

PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ACERCA DE FATORES INTERVENIENTES NA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PERCEPTION OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM ON THE FACTORS CONTRIBUTING TO ADVERSE EVENTS AT A UNIVERSITY HOSPITAL

PERCEPCIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO SOBRE LOS FACTORES INVOLUCRADOS EN LA INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Regiane Pereira Martins Lima¹
Marta Maria Melleiro²

¹ Enfermeira. Gerente de Enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital e Maternidade Celso Pierro – PUC- Campinas. Campinas, SP – Brasil.

² Enfermeira. Professora Associada na EEUSP. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Regiane Pereira Martins Lima. E-mail: regianepmartins@yahoo.com.br
Submetido em: 19/09/2011 Aprovado em: 28/01/2013

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram analisar a percepção da equipe multidisciplinar de um hospital universitário acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos (EA) e relacioná-los com as dimensões de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, com coleta prospectiva de dados. A população foi composta de 98 profissionais com bacharelado em saúde. A coleta de dados ocorreu no período de maio a junho de 2010, por meio da aplicação de um questionário, após a anuência do Comitê de Ética da referida instituição. Na caracterização dos profissionais verificou-se que a população constituiu-se, em sua maioria de adultos jovens, 74,5% eram do sexo feminino e 31,6% apresentavam pós-graduação *latu senso*. As percepções dos profissionais acerca dos fatores intervenientes na ocorrência de EA relacionados às dimensões de qualidade que se destacaram foram: responsividade com o direito à recusa do usuário a ser submetido a procedimentos, empatia com satisfação dos usuários e confiabilidade referente à indicação da instituição. Entre os participantes, as categorias profissionais que mais expressaram sua percepção foram os analistas clínicos, farmacêuticos e enfermeiros. Os EAs mais citados pelas categorias foram os efeitos patológicos esperados ou inesperados em bula para tratamento medicamentoso, erro de medicação e queda. Por conseguinte, esta pesquisa possibilitou conhecer a percepção da equipe multidisciplinar acerca dos fatores intervenientes na ocorrência de EA, fornecendo subsídios para a reformulação dos processos assistenciais e gerenciais com foco no gerenciamento de risco.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde; Gerenciamento de Riscos.

ABSTRACT

The objectives of this study were: to analyze the perception of a multidisciplinary team of a university hospital on factors contributing to adverse events (AE); to associate such factors to Parasuraman, Berry and Zeithaml's dimensions of service quality. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach and prospective data collection. The population consisted of 98 professionals with a BS in Health. Data was collected from May to June 2010, through a questionnaire with the consent of the Research Ethics Committee of that institution. The research population consisted mostly of young adults; 74.5% were female; 31.6% had a post-graduate degree. The perception of professionals on the factors influencing AE related to dimensions of quality was: responsiveness to customer's right to refuse procedures; empathy towards customers' satisfaction and confidence in recommending the institution. Among the participants, pharmacists and nurses conveyed their perception more emphatically. The most cited AEs were: expected or unexpected (according to package insert) pathological effects in medical treatments, medication errors and falls. This research helped to understand the perception of the multidisciplinary team about the factors contributing to the occurrence of adverse events; it supports the redesign of care and management processes focusing on risk management.

Keywords: Quality of Health Care; Health Services Evaluation; Safety Management.

RESUMEN

Con este estudio se ha buscado analizar la percepción del equipo multidisciplinario de un hospital universitario de los factores involucrados en la incidencia de eventos adversos (EA) y su relación con las dimensiones de calidad de Parasuraman, Zeithaml y Berry. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, con enfoque cuantitativo y recogida prospectiva de datos. La población estuvo constituida por 98 licenciados en salud. La recogida de datos se realizó entre mayo y junio de 2010, mediante la aplicación de un cuestionario, después de la aprobación del Comité de Ética de dicha institución. Al caracterizar a los profesionales se observó que la población estaba compuesta en su mayoría de adultos jóvenes, 74,5% de mujeres y 31,6% con posgrado lato sensu. La percepción de los profesionales sobre los factores arriba mencionados fueron: capacidad de respuesta al derecho del usuario a negarse a seguir los procedimientos, empatía con la satisfacción del

cliente y confianza en la institución. Entre los participantes, los profesionales que más expresaron su percepción fueron los analistas clínicos, farmacéuticos y enfermeros. Los eventos adversos más citados por fueron los efectos patológicos esperados o inesperados en el prospecto para el tratamiento medicamentoso, errores en la medicación y las caídas. Esta investigación ha permitido conocer la percepción del equipo multidisciplinario de los factores que intervienen en la incidencia de los eventos adversos y ha proporcionado información para reestructurar procesos asistenciales y de gestión centrados en el manejo de riesgos.

Palabras clave: Calidad de La Atención de Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Administración de La Seguridad.

INTRODUÇÃO

A avaliação sistemática dos processos de trabalho nos serviços de saúde visando à qualidade assistencial vem se constituindo em um dos eixos norteadores das políticas que regem essas organizações. Trata-se de um processo de julgamento, mensuração e condução das estratégias institucionais, direcionadas para a melhoria da assistência, que acarretam benefícios aos usuários e aos profissionais e que garantem, dessa forma, diferencial competitivo para as referidas instituições.

Os erros ou não conformidades podem ocorrer durante a assistência ao usuário e são caracterizados como falhas na ação planejada a ser alcançada ou no emprego equivocado de um plano para atingir o objetivo desejado. Podem ocorrer em todas as fases do processo do cuidar, da prevenção ao tratamento proposto.¹

Todavia, o cenário de insatisfação dos usuários associado à má-qualidade na prestação de serviços ainda encontrado em muitas organizações demandou a criação de um padrão de qualidade, processo definido como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao usuário, alto grau de aceitação por parte dos usuários e efeito favorável na saúde.²

Nesse contexto, inúmeras iniciativas governamentais ou não governamentais têm procurado desenvolver processos permanentes de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção ao usuário, de forma a propiciar a qualidade na assistência à saúde, bem como o cuidado humanizado.³

Assim, acredita-se que para atuar com qualidade é fundamental a avaliação dos serviços e a preocupação com a prevenção de riscos inerentes à área da saúde. Identificar quais são esses riscos, definir estratégias para a prevenção dos mesmos e difundir para a equipe a importância em detectá-los é uma das propostas do gerenciamento de risco.

A percepção dos profissionais relativa ao tema qualidade leva a mais necessidade de atuar na previsão, provisão, execução, monitoramento e prevenção de riscos, sendo, portanto, a avaliação da qualidade uma atividade de suma importância nos processos de trabalho dos profissionais de saúde.⁴

O GERENCIAMENTO DE RISCO FRENTE AOS EVENTOS ADVERSOS (EA) E SUAS IMPLICAÇÕES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A gestão de riscos exerce papel fundamental nas organizações de saúde, fornecendo suporte e informações aos tomadores de decisão e permitindo, dessa maneira, um ambiente seguro aos usuários e aos profissionais da área. Tem por finalidade reduzir a um nível aceitável, de forma proativa, os riscos identificados pelas instituições de saúde a partir da criação de uma cultura fundamentada na avaliação e na prevenção, em vez de ações reativas e de remediação.

Nessa perspectiva, os programas de qualidade nos serviços de saúde têm se empenhado em promover a qualidade do ambiente, o gerenciamento dos riscos e a observância aos padrões de conformidade, com foco na melhoria do desempenho da organização e na segurança do usuário.⁵

O gerenciamento de risco é o mapeamento e o rigoroso controle de fluxos de atividades e da implantação de cultura de compartilhamento de responsabilidades, objetivando a cooperação entre as equipes e a atenção intensiva e próxima aos usuários.⁶

O gerenciamento de risco é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e dos EAs que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.⁷

Autores afirmam que a auditoria de risco complementa o conjunto de procedimentos e métodos avaliativos com o objetivo de estimar o potencial de danos organizacionais e à saúde.⁸ Citam uma série de fatores de risco que, ao serem percebidos, notificados e tratados, evitam os EAs. Segundo esses autores, o gerenciamento de risco tem por objetivos:

- reduzir a probabilidade de ocorrência de falhas reais ou potenciais em seus processos;
- maximizar a confiabilidade dos processos vigentes por meio da análise das falhas ocorridas;
- minimizar os erros e permitir aumento da qualidade em procedimentos tanto clínicos como administrativos.

O risco está classificado de acordo com a probabilidade de ocorrência de um EA, situação que afeta a integridade dos profissionais de saúde ou dos usuários.

O EA é descrito como toda ocorrência que resulta em dano não intencional ao usuário e está relacionado à saúde e/ou a serviços fornecidos aos usuários, não decorrente de sua condição de saúde.⁹

A notificação de erros é uma prática adotada em vários países, em busca da diminuição dos mesmos. Sabe-se que erros notificados não representam o todo ocorrido na prática devido à subnotificação. O objetivo da notificação de erros é encontrar as causas que levaram à ocorrência dos erros e quais foram as falhas ocorridas no processo. Após a identificação das causas, são implementadas estratégias de ação e correção dos processos envolvidos para evitar a repetição de erros semelhantes afetando outros usuários.¹⁰

REFERENCIAL TEÓRICO

AS CINCO DIMENSÕES DE QUALIDADE PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY

A qualidade é o julgamento do usuário sobre a excelência global ou superioridade de um serviço. Assim, o conhecimento da percepção do usuário na avaliação dos serviços de saúde é relevante, pela possibilidade de se adquirirem informações que beneficiarão a organização desses serviços. No final da década de 1980, descreveu-se que a avaliação da qualidade em serviços está pautada em três características: a primeira dizia respeito à intangibilidade dos serviços, julgados pelo desempenho e experiências vivenciadas pelos usuários. A segunda considerava os serviços como heterogêneos, com possibilidade de desempenho e julgamentos diferentes conforme fornecedor e o usuário. A última característica definia a produção e o consumo dos serviços como inseparáveis, dificultando, assim, seu controle e sua avaliação.¹¹

A percepção de que o conhecimento existente sobre a qualidade dos produtos era insuficiente para compreender a qualidade dos serviços tornou-se o ponto de partida para que desenvolvessem um modelo de qualidade em serviço. Conforme esses autores, a inadequação em compreender a qualidade dos serviços procede da forma como os bens são produzidos, consumidos e avaliados. A partir do momento em que está sendo oferecido um serviço, torna-se difícil capturar, com precisão, o critério que o usuário/trabalhador utiliza para sua avaliação. Sendo assim, não julgam somente um resultado, mas também o processo da entrega do serviço e a qualidade, considerando-se todos os outros aspectos essencialmente irrelevantes.¹²

Dessa forma, cinco dimensões de qualidade foram estabelecidas, no intuito de verificar a satisfação dos usuários. As dimensões não são mutuamente excludentes, ainda assim, for-

necem importante estrutura para a compreensão das expectativas dos usuários, sendo aspectos que delineiam o serviço sob o ponto de vista do usuário que irá julgá-lo.

Nessa direção, as cinco dimensões de qualidade foram assim explicitadas:

- **tangibilidade:** inclui a aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação, representando os aspectos materiais do fornecimento que podem ser percebidos pelos cinco sentidos humanos;
- **confiabilidade:** é traduzida na habilidade do fornecedor executar de forma segura e eficiente o serviço. É a capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável. Retrata um desempenho consistente, sem falhas, no qual o usuário possa confiar. O fornecedor deve cumprir com o que foi prometido, sem a possibilidade de trabalhos refeitos. As expectativas dos usuários são maiores e as zonas de tolerância mais estreitas para a confiabilidade do que para as outras dimensões;
- **responsividade:** refere-se à disponibilidade de o prestador, voluntariamente, ajudar os usuários, prestando um serviço de forma atenciosa, com precisão e rapidez de resposta. Diz respeito à disposição dos colaboradores da instituição em auxiliar os usuários e fornecer o serviço prontamente.
- **garantia:** é identificada como a cortesia, o conhecimento dos colaboradores e suas habilidades de transmitir confiança;
- **empatia:** procura mostrar que a organização importa-se com o usuário e o atende de forma individualizada, referindo-se à capacidade de demonstrar interesse e atenção personalizada aos usuários. A empatia inclui acessibilidade, sensibilidade e esforço em entender as necessidades dos usuários.

A dimensão confiabilidade pode ser considerada um resultado, enquanto tangibilidade, receptividade, garantia e empatia são dimensões de estrutura e de processo. O emprego dessas dimensões tem se mostrado eficiente para mensurar as percepções e expectativas dos usuários sobre a qualidade do serviço. Neste estudo, a opção por esse modelo avaliativo se deu por entender que as dimensões de qualidade relacionadas aos EAs percebidos pelos profissionais de saúde podem evidenciar fatores intervenientes atrelados à segurança do usuário.

Dessa forma, os profissionais de saúde e usuários internos podem perceber ou não os riscos aos quais eles e os usuários externos são expostos, sendo que cada dimensão de qualidade possui uma visão abrangente das necessidades dos usuários.

Aliado a essa assertiva, as dimensões de qualidade possibilitam amplo olhar sobre vários aspectos da assistência prestada aos usuários. Os usos dessas dimensões focam o olhar para uma busca mais minuciosa das situações as quais os usuários são expostos e se estas oferecem ou não algum tipo de risco.

Portanto, uma vez detectado o risco ou percebido um EA, é possível investigá-lo, tratá-lo e preveni-lo.

Frente ao exposto, os objetivos deste estudo foram analisar a percepção da equipe multidisciplinar de um hospital universitário acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos (EA) e relacioná-los às dimensões de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado em um hospital universitário privado de grande porte, nível terciário e localizado em Campinas, interior do estado de São Paulo (SP).

O estudo foi enviado ao Comitê de Ética da instituição, cenário do estudo, tendo recebido a aprovação em abril de 2010 (Protocolo 0221/10).

A população foi constituída por profissionais da saúde com ensino superior, que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade:

- profissionais que estivessem atuando na assistência direta ao usuário;
- profissionais com no mínimo 12 meses de atuação na instituição cenário deste estudo.

Desse modo, 241 profissionais atendiam aos critérios e aceitaram participar da pesquisa, correspondendo a seis nutricionistas, sete farmacêuticas, 10 fisioterapeutas, 15 analistas clínicos, 97 enfermeiros e 106 médicos. Destes, 98 (41%) devolveram o instrumento de coleta de dados, sendo: três (50%) nutricionistas, quatro (57%) farmacêuticos, sete (70%) fisioterapeutas, 11 (73%) analistas clínicos, 47 (48%) enfermeiros e 26 (24%) médicos, os quais se constituíram nos sujeitos desta pesquisa. A pesquisadora contactou os profissionais de saúde, explicando os objetivos do estudo e convidando-os a participar da investigação. Nessa ocasião foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a junho de 2010, por meio da aplicação de um questionário, após a anuência do Comitê de Ética da referida instituição.

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de duas partes, sendo a primeira parte relativa aos dados sociodemográficos dos participantes e a segunda parte referente à percepção dos profissionais em relação ao EA, a qual foi subdividida em questões fechadas e abertas. Nas questões abertas os participantes tinham a oportunidade de se manifestar frente à positividade e negatividade de sua resposta.

O referido instrumento teve por finalidade avaliar a percepção das diferentes categorias profissionais sobre EA, rela-

cionando-as às cinco dimensões de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry: confiabilidade, responsividade, tangibilidade, garantia e empatia. Para cada dimensão, foram elaboradas cinco questões relacionando-se fatores intervenientes à ocorrência de EA com as dimensões de qualidade.

A Tabela 1 demonstra as dimensões de qualidade, número de questões e as temáticas propostas pela pesquisadora.

Tabela 1 - Demonstrativo das dimensões de qualidade, número de questões e temas abordados, São Paulo (Interior de SP) – 2010

| Dimensão | Questão | Temática |
|----------------|---------|---|
| Tangibilidade | 01 | Recursos humanos, materiais e físicos |
| | 02 | Segurança relacionada aos equipamentos |
| | 03 | Participação nas políticas de aquisição de recursos materiais |
| | 04 | Dimensionamento de pessoal |
| | 05 | Riscos relacionados à estrutura |
| Confiabilidade | 06 | Protocolos estabelecidos |
| | 07 | Execução das atividades com segurança |
| | 08 | Indicação da instituição |
| | 09 | Participação dos profissionais enquanto ouvintes dos usuários |
| | 10 | Informação aos usuários quanto aos riscos |
| Responsividade | 11 | Avaliação dos processos |
| | 12 | Direito à recusa ao tratamento |
| | 13 | Comunicação |
| | 14 | Manual de orientações |
| | 15 | Elaboração de protocolos |
| Garantia | 16 | Monitorização dos processos |
| | 17 | Monitorização dos riscos |
| | 18 | Conceito de EA |
| | 19 | Informação dos EAs ocorridos |
| | 20 | Ações frente aos EAs |
| Empatia | 21 | Atendimento empático |
| | 22 | Foco nas necessidades dos usuários |
| | 23 | Satisfação dos usuários |
| | 24 | Capacitação profissional |
| | 25 | Inserção do tema para os profissionais |

Cabe salientar que um pré-teste foi realizado no intuito de verificar a pertinência do instrumento, não sendo necessária a reestruturação do mesmo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados deste estudo foram analisados e interpretados pela pesquisadora em dois itens, a saber: caracterização dos participantes e análise da relação da percepção da equipe

multidisciplinar acerca dos fatores intervenientes na ocorrência de EA, com as cinco dimensões de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry.

Observou-se que a idade predominante dos respondentes esteve na faixa etária de 30 a 35 anos, representada por 26 (26,5%) participantes, seguida de 21 (21,4%) com idade entre 25 e 30 anos e 12 (12,2%) entre 35 e 50 anos, evidenciando a predominância de adultos jovens.

A referida instituição investe no desenvolvimento e na qualificação profissional, possuindo programa de residência multidisciplinar, incentivo à pós-graduação e acolhimento ao recém-formado, justificando a concentração de adultos jovens em seu quadro funcional.

Quanto ao gênero, constatou-se que 73 (74,5%) profissionais eram do sexo feminino e 25 (25,5%) do sexo masculino, demonstrando que neste estudo houve a predominância do sexo feminino, não só na área de enfermagem como nas demais.

O tempo de formado variou de um a 32 anos (média de 11,36 anos com desvio-padrão de 7,80 anos e mediana de nove anos).

Por tratar-se de um hospital universitário, há expressivo contingente de profissionais – 50 (51%) – com até 10 anos de formação profissional, conforme referido anteriormente. Isso também permite inferir que os participantes são profissionais com relativa experiência e que detêm elementos para perceber e analisar a qualidade da assistência prestada na instituição.

Verificou-se que 31 (31,6%) profissionais tinham especialização, 16 (16,3%) residência, seis (6,1%) mestrado e quatro (4,1%) doutorado.

Embora haja política de desenvolvimento de recursos humanos nessa instituição, constatou-se que o ingresso de profissionais na pós-graduação *strictu sensu* não é expressivo, visto que foram encontrados apenas seis mestres e quatro doutores.

ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ACERCA DE FATORES INTERVENIENTES RELACIONADOS À OCORRÊNCIA DE EA COM AS CINCO DIMENSÕES DE QUALIDADE DE PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY¹²

Neste tópico são apresentados e analisados os dados coletados referentes às questões fechadas e abertas relacionadas às dimensões de qualidade. A Tabela 2 apresenta as respostas afirmativas e negativas frente às cinco dimensões de qualidade.

A Tabela 3 apresenta alguns resultados abaixo de 98 (100%), uma vez que alguns participantes deixaram de responder.

Tabela 2 - Distribuição das repostas segundo as dimensões, São Paulo (Interior – SP) – 2010

| Dimensão | Questões | Afirmativas | | Negativas | | Total |
|----------------|----------|-------------|------|-----------|------|----------|
| | | n | % | n | % | n (%) |
| Tangibilidade | P1 | 83 | 84,7 | 14 | 14,3 | 97 (99) |
| | P2 | 72 | 73,5 | 26 | 26,5 | 98 (100) |
| | P3 | 58 | 59,2 | 40 | 40,8 | 98 (100) |
| | P4 | 40 | 40,8 | 57 | 58,2 | 97 (99) |
| | P5 | 38 | 38,8 | 60 | 61,2 | 98 (100) |
| Confiabilidade | P6 | 76 | 77,6 | 22 | 22,4 | 98 (100) |
| | P7 | 83 | 84,7 | 14 | 14,3 | 97 (99) |
| | P8 | 86 | 87,8 | 11 | 11,2 | 97 (99) |
| | P9 | 78 | 79,6 | 20 | 20,4 | 98 (100) |
| Responsividade | P10 | 60 | 61,2 | 38 | 38,8 | 98 (100) |
| | P11 | 56 | 57,1 | 41 | 41,8 | 97 (99) |
| | P12 | 94 | 95,9 | 4 | 4,1 | 98 (100) |
| | P13 | 53 | 54,1 | 45 | 45,9 | 98 (100) |
| | P14 | 48 | 49 | 50 | 51 | 98 (100) |
| Garantia | P15 | 67 | 68,4 | 31 | 31,6 | 98 (100) |
| | P16 | 59 | 60,2 | 37 | 37,8 | 96 (98) |
| | P17 | 61 | 62,2 | 36 | 36,7 | 97 (99) |
| | P18 | 53 | 54,1 | 42 | 42,9 | 95 (97) |
| | P19 | 43 | 43,9 | 53 | 54,1 | 96 (98) |
| Empatia | P20 | 43 | 43,9 | 53 | 54,1 | 96 (98) |
| | P21 | 79 | 80,6 | 16 | 16,3 | 95 (97) |
| | P22 | 73 | 74,5 | 25 | 25,5 | 98 (100) |
| | P23 | 92 | 93,9 | 6 | 6,1 | 98 (100) |
| | P24 | 55 | 56,1 | 40 | 40,8 | 95 (97) |
| | P25 | 60 | 61,2 | 38 | 38,8 | 98 (100) |

Por meio da Tabela 2 evidenciou-se que a dimensão com mais predominância de respostas afirmativas no item responsividade na questão 12 foram: 94 (95,9%) referentes ao direito à recusa do usuário em submeter-se a algum tipo de tratamento, seguida da questão P23 da dimensão empatia – 92 (93,9%) – relativa à satisfação dos usuários e da dimensão de confiabilidade na questão P8 com 86 (87,8%) quanto à indicação da instituição.

Observou-se que as dimensões que predominavam relacionam-se a aspectos subjetivos, sendo possível inferir a preocupação dos participantes em relação aos processos e aos resultados dos serviços prestados.

A dimensão com menos predominância de respostas afirmativas foi a tangibilidade, com 38 respondentes (38,8%), refe-

rente a riscos relacionados à estrutura. Tal fato é preocupante, abrindo precedente para questionamentos quanto às estratégias que estão sendo empregadas para a monitorização dos riscos e à eficiência das ações frente aos mesmos.

Cabe destacar a convergência entre este estudo e os resultados encontrados previamente por Parasuraman, Zeithaml e Berry, em que a confiabilidade foi uma das dimensões mais pontuadas e a tangibilidade a menos citada para o alcance da qualidade dos serviços.¹²

Com o intuito de descrever o comportamento das categorias em relação às 25 questões, os resultados da Tabela 2 foram subdivididos, quanto à análise das respostas frente às cinco dimensões, conforme Tabelas 3, 4, 5, 6 e 7.

DIMENSÃO TANGIBILIDADE

Os aspectos tangíveis abordados neste estudo dizem respeito às instalações físicas e aos recursos humanos, materiais e equipamentos, representando, dessa forma, a estrutura propriamente dita na oferta dos serviços de saúde.

Constatou-se que as categorias diferem em relação às questões 1, 2 e 3, as quais versam sobre recursos humanos, materiais e físicos; segurança relacionada aos equipamentos e participação nas políticas de aquisição de recursos materiais.

Complementando as questões fechadas, a Tabela 3 retrata o conteúdo das questões abertas, sendo possível perceber a preocupação das categorias com a qualidade dos processos relacionados aos recursos humanos e à assistência direta ao usuário.

Tabela 3 - Conteúdo das respostas das questões abertas de 1 a 5 acerca da dimensão tangibilidade, São Paulo (Interior – SP) – 2010

| Tangibilidade | |
|---------------|--|
| Questão | Conteúdo das respostas |
| 1 | Alta complexidade do usuário pode dificultar o atendimento aos demais Carga horária alta, contribui para comprometimento da qualidade da assistência Remuneração insatisfatória, promove a desmotivação do recurso humano Processo de contratação moroso, gera a sobrecarga da equipe |
| 2 | Falta de manutenção preventiva dos equipamentos Mudança da gestão da engenharia Não existe participação quanto à manutenção preventiva dos equipamentos Equipamentos mal conservados Poucas informações sobre manutenção preventiva são fornecidas aos profissionais |

Continua...

... continuação

Tabela 3 - Conteúdo das respostas das questões abertas de 1 a 5 acerca da dimensão tangibilidade, São Paulo (Interior – SP) – 2010

| Tangibilidade | |
|---------------|---|
| Questão | Conteúdo das respostas |
| 3 | Apenas as chefias são envolvidas nas políticas de aquisição de materiais Apenas os profissionais contratados são envolvidos na aquisição de materiais Envolvimento apenas nos testes dos materiais Nem sempre é adquirido o material que foi testado e escolhido Comissão de Padronização é responsável pelas políticas de aquisição Não existe participação efetiva dos profissionais na aquisição de materiais |
| 4 | Falta de qualificação profissional Falhas na escolha do perfil de profissional Pouco treinamento voltado para a qualificação profissional |
| 5 | Rampa de acesso em estado precário Setores pequenos sem área para isolamento Áreas e mobiliários necessitam de reforma Falhas no controle de acesso à instituição Não respeito às diretrizes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar |

Quanto ao conhecimento referente à segurança relacionada aos equipamentos, destacou-se a necessidade de intensificar a divulgação da importância da manutenção preventiva e de que maneira os profissionais podem participar desse processo.

Acerca da participação nas políticas de aquisição de recursos materiais, verificou-se que a estratégia de centralização pode comprometer a participação e o envolvimento dos profissionais nesse processo.

Apesar da maioria das categorias terem respondido afirmativamente quanto ao quantitativo dos recursos humanos, evidenciou-se descontentamento quanto à qualificação profissional.

DIMENSÃO CONFIABILIDADE

A respeito da confiabilidade, foram analisadas as questões sobre a habilidade de o fornecedor executar de forma segura e eficiente o serviço, consistindo na capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável e retratando desempenho sem falhas.

Observou-se que os grupos diferem em relação às questões 6, 8 e 9, que se referem aos protocolos estabelecidos, indicação da instituição e participação dos profissionais, respectivamente. Esses temas estão relacionados a comprometimento,

entusiasmo e motivação dos profissionais, sendo, atualmente, um dos maiores desafios das instituições de saúde.

Na Tabela 4, referente às questões abertas acerca da dimensão de confiabilidade, a segurança do usuário é um dos principais tópicos citados.

Tabela 4 - Conteúdo das respostas das questões abertas de 6 a 10 acerca da dimensão confiabilidade, São Paulo (Interior – SP) – 2010

| Confiabilidade | |
|----------------|--|
| Questão | Conteúdo das respostas |
| 6 | Não preenchimento de documentação conforme protocolo estabelecido Não adesão aos protocolos implantados Falha de comunicação com relação à divulgação dos protocolos Não avaliação dos protocolos vigentes |
| 7 | As diretrizes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar nem sempre são seguidas A presença dos alunos compromete o sentimento de segurança dos usuários Sobrecarga de trabalho prejudica a transmissão de segurança para o usuário |
| 8 | Familiares dos profissionais são usuários da instituição Falta de recursos humanos (nutricionistas), causa insegurança quanto à indicação da instituição Conheço o funcionamento da instituição |
| 9 | Ouidoria para usuários externos e não internos Desconheço setor ou estratégia destinado à manifestação Usuários verbalizam descontentamento para os profissionais |
| 10 | Apenas na vigência de um evento adverso os usuários são comunicados Depende do bom senso do profissional a informação sobre os riscos ao usuário ser fornecida Desconhece à prática de informação sobre os possíveis riscos inerentes à terapêutica Somente em casos cirúrgicos os riscos são informados aos usuários |

Percebeu-se, ainda, a necessidade de um serviço de ouvidoria para os usuários internos, demonstrando ser um veículo para que os profissionais possam expressar-se.

DIMENSÃO RESPONSABILIDADE

A responsividade abordou a disponibilidade dos profissionais em atender os usuários de forma atenciosa, com precisão e rapidez de resposta.

Constatou-se que os grupos diferem em relação às questões 11 e 15 que se referem à avaliação dos processos de trabalho e participação na elaboração de protocolos. Esses temas

são relativamente inovadores no cenário da saúde, uma vez que vêm sendo mais discutidos após as iniciativas de certificação das instituições.

A Tabela 5, a seguir, explicita fatores relacionados à dimensão de responsividade, sob a ótica dos participantes, constatando-se que a maioria dos profissionais desconhece a avaliação dos processos de trabalho, que a elaboração de protocolos, ainda, não é compartilhada com todas as categorias e que a comunicação das alterações e mudanças necessita ser mais bem difundida.

Tabela 5 - Conteúdo das respostas das questões abertas de 11 a 15 acerca da dimensão responsividade, São Paulo (Interior – SP) – 2010

| Responsividade | |
|----------------|--|
| Questão | Conteúdo das respostas |
| 11 | Supervisão sobrecarregada na avaliação dos processos A avaliação dos processos ocorre por meio do Serviço de Educação Continuada Desconhece qualquer estratégia de avaliação dos processos Sobrecarga de trabalho prejudica a execução correta dos processos |
| 12 | Apenas se assinar um termo de responsabilidade o usuário pode recusar-se a ser submetido à algum procedimento Apenas três participantes desconhece o direito do usuário a se recusar a ser submetido à algum procedimento |
| 13 | A comunicação das mudanças na instituição acontece de forma ineficaz As alterações e mudanças na instituição não são informadas aos profissionais As informações quanto às mudanças e alterações são passadas por terceiros |
| 14 | Apenas no ambulatório de especialidades são entregues materiais impressos aos usuários com esclarecimentos sobre internação/terapêutica Desconhece qualquer forma de material impresso entregue ao usuário Folders, cartilhas, folhas avulsas e manual de internação são entregues aos usuários São entregues apenas relatório, resumo de alta e receituário aos usuários |
| 15 | A participação na elaboração/alteração de protocolos é centralizada nas chefias Desconhece o envolvimento dos profissionais na elaboração/alteração dos protocolos |

DIMENSÃO GARANTIA

Os aspectos que abrangeram a dimensão de garantia versaram sobre a cortesia e o conhecimento das necessidades e expectativas dos usuários e das habilidades dos profissionais em transmitir confiança.

Averiguou-se que as categorias diferem em relação às questões 16, 17 e 18, que se referem à monitorização dos processos,

monitorização dos riscos e conceito de EA. Tais monitorizações necessitam de indicadores bem definidos para possibilitar um diagnóstico e facilitar uma tomada de decisão mais assertiva.

Observa-se na Tabela 6 que as categorias profissionais reconhecem as ferramentas usadas pela instituição para monitoramento dos processos assistenciais e administrativos, assim como o monitoramento dos riscos, no entanto, chamou a atenção o fato de a maioria referir não informar os usuários quanto aos EAs ocorridos.

Verificou-se, ainda, a não padronização das ações que deveriam ser tomadas na vigência de um EA.

Tabela 6 - Conteúdo das respostas das questões abertas 16, 17, 19 e 20 acerca da dimensão garantia, São Paulo (Interior – SP) – 2010

| Garantia | |
|----------|--|
| Questão | Conteúdo das respostas |
| 16 | Desconhece qualquer tipo de mecanismos de monitoramento de processos Estatísticas Serviço da Qualidade Gerenciamento de Risco Indicadores Relatório de Não Conformidade Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE Gerência de Projetos |
| 17 | Avaliação de risco Classificação de risco do usuário Desconhece qualquer tipo de mecanismo de monitorização de riscos Indicadores Mapeamento de risco Comissão de Controle de Infecção Hospitalar |
| 19 | Apenas quando questionado, os profissionais informam os EA ocorridos Desconhece qualquer iniciativa de informar os usuários quanto aos EA ocorridos |
| 20 | Plano de ação para que não se repita o EA Desconhece as medidas tomadas quando um EA é identificado Na ocorrência de um EA é comunicado o médico, aberto relatório de não conformidade e enviado ao Serviço da Qualidade Na vigência de EA ocorrem mudanças nos protocolos, Procedimento Operacional Padrão (POP), treinamentos e orientações Investigar a causa raiz para a prevenção de EA |

Foram identificados, pelas diferentes categorias profissionais, 10 eventos ou situações que os profissionais citam como EA, que apareceram mais de uma vez para algumas categorias profissionais.

Os EAs mais citados foram:

- **erros de medicação:** mencionado apenas pelos enfermeiros, demonstrando que tal prática, por mais cotidiana, não deixa de oferecer menos riscos aos usuários. A administração de medicamentos é uma das intervenções mais utilizadas no ambiente hospitalar, no entanto, estudos ao longo dos últimos anos têm evidenciado erros no tratamento medicamentoso, causando prejuízos aos usuários, que vão desde o não recebimento do medicamento necessário até lesões e mortes;^{13,14}
- **efeito patológico esperado ou inesperado em bula para tratamento medicamentoso (reação medicamentosa):** citado pelos farmacêuticos, médicos e enfermeiros. Lesões não intencionais associadas à terapia medicamentosa têm afetado 1,3 milhões de pessoas por ano nos Estados Unidos da América e o custo relacionado à hospitalização do usuário devido ao efeito adverso chega a atingir, anualmente, 76,6 bilhões de dólares. Importa ressaltar que, nos Estados Unidos da América, o número de usuários atingidos anualmente representa um montante de 60.000 a 140.000 usuários. Desses, 31% vivenciam um evento adverso de medicação durante a hospitalização e 0,31% destes apresentam eventos adversos fatais;¹⁵
- **queda:** citada apenas pela categoria de enfermeiros, provavelmente por estarem diretamente relacionados ao cuidado direto ao usuário. O enfermeiro tem papel imprescindível na avaliação dos fatores que podem contribuir para a ocorrência de queda. O estado mental do usuário, nível de consciência, estado de locomoção motora e estados específicos de pós-operatório são definidores da capacidade do usuário para realizar atividades da vida diária. A identificação dessas variáveis permite o desenvolvimento de um sistema operacional para prevenção de quedas, sendo atualizado assim que novas avaliações de enfermagem são realizadas. Conhecendo-se os usuários com mais chance de quedas, os profissionais podem adotar específicas medidas preventivas e de segurança, preservando a saúde dos usuários e a qualidade do atendimento prestado;¹⁶

DIMENSÃO EMPATIA

Nesta investigação a dimensão de empatia foi retratada por questões que verificavam a capacidade do profissional de colocar-se no lugar do usuário, de atendê-lo de forma individualizada, incluindo acessibilidade, sensibilidade e esforço em atender às suas expectativas e necessidades. Constatou-se que as categorias não diferem em relação às questões sobre empatia. Referente a essa dimensão foram abordadas questões relativas ao atendimento empático, com foco nas expectativas/necessidades dos usuários, na satisfação dos usuários, capacitação profissional com foco no usuário e qualificação profissional/

empatia. Os direitos dos usuários variam de acordo com contextos culturais e sociopolíticos, resultando do modo como se estruturam, implementam e distribuem os direitos individuais, sociais e políticos em cada contexto e também do modo como se instituíram as formas de relação profissional da saúde/usuário. Mesmo assim, vem se construindo crescente consenso internacional em relação aos princípios de que todo usuário deve ter direito fundamental à privacidade, confidencialidade de sua informação diagnóstica, em consentir ou recusar tratamento e ser informado sobre os riscos relevantes dos procedimentos.¹⁷

A Tabela 7 destaca que a empatia dos profissionais está diretamente relacionada ao perfil individual e que há empenho em adaptar ambiente e dispositivos de forma a atender o usuário. Constatou-se, ainda, sob a ótica dos participantes, que a referida instituição não promove capacitação profissional com foco na empatia e que esse tema não está presente nos treinamentos ou na avaliação de desempenho dos profissionais.

Tabela 7 - Conteúdo das respostas das questões abertas de 21 a 25 acerca da dimensão empatia, São Paulo (Interior – SP) – 2010

| Empatia | |
|---------|---|
| Questão | Conteúdo das respostas |
| 21 | Profissionais da rede pública não são empáticos Não soube responder Falta treinamento com foco em empatia |
| 22 | Forma de atendimento acontece de acordo com o usuário O tempo de atenção dispensado ao usuário ocorre de acordo com sua necessidade Adaptações de dispositivos e do ambiente conforme o usuário Liberação do horário de visita segundo a necessidade do usuário Elaboração de agenda de atendimento e encaixes quando necessários São respeitadas as preferências alimentares dos usuários |
| 23 | Desconhece a manifestação de satisfação dos usuários com relação à empatia dos profissionais Poucas vezes os profissionais são elogiados pelos usuários |
| 24 | Não há orientação da instituição quanto ao atendimento empático Não há capacitação pela instituição com foco em empatia |
| 25 | Não há preocupação da instituição em integrar a empatia como foco na avaliação de desempenho dos profissionais |

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu constatar a percepção dos profissionais acerca dos fatores intervenientes na ocorrência dos EAs, relacionada às cinco dimensões de qualidade empregadas nesta investigação:

- **tangibilidade:** dimensão que apresentou o mais baixo índice – 38 (38,8%) – de respostas afirmativas com o tópico referente aos riscos relacionados à estrutura. O mais alto índice – 83 (84,7%) – nessa dimensão foi sobre os recursos humanos, materiais e físicos, porém as categorias profissionais diferiram sobre estes e sobre segurança relacionada aos equipamentos e participação nas políticas de aquisição de recursos materiais e não diferiram quanto ao dimensionamento de recursos humanos e aos riscos relacionados à estrutura. Inferiu-se que a maioria dos participantes – 57 (58,2%) – demonstrou descontentamento com o qualitativo dos recursos humanos da instituição.
- **confiabilidade:** nesta dimensão sobressaiu-se que 86 (87,8%) dos participantes indicariam a instituição a parentes e amigos. O mais baixo índice – 60 (61,2%) – foi quanto às informações aos usuários em relação aos riscos. As categorias profissionais diferiram em relação aos protocolos estabelecidos, indicação da instituição e participação dos profissionais, respectivamente, e não diferiram quanto à execução das atividades com segurança e à informação aos usuários quanto aos riscos.
- **responsividade:** dimensão que apresentou mais predominância de respostas afirmativas – 94 (95,9%) – no que se refere ao direito de recusa do usuário em submeter-se a algum tipo de tratamento. O mais baixo índice – 48 (49%) – foi em relação a ter manuais de orientação para o usuário. As categorias diferiram quanto aos temas: avaliação dos processos de trabalho e participação na elaboração de protocolos.
- **garantia:** nessa dimensão o mais alto índice encontrado foi de 61 (62,2%), sobre monitorização dos riscos; e o mais baixo índice – 43 (43,9%) – quanto às informações dos EAs ocorridos aos usuários e ao conhecimento relacionado às ações frente aos EAs. As categorias diferiram quanto à monitorização dos processos, monitorização dos riscos e conceito de EA e não diferiram sobre informação aos usuários acerca da ocorrência de EA e às ações frente aos EAs. Os EAs mais citados foram os efeitos patológicos esperados ou inesperados em bula para tratamento medicamentoso, erro de medicação e queda.
- **empatia:** foi a segunda dimensão com mais alto índice – 92 (93,9%) – referente à satisfação do usuário e o mais baixo índice – 55 (56,1%) – quanto à capacitação profissional com foco no usuário. Não houve divergência das categorias profissionais quanto às questões sobre essa dimensão.

Quanto aos fatores intervenientes na ocorrência de EA relacionados às dimensões de qualidade por categorias, observou-se que:

- os analistas clínicos pontuaram com mais ênfase as dimensões de tangibilidade, confiabilidade e responsividade;

- os médicos apresentaram menos percepção quanto às dimensões de tangibilidade, responsividade e garantia;
- os nutricionistas referiram menos percepção quanto à dimensão de confiabilidade;
- os fisioterapeutas relataram menos percepção referente à dimensão empatia;
- os farmacêuticos apresentaram mais percepção em relação à dimensão garantia;
- os enfermeiros demonstraram mais percepção quanto à dimensão empatia.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human*. Washington (DC): Committee on Quality of Health Care in America; 2000.
2. Brasil. Resolução n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília; 2002. [Citado em 2011 abr. 23]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf
3. Brasil. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação; 2010.
4. Abboud CS, Feldman LB. Implantação do Programa de Gestão de Risco (PGR): experiência do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo. *Nursing*. 2009; 11(129):71-6.
5. Hokerberg YHM, Santos MAB, Passos SRL, *et al*. O processo de construção de mapas de risco em um hospital público. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006; 11(2):503-13.
6. Balestrin F. Gerenciamento de risco legal em saúde não evita apenas erros. *Consultor Jurídico*. 2003. [Citado em 2011 mar. 19]. Disponível em: http://www.conjur.com.br/2003-nov-7/importancia_gerenciamento_risco_legal_saude
7. Feldman LB. Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde. Critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari; 2004.
8. Kern AE, Lima APF, Feldman LB. Gerenciamento de riscos. *Rev GTH*. 2010; 2(2):28-30.
9. Adami NP. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2000; 13(N Esp – Parte I):190-6.
10. Monzoni A. Erros de medicação e subnotificação. *Rev Coren SP* 2006; 8(70):8-9.
11. Zeithaml V, Parasuraman A, Berry LL. *Delivering service quality: balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press; 1990.
12. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry LL. Refinement and reassessment of the SERVQUAL dimensions. *J Retailing*. 1991; 67:420-50.
13. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, *et al*. Systems analysis of adverse drug events. *JAMA* 1995; 274(1):35-43.
14. Táxis K, Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. *BMJ*. 2003; 326(7391): 684-7.
15. Carvalho VT, Cassiani SHDB. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10(4):523-9.
16. Marin HF, Bourie P, Safran C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. *Rev Latinoam Enferm*. 2000; 8(3):34-41.
17. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):599-613.