

Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro¹
Lismar Isis Campos²
Bruna Figueiredo Manzo³
Maria José Menezes Brito⁴
Marília Alves⁵

Estudo das não conformidades no trabalho da enfermagem: evidências relevantes para melhoria da qualidade hospitalar⁶

RESUMO

Objetivo: identificar as não conformidades relativas ao trabalho da enfermagem em hospitais de Minas Gerais, Brasil. **Método:** trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter descritivo. Os dados foram coletados dos relatórios de Diagnóstico Organizacional realizado pelo Sistema Brasileiro de Acreditação de 37 hospitais dos 45 avaliados em 2009 (amostra de 82,22%). As não conformidades relativas ao trabalho da enfermagem foram classificadas em três grupos: Cuidar/Assistir; Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar. **Resultados:** os resultados deste estudo apontaram distanciamento entre o estabelecido pelo Sistema Brasileiro de Acreditação e a prática da enfermagem. Revelaram quesitos importantes a serem corrigidos para a segurança dos pacientes, organização dos hospitais e cumprimento da legislação brasileira vigente. No entanto, observou-se que as não conformidades relativas à enfermagem estão intrinsecamente ligadas ao trabalho dos demais profissionais de saúde. **Conclusões:** a resolução das não conformidades identificadas não está na governabilidade exclusiva da equipe de enfermagem. É necessária uma mudança de cultura e a elaboração de uma política organizacional pelos dirigentes dos hospitais que assegure à equipe multiprofissional oportunidades de discussão das causas das não conformidades e elaboração de estratégias para promover a melhoria contínua da qualidade e segurança no cotidiano dos hospitais.

PALAVRAS-CHAVE

Serviço hospitalar de enfermagem, gestão de qualidade, qualidade da assistência à saúde, acreditação, hospitais. (Fonte: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.12

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Couto-Ribeiro HCT, Campos LI, Manzo BF, Brito MJM, Alves M. Estudo das não conformidades no trabalho da enfermagem: evidências relevantes para melhoria da qualidade hospitalar. Aquichan. 2014; 14(4): 582-593. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.12

- 1 Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira, Coordenadora do Núcleo de Gestão da Qualidade da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte (Brasil). helen.cristiny@saude.mg.gov.br.
- 2 Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Administradora Hospitalar com atuação no Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte (Brasil). lismarisis@yahoo.com.br
- 3 Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (Brasil). brunaamancio@yahoo.com.br.
- 4 Doutora em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Aplicada da Universidade Federal de Minas Gerais. Vice-Líder do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem. Belo Horizonte (Brasil). brito@enf.ufmg.br
- 5 Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Aplicada da Universidade Federal de Minas Gerais. Líder do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem. Belo Horizonte (Brasil). marilix@ufmg.br.
- 6 Estudo extraído da dissertação "Estudo de Não Conformidades no Trabalho de Enfermagem: evidências que interferem na qualidade de hospitais em Minas Gerais", apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil) em 2011.

Recibido: 17 de diciembre de 2012
 Enviado a pares: 15 de marzo de 2013
 Aceptado por pares: 5 de septiembre de 2013
 Aprobado: 26 de noviembre de 2013

Estudio de las no conformidades en el trabajo de enfermería: evidencias relevantes para la mejora de la calidad hospitalaria

RESUMEN

Objetivo: identificar las no conformidades relativas al trabajo de la enfermería en hospitales de Minas Gerais (Brasil). **Método:** investigación cuantitativa, de carácter descriptivo. Los datos se recolectaron de los informes de Diagnóstico Organizacional realizados por el Sistema Brasileño de Acreditación de 37 hospitales de los 45 evaluados en 2009 (muestra de 82,22 %). Las no conformidades relativas al trabajo de la enfermería se clasificaron en tres grupos: cuidar/asistir, administrar/dirigir y educar/investigar. **Resultados:** los resultados de este estudio señalaron distanciamiento entre lo establecido por el Sistema Brasileño de Acreditación y la práctica de enfermería. Revelaron puntos importantes por corregirse para la seguridad de los pacientes, organización de los hospitales y cumplimiento de la legislación brasileña actual. Sin embargo, se observó que las no conformidades relativas a la enfermería están intrínsecamente conectadas al trabajo de los demás profesionales de salud. **Conclusiones:** la resolución de las no conformidades identificadas no está en la gobernabilidad exclusiva del equipo de enfermería. Es necesario un cambio de cultura y la elaboración de una política organizacional por los dirigentes de los hospitales que le asegure al equipo multiprofesional oportunidades para promover la mejora permanente de la calidad y seguridad en la cotidianidad de los hospitales.

PALABRAS CLAVE

Servicio hospitalario de enfermería, gestión de calidad, calidad de la asistencia a salud, acreditación, hospitales. (Fuente: DeCS, Bireme).

A Study of Nonconformities in Nursing Work: Evidence Relevant to Improving Hospital Quality

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to identify the nonconformities related to nursing work at hospitals in Minas Gerais (Brazil). **Method:** A quantitative, descriptive method was used. The data were collected from organizational diagnosis reports prepared by the Brazilian Accreditation System for 37 of the 45 hospitals evaluated in 2009 (sample of 82.22%). The nonconformities related to nursing work were classified into three groups: care/assistance, management/supervision, and education/research. **Results:** The results of this study show there is a gap between the provisions of the Brazilian Accreditation System and nursing practice. They revealed important issues that should be corrected in the interest of patient safety, hospital organization, and compliance with current legislation in Brazil. However, it was noted the nonconformities related to nursing work are intrinsically connected to the work of other health professionals. **Conclusions:** Resolving the nonconformities that were identified does not depend exclusively on the nursing team. A change in the hospital culture and the development of an organizational policy on the part of hospital managers are required to ensure the multi-professional team has opportunities to encourage continuous improvement in the quality and safety of the everyday, routine operation of hospitals.

KEY WORDS

Hospital nursing service, quality management, health care quality, accreditation, hospitals. (Sources: MeSH, Bireme).

Introdução

Dentre os pioneiros da avaliação da qualidade de hospitais encontra-se Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna. Seu trabalho no hospital militar de Scutari durante a Guerra da Crimeia (1854-1856) foi fundamental para mostrar o impacto da precariedade das condições sanitárias (falta de saneamento, ventilação, sujeira) na mortalidade dos soldados. Após sua avaliação, ela mostrou estatisticamente que o índice de morte dos soldados era dez vezes maior por doenças decorrentes das condições estruturais do hospital do que aqueles causados por ferimento da guerra (1). Após implantar medidas simples a taxa de óbito reduziu em dois terços do total de soldados (2).

No entanto, foi somente no século seguinte a partir dos estudos do médico Avedis Donabedian é que a avaliação dos cuidados se desenvolveu de forma conceitual e metodológica e se difundiu para muitos países por meio do apoio da Organização Mundial de Saúde (3). Donabedian introduziu o modelo estrutura-processo-resultado que passou a orientar a avaliação sistemática da qualidade do atendimento em saúde. Estrutura foi concebida como o ambiente em que os serviços de saúde são prestados; processo foi descrito como as etapas envolvidas na prestação de serviços médicos, e os resultados são medidos por vários critérios – indicadores de saúde e satisfação dos pacientes, dentre outros – para analisar o cuidado (4). Essa tríade tem orientado diversas metodologias de acreditação, que é um processo voluntário, de aprendizagem e melhoria contínua da qualidade que tem despertado grande interesse nos últimos anos como uma abordagem para aprimorar e manter a qualidade dos cuidados de saúde (5).

O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) – iniciado a partir de 1999, pela Organização Nacional de Acreditação –, considerando as organizações de saúde um sistema complexo afirma que as estruturas, os processos e os resultados estão tão interligados que o funcionamento de um componente interfere no conjunto e no resultado final. Assim, o SBA é um método de consenso, racionalização, ordenação dos serviços de saúde e, principalmente, um processo permanente de educação dos profissionais. A avaliação é realizada in loco e transversal, de forma sistêmica permitindo analisar os processos de trabalho e as relações com os resultados, não se avaliando um setor ou processo isoladamente (6).

O processo de avaliação do SBA é realizado por Instituições Acreditoras Credenciadas (IAC) pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), as quais são de direito privado, com ou sem

fins lucrativos. Atualmente, existem seis IAC/ONA e há duas formas de avaliação, uma para a acreditação propriamente dita e outra com finalidade de Diagnóstico Organizacional. Na primeira após o processo de avaliação, o serviço de saúde pode se encaixar em quatro situações, a saber: não acreditado; acreditado (nível 1, com certificado válido por dois anos); acreditado pleno (nível 2, com certificado válido também por dois anos); ou acreditado com excelência (nível 3, com certificado válido por três anos). A outra forma de avaliação – Diagnóstico Organizacional – não tem a finalidade de definir estes nivelamentos e sim de fornecer para os dirigentes um relatório da situação do serviço de saúde (6).

Para estas duas possibilidades de avaliação as Instituições Acreditoras estabelecem equipes, compostas por, no mínimo, três profissionais, geralmente um médico, um enfermeiro e um profissional com experiência em gestão (sendo um deles o avaliador-líder) que para coletarem os dados visitam todos os setores do serviço de saúde. Para tanto, os avaliadores são acompanhados durante esta visita por profissionais do próprio serviço (de qualquer categoria profissional), os quais, geralmente, são gerentes ou supervisores de cada um dos setores visitados ou responsáveis designados pela direção para fornecerem as informações, as documentações e as evidências solicitadas pelos avaliadores. Os avaliadores também podem solicitar estas informações ou evidências a qualquer profissional dos setores visitados de forma aleatória, não tendo um grupo específico de profissionais ou uma amostragem definida.

Os avaliadores baseiam sua avaliação em questões pré-estabelecidas nas normas técnicas específicas para cada atividade-fim dos serviços de saúde avaliados; das deliberações da ONA e principalmente pelo Manual Brasileiro de Acreditação (MBA). O MBA é discutido e validado pelas entidades fundadoras e associadas da ONA. As Instituições Acreditoras, os avaliadores e os serviços de saúde também podem sugerir melhorias para o Manual em cada nova edição por meio de consulta pública realizado pela ONA. O MBA é constituído de seções e subseções, as quais contêm padrões de qualidade que são interdependentes e devem ser integralmente atendidos pelos serviços (6). As informações, as documentações e as evidências levantadas durante o processo de avaliação são para análise do cumprimento destes padrões do Manual.

Diante deste contexto brasileiro para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais lançou, em 2008, um rol de ações para avaliar os hospi-

tais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais/Brasil. Este programa visa desenvolver um parque hospitalar público capaz de operar com eficiência e prestar serviços de qualidade que atendam as necessidades da população e que se insiram em redes integrais de atenção à saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais então assumiu, com o Banco Mundial, o compromisso de realizar nestes hospitais um processo de Diagnóstico Organizacional. Este processo resultou em relatórios detalhados de cada hospital, proporcionando aos dirigentes informações dos pontos das não conformidades (NC) que precisam ser corrigidos. Quando a instituição não atinge a determinados padrões, ou seja, um nível de qualidade *adequate*, *acceptable* ou *optimal* – neste caso os estabelecidos pela ONA – há a ocorrência de NC (7). A ocorrência e a permanência de NC podem configurar cenários inseguros, ocasionando erros por parte dos profissionais, o que compromete sua própria segurança e, principalmente, a segurança dos pacientes (8).

A temática avaliação de conformidades na saúde é pouco explorada, o que é evidenciado pela escassez de estudos na literatura científica. Porém, a identificação das NC na saúde propicia a melhoria para a segurança do paciente, a qual é uma das dimensões de uma assistência com qualidade. A segurança do paciente é entendida como um conjunto de medidas e políticas que visam a redução, a um mínimo aceitável, do risco de ocorrência de dano desnecessário ao paciente relacionado com a assistência à saúde (9-11).

Neste sentido, a identificação de Não Conformidades é um sinal de alerta para que os profissionais discutam suas causas e elaborem estratégias para promover a melhoria contínua da estrutura e dos processos, para que a qualidade, a segurança e os resultados positivos sejam uma consequência inerente a todo esforço implementado (8). Embora as Não Conformidades ocorram em um contexto que envolve diversos profissionais de saúde, optou-se neste estudo pela análise das Não Conformidades relativas ao trabalho de enfermagem. Isso se justifica uma vez que esta categoria constitui o grupo mais crítico de profissionais para a evolução dos pacientes, pois permanece cerca de 90% do seu tempo cuidando dos pacientes (5), de forma ininterrupta nas 24 horas, sendo, portanto, atores fundamentais para a qualidade dos processos assistenciais nos hospitais. Assim, o objetivo desse estudo foi identificar as não conformidades relativas ao trabalho da enfermagem em hospitais do estado de Minas Gerais, Brasil.

Métodos

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, de caráter descritivo com base na análise das Não Conformidades apresentadas nos relatórios da avaliação de Diagnóstico Organizacional de hospitais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, Brasil. A amostra foi composta de 37 (82,22%) dos 45 hospitais avaliados em 2009.

As avaliações de Diagnóstico Organizacional foram realizadas por equipe multiprofissional de avaliadores de uma Instituição Acreditadora Credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Para subsidiar a elaboração do relatório de Diagnóstico Organizacional os avaliadores, acompanhados por profissionais dos hospitais (geralmente coordenadores ou profissionais designados pela direção), visitaram todos os setores dos hospitais, coletando informações, documentos e evidências de cumprimento dos padrões estabelecidos pelo Manual Brasileiro de Acreditação da ONA. A versão 2006 do Manual, vigente na época da avaliação, foi o instrumento orientador deste processo.

O maior contingente dos 37 hospitais localizava-se na Região Ampliada de Saúde (macrorregião) Centro de Minas Gerais. Do total, 10,81% correspondiam à esfera administrativa municipal, 8,11% a federal, 2,70% a estadual, 78,38% eram filantrópicos e 32,43% eram hospitais de ensino. A maioria (54,05%) eram referências para a população de sua Região de Saúde (microrregião), que é base territorial de planejamento da atenção secundária em saúde e 45,95% eram referências para a Região Ampliada de Saúde (macrorregião), ou seja, base territorial de planejamento da atenção terciária. A maioria dos hospitais deste estudo (51,35%) tinham entre 101 a 200 leitos, seguidos do grupo de mais de 201 leitos (24,32%).

A variável Não Conformidade foi coletada na Seção Organização Profissional e Subseção Enfermagem do relatório de Diagnóstico Organizacional. As demais variáveis (número de profissionais de enfermagem e número total de profissionais de saúde relativas a 2009) foram coletadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Para a coleta, tratamento e análise dos dados foram adotados, respectivamente, os softwares TabWin 3.6b, *Microsoft Office Excel® 2007* e *Data Analysis and Statistical Software* versão 11.1.

Foram estabelecidos três grupos para análise das Não Conformidades. Grupo 1 - Não Conformidades no processo de trabalho cuidar/assistir: relacionadas às atividades de cuidado direto e à organização da assistência. O Grupo 2 - Não Conformidades no processo de trabalho Administrar/Gerenciar: relacionadas a atividades associadas ao trabalho do enfermeiro na organização e gestão de recursos materiais e físicos e gestão de pessoas. O Grupo 3 - Não Conformidades ao processo de trabalho educar/pesquisar: relacionadas às atividades educativas e de pesquisa. Os limites entre esses grupos são tênues e variam na literatura de acordo com o foco das pesquisas e seus achados, os quais são decorrentes das várias formas de organização da enfermagem nos hospitais. Elaborou-se um modelo de análise (Figura 1) com a finalidade de classificar as Não Conformidades considerando o caráter integrado e multiprofissional do trabalho da enfermagem.

Figura 1. Classificação das Não conformidades do processo de trabalho da enfermagem



Fonte: Ribeiro (8).

A pesquisa foi autorizada pelos 37 hospitais e aprovada no Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer ETIC 0501.0.203.000-10.

Resultados

A média dos profissionais de enfermagem em 2009, nos 37 hospitais estudados foi de 243,84. A média do percentual de profissionais de enfermagem em relação ao total de profissionais foi de 33,56%. Em 03 (três) hospitais esse percentual foi abaixo de

10,00% e outros 08 (oito) têm menos de 30,00% de pessoal de enfermagem. A média do percentual de enfermeiros em relação à equipe de enfermagem dos 37 hospitais pesquisados foi de 19,07%.

A NC mais significativa do ponto de vista quantitativo no Grupo 1- Cuidar/Assistir foi “ausência de plano seguro multiprofissional de aplicação medicamentosa”, evidenciada em 89,19% dos hospitais. A Tabela 1 apresentada a distribuição das NC evidenciadas nesse grupo.

No Grupo 2- Administrar/Gerenciar, a NC mais significativa e que ocorreu em 100,00% dos hospitais foi “ausência de política de gerenciamento de riscos”, conforme Tabela 2.

A NC “ausência de definição de programa de treinamento para os colaboradores com foco nas não conformidades dos setores, com mensuração de sua eficácia e eficiência” foi a mais frequente no Grupo 3- Educar/Pesquisar, com evidência em 43,24% dos hospitais (Tabela 3).

Discussão

Os hospitais estudados apresentaram características heterogêneas. Há instituições de grande porte e que exercem atividade de ensino e hospitais de pequeno porte e sem atividade de ensino. O número de profissionais enfermeiros contraria as normas do Conselho Federal de Enfermagem do Brasil e o percentual da equipe de enfermagem não atinge o parâmetro que a literatura descreve ser de aproximadamente 60% do contingente de pessoal (12, 13).

No Grupo 1- Cuidar/Assistir, as Não Conformidades (NC) revelaram quesitos importantes para a segurança dos pacientes e estão intrinsecamente ligados ao trabalho de outros profissionais. A NC mais expressiva, “ausência de plano seguro multiprofissional de aplicação medicamentosa”, merece destaque por envolver toda a equipe. Os danos causados por eventos adversos a medicamentos ocorrem em todo o mundo, alguns estudos sugerem que eles respondem por um quarto de todos os erros médicos. Nos Estados Unidos, Austrália e França, esse tipo de evento ocorre em aproximadamente 4% das internações hospitalares, resultando em óbito em cerca de 5%-10% das ocorrências. No Reino Unido, em 2001, mais de mil pessoas morreram por eventos adversos a medicamentos (14). Dos 550 eventos adversos na assistência de enfermagem em uma UTI de um hospital no Brasil, 51,4% estavam relacionados à administração de medicamentos

Tabela 1. Distribuição das Não Conformidades (NC) relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir nos 37 hospitais. Belo Horizonte/MG, 2011

Não conformidade (NC)	n	%
Ausência de plano seguro multiprofissional de aplicação medicamentosa	33	89,19
Ausência de metodologia para o planejamento da assistência de enfermagem com base no risco evidenciado - Implantação da SAE*	29	78,38
Ausência de método para a estratificação de risco da totalidade dos pacientes admitidos na instituição	27	72,97
Ausência de protocolo de transporte intra e extra hospitalar	21	56,76
Ausência de controle de eventos assistenciais, com definição de ações de prevenção e controle de danos	17	45,95
Ausência de metodologia segura para identificação da totalidade dos pacientes, com foco na segurança	16	43,24
Ausência de Plano Multiprofissional de Alta Hospitalar	12	32,43
Ausência de modelo assistencial claramente definido	6	16,22
Ausência de implantação de gerenciamento de risco na sua totalidade, a partir da definição de erros e eventos adversos	6	16,22
Outras†	4	10,81

Fonte: Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais de Minas Gerais/Brasil (H1 a H37), 2009.

* SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem.

† NC que foram evidenciadas em apenas 1 hospital cada uma.

Tabela 2. Distribuição das Não Conformidades (NC) relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar nos 37 hospitais. Belo Horizonte/MG, 2011

Não conformidade (NC)	n	%
Ausência de política de gerenciamento de riscos	37	100,00
Ausência de fluxo de atendimento às emergências nas diversas áreas assistenciais, contemplando profissionais, equipamentos e medicamentos	29	78,38
A política para garantia e melhoria do preenchimento de documentos e a identificação dos profissionais e pacientes nos prontuários deve ser reforçada	23	62,16
Ausência de Comissão de Ética em enfermagem	19	51,35
Ausência de método formal para o controle de materiais, medicações e equipamentos do carro de emergência e a ausência de checagem formal e diária do desfibrilador	19	51,35
Ausência de metodologia para o dimensionamento de pessoas com base no perfil de complexidade da unidade, obtido através da ferramenta de estratificação de risco/dependência para as áreas críticas	17	45,95
Ausência de indicadores básicos de apoio a gestão (absenteísmo e turnover, por exemplo)	15	40,54
Ausência do regimento interno disponível do serviço	10	27,03
Ausência de metodologia para o gerenciamento dos riscos identificados: queda, flebites, úlceras por pressão entre outros	9	24,32
Ausência de método efetivo de controle, em conjunto com a farmácia e almoxarifado, do estoque de medicamentos, materiais médicos e equipamentos disponíveis nas unidades	6	16,22
Os procedimentos de risco junto ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar devem ser validados	6	16,22
Ausência de registro de Responsabilidade Técnica	6	16,22
Ausência de método seguro para o controle de temperatura das geladeiras de medicamentos	3	8,11
A falta de cobertura de enfermeiro nas 24 horas com foco na legislação e gerenciamento de risco deve ser analisada criticamente	2	5,41
Outras*	11	29,73

Fonte: Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais de Minas Gerais/Brasil (H1 a H37), 2009.

* NC que foram evidenciadas em apenas 1 hospital cada uma.

Tabela 3. Distribuição das Não Conformidades (NC) relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Educar/Pesquisar nos 37 hospitais. Belo Horizonte/MG, 2011

Não conformidade (NC)	n	%
Ausência de definição de programa de treinamento para os colaboradores com foco nas não conformidades dos setores, com mensuração de sua eficácia e eficiência	16	43,24
Ausência de programa para a capacitação e envolvimento das lideranças para o gerenciamento efetivo de cada célula de negócio	8	21,62
Ausência de programa de integração do novo colaborador com foco na capacitação e no desenvolvimento	3	8,11
Ausência de programa formal de acompanhamento de estagiários	1	2,70

Fonte: Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais de Minas Gerais/Brasil (H1 a H37), 2009.

(15). Sugere-se que 75% desses erros por medicamentos são evitáveis (14), mas a abordagem na saúde para a prevenção de erro é reativa, sendo, geralmente, descobertos apenas quando há incidente, efeito indesejável ou prejuízo para o paciente (16).

Assim, o Plano Multiprofissional de Aplicação Medicamentosa é uma estratégia que instrumentaliza a equipe de enfermagem e os demais membros da equipe multiprofissional na prevenção de erros relacionados a medicamentos (8). Sendo fundamental que todos os hospitais estabeleçam políticas para garantir a segurança do sistema de medicação (14).

Outra NC que também se destaca por envolver a equipe multiprofissional é a “ausência de controle de eventos assistenciais, com definição de ações de prevenção e controle de danos”. Em países desenvolvidos um em cada 10 pacientes é prejudicado ao receber cuidados hospitalares devido a erros, sendo que nos países em desenvolvimento a probabilidade é bem maior (17). Há diversas formas de se realizar o controle dos eventos adversos, geralmente eles são dependentes da notificação dos profissionais de saúde, que pode ser realizado em sistema eletrônico ou em formulários preenchidos manualmente. A literatura mostra, no entanto, que há uma preocupação por parte dos profissionais com a questão do anonimato e que muitas vezes eles preferem formas não oficiais para comunicar algum evento assistencial que ocasionou dano ao paciente, como por exemplo, relato verbal, anotação no prontuário do paciente ou a descrição do ocorrido em treinamentos (18). Assim, faz-se necessário implantar uma política hospitalar que aborde o erro como uma ocorrência sistêmica, decorrentes de falhas em vários processos, mudando, assim, a cultura de encontrar o culpado pelo ocorrido, motivando a notificação, discussão e resolução em equipe destes eventos indesejados.

A NC “ausência de metodologia segura para identificação da totalidade dos pacientes, com foco na segurança” encontrada neste estudo, pode levar a erros de medicação, de transfusão de hemocomponentes, de exames de apoio diagnóstico, de realização de procedimentos em pacientes errados e de bebês entregues a famílias erradas (19), e também é de responsabilidade de toda a equipe.

A identificação errada do paciente é uma causa-raiz de muitos erros, sendo que a *Joint Commission* nos EUA listou a melhoria da identificação dos pacientes como a primeira das Metas Nacional de Segurança do Paciente apresentadas em 2003 (19) e a primeira das Metas Internacionais para Segurança do Paciente lançada em 2010 (20), sendo um requisito de acreditação. O Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil lançado em abril de 2013 também tem como primeira ação a melhoria da identificação dos pacientes (21).

Enfim, a mitigação e a solução de muitas NC deste Grupo 1 não estão sob a governabilidade exclusiva da enfermagem. Ademais, o Sistema Brasileiro de Acreditação não visa responsabilizar determinada classe profissional ou setor, a metodologia focaliza o serviço ou processo como um todo. Assim, é necessário que a alta direção promova constantemente educação permanente e grupos de discussão nas instituições hospitalares, dando oportunidade dos profissionais refletirem sobre as NC referentes ao processo em que está inserido à sua prática e, busquem viabilizar ações conjuntas para que as NC sejam totalmente solucionadas.

No Grupo 2- Administrar/Gerenciar as NC revelam aspectos importantes para a organização dos hospitais e estão diretamente relacionadas ao cumprimento da legislação brasileira vigente. Chama a atenção a NC “ausência de política de gerenciamento de

riscos” presente na totalidade dos hospitais. Os riscos podem ser assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil (6), os quais podem levar a erros e causar danos nos pacientes, por vezes, irreparáveis. Os métodos utilizados para prevenção de erros na saúde têm-se baseado em treinamento e punição (desaprovação social). Os erros são considerados como falhas de alguém, causadas por desatenção. Contudo, estudiosos sobre erros e desempenho rejeitam este postulado, pois as causas de um erro humano costumam estar além do controle do indivíduo, sendo que os sistemas que dependem de desempenho livre de erros estão fadados ao fracasso (16).

Torna-se necessário então, que as organizações de saúde realizem a gestão dos riscos, que envolve os ciclos de prevenção, detecção e mitigação dos riscos (6). A gestão do risco deve estar integrada à filosofia da organização. A alta administração tem que apoiar a mudança de cultura e estabelecer uma política administrativa que tenha relação com os planos estratégicos, tático e operacional, além de um planejamento com o escopo a ser trabalhado e as diretrizes de classificação dos riscos (12).

“A política para garantia e melhoria do preenchimento de documentos e a identificação dos profissionais e pacientes nos prontuários deve ser reforçada” foi uma NC constatada. A anotação em prontuários é uma atividade importante da enfermagem e demais profissionais quando está em pauta a qualidade dos serviços. O registro sobre a assistência ao paciente respalda, ética e legalmente, o profissional responsável, assim como o paciente. Quando o registro é inadequado há comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado, além da dificuldade de mensurar os resultados da prática. A padronização das anotações e das evoluções de enfermagem é necessária para minimizar as falhas existentes no que se refere à linguagem formal, à exatidão, legibilidade, identificação e terminologia técnica (22).

A NC “ausência de método formal para o controle de materiais, medicações e equipamentos do carro de emergência e a ausência de checagem formal e diária do desfibrilador” também foi evidenciada. Corroborando pesquisas da literatura como um estudo brasileiro que teve por objetivo analisar a adequação dos carros de emergência à Diretriz de Apoio ao Suporte Avançado de Vida em dois hospitais. Constatou-se que nenhum carro de emergência avaliado apresentava o conjunto de materiais especificados na normatização brasileira. Em nenhum deles foi encontrado tubo oro traqueal de todos os tamanhos. De todos os carros de

emergência, os da unidade pediátrica eram os mais defasados em materiais e equipamentos. Nenhum dos carros estava localizado em pontos adequados dos setores (23).

Enfim, os resultados do Grupo 2 corroboram um documento do Banco Mundial que afirma que no Brasil apesar de possuir um programa de acreditação bem desenhado, a apropriação dos seus princípios é limitada a um pequeno número de hospitais, geralmente, pertencentes à elite do setor e que é preciso expandir a acreditação para que os hospitais estejam motivados a monitorar e melhorar seus processos e resultados (24). Assim, a alta direção dos hospitais participantes do estudo e demais hospitais devem viabilizar educação permanente para os profissionais, possibilitando um (re)pensar da sua prática gerencial, bem como, prover os recursos necessários no sentido de um trabalho conjunto da enfermagem, demais profissionais de saúde e alta direção para a mitigação e solução das NC encontradas (8).

No Grupo3- Ensinar/Pesquisar, a NC “ausência de definição de programa de treinamento para os colaboradores com foco nas não conformidades dos setores, com mensuração de sua eficácia e eficiência” foi a mais frequente. Este resultado reforça as ações realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no Brasil, no sentido de dar elementos para que os hospitais possam trabalhar para a melhoria contínua dos seus serviços. As NC diagnosticadas devem subsidiar a identificação de necessidades de treinamentos dos colaboradores.

A “ausência de programa para a capacitação e envolvimento das lideranças para o gerenciamento efetivo de cada célula de negócio” é um aspecto importante para a melhoria ou não da qualidade. A liderança influencia diretamente a cultura de uma organização (5). Há dois fatores que influenciam o sucesso da liderança. O primeiro é a autoridade, que inclui a capacidade de influenciar profissionais tanto para elogiar quanto para repreendê-los e o segundo é o carisma, que é a capacidade de persuadir, motivar, inspirar confiança e dar exemplo pessoal de compromisso para a melhoria da qualidade do atendimento (25). Assim a liderança tem forte capacidade de redesenhar a cultura organizacional (5).

Os enfermeiros são agentes que influenciam diretamente a qualidade do serviço e esta qualidade depende significativamente do líder e da maneira que ele gerencia a equipe (26). Em estudo desenvolvido em 14 hospitais certificados pela ONA e pela Joint Commission International no Brasil, a liderança foi a competência

mais importante e mais presente nos gerentes de enfermagem, na visão dos seus superiores hierárquicos (27). Os resultados de um estudo sobre a influência da liderança na qualidade do cuidado de enfermagem mostraram que o reconhecimento de seus liderados; a promoção do desenvolvimento da equipe de enfermagem; a comunicação; e a forma como os líderes inspiram e incentivam a inovação dos serviços realizados são importantes papéis do líder de enfermagem (26).

O Grupo 3 revela que a associação das metodologias e das práticas da educação não estão alinhados com o saber-fazer assistencial e gerencial da enfermagem. Desde a formação dos profissionais não ocorre de forma integrada a teoria e a prática, sendo necessário (re)construir abordagens que consigam agregá-las no cotidiano de trabalho.

Neste sentido, a qualidade em saúde, pode ser vista como o produto de dois fatores: primeiro, a ciência e tecnologia de cuidados de saúde; e segundo, a aplicação dela na prática dos serviços de saúde. Ou seja, a qualidade do atendimento realizado no cotidiano é o produto destes dois fatores: a ciência e a tecnologia em si (saber teórico) e sua aplicabilidade (prática). Este produto é caracterizado por vários atributos, que incluem eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (25).

A eficácia refere-se à habilidade da ciência e da tecnologia dos cuidados de saúde em produzir melhorias na saúde. A efetividade reflete o grau no qual melhorias possíveis nos cuidados de saúde são de fato atingíveis. A eficiência aponta a capacidade do serviço de reduzir o custo do cuidado sem diminuir as melhorias possíveis na saúde. A otimização consiste no equilíbrio das melhorias e dos seus custos. A aceitabilidade se refere à conformidade com os desejos e as expectativas dos pacientes e suas famílias. A legitimidade indica conformidade às preferências sociais expressas em princípios éticos, valores, normas, costumes, leis e regulamentos. A equidade determina a correta distribuição dos cuidados de saúde e seus benefícios entre a população. Estes atributos, se tomados individualmente ou combinando-os de várias formas, constituem uma definição de qualidade. Quando medidos de uma forma ou de outra, irão significar sua magnitude (25).

Assim, observou-se que as NC do Grupo 3 estão ligadas diretamente à política de gestão e desenvolvimento de pessoas colocada em prática pela instituição, sendo necessário assim, que os dirigentes hospitalares revisem essa política.

Diante deste contexto a redução e solução das NC relativas ao trabalho da enfermagem não estão na governabilidade exclusiva da equipe de enfermagem, tendo em vista o trabalho coletivo nos hospitais. A acreditação hospitalar para trazer melhorias para a qualidade da assistência exige trabalho com vistas à interdisciplinaridade e superação da fragmentação institucional da assistência, fazendo com que os profissionais se organizem para entender a lógica do cuidado integral e atingirem, conseqüentemente, a qualidade desejada.

No entanto, em um estudo os autores concluíram que o impacto dos modelos de avaliação externa baseada em padrões varia de acordo com sua finalidade, normas, procedimentos e incentivos. Os hospitais que apresentaram maiores níveis de segurança foram associados mais com a acreditação do que com a certificação pela International Organization for Standardization, mas ambos os sistemas foram significativamente melhores que nenhum processo de avaliação externa (28). Porém, para que os programas de acreditação tenham maior impacto no sistema de saúde, necessariamente, devem envolver uma grande proporção de hospitais deste sistema (28), o que é um desafio no contexto brasileiro atual.

Conclusão

Os resultados do estudo apontam um distanciamento significativo entre o estabelecido pelo Sistema Brasileiro de Acreditação e as evidências coletadas pelos avaliadores sobre a prática da enfermagem nos hospitais estudados. No entanto, o quantitativo de profissionais de enfermagem e enfermeiros destes foi baixo quando comparado com o previsto na literatura, o que pode justificar a ocorrência de muitas Não Conformidades. Além disso, observou-se que estas não são problemas sob a governabilidade exclusiva da Enfermagem, pelo contrário, envolvem toda a equipe multiprofissional. A avaliação de Não Conformidades deve ser trabalhada com foco na governança clínica, de forma multiprofissional e interdisciplinar, onde a gestão e a assistência se harmonizem e reflitam em uma política organizacional comprometida com a qualidade dos serviços prestados.

Constitui limite deste estudo o fato de os dados dos relatórios de Diagnóstico Organizacional referir-se a hospitais avaliados em 2009, não representando a totalidade ou uma amostra representativa dos hospitais do Estado de Minas Gerais no Brasil e também o fato de, por ser um estudo descritivo, não ter sido realizada

correlações entre as variáveis. Para suprir esta limitação sugere-se a realização de pesquisas focalizando maior número de hospitais e também que busquem as causas das Não Conformidades,

contemplando o sistema hospitalar como um todo, uma vez que a ação conjunta de todos os profissionais é que assegura a qualidade e seguranças da assistência nos hospitais.

Referências

1. Fee E, Garofalo ME. Florence Nightingale and the Crimean War. *Am J Public Health*. 2010;100(9):1591.
2. Garofalo ME, Fee E. Florence Nightingale (1820-1910): Feminism and Hospital Reform. *Am J Public Health*. 2010;100(9):1588.
3. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Rev Crítica Ciênc Soc*. 2009;85:65-82.
4. Rodkey GV, Itani KMF. Evaluation of healthcare quality: a tale of three giants. *Am J Surg*. 2009;198(Suppl 5): S3-8.
5. Awa BA, Mazrooa AA, Rayes O, Hati TE, Devreux I, Noury KA. Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. *Ann Saudi Med*. 2014;32(2):143-150.
6. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Coleção Manual Brasileiro de Acreditação. Brasília (Brasil): Organização Nacional de Acreditação; 2014.
7. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health*. 1981;71(4):409-12.
8. Ribeiro HCTC. Estudo de Não Conformidades no Trabalho de Enfermagem: evidências que interferem na qualidade de hospitais em Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
9. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
10. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21 st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
11. Runcikman W, Hibbert P, Thompson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26.
12. Feldman LB, org. Gestão de risco e segurança hospitalar. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2009.
13. Kobayashi RM, Silva ABV, Ayoub AC. Gerenciando dificuldades para acreditação hospitalar em hospital cardiovascular. *RENE*. 2010;11(4):19-28.
14. World Health Organization. Patient Safety Workshop. Learning from error [serial on-line] 2008 [cited 2011 Set 4]. Available from: URL: http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine_learning-from-error.pdf.
15. Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(3):276-82.
16. Leape LL. Error in medicine. *JAMA*. 1994;272(23):1851-57.
17. World Health Organization. 10 facts on patient safety [serial on-line] 2011. [cited 2011 Sep 4]. Available from: URL: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index1.html
18. Lederman R, Dreyfus S, Matchan J, Knott JC, Milton SK. Electronic error-reporting systems: A case study into the impact on nurse reporting of medical errors. *Nurs Outlook*. 2013;61(6):417-426.
19. World Health Organization. Patient Identification. Patient Safety Solutions [serial on-line] 2007 May [cited 2011 Set 4]; 1 (2). Available from: URL: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>
20. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA); Joint Commission International (JCI). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Rio de Janeiro (Brasil): CBA; 2010.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 529/2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União (Brasil): 2013.
22. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enf. 2009;22(3):313-7.
23. Lima SG, Diniz LR, Nunes Filho EO, Oliveira MF, Oliveira JAV, Sá MPBO, et al. Os carros de emergência e o suporte avançado de vida. Rev Soc Bras Clín Méd. 2010;8(5):399-404.
24. La Forgia GM, Couttolenc BF. Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence. São Paulo: Singular; 2009.
25. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
26. Mendes L, Fradique MdeJJG. Influence of leadership on quality nursing care. Int J Health Care Qual Assur. 2014;27(5): 439-50.
27. Furukawa P, Cunha ICK. Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;19(1):106-14.
28. Shaw C, Bruneau C, Kutryba B, Jongh G, Suño R. Towards hospital standardization in Europe. Int J Qual Health Care. 2010;22(4):244-9.