sim por processos bem administrados em busca da excelência. A excelência vem da aplicação das teorias administrativas em práticas e experimentos coerentes, devendo ser gerenciados até mesmo os processos médicos.

A qualidade de processos, acompanhamento de performance e melhorias constantes, passaram a ser importantes para o posicionamento dos estabelecimentos de saúde no mercado. Assim, os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) passaram a implantar sistemas de gestão

da qualidade como forma de manter-se competitivo no mercado, o que gerou reestruturação nas organizações e a busca pela excelência na prestação de serviço (Bonato, 2011).

De acordo com Burmester (2017), todos os conceitos gerenciais que se aplicam em empresas de qualquer área podem ser aplicados em hospitais como: liderança, planejamento, marketing e análise de resultados.

A Qualidade Total, de acordo com Bonato (2011), surge como apoio para tratar a realidade dos Estabelecimentos assistenciais de Saúde - EAS, e assume diferentes formas diante das variáveis em cada contexto de trabalho, algumas valorizam produtividade e equilíbrio, outras já valorizam o potencial humano, porém todas devem ter como base:

“A manutenção e melhoria dos padrões de desempenho atuais, com produtos e serviços melhores e mais competitivos, participação e envolvimento dos membros da organização, considerando aspectos éticos que envolvem a prestação dos serviços de saúde” (Bonato, 2011).

Conforme Burmester (2017), os principais componentes da gestão da qualidade no ambiente hospitalar são o planejamento da qualidade, controle da qualidade, garantia da qualidade e melhoria contínua. A qualidade deve ser um processo, consequência das práticas dos modelos de gestão e modelos assistenciais integrados.

A gestão da qualidade em saúde é originária do método científico, das associações profissionais e de métodos industriais, principalmente a Gestão da Qualidade Total (GQT) e a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ). A gestão da qualidade dentro do hospital não deve ser responsabilidade de uma pessoa ou de um departamento, necessita também de envolvimento de gestores que sejam responsáveis por toda a organização, para que se possa integrar a gestão da qualidade em todos os departamentos e processos de trabalho do estabelecimento (Burmester, 2017).

A análise de causa e efeito, a discussão multidisciplinar e os planos de ação são importantes para a melhoria assistencial, mesmo reconhecendo as dificuldades dos profissionais na aplicação da teoria na prática. As ferramentas são amplamente utilizadas por gestores e pouco por executores.

Observando assim a necessidade de que a equipe multiprofissional também se aproprie das ferramentas da qualidade (Fioretti *et al.*, 2016).

2.2 ACREDITAÇÃO

2.2.1 - DEFINIÇÃO DE ACREDITAÇÃO

De acordo com a ONA (2018), acreditação é um processo de certificação que avalia a qualidade de estabelecimentos de saúde a partir de padrões definidos, não tem função fiscalizatória, mas de educação permanente e continuada para o estímulo da melhoria contínua.

É um processo de adesão voluntária do serviço de saúde para avaliar seu funcionamento e seus processos. Avalia de forma global a instituição e, principalmente, a educação continuada de seus profissionais. O serviço deve contratar uma empresa acreditadora que apresenta uma proposta ao serviço de saúde. Os padrões propostos devem ser integralmente atendidos, sendo uma lista de itens alinhados e que aponta a fonte onde deve haver evidências de cumprimento dos requisitos. Ao final, o estabelecimento recebe ou não a certificação (Brasil, 2002). Ainda garante não só a qualidade, como também o atendimento dos requisitos de Vigilância Sanitária e de licenciamento (Brasil,2014). O método verifica a qualidade e segurança no atendimento ao paciente e é uma ferramenta utilizada em todo mundo, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (ANAHP, 2021).

O termo acreditação foi introduzido com a intenção de trazer o conceito de credibilidade e confiança diante de padrões, quesitos e critérios (Costa Junior,2015)

Os princípios de acreditação surgiram com Ernest Codman, no Comitê de Padronização Hospitalar, em 1912, em Nova Iorque, a partir da criação de padrões hospitalares e do “cartão de resultado final” do atendimento do paciente com classificação de erros. A proposta de Codman foi aprimorada pelo Colégio Americano de Cirurgiões, com a publicação do “Minimum Standard” - 1917, através do atendimento de cinco requisitos mínimos de padrões de qualidade (Souza *et al.*, 2014).

A certificação ou acreditação de uma empresa não pode ser considerada como um prêmio. Ela representa um conjunto de requisitos e padrões atingidos, que devem ser suportados e estar sempre em busca de melhorias (Lobo, 2020).

A acreditação de um hospital analisa milhares de itens e os resultados da interação entre eles e os setores, não há como fazer uma análise individual. Analisa-se o sistema e seus processos (ANAHP, 2021). As instituições com maior capacidade de se transformar, de aderir a melhoria contínua, se modificar terão melhores resultados no processo de acreditação (Costa Junior, 2015).

2.2.2 ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA)

Segundo Ruggiero (2021), a ONA nasceu no ano de 1999, a partir de iniciativas do Sistema Único de Saúde - SUS e foi oficializada em 2001. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) firmaram acordo para criação do Manual de Padrões de Acreditação para América Latina. O documento foi apresentado em 1992 e houve baixa adesão no Brasil. O Ministro da Saúde da época, Carlos Albuquerque e o Médico Humberto Novais, iniciaram um projeto com quatro grupos que estudavam melhorias e aplicação do manual de forma isolada e desenvolveram o Manual de Acreditação Brasileiro Único, o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA), para o gerenciamento do sistema (Ruggiero, 2021).

No período de criação da ONA já havia o amadurecimento de outras instituições acreditadoras pelo mundo. E foi necessário o cuidado de adaptar as metodologias e processos à realidade brasileira. O Manual Brasileiro de Acreditação é revisado a cada quatro anos, e os padrões que inicialmente eram relativos somente a hospitais, foram estendidos a outros EAS (Ruggiero, 2021).

Utiliza-se o modelo de Gestão de Resultados com medidas através de metas alcançadas, indicadores, auditorias e notificações. Através destas medidas os gestores podem acompanhar os resultados das decisões tomadas (Ruggiero, 2021).

Segundo Burmester (2017):

“Para avaliar o grau de sucesso ou insucesso de uma organização deve-se medir o grau de satisfação de todas as partes interessadas ou de seus grupos de interesse. São

eles que vão dizer se a organização está cumprindo a missão conforme o esperado ou não. Avaliar resultados de uma organização fica mais fácil na medida que se tem um padrão de análise; é isto que o modelo de gestão dá” (Burmester, 2017).

Segundo a ONA (2021), dentro da missão da Organização está a segurança da instituição, e entre as dimensões de qualidade que orientam a avaliação do desempenho está a Segurança do Paciente.

As creditações são compostas por três níveis de complexidade (ONA, 2021):

1. Nível 1 - Segurança - a gestão do serviço e as políticas organizacionais devem garantir atendimento seguro e de qualidade.
2. Nível 2 - Gestão Integrada - analisa a modelagem dos processos da Organização e a interação entre eles.
3. Nível 3 - Excelência em gestão - verifica a maturidade organizacional, utilização de conhecimento para tomada de decisão, relacionamento entre todas as áreas e a promoção da melhoria contínua.

2.2.3 JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

A União de Associações Médicas Americanas e Canadenses, em 1951, deu início a *Joint Commission Accreditation of Hospitals* (JCAH) e, em 1959, foi fundada a *Accreditation Canada*. Em 1987 o nome foi alterado para *Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO), devido ao aumento de serviços avaliados e, em 1998, criou-se a *Joint Commission International* (JCI), atendendo vários países do mundo (Souza *et al.*, 2014).

Os estabelecimentos foram alcançando altos níveis de conformidade, de acordo com os padrões mínimos estabelecidos, surgiu então um novo formato do programa de acreditação baseado

no ótimo alcançável como forma de melhoria contínua da qualidade, não estabelecendo os mínimos e os limites e estimulando a busca de níveis mais altos de qualidade (Costa Júnior, 2015).

A JCI tem padrões com foco no paciente, acesso aos cuidados e a continuidade, avalia a segurança do paciente, governo, liderança e gerenciamento das instalações (ANAHP,2022).

Segundo The Joint Commission (2021), os manuais têm revisões sempre que um padrão não corresponde às práticas de gerenciamento, tecnologia e cuidados, tendo seu manual atualizado a cada três ou quatro anos, sendo publicados seis meses antes do início da vigência para que os estabelecimentos tenham tempo hábil de se adequar.

De acordo com Souza *et al.* (2017), duas seções inteiras do Manual da JCI são relativas à segurança do paciente e às metas internacionais, exigindo também que seja feito um programa global de segurança do paciente fazendo a gestão do risco e monitoramento dos eventos.

Os padrões da *Joint Commission International* têm como objetivo um ambiente seguro para pacientes e cuidadores, com bons resultados e boa experiência para o paciente, aumentar a eficiência, reduzir custos e estimular a melhoria contínua (The Joint Commission, 2021).

Entre os padrões da *Joint Commission International* estão as metas internacionais de segurança do paciente, sendo elas:

1. Identificação correta de pacientes

Verifica como o hospital executa a identificação do paciente e se é feita de forma precisa.

2. Comunicação eficaz

Verifica como o hospital desenvolve a comunicação, tanto de profissional- profissional quanto relato de cuidados e de diagnósticos.

3. Segurança de medicamentos

Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância, da prescrição até a administração;

4. Cirurgia Segura:

verifica como o hospital desenvolve o processo pré-operatório, marcação de sítio cirúrgico, conferência antes e depois de procedimento.

5. Reduzir risco de infecções associadas aos cuidados com a saúde:

diretrizes de higiene, identificação de processos que necessitam de melhorias e intervenções baseadas em evidências.

6. Risco de Queda

Reduzir a ocorrência e os danos aos pacientes resultantes de quedas.

Para estabelecer um padrão há uma comparação de leis, normas, regulamentos e os padrões da própria JCI. Utiliza-se como padrão o conceito mais rigoroso dentre eles (The Joint Commission, 2021).

De acordo com o manual da *The Joint Commission* (2021), para solicitar a acreditação o Hospital deve estar localizado fora dos Estados Unidos, estar licenciado no país para a atividade de saúde, fornecer um grande conjunto de serviços clínicos, estar disponível 365 dias por ano e 24 horas por dia, estar disposto a assumir a responsabilidade de melhorar a qualidade de seus serviços, estar aberto em pleno funcionamento e apresentar um plano estratégico de melhoria. O hospital deve fazer solicitação eletrônica à JCI e receberá resposta também de forma eletrônica se atendeu os critérios de necessidade para participação no programa. A avaliação se inicia na apresentação da documentação correta e comprovações.

As visitas são baseadas em escolhas aleatórias de um prontuário de um paciente, sendo a visita guiada pelo prontuário, permitindo que esta tenha como base casos reais e com foco no atendimento ao paciente (Costa Junior, 2015).

2.2.4 ACCREDITATION CANADA (QMENTUM)

A *Accreditation Canada* é uma organização independente do Canadá, criada em 1958, que fornece aos serviços de saúde credenciados parâmetros de qualidade, de medição de desempenho, avaliação de parâmetros atendidos e *benchmarking* (Mitchell *et al.*, 2014).

Segundo ANAHP (2022), a metodologia tem princípios de governança clínica, práticas organizacionais obrigatórias, verifica a integração entre normas e práticas com objetivos adotados internacionalmente, entre eles indicadores de desempenho e resultado e redução de incidentes com paciente. Entre os itens avaliados estão:

“Foco epidemiológico: planejamento de acordo com a população atendida. Acessibilidade: gestão do acesso para todos. Segurança do paciente: cuidado integral em todos os detalhes com o paciente. Segurança ocupacional: segurança e qualidade de vida dos colaboradores. Cuidado centrado no paciente: família e

paciente como foco do cuidado. Continuidade do cuidado: trabalho contínuo e coordenado.” (ANAHP, 2022).

A *Quality Global Alliance (QGA)* é a empresa acreditadora da *Accreditation Canada* no Brasil. Os estabelecimentos são acreditados em três níveis, segundo o QGA (2023):

- Nível *Diamond*: avaliada a maturidade da cultura de segurança, excelência dos serviços e compromisso de melhoria contínua.
- Nível *Platinum*: verifica a implementação de estrutura de qualidade e segurança com foco no paciente.
- Nível *Gold*: verifica se estruturas e processos estão comprometidos com a segurança e a qualidade e se possui elementos de melhoria da qualidade.

2.2.5 American Accreditation Commission International (AACI)

A AACI (*American Accreditation Commission International*) é uma organização de acreditação norte-americana que começou a operar no Brasil em dezembro de 2021. Atualmente, ela já acreditou quatro hospitais no país. Um dos critérios de acreditação é a Certificação ISO 9001. Alguns de seus princípios são valor e liderança em saúde, inovação, tecnologia, governança clínica e cooperativa.

Segundo Oswal *et al.* (2022), a AACI é uma acreditação moderna e que possui padrões de qualidade para melhorar a segurança, o bem-estar, a qualidade de vida e a qualidade nos cuidados ao paciente. A AACI estabelece metas de segurança do paciente entre elas lavagem das mãos, revisão de reações a vacinas, processos de descontaminação de dispositivos reutilizáveis, verificação pré-operatória.

Suas características são voltadas para melhoria contínua e segurança do paciente e os critérios principais são liderança, sistema de gestão da qualidade, gerenciamento de riscos, ética, atendimento focado no paciente e ambiente físico (ANAHP, 2022).

2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é um conjunto de ações para evitar ou reduzir a um mínimo aceitável danos desnecessários ao paciente, relativos ao cuidado e prestação de serviços de saúde

(Brasil, 2011).

O serviço de saúde deve ter a capacidade de identificar, evitar ou minimizar os riscos de atividades que tem como objetivo atender o paciente, porém podem causar dano. Os fatores que podem causar o dano devem ser associados a suas ocorrências para a execução de ações preventivas (Brasil, 2017).

“Geralmente, erros acontecem, principalmente, por processos mal desenhados, mal executados por pouco ou inadequado treinamento, mais do que por falha humana propriamente dita; quando este é o caso, a pessoa que comete o erro, possivelmente, estava despreparada para executar a tarefa ou havia algum problema para a execução do processo” (Burmester, 2017).

A organização precisa aprender e conviver com os erros, evitando a política de tolerância zero ou “caça às bruxas”. E muito menos utilizar da política de esconder os erros, como se eles não acontecessem (Burmester, 2017).

Segundo Brasil (2014), não se deve organizar um sistema de saúde sem considerar o erro dos profissionais. A organização deve estar preparada para evitar erros e mitigar eventos adversos, principalmente nos cenários atuais, onde existe a pressão por aumento de produção e redução de custos em estabelecimentos privados e a superlotação de estabelecimentos públicos.

Alguns dos erros evitáveis que podem ocorrer dentro do serviço de saúde são parto em instalações inadequadas, óbitos evitáveis, cirurgias em partes erradas do corpo, quedas, surtos de infecção hospitalar, objetos esquecidos na cavidade, suicídios dentro das dependências do Hospital (Burmester, 2017).

De acordo com Souza *et al.* (2014), os serviços de saúde têm muito a aprender com outras áreas em termos de investimento em segurança, para prevenir incidentes, como: energia nuclear, indústria automobilística, telecomunicações e aviação.

A busca pela segurança do paciente na atenção à saúde ganhou força a partir da publicação da obra “*To Err is Human: Building a Safer Healthy System*” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), que constatou que várias mortes foram causadas por erros durante a prestação de cuidados e destacou a importância da prevenção de erros e estratégias. Governos e organizações se mobilizaram para implementar estratégias nacionais e internacionais para prevenção e mitigação de falhas durante o cuidado à saúde. Mais tarde, em 2007, a Aliança

Mundial para Segurança do Paciente tornou a Segurança do Paciente uma política pública (Brasil, 2017).

No Brasil, os serviços de transfusão de sangue e o serviço de controle de infecção são considerados precursores da segurança do paciente, uma vez que adotam medidas para garantir a segurança dos processos. A Vigilância Sanitária, em seu processo de fiscalização, também contribuiu para o desenvolvimento da segurança do paciente, com verificações *in loco* e identificação de riscos potenciais (Brasil, 2014).

É direito de todos os indivíduos receberem um atendimento eficiente, eficaz, seguro, que gere satisfação em todo o processo e que possua evidências de que os benefícios superam os possíveis danos. Um exemplo é a cobertura vacinal, os benefícios de se vacinar excedem os possíveis riscos de reações adversas (Brasil, 2017).

A garantia da qualidade e a segurança do paciente foram determinados com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada, RDC 63 de 2011, que define as Boas Práticas para Funcionamento de Serviço de Saúde. Em 2013, com a publicação da RDC 36 de 2013, torna-se obrigatória a criação do Núcleo de Segurança do Paciente em estabelecimentos de Saúde e as notificações de eventos nas ferramentas eletrônicas da ANVISA.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é o que promove e implementa ações voltadas para a segurança do paciente dentro de um estabelecimento de saúde, visando melhoria contínua dos processos, disseminação de cultura de segurança, articulação com o gerenciamento de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento (Brasil, 2013).

Conforme Souza (2006), a segurança do paciente é um tema de importância mundial e pauta de políticas públicas de vários países, pois a falta da segurança do paciente aumenta custos sociais e econômicos, promove perda de confiança nos profissionais e organizações e tem consequências diretas nos resultados prestados.

Em todo o mundo, a segurança do paciente é uma prioridade. Através de estudos epidemiológicos observou-se que a segurança do atendimento se tratava de um caso de saúde pública (Brasil, 2017)

A gestão da segurança deve ser feita através de planejamento, monitoramento e ciclo de melhoria. A estrutura parte de barreiras para diminuir a probabilidade da ocorrência, feitas através de normas e protocolos elaborados por atores envolvidos e aprovados pela alta gestão. É importante que sejam baseados em evidências científicas, sejam implementadas e executadas de

modo correto (Brasil, 2017).

As diretrizes apresentadas pela acreditação da oportunidade de o estabelecimento de saúde progredirem no cuidado a assistência e nos processos dos cuidados, no incentivo a melhoria contínua. Trata-se de um trabalho que deve ser feito em todos os âmbitos do serviço e introduz a apresenta aos profissionais conceitos que muitas vezes não tiveram conhecimento (Costa Junior, 2015).

2.3.1 PROTOCOLOS DE SEGURANÇA

O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser organizado a partir dos principais protocolos recomendados pela OMS e determinados pela RDC 36 de 2013. São protocolos de pequeno investimento, porém com grande impacto na prevenção de erros, sendo: segurança na prescrição e administração de medicamentos; identificação de pacientes; prevenção de quedas; prevenção de úlcera de pressão; comunicação entre os profissionais nos estabelecimentos de saúde; higiene das mãos; segurança no transporte de pacientes e uso seguro de equipamentos e materiais (Brasil, 2014). O protocolo de cirurgia segura é obrigatório, porém não se aplica às análises deste estudo.

O conceito de higiene das mãos teve início em 1846, com o médico húngaro Semmelweis, que notou que os médicos saíam diretamente da sala de autópsia para atender parturientes. Com a simples higienização das mãos reduziu os índices de infecções e mortes (Semmelweis, 1988).

Uma das principais formas de transmissão de microrganismos dentro do estabelecimento de saúde se dá através de contato direto. A higienização das mãos deve ser feita com água e sabonete ou preparação alcoólica, antes e depois de tocar o paciente (Brasil, 2009).

Segundo a OMS (2009), a cirurgia segura é a aplicação de protocolos e *check-lists* de forma padronizada e "incansável", de modo que seja feita a cirurgia certa, no paciente certo, no lugar certo, com comunicação efetiva, sem perdas sanguíneas, sem reações adversas, sem infecções, sem retenções de instrumentos e compressas.

A segurança na administração de medicamentos depende do cumprimento de protocolos de prescrição, dispensação e administração. Sendo importante a comunicação e entendimento entre todos os profissionais e pacientes, a fim de se evitar erros (Brasil, 2017).

A identificação do paciente é importante desde a entrada no serviço de saúde. O paciente

não pode ser tratado como um número ou um portador de determinada doença. O paciente deve ser tratado como indivíduo único, utilizando-se dois ou mais itens de identificação, conferências periódicas e uso de pulseiras (Brasil, 2017).

Úlcera por pressão (UPP) é a incidência de lesão na pele devido fricção ou pressão em uma determinada área do corpo e uma de suas principais causas é a longa permanência em hospitais. Estratégias simples podem evitar a ocorrência de UPP, como mudança de decúbito, avaliação constante da pele, avaliação nutricional e de hidratação, cuidados com a pele do paciente e uso de equipamentos que diminuam a pressão sobre determinados pontos. Também podem ser determinadas outras medidas pelo estabelecimento (Brasil, 2013).

As quedas podem ocorrer devido ao uso de medicações, doenças que causem instabilidade, idade avançada ou permanência em ambientes desconhecidos. As quedas podem agravar o quadro do paciente, causando tanto danos físicos quanto danos psicológicos. As avaliações e intervenções do Núcleo de Segurança do Paciente proporcionam um ambiente seguro e diminuem os riscos (Brasil, 2013).

A comunicação segura se dá entre profissional e paciente, entre profissionais e profissionais em passagem de turno e em trabalho em equipe. A passagem de dados insuficientes ou insatisfatórios pode criar falhas na assistência e quebra de continuidade de tratamento. O médico deve compreender todo o contexto do paciente, e o paciente compreender o tratamento, os benefícios e ser capaz de dar continuidade (Santos *et al.*, 2010).

Dados apresentados pela JCI indicam que comunicação inadequada entre profissionais contribuem para ocorrência dos eventos adversos e óbito. Deve-se garantir informações de qualidade, com caligrafia legível, utilização de informações padronizadas, termos compreensíveis, anotações adequadas e prontuário atualizado (Joint Commission International, 2018).

Indicadores são parâmetros qualitativos ou quantitativos utilizados para avaliar o desempenho de um processo ou se o processo obteve resultados através de estabelecimento de objetivos ou metas (Minayo, 2009).

É importante notificar, monitorar indicadores, avaliar e promover ações corretivas relacionadas a eventos adversos, ou seja, ocorrências indesejáveis relacionadas ao cuidado do paciente e que cause danos (Brasil, 2014).

Os indicadores de qualidade, quando monitorados continuamente, permitem detecção de

erros, correção de erros e busca de excelência no atendimento (Fioretti *et al.*, 2016).

Diante da dificuldade de se determinar qualidade em saúde devido ao seu caráter subjetivo, deve-se determinar referenciais técnicos e científicos para classificá-la e tornar a qualidade mensurável (Costa Junior, 2015).

“A segurança em saúde não é um valor que possa ser mensurado exclusivamente por seus resultados e impactos. Seu alcance e benefícios extrapolam o que podemos medir por instrumentos formais. Sua real natureza de valor está na capacidade efetiva de não causar dano, o que muitas vezes não é mensurável” (Costa Junior, 2015)

Os indicadores que medem se o atendimento está adequado tanto da perspectiva do paciente como das doenças mais frequentes são: readmissões, taxas de complicações, adequação à diretrizes internacionais, erros de medicação, satisfação de famílias. E também da perspectiva do Hospital, se possui lucratividade estabelecida, margem operacional, retorno sobre investimento, valor econômico agregado, custo por caso atendido (Fernandes *et al.*, 2010).

Conforme Fernandes *et al.* (2010), dois marcadores importantes de uma UTI são: a mortalidade e a qualidade de vida. Um serviço médico de alta qualidade terá, na maioria das vezes, um desfecho satisfatório. A Portaria nº 312 de 2002 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002), padroniza os principais indicadores e suas nomenclaturas no censo hospitalar sendo eles:

- Média de pacientes-dia: relação entre pacientes e número de dias de internação;
- Média de permanência: relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas do hospital, incluindo óbitos;
- Taxa de ocupação hospitalar: relação entre pacientes-dia e número de leitos;
- Relação entre pacientes-dia e leitos-dia, incluindo toda a capacidade de leitos do EAS;
- Taxa de ocupação planejada: Relação entre pacientes-dia e leitos-dia, incluindo toda a capacidade de leitos do EAS;
- Taxa de mortalidade hospitalar: Relação percentual entre óbitos e pacientes que saíram do hospital;
- Taxa de mortalidade institucional ou específica: Relação percentual entre óbitos após 24 horas de internação e pacientes que saíram do hospital.

Incidentes são ocorrências que podem ou não resultar em dano ao paciente, sendo os

eventos incidentes que de fato causaram o dano (Brasil, 2014). Os erros são falhas de execução de um plano ou uma execução incorreta. Detecção, descoberta ou percepção de um erro é parte importante de todo o processo pois permite a notificação do incidente (Brasil, 2017).

O entendimento dos incidentes e a forma com que os estabelecimentos lidam com ele integram o movimento de melhoria contínua da qualidade (Brasil, 2017). A qualidade do relato e registro de eventos e incidentes é importante para a efetividade da tomada de ação, sendo necessário mensurar e utilizar os resultados como ferramenta de aprendizado para evitar futuros erros e, conseqüentemente, redução na frequência de incidentes (Almeida, 2020). A informação leva ao conhecimento e os resultados incentivam as notificações (Souza *et al.*, 2014).

2.3.2 PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O programa Nacional de Segurança do Paciente foi criado a partir da Portaria nº 529 de 2013 do Ministério da Saúde, com objetivo de aprimorar os cuidados de saúde em todas as instituições de Saúde em todo o território Nacional (Brasil, 2014).

De acordo com Costa Junior (2015), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) surge como um marco do movimento pela segurança no Brasil em 2013. Seu surgimento tem a finalidade de orientar e definir diretrizes de política nacional de segurança do paciente, com objetivo de envolver a sociedade, estender o conhecimento, inserir segurança como matéria de formação profissional, elaboração de guias e protocolos e promoção da cultura de segurança do paciente.

A partir de sua criação, também foi publicada a Resolução de Diretoria Colegiada nº 36 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, a fim de enfrentar a dificuldade da realidade brasileira garantindo o mínimo (Costa Junior, 2015).

2.3.3 AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Diante das necessidades de se avaliar as práticas dos hospitais, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, através de seus especialistas em Vigilância Sanitária e em Segurança do Paciente, criou o 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, para nortear tanto os serviços fiscalizadores quanto os serviços de saúde.

O instrumento é a autoavaliação das práticas de segurança do paciente, respondido por serviços de atendimento hospitalar que possuem UTI (Brasil, 2021).

De acordo com Brasil (2022), através da análise das respostas dos hospitais a verificação de documentos comprobatórios, são relacionados os estabelecimentos que possuem alta adesão às Práticas de Segurança do Paciente.

Brasil (2022) define 18 indicadores aplicáveis em hospitais com UTI adulto, caso o hospital não atenda um deles, são colocados em hospitais com baixa adesão à Segurança do Paciente.

Os Principais indicadores de adesão são:

1. Núcleo de Segurança do Paciente instituído;
2. Plano de segurança do paciente (PSP) implantado;
3. Protocolo de prática de higiene das mãos implantado;
4. Protocolo de identificação do paciente implantado;
5. Protocolo de prevenção de lesão por pressão implantado;
6. Protocolo para prevenção de quedas implantado;
7. Protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos implantado;
8. Protocolo para a prevenção de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada ao uso de cateter venoso central (CVC) implantado;
9. Protocolo para a prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora implantado;
10. Protocolo para a prevenção de infecção do trato respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica implantado;
11. Protocolo de precaução e isolamento implantado C.14. Conformidade da avaliação do risco de lesão por pressão;
13. Conformidade da avaliação do risco de queda;
14. Conformidade do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos;
15. Regularidade da notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde;
16. Regularidade do monitoramento mensal de indicadores de infecções relacionadas à

assistência à saúde (usando os critérios diagnósticos nacionais da Anvisa);

17. Regularidade da notificação mensal de consumo de antimicrobianos em UTI adulto - cálculo DDD (dose diária definida) C.21. Monitoramento mensal de indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente

Tsai *et al.* (2020) observaram o aumento do número de hospitais com UTI ao longo dos anos e o aumento da adesão das práticas de segurança do paciente, avaliando a ferramenta como uma potencializadora do aumento da adesão de práticas de qualidade e redução de desperdícios na saúde, porém não é uma ferramenta que sensibilize os gestores quanto a sua importância.

Martins Andrade *et al.* (2020) verificaram em análise das autoavaliações, que com aumento da 416% dos Núcleos de segurança do Paciente dos Hospitais com UTI e o aumento das notificações em 1.000%, comprovou que houve redução de erros graves e acidentes fatais.

Rodrigues *et al.* (2022) realizaram um estudo piloto a fim de verificar a confiabilidade da ferramenta, uma vez que se trata de uma autoavaliação. Aqueles pesquisadores verificaram que a maioria dos quesitos se aproximavam da realidade encontrada pela inspeção da Vigilância Sanitária. E ainda assim existe a possibilidade de ter havido erro uma vez que a inspeção presencial demonstra mais rigidez na avaliação dos critérios. Foi encontrado um índice de 95% de confiabilidade na amostra avaliada. A ferramenta apoia a implementação do núcleo de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde com UTI, mas não substitui a inspeção sanitária.

A inspeção sanitária é uma tecnologia da Vigilância Sanitária, que verifica *in loco*, os potenciais danos de um estabelecimento e a tratativa para mitigá-los ou evitá-los, verifica conformidade com padrões pré-estabelecidos de acordo com evidências científicas e visam a saúde individual e coletiva (Brasil, 2014).

Para a aplicação da avaliação são feitas sensibilizações e divulgações para os hospitais, depois são enviados os formulários que devem ser respondidos juntamente com documentos comprobatórios. Após análise são sorteados serviços para avaliação presencial com objetivo de validar os resultados dos indicadores e, por fim, é feita a consolidação dos resultados nacionais. No ano de 2021 foram avaliados 86 hospitais *in loco* e em 2022 foram avaliados 116 hospitais *in loco* (Brasil, 2022).

A meta para 2025 é que 80% dos avaliados atinjam 70% de conformidade. E que haja

75% de participação do total de hospitais que possuem leitos de UTI (Brasil, 2021). Em 2023, obteve-se um total de 73% de participação dos Hospitais Brasileiros. Entretanto, até a data do fechamento do relatório os dados do estado de São Paulo não haviam sido finalizados (Brasil, 2022)

2.4 GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO

A qualidade é integrada por várias dimensões e considera-se que a segurança do paciente é uma dimensão da qualidade. Porém, não é focada na produção de benefícios, mas de evitar ou diminuir os danos. Ressalta-se que apesar de serem termos inseparáveis, ocorrem situações em que há desenvolvimento da qualidade, sem necessariamente ter efeitos na segurança (Brasil, 2017).

Segundo Gaíva *et al.* (2017), os profissionais ainda não têm clareza sobre a diferença entre os dois termos. Qualidade se refere a atingir um padrão na assistência, enquanto a Segurança do Paciente é garantir um atendimento que não cause danos.

A segurança do paciente, para o seu bom funcionamento, faz integrações com todas as outras dimensões da Qualidade, como qualidade na prescrição, financeiro, procedimentos médicos e de enfermagem, qualidade no atendimento, acessibilidade, atrasos, recursos humanos, gerenciamento de resíduos, controle de infecção, entre outros (Brasil, 2017).

O reconhecimento do funcionário pela gestão também é fator importante para valorização das práticas de segurança do paciente (Almeida, 2020).

De acordo com Almeida (2020), não só a gestão dos processos impacta na segurança do paciente, mas toda a implementação de cultura de segurança do paciente.

Os princípios de segurança do paciente são os mesmos da melhoria da qualidade, sendo eles: monitoramento do ciclo de melhoria e planejamento, prevenir e identificar problemas, solucionar problemas e manter a cultura de segurança (Brasil, 2017).

O ambiente seguro para o paciente é o ambiente de qualidade aos profissionais, que proporcione condições adequadas de trabalho, organizado, com diálogo entre os profissionais e liderança, sem sobrecarga de trabalho, que proporcione capacitação profissional (Reis, 2018).

Não é suficiente que o estabelecimento demonstre interesse e comprometimento, é

necessário estruturar o organograma da empresa, estabelecer comitê multiprofissional de qualidade, ter profissionais com competências específicas, uma equipe que proporcione a implementação do programa, profissionais dedicados, investimentos em equipe e em processos (Costa Junior, 2015). Segundo Brasil (2014), não há espaço para mão-de-obra que não seja profissionalizada e especializada.

Segundo Gaíva *et al.* (2017), apesar do conceito de Segurança do Paciente ser novo, as políticas públicas têm colaborado para a mudança de cultura dentro das instituições. Percebeu-se um melhor entendimento dos profissionais sobre o conceito e a importância de aplicá-lo.

“A qualidade, quando implantada em toda uma organização, pode proporcionar a esta a oportunidade de almejar uma acreditação ou uma certificação como reconhecimento de um trabalho realizado. Porém, muitas das vezes, acontece o contrário: a acreditação acaba sendo uma mola propulsora e um grande motivo para implantar a qualidade (Ruggiero, 2021).

A segurança do paciente deve ter interface com todos os setores e com outras comissões como de controle de infecções, revisão de prontuário e comissão de óbito, que devidamente implantadas, fornecem material importante para os estudos de Segurança do Paciente do estabelecimento (Costa Junior, 2015).

2.4.1 IMPACTOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com Migliorini (2021), houve melhorias no Hospital objeto de seu estudo e os processos passaram a ser mais seguros a partir da acreditação ONA, além de melhor desempenho gerencial e econômico. Também assegura que com a implantação da acreditação não só aumentou a satisfação dos pacientes como tornou os processos mais seguros, verificou evidências de segurança e identificação de possíveis EA e a padronização contribui para a avaliação e melhoria dos processos.

Fioreti *et al.* (2016) desenvolveram um estudo em duas UTIs Neonatais em hospitais privados e acreditados de Belo Horizonte, Minas Gerais, para analisar a vivência dos profissionais no uso de ferramentas de qualidade com foco na segurança do paciente. O

gerenciamento dos processos permitiu um rastreamento de ações, monitoramento e prevenção de eventos adversos. Constatou-se que além dos gerenciamentos dos processos, cria-se uma cultura de segurança do paciente, para que a gestão não seja somente teórica, mas tenha como fim a segurança real do paciente.

Terra e Berssaneti (2017) analisaram cinco hospitais, três públicos e dois privados acreditados ONA e JCI, e observaram aumento de produtividade, definição de padrões com a alta direção, gestão por processos, maior segurança do paciente, maior competitividade, maior conhecimento sobre qualidade, uso de indicadores e monitoramento dos processos e altos níveis de satisfação do paciente. Os mesmos autores concluíram também que a maior orientação do paciente sobre o que está sendo realizado, conforme atendimento de requisitos da acreditação, contribui para a segurança do paciente.

De Oliveira *et al.* (2020), através de pesquisa com profissionais de UTI de um Hospital SUS Acreditado ONA - Nível 3, verificaram melhorias através da perspectiva dos trabalhadores. Foram relacionadas melhorias de gestão de qualidade e segurança do paciente com as exigências da ONA. Os profissionais reconheceram que o estabelecimento deve sempre proporcionar um atendimento seguro, porém com a acreditação perceberam que estavam direcionados através de cobranças de protocolos de acreditação.

Torrent *et al.* (2010) analisaram um Hospital com certificação ISO 9001:2008 durante a implementação da certificação. E somente com resultados da implementação de métodos, procedimentos e processos, percebeu-se melhorias nas ações de qualidade, rastreamento de erros e não conformidades, planos de ação corretivos e preventivos, entre outros que contribuem para a segurança do paciente.

Bharara *et al.* (2020) acompanharam por três anos a preparação para implantação de certificação em um Hospital de Nova Delhi. Aqueles autores abordaram especificamente o protocolo de higiene das mãos, um dos principais protocolos de Segurança do Paciente, e evidenciou uma melhora significativa da adesão.

Aslatico (2011) observou que após implantação de ferramentas de qualidade, treinamento e implantação de protocolos, os profissionais obtiveram melhor desempenho das atividades e menor chance de ocorrência de erro. Observou também que 72% dos profissionais avaliados perceberam a melhoria na rotina de trabalho, reduzindo ocorrência de erros no

processo aumentando a velocidade do atendimento, racionalizando os fluxos, focando em resultados e na melhoria contínua, utilizando evidências e resultados dos indicadores. Observou também que as avaliações negativas estavam relacionadas a dificuldade de mudança de cultura e quebra de paradigma.

Aslatico (2013) identificou que a acreditação proporcionou melhor gerenciamento de risco, maior rotatividade de leitos e menor desperdício. Observou também a necessidade de fazer comparativos entre hospitais acreditados e hospitais não acreditados, para que se possa identificar se hospitais que possuem acreditação possuem desempenho superior aos não acreditados.

Almeida (2020) realizou um estudo através de *survey* com Serviços de Radioterapia e observou o impacto positivo da gestão de processos e cultura de segurança na melhoria da Segurança dos Pacientes no atendimento.

Grande e Mendes (2015) realizaram estudo em um Hospital com acreditação JCI e observou uso de ferramentas de qualidade na segurança do paciente, tais como: monitoramento e gerenciamento de riscos, funcionários treinados e qualificados, avaliação de desempenho através de uso de indicadores, engajamento dos colaboradores, integração entre áreas. Não observaram impactos financeiros e relataram falta de engajamento entre algumas classes, principalmente a médica.

Alkhenizan e Shawb (2011), por meio de revisão sistemática da literatura, avaliaram o impacto de programas de acreditação na qualidade dos serviços de saúde. Verificaram evidências que os programas de acreditação melhoram o processo de atendimento prestado pelos serviços de saúde e devem ser incentivados como estratégia para melhorar a qualidade dos serviços.

Macedo (2019) avaliou o impacto da acreditação ONA e JCI na segurança do paciente em um Hospital do Câncer e verificou que todo o processo é mais humanizado, possui estrutura clara e objetiva, há um detalhamento no uso de indicadores, e uma cultura sólida de segurança, incentivo da diretoria para implantação de estratégias de melhoria contínua. O acompanhamento dos indicadores evidenciou melhoria ao longo dos anos, mesmo não tendo comparação com dados de antes da acreditação, foi possível relacionar com a acreditação.

Os benefícios que a implantação de Sistema de qualidade para um estabelecimento de saúde são: garantir o atendimento das necessidades dos pacientes, gerenciamento dos riscos

incluindo melhorias na segurança do paciente, atendimento de requisitos internacionais de qualidade, colaboradores capacitados, procedimentos bem definidos, foco na melhoria e maior conhecimento da alta direção sobre todos os processos da instituição (Bretaña e Alvarez, 2017).

Vaillancourt *et al.* (2020) observaram que a padronização das concentrações de medicação em crianças determinadas pela *Canadian Council on Health Services Accreditation* melhora o sentimento de cultura de segurança na equipe devido ao aprimoramento do procedimento.

O estudo feito por Wang *et al.* (2015) por três anos em um hospital na China, verificou melhora dos indicadores e diminuição de erro de administração de medicamentos, tais como: prescrição, transcrição, preparação, dispensação e monitoramento, ao longo do tempo de estudo e conseguiu relacionar com as exigências da acreditação JCI. Não foram feitas análises dos dados de antes da implantação da JCI.

Ghezjeljed *et al.* (2022) constataram que a percepção das equipes de assistência iranianas é que o processo de acreditação atrapalha o atendimento dos protocolos de segurança, facilitando o erro. Os esforços são voltados ao serviço administrativo e diminui a dedicação na assistência.

Vale (2016) observou que intervenções de qualidade, participativas e de baixo custo, foram suficientes para propiciar melhoria significativa na qualidade do atendimento de Unidade de Terapia Intensiva Materna e aumentou a adesão de atendimento de protocolos. O mesmo autor ressalta ainda que, com estudos de maior adesão, poderia, até mesmo, impactar na taxa de mortalidade materno-fetal.

Soren *et al.* (2015) realizaram estudo em 33 hospitais dinamarqueses, acreditados e não acreditados, utilizando algumas doenças como parâmetro de escolha de análise de paciente, sendo eles úlcera, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca. Aqueles autores observaram que hospitais acreditados têm resultados melhores, porém pouco significativos. Mas não descartou a possibilidade de resultados mais expressivos em análise de resultados de pacientes com outras doenças.

Gelbarti e Creati (2013) realizaram um estudo na Coreia sobre segurança do paciente sedado fora do centro cirúrgico, e evidenciaram que os padrões rigorosos de treinamento e de qualificação profissional da JCI, garantem a segurança do paciente.

Alhatmi (2010) realizou um estudo em um estabelecimento de Saúde no Sultanato de

Omã. O estabelecimento possui certificação ISO 9001 e estava se preparando para a acreditação. O estudo observou aumento da segurança do paciente, redução de tempo de UTI e diminuição de tempo de atendimento da farmácia. Verificando ao fim da pesquisa a mudança de entendimento do conceito pelos colaboradores.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Após uma revisão de literatura cujo objetivo foi verificar o estado da arte do tema, a segunda etapa consistiu na condução de uma análise de regressão linear simples para determinar a relação entre o número de estabelecimentos que atingiram alta adesão a práticas de segurança do paciente e os estabelecimentos que possuem certificação de qualidade (ONA, JOINT COMMISSION, AACI ou QMENTUM), ou seja, a relação entre somente duas variáveis.

Chein (2019) defende a utilização da análise de regressão linear como uma ferramenta de avanço das políticas públicas de saúde, permitindo utilizar a evidência da amostra como forma de generalização para uma população e, desta forma, verificar o quanto é confiável os resultados encontrados. A interpretação dos resultados permite ainda estudos mais avançados, a partir da determinação da correlação para fazer previsões, como o resultado de uma intervenção, por exemplo.

Rossi (2020) salienta que o uso da análise regressão simples de uma amostra pode representar toda uma população.

Chein (2019) descreve a análise de regressão linear e explica a relação entre duas variáveis X e Y e a linha reta é a que melhor descreve a relação entre as variáveis. A reta de regressão linear depende da média de X, do desvio padrão de X, da média de Y, do desvio padrão de Y e da correlação entre X e Y, sendo possível prever o comportamento de Y através dos valores de X. Representada por uma equação do tipo $Y = a + bX$, onde a e b são os parâmetros da relação linear procurada.

A proximidade da linha de regressão e os valores é dada por coeficientes determinados pelo estimador de mínimo quadrados ordinários, encontrada através da soma dos quadrados dos resíduos de se medir Y dado X (Chein, 2019).

A variável dependente trata-se de Y e uma única variável independente X (Rossi, 2020).

Organizou-se os dados por estado, tendo como valores X, o número total de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente, conforme apontado pelo relatório anual disponível no site da ANVISA e, como Y, o número de hospitais com alta adesão acreditados, dados encontrados através de levantamento no site oficial das organizações acreditadoras, sendo elas a Organização Nacional de Acreditação, *Accreditation Canada* e *Joint Commission*

International.

Considera-se α o valor médio da função linear, R^2 é o Coeficiente de Determinação, obtido através do ajuste do modelo, utilizando as variáveis e suas respectivas médias, é a porcentagem da variação explicada pelo modelo (Rossi, 2020). As análises foram executadas com auxílio do software Minitab 21.

O número total de Hospitais foi coletado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Trata-se da base de dados oficial do Ministério da Saúde para conhecer a realidade existente de estabelecimentos de saúde no Brasil. Tem como principais finalidades cadastrar, atualizar e informar a sociedade da oferta de serviços, também é utilizada como ferramenta de tomada de decisão e planejamento dos territórios. O Ministério da Saúde utiliza esta base de dados também para custeio e repasses aos estabelecimentos de Saúde. Os dados devem ser atualizados no mínimo mensalmente pelo governo estadual, governo municipal e pelos próprios estabelecimentos de saúde, no que couber a cada um dele.

Os dados de autoavaliação de adesão das práticas de segurança do paciente são fechados no início do ano posterior, para emissão de relatório, que é disponibilizado no site da ANVISA.

4. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados encontrados na presente pesquisa, com o uso do software Minitab 21.

O relatório de autoavaliação das práticas de segurança do paciente de 2021 demonstrou que dos 263 dos hospitais com UTI geral com alta adesão e em levantamento, 90 deles possuem acreditação. O relatório de autoavaliação das práticas de segurança do paciente de 2022 demonstrou dos 361 dos hospitais com UTI geral com alta adesão às práticas de segurança do paciente e em levantamento, 116 deles possuem acreditação. O relatório de autoavaliação das práticas de segurança do paciente de 2023 demonstrou que dos 437 hospitais com UTI geral com alta adesão às práticas de segurança do paciente, em levantamento, 128 destes possuem acreditação. Vale ressaltar que o fechamento dos anos de 2023 e 2024 foi realizado sem os dados dos estados de São Paulo e Amapá, pois não foram entregues.

A autoavaliação é um processo voluntário de resposta de formulário e apresentação de documentação comprobatória. No ano de 2021 houve uma média de 68% de participação dos hospitais do Brasil, tendo sete estados alcançado 100% de participação e 14 estados acima de 70% de participação. No ano de 2022 houve uma média de 73% de participação dos Hospitais do Brasil, tendo 11 estados alcançado 100% de participação e 10 estados acima de 75% de participação. No ano de 2023 houve uma média de 66% de participação dos hospitais do Brasil, tendo dois estados alcançado 100%, 11 estados acima de 80% e três estados acima de 70%.

Tabela 1 – Número de Hospitais com alta adesão as práticas de Segurança do Paciente e acreditados

	Hospitais com alta adesão	Hospitais com alta adesão acreditados	Hospitais com alta adesão	Hospitais com alta adesão acreditados	Hospitais com alta adesão	Hospitais com alta adesão acreditados
	2021		2022		2023	
Acre	1	0	1	0	2	0
Alagoas	4	3	6	2	6	2
Amapá	0	0	0	0	0	0
Amazonas	5	1	1	0	6	3
Bahia	1	1	18	8	26	6
Ceará	20	7	15	5	15	5
Espírito Santo	10	5	15	7	20	8
Goiás	10	4	16	8	13	4
Maranhão	8	1	9	3	14	3
Mato Grosso	5	1	5	1	4	1

Mato Grosso do Sul	5	2	15	5	15	6
Minas Gerais	42	13	67	19	88	20
Pará	5	1	1	0	1	0
Paraíba	2	1	13	0	13	2
Paraná	24	7	28	11	37	11
Pernambuco	16	2	12	1	17	0
Piauí	4	1	16	1	16	1
Rio de Janeiro	4	2	44	17	46	20
Rio Grande do Norte	2	0	6	0	9	0
Rio Grande do Sul	19	8	18	9	26	12
Rondônia	5	0	5	0	3	0
Roraima	0	0	2	0	1	0
Santa Catarina	23	9	26	10	34	11
São Paulo	33	23	0	0	0	0
Sergipe	0	0	5	1	5	2
Tocantins	0	0	0	0	3	0
Distrito Federal	15	8	17	8	17	11
Total	263	100	361	116	437	128

A primeira análise executada foi a da correlação, a fim de se verificar o quanto as variáveis “número total de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente” e “número de hospitais com alta adesão acreditados” estão relacionadas, ou seja, o grau de relação entre as variáveis. Valores de Correlação $r = 1$ seriam correlações perfeitas e $r = 0$ seria a inexistência de correlação, quanto mais próximo de 1 for o valor de r , mais forte será a correlação entre duas variáveis, segundo Chein (2019).

Foi utilizado o modelo de análise de regressão simples para investigar a relação entre as variáveis. Esse método permite encontrar uma equação linear que descreve como uma variável depende da outra. O teste de hipóteses revelou que o valor de p obtido foi menor que o nível de significância alfa, que é 0,05. Isso significa que rejeitamos a hipótese nula, indicando que há uma relação significativa entre as variáveis analisadas. Além disso, o valor de R^2 foi calculado. Esse coeficiente indica a proporção da variação na variável dependente que pode ser explicada pela variável independente. Quanto mais próximo de 1, maior é a capacidade do modelo em explicar essa relação. Em resumo, a análise mostrou que as variáveis estão relacionadas de forma significativa e que o modelo é eficaz em capturar essa relação.

4.1 Cálculo da correlação e análise de regressão simples dos dados obtidos do ano de 2021 e publicados em 2022.

A correlação 2021-2022 foi encontrada por meio dos resultados do Relatório de Avaliação Nacional das Práticas de segurança do paciente que apontou 263 hospitais brasileiros com alta adesão às práticas de segurança do paciente. Destes hospitais, 100 possuíam acreditação, como ilustra o Gráfico 1.

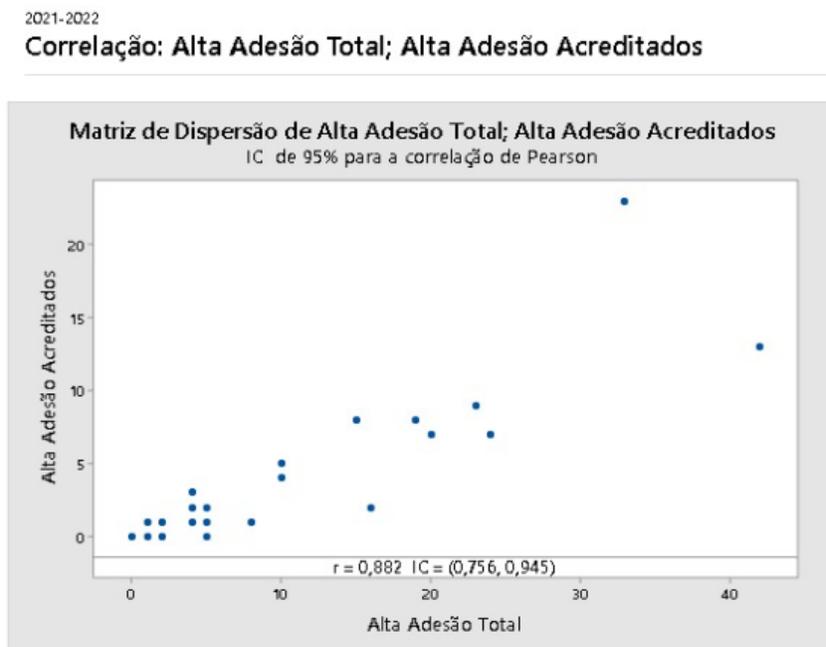


Gráfico 1 - Gráfico da Correlação entre número total de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente segundo o relatório de autoavaliação e o número de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente que possuíam acreditação no ano de 2021

Correlações

	Alta Adesão Total
Alta Adesão Acreditados	0,882

Figura 1 – Correlações 2021

O resultado desta análise sugere correlação forte entre as variáveis em estudo, uma vez que $r = 0,882$, como apresenta a Figura 1.

Em seguida, foi realizada a análise de regressão, como apresenta a Figura 2.

2021-2022

Análise de Regressão: Alta adesão acreditados versus Alta adesão Total

A equação de regressão é

$$\text{Alta adesão acreditados} = - 0,4005 + 0,4213 \text{ Alta adesão Total}$$

Sumário do Modelo

S	R2	R2(a)
2,49730	77,84%	76,96%

Análise de Variância

Fonte	GL	SQ	QM	F	P
Regressão	1	547,717	547,717	87,82	0,000
Erro	25	155,913	6,237		
Total	26	703,630			

Figura 2 - Análise de regressão simples entre número total de Hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente segundo o relatório de autoavaliação e o número de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente que possuíam acreditação no ano de 2021

Os resultados apresentados na Figura 2 demonstram que regressão linear entre número total de hospitais com alta adesão e número de hospitais com alta adesão acreditados é estatisticamente significativa, considerando um alfa = 0,05, uma vez que o valor -p = 0,000, rejeitando a hipótese nula. A variabilidade de Y (variável de resposta) pode ser explicada pela variação de X em aproximadamente 78% ($R^2 = 77,84$).

A inclinação positiva da reta dada pelo Gráfico 2 indica que o aumento da variável número de hospitais acreditados impacta nos hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente.

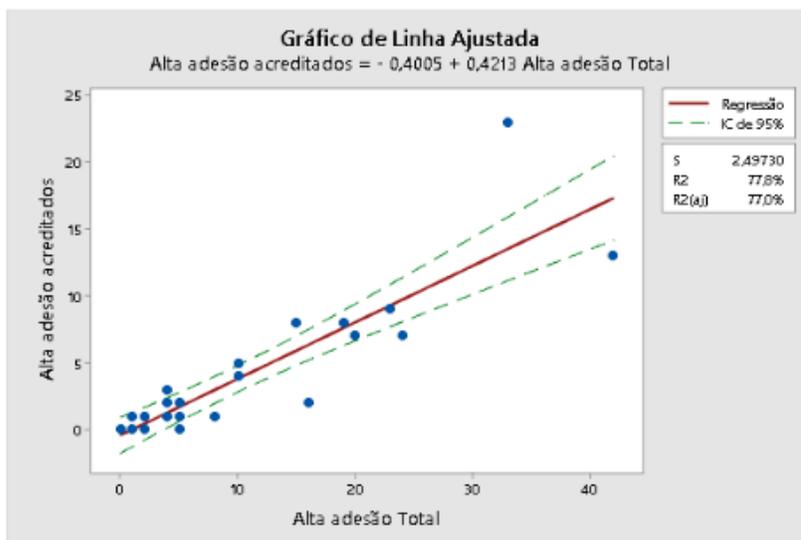


Gráfico 2 - Gráfico da análise de regressão simples entre número total de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente segundo o relatório de autoavaliação e o número de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente que possuíam acreditação no ano de 2021

4.2 Cálculo de correlação e análise de regressão simples dos dados obtidos no ano de 2022 e publicados em 2023

A correlação 2022-2023 foi encontrada por meio dos resultados do Relatório de Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente que apontou 361 hospitais brasileiros com alta adesão às práticas de segurança do paciente, ilustrada no Gráfico 3 e Figura 3. Destes, 116 hospitais possuíam acreditação.

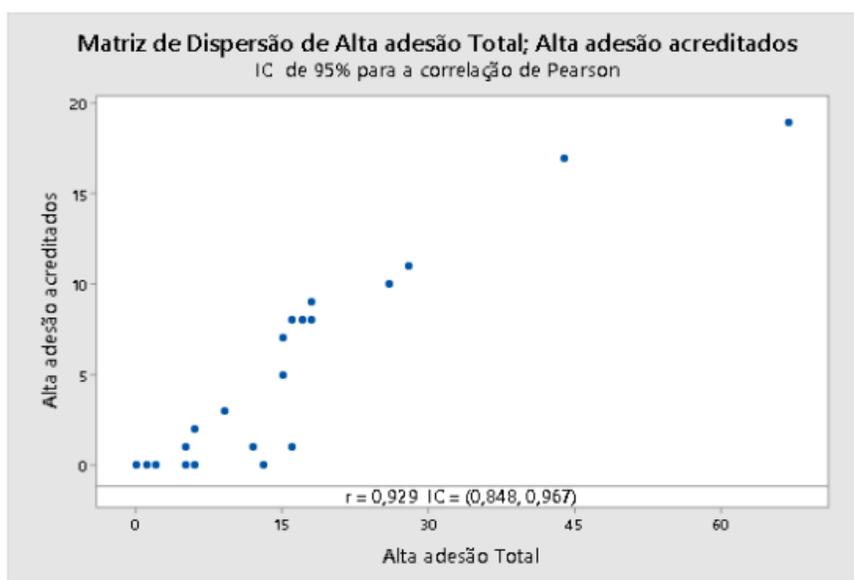
Correlação: Alta adesão Total; Alta adesão acreditados

Gráfico 3- Correlação entre número total de Hospitais com alta adesão as práticas de segurança do paciente segundo o relatório de autoavaliação e o número de hospitais com Alta adesão às práticas de segurança do paciente que possuíam acreditação no ano de 2022

Correlações

	Alta adesão Total
Alta adesão acreditados	0,929

Figura 3 – Correlação 2022

O resultado da análise sugere correlação forte entre as variáveis em estudo, uma vez que $r = 0,929$.

Em seguida, foi realizada a análise de regressão, ilustrado pela Figura 4.

2022-2023

Análise de Regressão: Alta adesão acreditados versus Alta adesão Total

A equação de regressão é

$$\text{Alta adesão acreditados} = - 0,2303 + 0,3386 \text{ Alta adesão Total}$$

Sumário do Modelo

S	R2	R2(aj)
2,04758	86,24%	85,69%

Análise de Variância

Fonte	GL	SQ	QM	F	P
Regressão	1	656,815	656,815	156,66	0,000
Erro	25	104,815	4,193		
Total	26	761,630			

Figura 4 - Análise de regressão simples entre número total de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente segundo o relatório de autoavaliação e o número de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente que possuíam acreditação no ano de 2022

Os resultados apresentados demonstram que regressão linear entre número total de hospitais com alta adesão e número de hospitais com alta adesão acreditados é estatisticamente significativa considerando um alfa = 0,05, uma vez que o valor -p = 0,000, rejeitando a hipótese nula. A variabilidade de Y (variável de resposta) pode ser explicada pela variação de X em aproximadamente 86% (R2 = 85,69).

A inclinação positiva da reta, dada pelo Gráfico 4, indica que o aumento da variável número de hospitais acreditados impacta nos Hospitais com alta adesão as práticas de segurança do paciente.

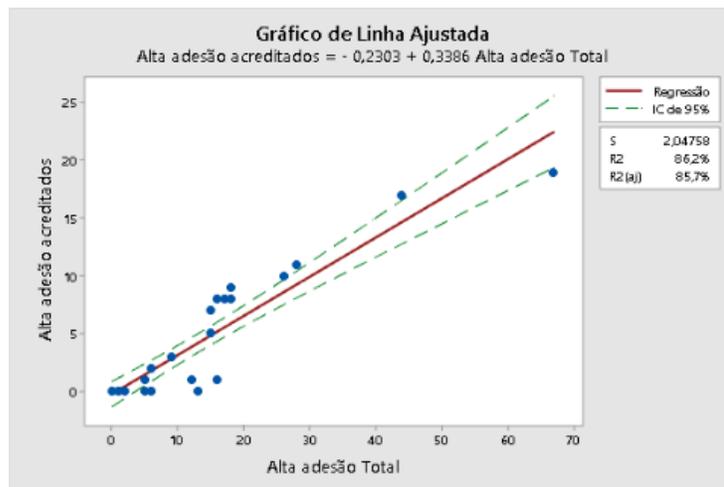


Gráfico 4 - Gráfico da análise de regressão simples entre número total de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente segundo o relatório de autoavaliação e o número de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente que possuíam acreditação no ano de 2022

4.3 Cálculo da correlação e análise de regressão simples dos dados obtidos do ano de 2023 e publicados em 2024

A correlação 2023-2024 foi encontrada por meio dos resultados do Relatório de Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente que apontou 437 hospitais brasileiros com alta adesão às práticas de segurança do paciente, como ilustra o Gráfico 5. Destes hospitais, 128 possuíam acreditação.

Correlação: alta adesão total; Alta adesão acreditados

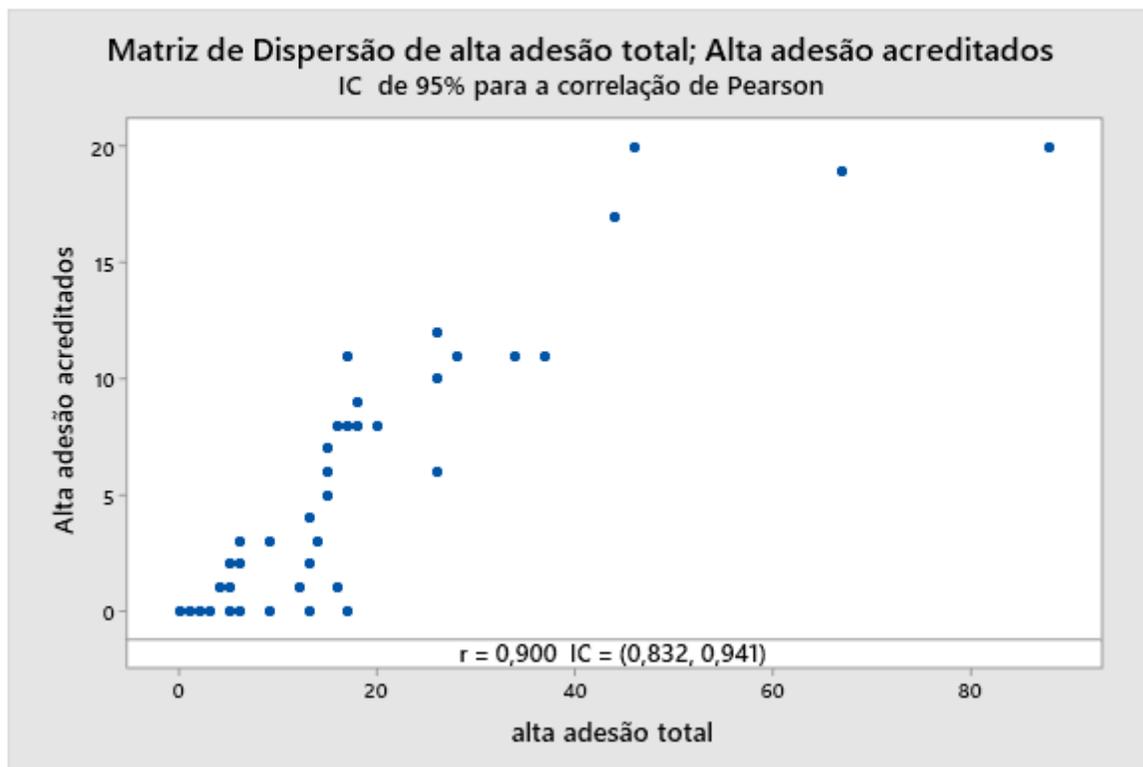


Gráfico 5 - Correlação entre número total de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente segundo o relatório de autoavaliação e o número de hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente que possuíam acreditação no ano de 2023

Correlações

	alta adesão total
Alta adesão acreditados	0,900

Figura 5 – Correlação 2023

O resultado da referida análise, vide Figura 5, sugere correlação forte entre as variáveis em estudo, uma vez que $r = 0,900$. A seguir foi realizada a análise de regressão, dada pela Figura 6.

Análise de Regressão: Alta adesão acreditados versus alta adesão total

A equação de regressão é

$$\text{Alta adesão acreditados} = 0,0724 + 0,3013 \text{ alta adesão total}$$

Sumário do Modelo

S	R2	R2(aj)
2,48103	81,00%	80,63%

Análise de Variância

Fonte	GL	SQ	QM	F	P
Regressão	1	1338,75	1338,75	217,49	0,000
Erro	51	313,93	6,16		
Total	52	1652,68			

Figura 6 - Análise de regressão simples entre número total de Hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente segundo o relatório de autoavaliação e o número de hospitais com Alta adesão às práticas de segurança do paciente que possuíam acreditação no ano de 2023

Os resultados apresentados na Figura 6 demonstram que regressão linear entre número total de hospitais com alta adesão e número de hospitais com alta adesão acreditados é estatisticamente significativa considerando um alfa = 0,05, uma vez que o valor-p = 0,000, rejeitando a hipótese nula. A variabilidade de Y (variável de resposta) pode ser explicada pela variação de X em aproximadamente 81% (R2 = 80,63).

A inclinação positiva da reta dada pelo Gráfico 6 indica que o aumento da variável número de hospitais acreditados impacta nos Hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente.

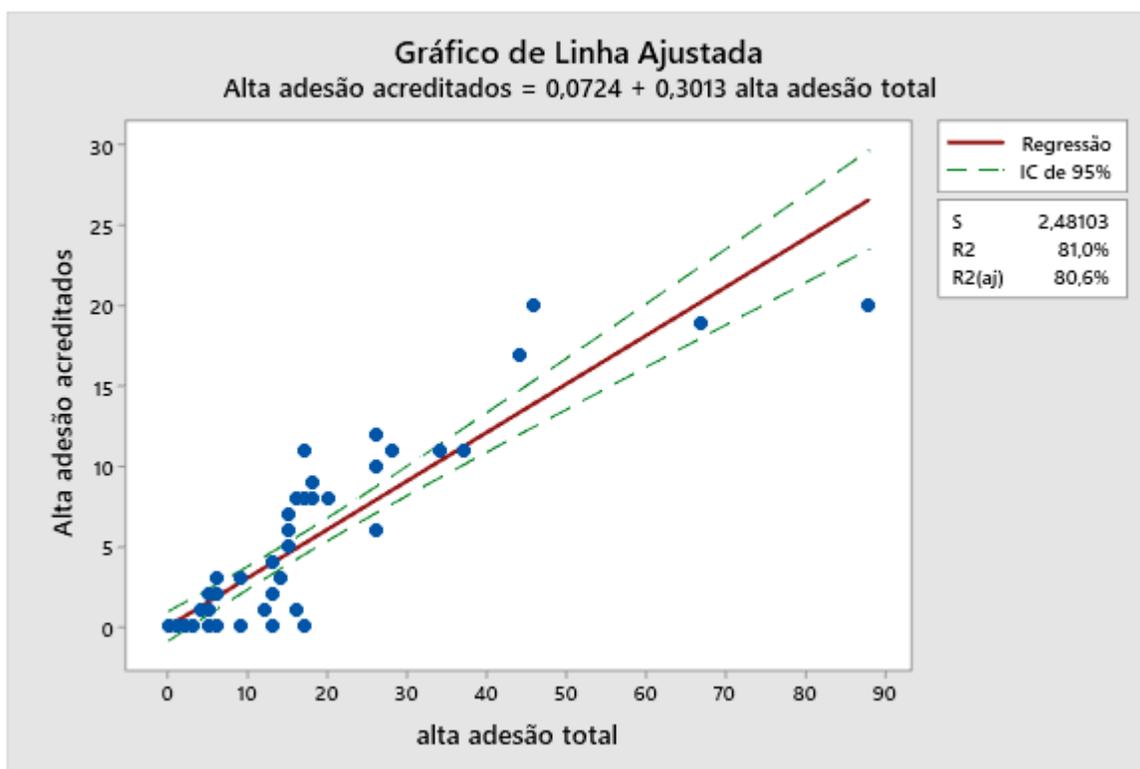


Gráfico 6 - Gráfico da análise de regressão simples entre número total de Hospitais com alta adesão as práticas de segurança do paciente segundo o relatório de autoavaliação e o número de hospitais com Alta adesão às práticas de segurança do paciente que possuíam acreditação no ano de 2023

Os resultados das análises de regressão linear simples revelam informações importantes sobre a relação entre o número total de hospitais com alta adesão e o número de hospitais com alta adesões acreditadas. Eles indicam que a regressão linear entre o número total de hospitais com alta adesão e o número de hospitais com alta adesões acreditadas é estatisticamente significativa sugere que a relação encontrada não é devido ao acaso, mas sim que há uma associação real entre essas variáveis.

Além disso, os coeficientes de determinação (r^2) para ambos os modelos são notáveis, sendo 76,92% para o primeiro, 85,69% para o segundo e 80,63% para o terceiro. Esses valores indicam que uma proporção significativa da variabilidade no número de hospitais com alta adesão pode ser explicada pela relação linear com o número de hospitais acreditados. Em outras palavras, os modelos de regressão linear propostos conseguem explicar aproximadamente 77,4%, 86,24% e

81 % da variação observada nos dados, respectivamente.

O comportamento dos resultados pode ser atribuído a esses modelos estatísticos, sugerindo que há uma forte correlação entre o número total de hospitais com alta adesão e o número de hospitais com alta adesões acreditadas. Isso pode ter implicações significativas, como indicar que a adesão a padrões de qualidade e acreditação está associada positivamente ao número total de hospitais com alta adesão.

Observa-se ainda que mesmo sem os dados do estado de São Paulo, que no ano de 2021 apresentou a maior relação de hospitais acreditados, a relação entre acreditação e alta adesão aumentou. Os resultados demonstraram que a correlação entre possuir acreditação e a alta adesão às práticas de segurança do paciente são significativas e que mesmo sem o estado com maior número de hospitais acreditados o resultado se mantém positivo.

O Brasil possui 5374 hospitais gerais, sendo que 2395 hospitais possuem UTI Geral Adulto, segundo dados do CNES (CNES, 2023). Foram encontrados 605 hospitais com acreditação, somando as acreditações ONA, CANADA, AAI e *Joint Comission International*. Não há informações de quantos destes hospitais são especializados ou de atendimento geral e quantos destes possuem UTI.

Comparando-se o número de estabelecimentos que possuem UTI, o número de estabelecimentos que participaram da autoavaliação das práticas de segurança do paciente e os dados do fechamento de autoavaliação adesão às práticas de segurança do paciente 2022-2023, temos que somente 15% dos estabelecimentos que possuem UTI atendem a todos os requisitos da segurança do paciente. Somente 46,58% dos hospitais acreditados estão entre os hospitais que tiveram alto índice de adesão às práticas de segurança do paciente.

A ANAHP (2022) aponta que não há disponibilidade de dados, seja do setor público, seja do setor privado, além de faltar dados de indicadores de qualidade e dos desfechos das notificações. Dificuldade essa observada durante a coleta de dados deste trabalho.

Conforme Chein (2019), o uso do modelo de análise de regressão linear permite generalizar a partir de amostras e verificar o quanto se pode confiar nos resultados encontrados. É a forma de se apresentar evidências de uma relação e apresentar uma reta que descreva a melhor relação entre as variáveis. Sendo assim, o estudo a partir de dados oficiais de todos os Estados e

Distrito Federal, fornecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, permitem uma análise do cenário brasileiro, que se assemelha aos resultados do referencial teórico.

5. CONCLUSÕES

A cada ano, o número de hospitais que tem práticas mais seguras aumenta e, por meio de uma análise de regressão simples, verificou-se que o número de hospitais acreditados também aumenta, o que indica uma relação positiva entre a acreditação e o aumento da adesão às práticas de segurança do paciente.

Ao se utilizar a análise de regressão simples foi possível generalizar os resultados para os Hospitais Brasileiros, encontrando uma correlação forte entre o número de Hospitais com alta adesão às práticas de segurança do paciente e os hospitais acreditados que possuíam alta adesão às práticas de segurança do paciente, sugerindo que um aumento de hospitais acreditados aumentará o número de hospitais que possuem alta adesão à segurança do paciente.

O uso da análise de regressão demonstrou que o aumento de instituições acreditadas impacta na alta adesão às práticas de segurança do paciente, mesmo sem os dados do Estado de São Paulo, que possui o maior número de hospitais acreditados.

Os resultados indicam ainda a importância da acreditação na promoção de práticas de segurança do paciente, destacando áreas de melhoria nos hospitais brasileiros e sugerindo que a acreditação apresenta um papel importante na qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

O estudo teórico investigou a relação entre a acreditação e a segurança do paciente, revelando resultados positivos que ultrapassam a mera obtenção do certificado. Mesmo instituições em processo de preparação para a acreditação demonstraram um impacto positivo na segurança do paciente, evidenciando o poder transformador da gestão de resultados, da melhoria contínua e das mudanças culturais impulsionadas pela busca da acreditação.

A acreditação implementa uma cultura de segurança do paciente, onde dados concretos se tornam um guia para a excelência. Essa abordagem sistemática permite identificar áreas que necessitam de aprimoramento, direcionando esforços e recursos de forma estratégica para otimizar a segurança do paciente. Através da análise crítica de processos, identificação de falhas e implementação de medidas corretivas e preventivas, as instituições aprimoram continuamente seus sistemas, garantindo um ambiente cada vez mais seguro para os pacientes. A acreditação “força” de certa forma que as mudanças culturais aconteçam desde a alta gestão.

Os Hospitais acreditados apresentam melhora nos resultados de indicadores, na percepção

da equipe de assistência, percepção da gestão, diminuição de eventos e óbitos, aumento de notificações, e a forma que o estabelecimento se relaciona com as notificações, demonstrando a maturidade em Segurança do Paciente.

Ao confrontar o número de estabelecimentos hospitalares no Brasil com a quantidade de hospitais acreditados, destaca-se a grande discrepância, evidenciando que poucos estabelecimentos aderem às práticas seguras. Essa disparidade se acentua quando comparada com o número de hospitais que possuem alta adesão às práticas de segurança do paciente, um resultado ainda menor. A análise de regressão, por sua vez, reforça a teoria de que essa correlação é estatisticamente significativa.

Oliveira *et al.* (2020) observaram que mesmo a segurança sendo um fator independente da acreditação, esta última gera uma atmosfera de fiscalização fazendo com que as ações de segurança sejam executadas a fim de se receber a acreditação. Sendo menos uma ação proativa do trabalhador e mais para cumprir o rigor da avaliação. O que explica os resultados encontrados na pesquisa. Durante a execução do presente trabalho, algumas limitações da pesquisa que poderiam impactar no resultado foram identificadas:

1. Não foram computados os dados do estado de São Paulo no ano de 2022 e 2023 uma vez que o estado não enviou os dados até o fechamento do relatório. No ano de 2021 havia 23 hospitais acreditados entre os 33 hospitais que possuíam alta adesão.
2. Não é possível determinar se os demais hospitais acreditados possuíam ou não UTI, o critério principal para responder o questionário de autoavaliação. Ou seja, talvez os demais estabelecimentos que possuem acreditação não estão no relatório de alta adesão por não possuir UTI.
3. Não é possível determinar se havia hospitais em processo de avaliação para receber acreditação, ou seja, aderiram às práticas de gestão, porém ainda não estavam certificados.
4. Não foram inclusos hospitais com certificação ISO 9001.
5. Apesar das normas brasileiras incentivarem a divulgação dos dados de Segurança do Paciente dos estabelecimentos, estas não são informações de fácil acesso, sendo os relatórios da ANVISA a única fonte de informação.
6. Os dados coletados demonstram resultados de 77% a 80% dos Hospitais Brasileiros

com UTI. Os estabelecimentos que não entregaram seus dados poderiam ou não impactar no resultado final.

Os relatórios de alta adesão estão disponíveis desde 2017, porém não foi possível fazer um levantamento das creditações anteriores a 2021. O que permitiria uma análise aprofundada das mudanças ao longo dos anos.

Nos estudos observou-se também uma mudança de cultura dos profissionais mediante a aplicação de ferramentas de qualidade e o trabalho de melhoria contínua. A mudança da ação do profissional ocorre devido a internalização e aplicação do conhecimento gerado pelas movimentações na busca pela acreditação.

Feldman *et al.* (2004) acreditavam que o futuro seria de instituições que portassem algum tipo de acreditação, gerando assim fortalecimento no sistema de saúde brasileiro e implementando padrões cada vez mais impactantes para o sistema hospitalar.

A Acreditação transcende a mera conquista de um título que agrega valor e impulsiona a competitividade. Ela se configura como um atestado de excelência em gestão, demonstrando resultados concretos em diversas áreas:

- Otimiza processos, reduz custos e impulsiona a eficiência administrativa. Através da organização, do planejamento estratégico e da busca pela otimização de recursos, as instituições acreditadas garantem a sustentabilidade e o crescimento sólido, traz resultados de gestão administrativa, gestão econômica, gestão de processos, no desenvolvimento das boas práticas, redução de custos.
- A cultura de excelência promovida pela Acreditação impulsiona a boas práticas em todas as áreas da organização. Isso se traduz em melhores resultados para os pacientes, maior segurança e um ambiente de trabalho mais positivo para os colaboradores.
- Através da implementação de medidas rigorosas e da cultura de qualidade e segurança, as instituições acreditadas garantem um ambiente de cuidado livre de riscos e com os mais altos padrões de qualidade.
- Uma ferramenta para garantir o direito fundamental à segurança do cuidado. Ao atender aos rígidos critérios da Acreditação, as instituições demonstram seu compromisso com a excelência e com a promoção da saúde de qualidade para todos os cidadãos.

- Um título que agrega valor e aumenta a competitividade.

Mendes (2014) enfatiza que ainda há muito a se aprender com outros seguimentos que investem em segurança, como aviação e energia nuclear, que utilizam de tecnologia e ferramentas para prevenir incidentes e as medidas tomadas quando um incidente ocorre e seus resultados. O sistema de saúde, sendo ainda mais complexo, com resultados incertos, deveria ser tratado com mais cuidado, não sendo gerido para minimizar custos, mas investindo em tornar seguro para usuários e assistência com suporte da tecnologia.

Considerando que a segurança do paciente é assegurada como um direito do cidadão e é dever dos estabelecimentos hospitalares brasileiros, conclui-se que a acreditação tem um papel importante e deve ser incentivada em todos os estabelecimentos.

Acreditar significa ir além do cumprimento de normas e regulamentações. Significa um compromisso com a qualidade, a segurança, a cultura e a excelência na prestação de serviços de saúde. É um investimento no futuro da saúde e na garantia dos direitos da sociedade.

Esse estudo não apenas sugere que hospitais acreditados estão associados a melhores práticas de segurança, mas também enfatizam a acreditação como um fator determinante na qualidade da assistência à saúde. A abrangência dos dados coletados de todos os Estados e do Distrito Federal,, permite uma visão representativa do cenário nacional e confirma a validade das evidências encontradas no referencial teórico.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Relatório Nacional de Análise do Consumo de Preparação Alcoólica para Higiene das Mãos em Unidades de Terapia Intensiva de Serviços de Saúde do Brasil (2013 a 2019)**. Brasília, 2022. 35 p. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-consumo-de-preparacao-alcoolica-2013-a-2019>>. Acesso em: 18 out. 2022.

ALMEIDA, L. S. **Práticas de gestão de processos e de cultura de segurança em serviços de radioterapia e impactos na qualidade do cuidado e na segurança do paciente**. Orientador: Prof. Dr. José Carlos de Toledo. 2020. 135 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/13553>>. Acesso em: 25 set. 2022.

AMERICAN ORGANIZATION COMMISSION INTERNATIONAL (AACI). Disponível em: <https://aacihhealthcare.com/accredited-certified-organizations/>. Acesso em 18 de dezembro de 2023.

ANDRADE, K. S. **Potencialidades e fragilidades dos núcleos de segurança do paciente em serviços hospitalares**. Orientadora: Profa. Dra. Carmem Silvia Gabriel. 2018. 88 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18032019-184835/pt-br.php>>. Acesso em: 25 set. 2022.

ANDRADE, L. E. L.; LOPES, J. M.; SOUZA FILHO, M. C. M.; VIEIRA JÚNIOR, R. F. V.; FARIAS, L. P. C.; DOS SANTOS, C. C. M.; GAMA, Z. A. S. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.1, 2018.

ALÁSTICO, G. P. **Gestão da qualidade em serviços médico-hospitalares de pequeno e médio porte: pesquisa-ação e sistemática para implantação da acreditação hospitalar**. Orientador: Prof. Dr. José Carlos de Toledo. 2011. 273 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18032019-184835/pt-br.php>>. Acesso em: 18 out. 2022.

ALÁSTICO, G. P. Impactos das práticas da acreditação no desempenho hospitalar: um survey em hospitais do estado de São Paulo. Orientador: Prof. Dr. José Carlos de Toledo. 2013. 207 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, São Carlos, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/3437?show=full>>. Acesso em: 18 out. de 2022.

ALBERTIN, M.; GUERTZENSTEIN, V. Planejamento avançado da qualidade: sistemas de gestão, técnicas e ferramentas. Rio de Janeiro: Alta Books, 2018. 304 p.

ALHATMI, Y. S. Quality audit experience for excellence in healthcare. **Clinical Governance: An International Journal**, v.15, n.2, p.113-127. 2010.

ALKHENIZAN, A.; SHAW, C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. **National Library of Medicine**, v.31, n.4, p.407-416, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 9001:2015**: Sistemas de

gestão da qualidade - requisitos. Rio de Janeiro, 2015. 32 p.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP. **Desafios da qualidade em saúde no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/pdf/manual-desafios-qualidade-em-saude-no-brasil.pdf>> acesso em: 15 out de 2023.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP. **Os elementos fundamentais para medir a qualidade das instituições hospitalares**. 2022. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/pdf/manual-desafios-qualidade-em-saude-no-brasil.pdf> acesso em: 15 out de 2023

BARBOSA, T. P.; OLIVEIRA, G. A. A.; LOPES, M. N. A.; POLETTI, N. A. A.; BECCARIA, L. M. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.3, p.243-248, 2014.

BHARARA, T.; GUR, R.; DUGGAL, S.; CHUGH, V. Evaluation of hand hygiene compliance over the years, in an intensive care unit of a north Delhi hospital preparing for accreditation: a 3-year study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, [S.l.], v.9, n.4, p.1939-1943, 2020.

BOGH, S. B.; FALSTIE-JENSEN, A. M.; BARTELS, P.; HOLLNAGEL, E.; JOHNSEN, S. P. Accreditation and improvement in process quality of care: a nationwide study. **International Journal for Quality in Health Care**, v.27, n.5, p. 336-343, 2015.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v.35, n.3, p.319-331, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 63**, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higiene das mãos em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_pacient_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2014. 60 p. Disponível em: <<https://segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/ebook-anvisa-06-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. 168 p. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/Caderno-1-Assistencia-Segura-Uma-Reflexão-Teórica-Aplicada-à-Prática.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. Ed. Brasília, 2002. 109p. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacaohospitalar.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf>. Acesso em: 17 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt052901042013.html>>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília, 2013. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt052901042013.html>>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014. 42p. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documentoreferenciaprogramanacionalseguranca.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025**. Brasília, 2021. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>. Acesso em: 16 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2021. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-da-avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-2021>> Acesso em 20 out 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2022.2023 GVIMS/GGTES/DIRE3/Anvisa**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente/relatorioavaliacaonacionalpraticasseguranapacienteut202210.05.2023paraoportaldaanvisa.pdf>>. Acesso em 20 out 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2023.2024**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente/RelatorioAvaliacaoPraticasHospitaiscomUTI202305.04.24.pdf>. Acesso em 10 Maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021 - 2025**. 2021 Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>. Acesso em: 16 set. 2023.

integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf > Acesso em set de 2023.

BURMESTER, H. **Gestão da Qualidade Hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. 331p.

BRETAÑA, R. M. G.; ÁLVAREZ, Y. A. M. Accreditation and Certification of Hospital Quality: Different or Similar? **Revista Ingeniería Biomédica**, [S.l.], v.11, n.21, p.35-41, 2017.

CHEIN, F. **Introdução aos modelos de regressão linear: um passo inicial para compreensão da econometria como uma ferramenta de avaliação de políticas públicas** / Flávia Chein. Brasília: Enap, 2019. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/4788>. acesso em: 17 setembro de 2023.

CRUZ, F. F.; GONÇALVES, R. P. S.; RAIMUNDO, R.; AMARAL, M. A. Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, v.XII, n.1, abril, 2018.

DA SILVA, A.; MACHADO JUNIOR, C.; MARTINIANO, M. L. G.; BARRETO, L. K. S.; PORTELLA, D. L. Estado da arte sobre acreditação hospitalar no Brasil: um ensaio teórico apoiando o ensino. **Revista de Gestão e Secretariado (Management and Administrative Professional Review)**, [S. l.], v. 14, n. 10, p. 16756-16768, 2023.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 25 out. 2022.

DUTRA, D. D.; DUARTE, M. C. S.; ALBUQUERQUE, K. F.; SANTOS, J. S.; SIMÕES, K. M.; ARARUNA, P. C. Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.9, n.3, p.669-675, 2017.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.2, p. 213-219, 2005.

FERNANDES, H. S.; PULZI JÚNIOR, S. A.; COSTA FILHO, R. Qualidade em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, [S.l.], v.8, n.37, p.37-45, 2010.

FIORETI, F. C. C. F.; MANZO, B. F.; MONTENEGRO, L. C.; CORRÊA, A. R.; MARTINS, T. C. R.; COSTA, D. M. Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente neonatal. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.10, n.11, p.3883-3891, 2016.

GAÍVA, M. A. M.; RONDON, J. N.; JESUS, L. N. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, [S.l.], v.17, n.1, p.14-20, 2017.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, n.1, p.183-184, 2014.

GELBART, B. Anaesthesia training in a private healthcare facility. **Anaesthesia and Intensive Care**, v.41, n.3, p. 429-431, 2013.

GHEZELJEH, T. N.; FARAHANI, M. A.; LADANI, F. K. Iranian Nurses' Perception of Factors Contributing to Medical Errors in Intensive Care Unit: a Qualitative Study. **Acta Medica Iranica**, v.60, n.3, p.171-180, 2022.

GONÇALVES, L. A. **Segurança do Paciente em Unidade de terapia intensiva: carga de enfermagem e**

relação com eventos adversos. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-24102011-080549/pt-br.php>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Caderno Saúde Pública**, v. 26, n.6, p.1061-1078, 2010.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. **Desenvolvimento de indicadores de segurança para o monitoramento de cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos**, Rio de Janeiro, 2015. 40p. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/indicadores%20de%20qualidade.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2022.

GRANDE, R. S.; MENDES, G. H. S. Impactos da Acreditação hospitalar pela Joint Commission International em um hospital brasileiro. [S.l.] **Revista Espacios**, v.36, n.15, 2015.

IRWIN, D.; VAILLACOURT, R.; DALGLEISH, D.; THOMAS, M.; GREINER, S.; WONG, E.; WRIGHT, M.; SEARS, M.; DOHERTY, D.; GABOURY, I. Standard concentrations of high-alert drug infusions across paediatric acute care. **Paediatr Child Health**, v.13, n.5, p.371-6, may, 2008.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Communicating Clearly and Effectively to Patients** - How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care, 2018. 18p. Disponível em: <[https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly_final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly_final_(1).pdf)>. Acesso em: 20 set. 2022.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Instituições Acreditadas**. Disponível em: <https://cbacred.org.br/site/acreditacao/instituicoes-acreditadas/>. Acesso em: 13 Dez de 2023.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais**. The Joint Commission- Oak Brook – Janeiro/2021 - 7ª Edição. 93p.

KOBS-ABBOTT, A. E. J. Comparisons of the NIAHO and Joint Commission Approaches to Accreditation. **Nurse Leader**, v.8, n.3, p.50-52, 2010.

LOBO, R. N. **Gestão da Qualidade**. São Paulo: Saraiva. 2. ed. 2020.

MACEDO, G. R. S. **Contribuições dos modelos de acreditação ONA e JCI para a segurança do paciente**: estudo de caso do Centro de Combate ao Câncer. Orientador: Prof. Dr. Marcelo Marinho Aidar. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão para Competitividade - Gestão da Saúde) – Fundação Getúlio Vargas, Brasília, 2019.

MARTINS ANDRADE, A.; DA SILVA RODRIGUES, J.; MONTEIRO LYRA, B.; DA SILVA COSTA, J.; NUNES DO AMARAL BRAZ, M.; AMARAL DAL SASSO, M.; CARNEIRO CAPUCHO, H. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 8, n. 4, p. 37-46, 2020.

MENDES, W. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, v.2, 206p.

MICTCHELL, J. I.; NICKLIN, W.; MACDONALD, B. The Accreditation Canada Program: a Complementary Tool to Promote Accountability in Canadian Healthcare. **Healthcare Policy**, v.10, n. SP,

p.150-53, 2014.

MIGLIORINI, B. S. N. A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde. Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio de Arruda Ignácio. 2021. 135p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas, Limeira, 2021.

MINAYO, M. C. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *In: Simpósio: Projeto de Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos Cursos de Graduação da Área de Saúde*, Brasília, **Anais...** Brasília, 2009.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. History of quality of patient safety. **História da Enfermagem Revista Eletrônica**, [S.l.], v.6, n.2, p. 299-309, 2015.

OLIVEIRA, J. L. C.; CERVILHERI, A. H.; HADDAD, M. C. L.; MAGALHÃES, A. M. M.; RIBEIRO, M. R. R.; MATSUDA, L. M. Interface entre acreditação e segurança do paciente: perspectivas da equipe de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.54, e.03604, p.1-7, 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual para prestadoras de serviços de saúde: versão 2022-2026** - Organização Nacional de Acreditação, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)** / Organização Mundial da Saúde. Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán [Trad.] Rio de Janeiro: Organização Pan Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Revista Brasileira de Enfermagem** [on-line], v.51, n.2, p.253-262, 1998.

OSWAL, M.; RAO, S. C.; MAMTORA, D.; KHEDEKAR, M.; VENKATESH, S.; MORE, K. et al. Bai Jerbai Wadia Hospital for Children recognized as India's first accredited hospital by American Accreditation Commission International. **Wadia Journal of Women and Child Health**, v. 1, n. 2, p. 120-122, 2022.

REIS, C. L.; TAVARES, C. S. S.; SANTANA, C. A.; MENEZES, M. O.; ANDRADE, R. X.; GOIS, R. M. O. A Interface da Cultura de Segurança na Gestão de Qualidade: um estudo bibliográfico. **Ciências Biológicas e de Saúde - Unit**, v.5, n.1, p.103-116, 2018.

ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz; SANCHES, Roberta Seron; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues. Direito à saúde e segurança do paciente enquanto direitos fundamentais no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 11, n. 3, p. 12–34, 2022.

RODRIGUES, R. C. D; SOUZA, A. A. S.; SANTANA, H. T.; GAMA, Z. A. S. Confiabilidade da autoavaliação das práticas de segurança do paciente instituídas pelo Sistema Nacional de Vigilância

- Sanitária: um estudo piloto. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, e320220, 2022.
- ROSSI, J. W. **Técnicas de amostragem e análise de regressão**. 1ª Edição, 2020.
- RUGGIERO, A. M. **A jornada da acreditação**. São Paulo: ONA, 2021. 176p.
- SANTOS, M. C.; GRILO, A.; ANDRADE, G.; GUIMARÃES, T.; GOMES, A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.10, p.47-57, 2010.
- SELISTRE, D. K. **Análise da adequação do conjunto de indicadores de qualidade assistencial e de segurança do paciente à compreensão da variabilidade do tempo médio de internação do paciente clínico adulto**. 2019. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, São Carlos, 2019.
- SEMMELWEIS, I. **The Etiology, Concept, and Prophylaxis of Childbed Fever**. In: *The Challenge of Epidemiology - Issues and Selected Readings*. Washington, DC: PAHO, Scientific Publication n. 505, p.46-59, 1988.
- SILVA FILHO, L. V. **Fundamentos e Ferramentas da Gestão da Qualidade**. São Paulo: SENAC, 2022. 151p.
- SILVA C. B. A; SILVA, D. G.; CARVALHO, L. L.; GOULART, C. L.; DA SILVA, A. L. G.; ANGRI, D. Ocorrência de eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neopediátrica. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v.7, n.4, p.241-245, 2017.
- SOUSA, P. Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. **Acta Med Port**, v.19, p.309-318, 2006.
- TERRA, J. D. R.; BERSSANETI, F. T. A Influência da Acreditação Hospitalar na Qualidade e na Produtividade dos Serviços Oferecidos. In: XXXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2020, São Paulo, **Anais...** Fortaleza, 2015, 14p.
- TERRA, J. D. R.; BERSSANETI, F. T. **A influência de programas e metodologias da qualidade aplicadas na área da saúde**. Orientador: Prof. Dr. Fernando Tobal Berssaneti. 2016. 153 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- TORRENT, L. R.; PALACIOS, M. S.; CABRERA, L. S.; DEL ROSARIO, C. G. Management of quality in an Intensive Care Unit: implementation of ISO 9001:2008 International Standard. **National Library of Medicine**, v.37, n.7, p.476-482, 2010.
- TSAI, J.; PONTES, L. C. F.; CAPUCHO, H. C. Processo de autoavaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviço de saúde, de 2016 a 2019: uma análise sob a óptica da vigilância sanitária. **Vigilância Sanitária Debate**, v. 8, n. 4, p. 47-56, 2020.
- MAPA DE ACREDITAÇÕES. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes>>. Acesso em: 18 out. 2022.
- VALE, E. L. **Gestão da Qualidade em Unidade de Terapia Intensiva Materna**. Orientadora: Profa. Dra. Grasiela Piuvezam. 2016. 46 p. Dissertação (Mestrado em Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços

de Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

WANG, H-F.; JIN, J-F; FENG, X-Q.; HUANG, X.; ZHU, L-L.; ZHAO, X-Y.; ZHOU, Q. Quality improvements in decreasing medication administration errors made by nursing staff in an academic medical center hospital: a trend analysis during the journey to Joint Commission International accreditation and in the post-accreditation era. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 5, n. 11, p. 393-406, 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso**. Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman. 2. ed. 1994. 173p.