



Anabela Marques de Sousa

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NUM CENTRO HOSPITALAR DA REGIÃO CENTRO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

Julho de 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO
DOENTE NUM CENTRO HOSPITALAR DA REGIÃO
CENTRO

Anabela Marques de Sousa

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do Mestrado em
Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de
Coimbra

Orientador:

Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

Julho 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Imagem da capa: Árvore da segurança

Da autoria de: João Miguel Sousa Soares

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi elaborado com o apoio e contributo de algumas pessoas, às quais gostaria de reconhecer e agradecer:

- À Professora Doutora Manuela Frederico, pelo acompanhamento, orientação e incentivo;
- Ao Enfermeiro Cesaltino Fonte pela colaboração e apoio na elaboração do questionário em formato digital e base dados;
- À Enfermeira Teresa Peralta pela valiosa colaboração na obtenção de documentação e esclarecimentos;
- Aos meus pais, pelo apoio, motivação e substituição nas responsabilidades parentais;
- Ao meu filho João Miguel de 4 anos, pela alegria, conforto, segurança e energia transmitidos;
- A todos os profissionais de saúde que acederam colaborar no estudo;
- A todos os que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse possível.

RESUMO

A cultura de segurança do doente é a forma como os profissionais de saúde, no seu ambiente de trabalho, agem por forma a tornar a prestação de cuidados ao doente mais segura. Conhecer a cultura de segurança de uma organização é importante para identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria na segurança do doente. Este estudo descritivo e correlacional teve como objetivo avaliar a cultura de segurança do centro hospitalar α , constituído por três unidades hospitalares e identificar prioridades de intervenção para as dimensões da segurança do doente que constituem oportunidades de melhoria. Como instrumento de recolha de dados utilizou-se o questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture”. A amostra é constituída por 310 profissionais de saúde. As dimensões da segurança do doente em que se obtiveram resultados mais positivos são o “Trabalho em equipa”, as “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente” e a “Aprendizagem organizacional – melhoria continua”. As dimensões consideradas de oportunidade de melhoria com intervenção prioritária são “Resposta ao erro não punitiva”, “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Frequência de notificação”. A frequência de notificação muito baixa, o receio da resposta punitiva ao erro e perceção dos profissionais de que a Direção do Hospital não implementa ações que promovam a segurança do doente sugerem o desenvolvimento de uma política de cultura de segurança que promova a notificação voluntaria de todos os incidentes para que sejam analisados e identificadas trajetórias de erro que, uma vez corrigidas a tempo, podem evitar um acidente. Esta cultura de constante reporte deve fazer-se num ambiente isento de punição ou censura do profissional, pelo que deve existir, um sistema de notificação com proteção legal que garanta a análise e a informação de retorno em tempo útil. Os pontos fortes identificados como o trabalho em equipa com entreajuda e respeito entre os profissionais e presença de superiores hierárquicos que dão atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente criam ambiente para que, nesta instituição, os profissionais trabalhem ativamente para a melhoria da segurança do doente.

Palavras-chave: segurança do doente; cultura de segurança; hospital; profissionais de saúde; erro.

ABSTRACT

The culture of Patient's safety is the way how the health care professionals, in their work environment, proceed in order to make patient's health care safer. Knowing an organization's culture of safety is important to identify the strengths and improvement opportunities on patient's safety. This descriptive and correlated study of the quantitative method was conceived to know the α centro hospitalar culture of patient's, comprising 3 hospital units through a questionnaire and to identify priority interventions for the dimensions of patient's safety that are an opportunity for improvement. "Hospital Survey on Patient Safety Culture" was used as the tool for data collecting. Sample consists of 310 health care professionals. The dimensions of patient safety with best results are "Team work", "Supervisor's/manager's expectations and actions to promote patient's safety" and "Organizational learning – continuous improvement". The dimensions considered as opportunities for improvement with a priority intervention are "Non-punitive error response", "Management support to patient's safety" and "Notification frequency". The very low notification frequency, the fear for punitive error response and professional's perception on a Hospital's Direction with deficient implementation of patient's safety promoting actions suggest the development of a safety culture that promotes voluntary notification of every incident, in order to be analyzed and to identify error tendency that if rectified in time, can avoid accidents. This culture of constant reporting should occur in a professional's punishment and censor-free environment, therefore a notification system with legal protection should be created, to guarantee the analysis and feedback information on time. The strengths such as team work with mutual aid and respect amongst the professionals and the presence of problems related with patient's safety attentive hierarchic superiors create an environment that promotes, in this institution, the active work of healthcare professionals for improvement of patient's safety.

Key words: patient's safety; safety culture; hospital; health care professionals; error.

SIGLAS

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

AO – Assistente operacional

DGS – Direção Geral de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

EuNetPas - European Network for Patient Safety

HSPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture

JCAHO - Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations

NHS - National Patient Safety Agency

OEF – Organizações de Elevada Fiabilidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

PT – Portugal

RCA - Root Cause Analysis

SD – Segurança do Doente

SNNIEA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

TDT – Técnico Diagnóstico e Terapêutica

US – United States

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados	43
Tabela 2 - Dimensões do HSPSC	44
Tabela 3 - Teste da Normalidade das dimensões da cultura de segurança	52
Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Trabalho em equipa	57
Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente.....	58
Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Aprendizagem organizacional – melhoria contínua.....	59
Tabela 7 - Distribuição da amostra quanto à dimensão <i>feedback</i> e comunicação acerca do erro	60
Tabela 8 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Abertura na comunicação	61
Tabela 9 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Dotação de profissionais..	62
Tabela 10- Distribuição da amostra quanto à dimensão Resposta ao erro não punitiva.....	63
Tabela 11 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Apoio à segurança do doente pela gestão.....	64
Tabela 12 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Trabalho entre unidades	65
Tabela 13 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Transições.....	66
Tabela 14 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Perceções gerais sobre segurança do doente	67
Tabela 15 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Frequência da notificação.....	68
Tabela 16 - Distribuição da amostra quanto à dimensão número de notificação....	69
Tabela 17 - Distribuição da amostra quanto à dimensão grau de segurança do doente	70
Tabela 18 - Resultados da cultura de segurança nas três unidades hospitalares ..	76
Tabela 19 – Resultados da cultura de segurança consoante o grupo profissional .	80
Tabela 20 – Resultados da cultura de segurança por tempo de experiência na instituição	82
Tabela 21 – Resultados da cultura de segurança por serviço (não) certificado/acreditado	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por faixa etária	53
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por categoria profissional.....	54
Gráfico 3 - Distribuição da amostra por tempo de experiência no serviço e instituição.....	55
Gráfico 4 - Registo de relatórios nos últimos 12 meses	55
Gráfico 5 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Trabalho em equipa.....	57
Gráfico 6 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente.....	58
Gráfico 7 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	59
Gráfico 8 - Distribuição da amostra quanto à dimensão <i>feedback</i> e comunicação acerca do erro.....	60
Gráfico 9 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Abertura na comunicação	61
Gráfico 10 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Dotação de profissionais	62
Gráfico 11 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Resposta ao erro não punitiva.....	63
Gráfico 12 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Apoio à segurança do doente pela gestão	64
Gráfico 13 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Trabalho entre unidades	65
Gráfico 14 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Transições.....	66
Gráfico 15 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Perceções gerais sobre segurança do doente.....	67
Gráfico 16 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Frequência da notificação	68
Gráfico 17 - Distribuição da amostra quanto à dimensão número de notificação....	69
Gráfico 18 - Distribuição da amostra quanto à dimensão grau de segurança do doente	70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – <i>Benchmarking</i> internacional de estudos sobre cultura de segurança do doente	8
Quadro 2- Características da cultura de fiabilidade	14
Quadro 3 - Tipos e formas de errar	24
Quadro 4 - Terminologia dos erros	25
Quadro 5 - Terminologia Eventos Adversos	26
Quadro 6 - Diferentes tipos de responsabilidade jurídica.....	32
Quadro 7 – Sistemas de notificação adotados por outros países	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Stacey21
Figura 2 - Modelo de risco do “queijo suíço” por James Reason27

SUMÁRIO

PARTE I	1
INTRODUÇÃO	1
1.QUALIDADE EM SAÚDE	5
2. SEGURANÇA DO DOENTE	7
3. CULTURA E FIABILIDADE ORGANIZACIONAL	11
4. RISCO CLÍNICO	15
5. ERRO CLÍNICO	23
6. ENQUADRAMENTO JURÍDICO-LEGAL	31
 PARTE II	 37
1. METODOLOGIA	37
1.1.TIPO DE ESTUDO	37
1.2.QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJECTIVOS E HIPÓTESES	38
1.3. VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	41
1.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	41
1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	42
1.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	49
1.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	51
2. APRESENTAÇÃO DOS DADOS	53
2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS DA AMOSTRA.....	53
2.2. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NO CENTRO HOSPITALAR α ...	56
2.3. ANÁLISE GLOBAL DAS DIMENSÕES QUE EVIDENCIAM FORTALEZAS E OPORTUNIDADES DE MELHORIA NA ORGANIZAÇÃO	71
2.4. ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES.....	75
2.5. ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE CONSOANTE O GRUPO PROFISSIONAL.....	77
2.6. ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE CONSOANTE OS ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	81
2.7. ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE CONSOANTE SERVIÇO (NÃO) CERTIFICADO/ACREDITADO	83

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	85
CONCLUSÃO	99
BIBLIOGRAFIA.....	103
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	
ANEXO II – Pedido de autorização	
ANEXO III – Respostas à questão aberta	

PARTE I

INTRODUÇÃO

A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes (Fragata, 2011).

Segurança do doente, define-se como um processo através do qual uma organização torna a prestação de cuidados mais segura para impedir que os utilizadores dos cuidados de saúde sejam prejudicados pelos efeitos dos seus serviços, implica assim a redução do risco de danos desnecessários, para um mínimo aceitável. Este processo integra sete passos para a segurança do doente: construir uma cultura de segurança, liderar e apoiar os profissionais, gerir o risco de forma integrada, promover a notificação, envolver e comunicar com os doentes e público, aprender e partilhar lições de segurança e implementar soluções para a prevenção de danos (National Patient Safety, 2004).

Os estudos realizados e divulgados por Sousa (2011), revelam que as taxas de incidência de eventos adversos em hospitais atingem valores que variam entre os 3,7% e os 16,6% (com conseqüente impacto clínico, económico e social), sendo que 40% a 70% são considerados preveníveis ou evitáveis. No contexto atual, em que as unidades de saúde subsistem em clima de contingência económica, restrições e falta de recursos humanos e materiais, é muito importante avaliar e caracterizar a tipologia dos eventos adversos e, com base nesse conhecimento, definir e implementar ações de gestão de risco que permitam a sua redução ou mesmo a sua supressão.

Esta mudança de comportamentos e atitudes advém da cultura de segurança instituída na organização, que segundo a OMS (2009), é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança. A avaliação e monitorização da cultura de segurança da organização são essenciais para

identificar áreas de melhoria e introduzir mudanças de comportamento dos profissionais, para que haja valores partilhados sobre segurança, antecipação de eventos e cultura de não infabilidade (cultura de reportar eventos, cultura de aprender com as trajetórias de erro, cultura de responsabilização sem culpa, cultura justa, cultura de equipa e por fim cultura de aprendizagem e de melhoria continua).

Reason (2000) refere ainda, que uma das características mais importantes das organizações de elevada fiabilidade é a preocupação comum de uma organização na possibilidade de falhar, ou seja, há a consciência de que se cometem erros, daí a necessidade de formar os profissionais para saberem reconhecer e recuperar esses erros.

Neste contexto, de preocupação pela qualidade dos cuidados e segurança do doente (coração da prática para os prestadores de cuidados), surge a necessidade de produzir conhecimento nesta área contribuindo como mais-valia para a instituição através da avaliação da cultura de segurança e identificação de oportunidades de melhoria.

O presente estudo é descritivo, transversal, correlacional e utiliza o método quantitativo, tendo-se formulado a seguinte questão de investigação: Qual a cultura de segurança do doente nos profissionais do Centro Hospitalar α ?.

O estudo tem como objetivos avaliar a cultura de segurança do doente no Centro Hospitalar α e identificar oportunidades de melhoria no âmbito de segurança do doente.

As hipóteses formuladas são as seguintes:

Hipótese 1: A cultura de segurança difere entre as três unidades hospitalares do Centro α ;

Hipótese 2: A cultura de segurança difere consoante a categoria profissional;

Hipótese 3: A cultura de segurança é mais forte nos profissionais com mais anos de experiência profissional e

Hipótese 4: A cultura de segurança é mais forte nos serviços certificados.

A população do estudo é constituída por todos os profissionais que exercem funções em uma das três unidades hospitalares do centro hospitalar α e que acederam colaborar no estudo.

O instrumento de colheita de dados utilizado no presente estudo foi o questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente proposto no âmbito da “Avaliação da Cultura de Segurança” do projeto European Network for Patient Safety (EuNetPas), traduzido e validado para a população portuguesa pela Doutora Margarida Eiras em Dezembro de 2008. Os procedimentos ético-legais para a realização do estudo foram cumpridos com o pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar α , bem como um pedido de autorização para a utilização do questionário à Doutora Margarida Eiras. O tratamento estatístico foi realizado no programa informático de apoio à estatística IBM SPSS Statistics versão 20. A análise exploratória dos dados foi realizada através de estatística descritiva e para descrever o comportamento entre variáveis utilizou-se estatística inferencial.

O presente trabalho apresenta-se estruturado em duas partes, a primeira é o quadro conceptual, dedicado à ordenação dos conhecimentos e ideias extraídos de documentos consultados, constituindo o suporte teórico para análise posterior da questão de investigação. Na segunda parte é abordada a metodologia utilizada, a apresentação dos dados, a discussão dos mesmos e respetivas conclusões. As referências bibliográficas e anexos apresentam-se no final.

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

1.QUALIDADE EM SAÚDE

Qualidade, do latim *qualitate*, é um conceito subjetivo, e diverge com as percepções de cada indivíduo. São diversos os fatores que podem influenciar diretamente esta definição, tais como a cultura, o produto ou serviço prestado, necessidades e expectativas (Wikipedia, 2013).

O conceito de qualidade em saúde é complexo e pode apresentar-se com várias perspectivas e assumir definições diversas dependendo de quem a define.

Qualidade em saúde é o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente (*Institute of Medicine*, 1990).

Qualidade é o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade dos resultados indesejados (JCAHO, 2006).

Segundo Carneiro *et al.* (2010), a definição mais completa é a proposta pelo Programa Ibérico de 1990, considerando-a como “*prestação de cuidados acessível e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes.*”

De acordo com Fragata (2011), qualidade em saúde são cuidados prestados com um nível de acordo com o estado de arte, no momento preciso e no doente certo e onde existe satisfação de todas as partes envolvidas, especialmente do doente, bem como o acesso igual para todos.

Todas as definições englobam dimensões associadas à qualidade dos cuidados de saúde com áreas de sobreposição e umas mais completas do que outras. As dez dimensões propostas como uma boa base de trabalho por Carneiro *et al.* (2010) são: efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito.

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Analisando todas as dimensões podemos referir que a segurança do doente é uma componente chave da qualidade dos cuidados de saúde.

2. SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente não é um tema novo, sempre houve alguma preocupação com estas questões, pois já Florence Nightingale em 1863 dizia nas suas notas “*pode parecer estranho enunciar o princípio, mas o primeiro objetivo de um hospital deve ser não provocar danos*” e Hipócrates evocava o “*primum non nocere*” para limitar as possíveis falhas (Wachter, 2010).

No passado cuidar e tratar de doentes era uma função simples, praticada na casa das pessoas ou consultórios, geralmente segura e não provocava danos ou complicações. O desenvolvimento técnico e científico que se verifica nos dias de hoje levou a que o processo de cuidar e tratar de doentes fosse uma atividade de grupo, exercida no seio de equipas multidisciplinares, numa enorme complexidade de interações humanas e sujeita, naturalmente, à ocorrência de erros humanos e erros de sistema. Podemos assim definir segurança do doente, como um processo através do qual uma organização torna a prestação de cuidados de saúde mais segura. Este processo integra sete passos: construir uma cultura de segurança, liderar e apoiar os profissionais, gerir o risco de forma integrada, promover a notificação, envolver e comunicar com os doentes e público, aprender e partilhar lições de segurança e implementar soluções para a prevenção de danos (NHS, 2004).

A segurança do doente é por isso um item da qualidade dos cuidados prestados, não podendo existir qualidade nos serviços de saúde sem que haja segurança, logo, este é um tema que tem mobilizado a comunidade científica a nível internacional. Infelizmente nas instituições de saúde em Portugal ainda não existe um adequado conhecimento de todos os aspetos da cultura de segurança organizacional, imprescindíveis para a implementação de medidas eficazes que visem evitar e prevenir erros e incidentes que ocorrem na prestação de cuidados de saúde aos doentes (Sousa, 2011).

O sucesso da melhoria da segurança do doente depende assim, do envolvimento, entusiasmo e dedicação de todos os profissionais que intervêm nos cuidados de saúde aos doentes (Carneiro, 2010).

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Segundo as recomendações da OMS e da União Europeia, a primeira fase de desenvolvimento da cultura de segurança, passa pela avaliação da atual cultura de segurança do doente, à semelhança de estudos já realizados, nomeadamente o de Sorra *et al.* em 2004 e 2012 nos EUA; o de Saturno em 2008 e Zenewton *et al.* em 2012 em Espanha, o de Eiras *et al.* em 2011 e o de Peralta em 2012 em Portugal. Na linha destes estudos, sintetiza-se um conjunto de informação, baseada nas dimensões do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) que se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1 – *Benchmarking* internacional de estudos sobre cultura de segurança do doente

<i>Benchmarking</i> internacional						
Dimensões do Hospital Survey on Patient Safety Culture	Resultados (% positivos)					
	Sorra et al. US 2004	Sorra et al. US 2012	Saturno ES 2008	Zenewton et al. ES 2012	Eiras et al. PT 2011	Peralta PT 2012
Trabalho em equipa	74	80	72	74	73	73
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	71	75	62	63	62	64
Apoio à segurança do doente pela gestão	60	73	25	29	48	51
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	71	73	54	54	68	71
Perceções gerais sobre a segurança do doente	56	67	48	49	59	51
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	52	65	44	43	54	62
Abertura na comunicação	61	62	48	49	52	58
Frequência da notificação	52	64	47	45	44	28
Trabalho entre unidades	53	59	42	41	51	47
Dotação de profissionais	50	57	28	28	47	39
Transições	45	46	54	51	59	55
Resposta ao erro não punitiva	43	45	53	53	41	23

Os estudos já realizados revelam que a dimensão “Trabalho em equipa” é um ponto forte nas organizações de saúde e que a dimensão “Resposta ao erro não punitiva” uma preocupação em especial para as organizações da United States e

Portugal e as dimensões “ Dotação de profissionais” e “Apoio à segurança do doente pela gestão” uma preocupação para as organizações de Espanha.

Uma das características mais importantes das organizações de elevada fiabilidade (OEF) é a primazia pela Segurança. Nestas OEF existe uma preocupação comum na possibilidade de falhar, ou seja, há a consciência de que se cometem erros, daí a necessidade de formar os profissionais para saberem reconhecer e recuperar esses erros, pelo que estas organizações devem ser alvo da nossa atenção (Reason, 2000).

3. CULTURA E FIABILIDADE ORGANIZACIONAL

As organizações de elevada fiabilidade (OEF) apresentam credibilidade, qualidade, confiança e capacidade de manter o seu funcionamento em circunstâncias de rotina, bem como em circunstâncias hostis e inesperadas. Uma característica fundamental destas organizações complexas de elevada fiabilidade e reprodutibilidade é a capacidade de se organizarem e reconfigurarem em caso de crise, para darem respostas atempadas. Em condição de rotina, reagem automaticamente seguindo uma hierarquia de funcionamento definida e segura mas, se as condições mudam, reconfiguram-se em torno do problema e agem por regras ou deliberação para que, antes da crise se instalar na sua plenitude, corrijam a trajetória (Reason, 2000).

O nível de segurança em OEF, como as centrais nucleares, a aeronáutica civil e a atividade aeroespacial é classificado em sigma 7, a fronteira da nossa humanidade e fiabilidade. Uma atividade sigma 7 apresenta uma unidade de erro, falha ou morte por cada 10 000 000. A prática de cuidados de saúde é uma das atividades com maior risco potencial, com valores de sigma inferiores a 3, ou seja, um erro, falha ou morte a cada 300 casos. Se a aviação civil apresenta uma taxa de mortalidade por acidentes de uma em 10 milhões de voo, mas a probabilidade de se morrer por um erro decorrente de um tratamento num ambiente hospitalar é de um em cada 300, então, estas organizações de elevada fiabilidade devem ser alvo da nossa atenção no sentido de captar para os cuidados de saúde os seus bons exemplos (Fragata, 2011).

As OEF superam crises inesperadas porque são mais resistentes e os princípios de planear, preparar e executar são uma realidade para enfrentar as mudanças. Quando os profissionais planeiam estão a repetir padrões de atividade que desenvolveram no passado contudo não se consegue planear o inesperado. As OEF devem ser alvo de atenção e aprendizagem para as organizações de saúde porque apresentam sistemas que continuamente previnem, detetam, atenuam e melhoram perigos ou incidentes e sabem lidar regularmente com elementos perturbadores e desafiadores.

Segundo Weick e Sutcliffe (2007) cinco princípios fundamentais orientam estas OEF, os três primeiros baseiam-se em antecipar os problemas e os últimos em ter percepção dos problemas depois de eles acontecerem.

1- Monitorizar pequenas falhas

Analisar cada pequena falha para verificar se ela indica uma falha no sistema e certificar se não são sinais de falhas maiores porque ignorá-la pode levar a consequências graves ou até mesmo à morte. As falhas identificadas devem ser monitorizadas e acompanhadas para verificar se podem sinalizar problemas graves no futuro. Todas as atividades e tarefas devem-se fazer assessorar de uma lista de verificação para identificar práticas que tendem a gerar problemas. Os profissionais que sinalizam as falhas e admitem erros devem ser recompensados;

2- Relutância para as simplificações

As OEF são relutantes em aceitar simplificações. O processo de simplificar uma tarefa ou atividade pode ser positivo e necessário, contudo pode contribuir para ocultar passos importantes e informações que posteriormente geram problema por não serem monitorizados e observados;

3- Permanecer sensível às operações

As atividades desenvolvidas devem ser vigiadas e observadas com sensibilidade. O fato de uma atividade estar silenciosa não significa ausência de problemas. A sensibilidade para tudo o que se passa é crucial nas OEF;

4- Resiliência

Os eventos inesperados testam a capacidade de resiliência, a capacidade de esticar sem quebrar e de recuperar a forma. Uma organização é resiliente quando consegue absorver a pressão e continuar a trabalhar, mesmo em plena adversidade. Para obter compromisso com a resiliência deve investir-se na

formação dos profissionais, promover a partilha do conhecimento obtido de crises passadas e assim tornar o sistema mais robusto e resiliente perante o inesperado;

5- Conhecimento na tomada de decisão

Muitas das vezes os indivíduos apresentam conhecimento profundo sobre as situações e devem saltar as hierarquias para se colocarem em situação de grandes decisões. Deve agir o que sabe e pode lidar naquele crucial momento de crise ao invés do orgulho ou posição hierárquica superior de outro que não detenha o conhecimento essencial.

A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção e modelos de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança de uma organização e o seu estilo e proficiência (DGS, 2009).

As OEF apresentam um compromisso constante com a segurança como prioridade máxima que atravessa a organização inteira pelo que a cultura de segurança é uma dimensão chave da fiabilidade organizacional e é entendida como o conjunto de pressupostos que influenciam as pessoas a gerirem o inesperado. Este tipo de cultura, apresenta quatro características que são a cultura de reportar, a cultura justa, a cultura flexível e cultura de aprendizagem e que se apresenta no quadro 2 (Weick e Sutcliffe, 2007).

Quadro 2- Características da cultura de fiabilidade

<p>Cultura de relato de erros <i>Reporting culture</i></p>	<p>Uma cultura de segurança depende do conhecimento adquirido nos incidentes raros, nos enganos, nos “<i>near misses</i>”. Este conhecimento necessita de ser estruturado, de modo a que os profissionais se sintam motivados a reportarem os seus próprios erros. Uma cultura que incentive o relato protege e incentiva os profissionais a tal.</p>
<p>Cultura de justiça <i>Just culture</i></p>	<p>Uma organização também se define pelo modo como pune e recompensa. Uma cultura justa define-se pela existência de uma atmosfera de confiança na qual os profissionais são encorajados e eventualmente recompensados por fornecerem informação essencial relacionada com a segurança, e na qual é clara a linha diferenciadora entre comportamentos aceitáveis e inaceitáveis.</p>
<p>Cultura flexível</p>	<p>A cultura flexível é a que se adapta às exigências de mudança. O pressuposto fundamental é o modo e rapidez com que a informação flui o que tem implicações no design organizacional. Numa organização achatada com poucos níveis hierárquicos, a informação flui mais rapidamente. Privilegia-se a competência e <i>expertise</i> que o colaborador na linha da frente detém. Uma organização com a decisão centrada exclusivamente na hierarquia apresenta uma cultura de flexibilidade deficitária com evidentes prejuízos para a segurança e fiabilidade organizacional.</p>
<p>Cultura de aprendizagem</p>	<p>A informação correta e atempada disseminada pela organização, torna-se um importante fator de aprendizagem. A combinação do <i>reporting</i> do erro, justiça e flexibilidade, permite que os profissionais adotem melhores procedimentos no âmbito do respetivo desempenho profissional.</p>

Uma cultura de segurança é uma cultura informada, em que as pessoas que gerem e operam o sistema possuem conhecimento profundo sobre os fatores humanos, técnicos, organizacionais e da envolvente, que determinam a segurança do sistema como um todo. As organizações de saúde devem promover uma cultura de risco e de segurança, que passa por aceitar que os acidentes acontecem e são o resultado de trajetórias complexas de erros ou de falhas maioritariamente evitáveis e não, o resultado do acaso. Os erros humanos não se podem evitar em absoluto, mas as práticas individuais seguras, um correto desenho dos sistemas, e toda uma cultura de risco, vigilância e adaptação podem reduzir em larga escala os acidentes e sobretudo minorar as suas causas (Reason, 1997).

4. RISCO CLÍNICO

A segurança como uma das dimensões da Qualidade em Saúde é a redução do risco de ocorrência de eventos adversos que podem resultar da prestação de cuidados de saúde para um nível aceitável. Evento adverso é uma ocorrência indesejável em consequência do tratamento e não na doença subjacente, que resulta em dano, que poderia ou não ter sido evitado. Risco clínico traduz a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso multiplicado pela gravidade do potencial de dano (DGS, 2011).

A ocorrência de um incidente (não afeta o resultado final) ou acidente (compromete o resultado final) resulta da complexidade da doença, do tratamento inerente à situação, da atuação dos intervenientes e também do acaso pelo que a gestão do risco é crucial para as organizações de saúde.

Os determinantes do Risco são a complexidade dos casos tratados, o tipo de intervenção terapêutica e o desempenho de quem trata, pelo que para uma determinada atividade em saúde, contribuem fatores humanos relacionados com o indivíduo, com a organização, da equipa, do ambiente de trabalho e do acaso. Todos os sistemas com interferência humana estão sujeitos a eventos adversos tendo como responsáveis em 60% dos casos, atividades desenvolvidas por humanos e em cerca de 40% dos casos mecanismos de base organizacional (Fragata, 2006, 2010).

A necessidade de compreender os fatores humanos e organizacionais que influenciam o comportamento dos profissionais de saúde em relação à Segurança do doente deu origem a importantes investigações. O conhecimento que emergiu dessas investigações deu origem ao novo quadro concetual da World Health Organization em 2009 e que serve de base para descrever as componentes relativas a fatores humanos, à organização, à equipa e ao ambiente de trabalho que influenciam a segurança do doente e que devem ser alvo de monitorização aquando da gestão do risco clínico.

Os fatores humanos relacionados com o individuo mais referenciados como influenciadores no comportamento dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente são a percepção da situação pelo conhecimento e experiência, a capacidade de tomar decisões e de recuperação do erro, a fadiga e o stress.

A **percepção da situação** é ter consciência no tempo e espaço de um acontecimento, a compreensão do seu significado no ambiente de trabalho e o seu impacto no momento atual e no futuro (minutos e horas). Perante essa compreensão é possível analisar a gravidade e tomar decisões atempadas e adequadas e assim poder evitar, prevenir, melhorar ou corrigir situações de risco para a ocorrência de eventos adversos. O **conhecimento e experiência** são fundamentais porque a maioria das decisões tomam-se com base numa bagagem de conhecimentos existentes aliada à experiência e frequência de situações semelhantes, em que os problemas são resolvidos por aplicação de regras ou por sensibilidade para a situação por perícia. A **capacidade de tomar decisões** resulta não só do conhecimento e experiência, mas também da autoconfiança porque, tomar decisões é assumir riscos e nem todos tem esta capacidade de diferenciação. Tomar decisões perante um fluxo normal de trabalho e sem pressão de tempo é fácil e tem mérito relativo, difícil é gerir o inesperado. A tomada de decisão correta na hora certa tem impacto na **recuperação do erro** que é fundamental na *performance* humana porque o melhor não é o que comete menos erros mas o que apresenta melhores capacidades de os recuperar e minimizar as suas consequências negativas. No entanto, esta recuperação não depende apenas de fatores humanos mas também de suporte organizacional em equipamento, protocolos e articulação com a equipa. O *stress* ou a fadiga são uma poderosa condicionante da nossa capacidade de decisão, afetando os profissionais de forma diferente e condicionando naturalmente a sua *performance*. A capacidade de tomar decisões e de recuperar o erro é afetado pelo *stress*, pelo que gerir o *stress* é de grande importância e relevância para a segurança do doente. O **stress** é determinado pelo equilíbrio entre a percepção das solicitações que estão a ser colocadas sobre a pessoa (carga de trabalho) e a forma como gere os recursos disponíveis para lidar com essas exigências. Quando as

solicitações superam os recursos podem surgir efeitos desagradáveis tais como ansiedade ou mal-estar geral com falta de concentração e irritabilidade. A **fadiga** é o estado de cansaço físico que está associado a práticas de trabalho com muitas horas seguidas e a falta de sono ou práticas de trabalho em horários que estão fora de sintonia com a fisiologia do corpo e ritmo circadiano. O sono é essencial para o nosso bem-estar e falta de sono é a principal causa aquando cansaço e fadiga. A fadiga pode ter consequências para a segurança e produtividade dos profissionais e é a causa de muitos acidentes de trabalho. A capacidade humana é afetada frequentemente pelo cansaço físico, para tarefas como a monitorização por longos períodos. Cometemos erros em atividades de vigilância, atividades que envolvem tarefas rotineiras com inúmeros passos e com diferentes intervenientes, por vezes, por desatenção, outras, por excessiva tendência para visão em túnel. Todas estas características humanas predisõem para a ocorrência de erros, pelo que, podem ser ultrapassadas por sistemas corretos de informação e registo de suporte à tomada de decisão e vigilância por bloqueio automático de trajetórias de erro. A redução do número de horas de trabalho seguido surge assim como uma medida essencial para a segurança do doente (Gaba, 2002; Fragata, 2006; WHO, 2009).

Os fatores humanos relacionados com a organização mais referenciados como influenciadores no comportamento dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente são a cultura de segurança, liderança e comunicação.

O conceito de cultura de segurança ganhou atenção após o desastre nuclear de Chernobyl em 1986. A **cultura de segurança** reflete essencialmente as atitudes e valores dos trabalhadores relacionados com a gestão do risco e segurança. Desta forma, a cultura de segurança tornou-se uma questão importante para as organizações de saúde para melhorar a segurança do doente e algumas investigações em segurança indicam que a organização precisa de mudar de cultura para torna-la “mais fácil para fazer a coisa certa e mais difícil para fazer a coisa errada” na prestação de cuidados ao doente. Nas organizações de saúde a **liderança** apresenta um papel fundamental e estilos particulares de liderança estão associados a melhores comportamentos de segurança por parte dos

trabalhadores. Inúmeras investigações e pesquisas no contexto da liderança apresentam diferentes abordagens, pressupostos e teorias mas também semelhanças, pelo que liderança o processo de influenciar pessoas para a consecução dos objetivos organizacionais e ao líder compete inovar, fazer crescer e evoluir toda a equipa ou organização. Os líderes de equipa ou supervisores/responsáveis aos vários níveis são responsáveis por um grupo de pessoas que trabalham em conjunto para alcançar uma tarefa. O líder desempenha um papel crítico na manutenção da segurança do doente. Os líderes precisam de monitorizar e reforçar comportamentos seguros dos trabalhadores, enfatizando os mesmos a trabalhar em atividades de segurança. Liderar hoje é muito saber estar com as pessoas, fazer com que atinjam os objetivos designados, devendo para isso, questionar qual o papel que esperam dele enquanto líder dentro da própria equipa, e simultaneamente envolver todos na responsabilização para a melhoria contínua dos resultados obtidos. O líder é um impulsionador de comportamentos e a sua eficácia deve ser treinada todos os dias, no sentido de perceber o que pode fazer por cada um e pelo grupo para que possam ter êxito. O líder influenciará a *performance* de toda a equipa, no momento pelo trabalho desenvolvido e no futuro pela evolução e mudança. A aprendizagem servirá o processo de mudança que o líder saberá orientar e encaminhar. Para um líder hospitalar preconizam-se as capacidades de Planear, Organizar, Motivar, Controlar e de Comunicar, qualidades que decorrem das características individuais que são carisma, visão de futuro, capacidade técnica, de acreditar na organização e seus objetivos, de influenciar comportamentos e níveis externos acima da equipa. Qualidade em saúde é também qualidade da interação e da **comunicação** entre os profissionais que são responsáveis pelo cuidado, e por isso segurança do doente. As falhas de comunicação são a principal causa quando ocorre dano no doente e alguns dos problemas referem-se aos momentos específicos de *handovers* e por outro lado, a comunicação mais alargada inter e intra unidades de saúde. *Handover* é um processo de passagem de informação entre os profissionais de saúde que tem como missão a continuidade dos cuidados e transferência de responsabilidade (Schein,2004; JCAHO, 2005; WHO, 2009; Santos *et al.*, 2010).

Os fatores humanos relacionados com a equipa e o ambiente de trabalho são referenciados como influenciadores no comportamento dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente.

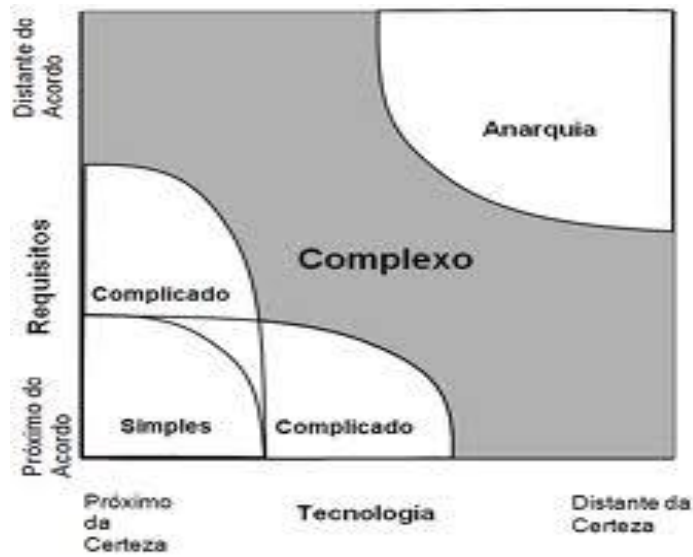
Praticamente todas as atividades realizadas nas organizações de saúde são desenvolvidas no seio de equipas e envolvem pessoas com conhecimentos diferentes que têm de cooperar nas mesmas tarefas, pelo que o **trabalho em equipa** influencia o comportamento dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente. A dinâmica na equipa é afetada pelas características estruturais que incluem o número de profissionais, a definição de papéis, a hierarquia de *status* e normas eleitas para comportamentos como a existência de protocolos, procedimentos, instruções de trabalho, *checklists*, *briefings*, entre outros. A diferença de gradiente de *status* na equipa, especialmente a relativa à antiguidade na profissão ou a posição que uma pessoa ocupa no grupo pode ter impacto sobre os comportamentos tais como impedir que a tomada de decisão para a recuperação do erro baseada no conhecimento e experiência não seja garantida pelo respeito incondicional e obsoleto ao estilo hierárquico clássico da pirâmide. Na aviação existe uma preocupação constante para reduzir o gradiente do *status* no comando de um avião porque o capitão e os copilotos estão treinados para uma comunicação aberta e sem barreiras e em situações inesperadas agir o que melhor souber no momento. A definição dos diferentes papéis na equipa (cético, animador, coordenador, prospetor, concretizador e inovador) e o seu equilíbrio é fundamental porque se não estiverem bem claros podem surgir problemas tais como, ninguém é líder ou vários acreditam ser líder. As normas escritas ajudam na orientação e uniformização das práticas e a reflexão sobre as mesmas promove a melhoria contínua (Helmreich, 2000; Pina, 2003; WHO, 2009).

O **ambiente de trabalho** com a sua componente tecnológica é outro fator referenciado como influenciador no comportamento dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente. As organizações de saúde apresentam um ambiente tecnológico altamente complexo onde a *interface* homem-máquina, influencia a *performance* individual e da organização. A maioria dos dispositivos

(*hardware*) deve ter em conta normas de segurança para os utilizadores e para os doentes através de mecanismos de alarme fundamentais na vigilância, adaptação, manutenção e eventual reprogramação através de uma monitorização contínua. A intensa incorporação técnica nas organizações de saúde deveria fazer-se acompanhar de formação contínua para os profissionais e de protocolos ou instruções de trabalho que orientem para a sua adequada utilização e manutenção.

De referir que entre os fatores humanos relativos à organização, ao individuo, à equipa e ao trabalho, haverá uma percentagem para a componente do acaso porque o resultado de uma intervenção, tratamento ou tarefa do mais simples ao mais complexo não é totalmente previsível, existirá um fator que não é controlado e se designa acaso. A racionalidade dificulta a aceitação de fatores como a sorte ou o acaso porque não se entendem ou controlam, contudo, parece que a nova ciência das complexidades ajuda, ou mesmo resolve, a compreender melhor este problema de gestão das incertezas, não só em saúde como em outras áreas de atividade humana e do conhecimento. Uma característica das organizações complexas, como as da área da saúde, é a indefinição das suas fronteiras ou limites, dado que membros de um sistema pertencem simultaneamente a outros e este fato, faz com que uma mudança de estratégia ou procedimento num plano interfira noutros. Os comportamentos adaptativos resultam do balanço maior ou menor entre concordância e certeza para uma dada mudança. Assim, um elevado grau de acordo associado a um elevado grau de certeza permitirá uma adaptação simples, isto é linear, enquanto um grau de acordo baixo associado a um grau de certeza também baixo determinará um caos. Graus de acordo e de certeza intermédios determinarão comportamentos complexos, parcialmente previsíveis na margem do caos. Quanto pior for a organização, pior for a definição de tarefas e mais débil a liderança, mais próxima do caos fica. O papel dos profissionais de saúde deverá ser o de tentar que as atuações individuais ou em grupo, se orientem mais pela linearidade, que é previsível, do que pelo caos que é incerto. O diagrama de Stacey (figura 1) ilustra estas relações de complexidade (Stacey, 1996 e Fragata, 2006).

Figura 1 - Diagrama de Stacey



Fonte: Adaptado de Stacey (2006) *Strategic management and organizational dynamics*. London: Pitmann Publishing.

Nas organizações de saúde os resultados obtidos dependem da complexidade da doença e complicações associadas, da dificuldade técnica, da *performance* individual e organizacional e do acaso. A relação entre a complexidade/dificuldade e a *performance* será o risco que cada doente corre. Desta forma, os fatores humanos e de organização que influenciam a segurança do doente devem ser constantemente monitorizados e observados como garantia da qualidade dos cuidados.

5. ERRO CLÍNICO

O erro é uma componente indissociável da natureza humana mas também um valioso instrumento para o seu aperfeiçoamento. E, se errar é humano, também o é para os profissionais de saúde, pelo que é muito importante analisar os tipos e mecanismos do erro para que se possam evitar, prevenir e recuperar.

O problema do erro humano apresenta duas abordagens, uma na pessoa e a outra no sistema. A abordagem na pessoa, e a que tem marcado mais o passado, era baseada no erro acusando-a de esquecimento, desatenção, falta de motivação e cuidado, negligência e imprudência. As medidas usadas eram para reduzir a variabilidade indesejada do comportamento humano. Estes métodos incluíam cartazes que apelavam à sensação de medo e escrever procedimentos sem fim a somar aos já existentes, medidas disciplinares e ameaças. Os seguidores desta abordagem tendem a tratar os erros como questões morais assumindo que coisas más acontecem a pessoas más.

A abordagem no sistema tem como premissa básica que os seres humanos são falíveis e erros acontecem, mesmo nas melhores organizações. Os erros são vistos como consequências e não causas, tendo origem não só na natureza humana mas também em fatores do sistema a montante. No pressuposto de que não podemos mudar a condição humana mas podemos mudar as condições em que os seres humanos trabalham. A abordagem no sistema concentra-se nas condições de trabalho dos profissionais e tenta construir defesas para evitar erros ou diminuir as suas consequências. Quando um evento adverso ocorre a questão importante não é quem errou mas como e por que defesas falharam. As OEF têm menos de um acidente em dez milhões porque reconhecem que a variabilidade humana é uma força que se deve aproveitar para prevenir os erros e todos os profissionais estão empenhados e constantemente preocupados em aprender com as falhas (Reason, 2000).

Tipos de erro e formas de errar

Reason (2000) define erro como qualquer situação em que uma sequência planeada de atividades mentais não atinge o fim proposto e quando essa falha não pode ser atribuída ao acaso e implica a existência, não de um gesto automático mas de um plano, que pressupõe sempre uma fase de projeto e uma fase final, de execução. Em qualquer destas fases podem ser cometidos erros e os erros são assim, de diferentes tipos. Erros de planeamento e de execução, as formas podem ser lapsos (correto planeamento e falha na execução) ou enganos (decisão errada no plano pelo que a ação resultante é a errada), tal como representado no quadro 3.

Quadro 3 - Tipos e formas de errar

Formas / Tipos	Planeamento	Execução
Lapsos	correto	errada
Enganos	errado	errada

Importa distinguir os erros humanos difíceis de evitar nas atividades exercidas por todos nós em qualquer área de atuação e as violações, porque estas são o resultado da escolha deliberada de um comportamento que não é o padrão e que viola as regras normais de atuação. As violações apresentam uma componente de escolha na trajetória que conduz ao erro, o qual consiste em saltar as regras da boa prática e de segurança, em alguns casos de forma deliberada (com ou sem intenção de dolo), e em outros casos, de forma automática e no âmbito de comportamentos incautos e violadores de regras. A violação tem um trajeto paralelo com a negligência, com a qual, frequentemente se confunde. As violações são evitáveis e envolvem sempre culpa. Por sua vez, os lapsos e os enganos, que estão na base dos erros humanos, caracterizam na sua essência mais pura, a atuação humana, e são impossíveis de abolir na sua totalidade. Estes são chamados de erros benignos, devendo a sua ocorrência ser desculpabilizada, o que não impede contudo o necessário culto de responsabilização e de prevenção que desencoraje a sua ocorrência. A

culpabilização é de fato a primeira atitude a evitar quando se lida com o erro (Reason, 2000; Fragata, 2006, 2008).

Terminologia do erro e dos acidentes em saúde

A definição de conceitos utilizados nas questões de segurança do doente, nem sempre tem sido consensual, pelo que se tornou cada vez mais importante encontrar uma linguagem comum nesta matéria. A necessidade de uniformização de nomenclaturas foi satisfeita pela Direção Geral de Saúde em 2011, quando divulgou o Relatório Técnico Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. A classificação fornece uma estrutura para organizar a informação a ser utilizada para vários objetivos, incluindo estratégias nacionais, estudos descritivos e investigação de avaliação. A Estrutura Concetual identificou e acordou 48 conceitos, termos preferenciais e definições. De uma forma sucinta, apresentam-se nos quadros 4 e 5 alguns dos conceitos relativos a erros e eventos adversos de acordo com a taxonomia do referido documento da Direção Geral de Saúde.

Quadro 4 - Terminologia dos erros

Erro			
Um termo genérico para abranger todas as situações nas quais uma sequência planeada de atividades mentais ou físicas não conseguem atingir o resultado desejado.			
Erro benigno	Erro por negligência	Erro de comissão	Erro de omissão
Um evento que não causa dano ou não tem resultados adversos.	Erro devido a desatenção ou não realização de ação obrigatória.	Falha na conclusão pretendida de uma ação planeada ou a utilização incorreta de um plano para atingir um objetivo.	A não execução de uma intervenção clínica da qual o doente teria provavelmente beneficiado.

Quadro 5 - Terminologia Eventos Adversos

Eventos adversos		
<p>Dano que foi causado pela prestação de cuidados de saúde ou complicação em vez da doença subjacente, resultando em internamento prolongado ou incapacidade no momento da alta médica, ou ambos.</p>		
Incidente clínico	Acidentes	“Near miss”
<p>Incidentes que ocorrem numa unidade de cuidados de saúde provocados por procedimentos clínicos que resultaram, ou poderiam ter resultado, em dano inesperado para o doente.</p>	<p>São situações em que houve desvio do plano inicial e em que se produzem danos que comprometem o resultado final previsto e existem consequências nefastas para o doente.</p>	<p>São situações de clara trajetória de acidente, tudo se alinhava para que o acidente acontecesse mas houve recuperação, inversão da trajetória que impediu um mau resultado, ou seja, o acidente.</p>

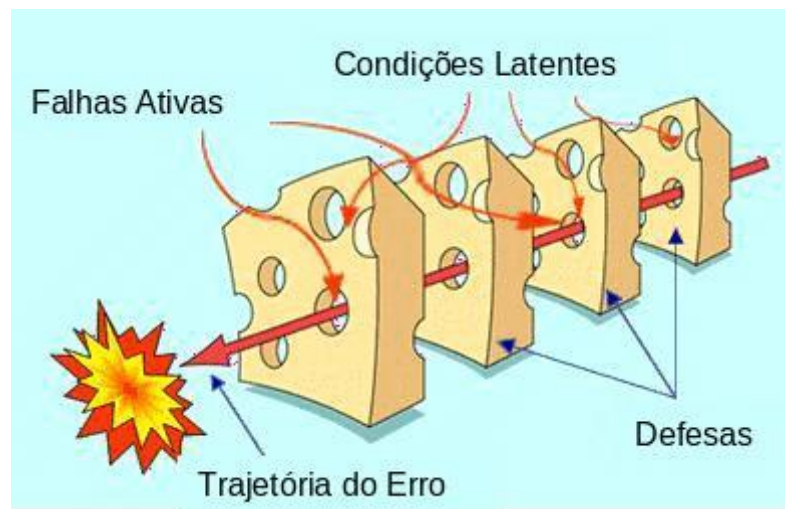
Os “near miss” apresentam um elevado interesse para o estudo do erro e prevenção de acidentes. Estes são em tudo acidentes, mas sem as suas consequências negativas e por isso são também mais fáceis de relatar e de notificar espontaneamente.

Trajetória do erro ao acidente

A abordagem dos erros e acidentes no sistema presume que são o resultado de uma longa cadeia de causas, uma sequência de falhas ativas e latentes que se alinham sem defesas, provocando dano nos doentes. As **falhas ativas** são os erros e violações, cometidos pelos que estão em contacto direto com a interface homem-sistema e as consequências são normalmente visíveis e quase imediatas. As **falhas latentes** são ações tomadas nos escalões mais a montante da organização e do sistema, dizendo respeito ao *design* do edifício, ao equipamento, à estrutura, ao planeamento e aos recursos da organização, sendo que as consequências das decisões inapropriadas neste nível não têm impacto imediato. As **defesas** são usualmente operacionalizadas através de uma mistura de aplicações *hard* e *soft*. Defesas *hard* incluem dispositivos técnicos (por exemplo ligações diferentes para o oxigénio e ar comprimido), barreiras físicas, alarmes, entre outros. As defesas *soft* são a legislação, a regulamentação, o

treino, a formação, a existência de *briefings*, entre outras. Idealmente cada camada de defesa seria intacta porém ela é parecida com fatias de queijo suíço com muitos buracos, embora ao contrário do queijo esses buracos estão constantemente a abrir e a fechar e a mudar de localização. A presença de orifícios numa camada não causa mau resultado, isso acontece quando os buracos em muitas camadas momentaneamente alinhadas permitem uma trajetória e oportunidade de risco para o doente. Este é o conhecido modelo do queijo suíço representado na figura 2 (Reason, 2000).

Figura 2 - Modelo de risco do “queijo suíço” por James Reason



Fonte: Adaptado Reason, James (2000) *Human Error: models and management*

Parece assim existir uma tendência para a ocorrência de eventos adversos, antes de ocorrer um acidente *major*, estes eventos adversos tendem a passar despercebidos, dado que não causam danos e por isso têm pouco impacto.

A análise da trajetória tem grande importância porque identifica a ocorrência de acidentes, não como fenômenos descontínuos episódicos, mas como o resultado de uma trajetória de eventos adversos, sejam eles devido a lapsos, enganos ou mesmo a violação, que ocorrem repetidamente antes do acidente propriamente dito. Deste modo devem-se reportar não só os erros mas todos os eventos adversos e as ocorrências fora do planeado, para que possam ser analisadas e conduzir à identificação de alinhamento de erro, antes da ocorrência

de acidente. Esta prática é comum no controlo de tráfego aéreo e na segurança aeronáutica, onde todos os eventos têm de ser reportados. É toda uma cultura de alta fiabilidade, centrada na prevenção de acidentes, pelo reportar de “*near misses*”, que se desejava fosse este conhecimento também transportada para a prática nos cuidados de saúde (Fragata e Martins, 2008).

A recuperação dos erros

A conotação do erro é negativa porque envolve sempre a falha e a frustração que se sente quando não se conseguiu cumprir um plano. Mas o erro não consta só de falhas, lapsos ou enganos, contem também a forte possibilidade de recuperação. A recuperação dos erros é uma nova matéria na gestão do risco que tem como promotores, todos os profissionais de um sistema de saúde. Se é impossível abolir completamente os erros, será sempre possível e desejável recuperar os que se fazem, resultando dessa atitude a transformação de muitos acidentes em “*near miss*” sem consequências ou a redução dos danos de um eventual acidente. A recuperação dos erros existe a nível individual e organizacional com base em ajustamentos, compensações e de improvisações que permitirão finalmente a recuperação (Fragata, 2006).

A recuperação só poderá existir se houver uma cultura de notificar todos os incidentes por muito insignificantes que pareçam para se poder, num ambiente de desculpabilização, evitar que “*near misses minor*” consecutivos e ignorados se transformem em “*near misses major*”.

Aprender com o erro

Um dos mais importantes aspetos do erro é de fato, aprender com as suas trajetórias o que traduz uma maior segurança. Os eventos só serão conhecidos por notificação, que pode ser imposta ou voluntária, podendo esta última ser ainda anónima ou identificada. A notificação imposta quando identificado o profissional interveniente conduzirá a repetidos “ciclos de medo”, com fugas de informação preciosa e menor revelação de futuros erros. A notificação voluntária acontece numa cultura que promove o relato, não punitiva e de aprendizagem

com o erro. Aprender com o erro só pode acontecer se ele for conhecido e forem criadas condições para o desbridar abertamente e sem medo.

Para Fragata (2008), aprender com os erros exige a sua identificação de forma mais abrangente, envolvendo os seguintes processos:

- Notificação compulsiva ou voluntaria anónima ou identificada;
- Movimentos assistenciais com dados de mortalidade e morbidade;
- Análise de queixas de doentes e famílias que são úteis mas devem ser filtradas dada a sua subjetividade;
- Análise pormenorizada de eventos por “*Root Cause Analysis*” RCA.

A “*Root Cause Analysis*” (RCA) é um instrumento que analisa as causas dos erros, quer próximas, quer remotas e que vai à sua raiz, desenhando todo o percurso das atuações que terminaram em erro, definindo retrospectivamente até ao 5º ou 6º nível as suas causas, identificando as responsabilidades humanas, e as que se devem ao sistema, bem como os locais no trajeto onde poderiam ter sido introduzidos mecanismos de recuperação. A RCA faz parte das recomendações de segurança da JCAHO e deve ser usado como instrumento de análise dirigida ao evento, com incidência nas suas causas, mecanismos, resultados e impacto das suas consequências. O resultado de uma análise por RCA pretende fundamentalmente moldar o sistema para que os fatores, que predisuseram ao erro possam ser finalmente corrigidos sem culpabilização, punição ou receio.

Prevenção dos erros

Se o erro é difícil de anular na sua totalidade, quando este acontece pode ter consequências graves, sendo possível criar toda uma cultura que torne o erro menos provável e que minimize as suas consequências quando eventual, mas inevitavelmente ocorra. Perante um determinado acontecimento que evidenciou um erro e o colaborador direto foi punido, apenas impedimos que ele volte a errar durante um determinado período de tempo, pois todos os outros continuarão a

cometer as mesmas falhas dentro de um sistema que as propícia, uma vez que não foi repensado nem redesenhado. A prevenção acontece, quando atuamos antes do erro acontecer, e esta ação envolve não só a noção de que o erro ocorre, mas também o conhecimento apertado dos sistemas e circuitos onde desempenhamos as nossas funções. De acrescentar que, sendo o erro um fenómeno descontínuo e que segue uma trajetória de acidente até à sua ocorrência, antes de acontecer, sinalizou uma série de “*near misses*” que a ser ignorados e não barrados a tempo fazem surgir o evento adverso ou acidente. A monitorização e registo da ocorrência destes “*near misses*” fará com que se previnam atempadamente as tendências viciosas da ocorrência dos erros. Desta forma, é fundamental adquirir o hábito de notificar, sem receio de culpa, todas as ocorrências fora do esperado, para que sejam analisadas e identificadas trajetórias de erro ou violação de regras, que uma vez corrigidas a tempo podem evitar um grande desastre (Weick e Sutcliffe, 2007).

6. ENQUADRAMENTO JURÍDICO-LEGAL

Os profissionais de saúde no desempenho das suas funções intervêm fundamentalmente para promover, manter, monitorizar ou recuperar a saúde dos doentes. O processo de cuidar e tratar está sujeito à ocorrência de incidentes e eventos adversos que devem ser registados e notificados.

A informação das notificações visa a aprendizagem e a melhoria da qualidade e segurança dos doentes através da eliminação e/ou recuperação dos erros.

A aprendizagem ou oportunidade de melhoria perante os erros requer análise profunda das causas próximas e remotas de todo o trajeto que terminou no erro, identificando responsabilidades humanas e do sistema. A informação resultante da análise pode constituir-se de elevada relevância para integrar responsabilidade jurídica.

Responsabilidade jurídica é um instituto que cuida de comportamentos humanos (ação e omissão) juridicamente relevantes e que na sua divisão mais fundamental podem ser de natureza civil, criminal, disciplinar e administrativa.

Responsabilidade civil refere-se à obrigação do causador do dano reparar o mal sofrido no lesado através da indemnização. Responsabilidade criminal refere-se ao culpado ser sancionado através de pena (prisão ou multa) por defesa dos valores fundamentais da sociedade. Existem ainda outras formas de responsabilidades jurídicas de cariz administrativo, disciplinar e laboral como podemos verificar no quadro 6 (Bruno, 2010).

Quadro 6 - Diferentes tipos de responsabilidade jurídica

Responsabilidade civil

Para se efetivar a responsabilidade civil por factos ilícitos é necessária a verificação cumulativa de cinco pressupostos, a saber: facto voluntário (ação ou omissão), ilicitude, culpa (imputação do facto ao lesante), dano e nexo de causalidade entre o facto ilícito e o dano.

Responsabilidade Civil Extracontratual do Estado – apreciada nos Tribunais Administrativos;

Responsabilidade Civil dos Profissionais – apreciada nos Tribunais Judiciais, e conforme prevista no Código Civil, a qual é passível de se desdobrar:

Responsabilidade extracontratual;
Responsabilidade contratual.

Responsabilidade Criminal do Profissional – apreciada nos Tribunais Judiciais, com referência ao Código Penal;

Responsabilidade Disciplinar (do profissional)

Órgão Corporativo: Ordem dos Médicos, nos termos do Estatuto Disciplinar da Ordem dos Médicos (DL 217/94, de 20 Agosto), ou Ordem dos Enfermeiros, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que integra o Código Deontológico (DL 104/98, de 21 de Abril);

Responsabilidade Pública ou Administrativa: que visa a apreciação do comportamento do profissional nos termos do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem funções Públicas (Lei 58/2008, de 9 de Setembro);

Responsabilidade Disciplinar Privada ou Laboral: prevista para os profissionais vinculados às instituições por contrato de trabalho, ao abrigo do Código de Trabalho (Lei 7/2009, de 12 de Fevereiro).

Fonte: Adaptado de Bruno (2010) *Registo de incidentes e eventos adversos*. Coimbra Editora

Os sistemas de registo de incidentes e eventos adversos devem garantir a segurança jurídica dos dados e de todos os envolvidos no sistema de notificação porque, se o sistema identifica os intervenientes, deverão ser implementadas medidas técnicas e organizativas adequadas a proteger esses dados pessoais, quer sejam informatizados ou manuais, amplamente regulamentada pela Lei de Proteção de dados pessoais (Lei 67/98, de 26 de Outubro).

Nos EUA os prestadores de cuidados de saúde são frequentemente confrontados com processos judiciais, disciplinares e reclamações. A situação em Portugal ainda não apresenta a dimensão relatada nos EUA, porém o número de reclamações e notificações ao Ministério Público, Inspeção Geral do Trabalho e Ordem dos Médicos e Enfermeiros relativa a comportamentos e decisões dos profissionais de saúde tem vindo progressivamente a aumentar (Casção *apud* Bruno).

Esta realidade que aflora e cresce é o reflexo de um problema grave que merece receber de todos os profissionais e entidades envolvidas, um tratamento adequado, cuidadoso e urgente, de modo a acautelar e proteger legalmente todos os profissionais de saúde bem como utentes.

Alguns países considerados exemplos de sucesso a adotar porque possuem os mais avançados sistemas de notificação de eventos adversos do mundo apresentam um sistema de notificação legislado voluntário, anónimo e confidencial. Os eventos adversos relatados são alvo de análise com informação de retorno divulgada como forma de promover a aprendizagem. As principais características dos sistemas de registo destes países apresentam-se resumidas no quadro 7.

Quadro 7 – Sistemas de notificação adotados por outros países

Países	Dinamarca	Austrália	EUA	Reino Unido
Legislação e sistema de notificação	Lei de Segurança dos Pacientes (10/06/2003) que entrou em vigor em Janeiro de 2004 (Sistema único)	<i>Australian incidente monitoring system</i> adoptado em 1993 (Sistema único)	Vários estádios com diferentes sistemas que se tem aperfeiçoado e implementado	<i>National Reporting and Learning System</i> criado em Fevereiro 2004 (Sistema único)
Sistema de notificação	Obrigatório Confidencial Anónimo Livres de sanções Orientado para a aprendizagem	Voluntário Confidencial Base de dados muito segura de acesso restrito e a disseminação da informação é crime	Não existe um sistema de registo nacional mas o que existe é voluntário confidencial e não punitivo	Voluntário Anónimo Confidencial
Tratamento	Classificados os eventos em que os mais baixos são tratados localmente e mais graves submetidos a análise causa raiz	Gestão local e análise agregada a nível nacional	Metodologia de análise é a <i>Root Cause Analysis</i>	Dados agregados e analisados com investigação da responsabilidade local
Divulgação	<i>Newsletters</i> regulares e relatórios anuais como forma de promover a aprendizagem	<i>Newsletters</i> e publicações periódicas	Desde o “ <i>To err is human</i> ” existe grande preocupação, desenvolvimento e partilha de conhecimento na área.	Publicação, relatórios pareceres formação em análise causa raiz

Fonte: Adaptado de Bruno (2010) *Registo de incidentes e eventos adversos*. Coimbra Editora

No nosso país a Direção Geral de Saúde em 2012 disponibilizou aos profissionais de saúde e cidadãos o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA). O SNNIEA é uma plataforma anónima, confidencial e não punitiva, de gestão de incidentes e eventos adversos, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde. As notificações são analisadas para identificar padrões e tendências sobre a segurança do doente e para desenvolver soluções com vista a evitar esses incidentes tendo por base a Norma nº 008/2013 de 15/05/2013.

A qualidade na saúde apresenta como componente chave a segurança do doente que para existir deverá ter por base um sistema de notificação que promova o registo de qualquer incidente por muito insignificante que pareça para análise, aprendizagem, recuperação e prevenção de outros semelhantes.

A proteção legal pode efetivamente encorajar os profissionais a registarem os incidentes e eventos adversos, que de outro modo teriam receio de o fazer, temendo responsabilidades jurídicas e esta conclusão é comum à maior parte da literatura sobre a segurança do doente.

PARTE II

1. METODOLOGIA

O presente capítulo faz referência à metodologia utilizada, que serve de suporte a todo o processo de investigação.

Segundo Reis (2010), a metodologia de investigação constitui um método particular de aquisição de conhecimentos, sendo uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões, e como tal, um caminho ou conjunto de fases progressivas que conduzem a um fim.

Este método de aquisição de conhecimentos tem como objetivo, validar conhecimentos já estabelecidos e de produzir outros novos que vão, de forma direta ou indireta, influenciar a prática (Fortin, 2009).

A segurança do doente é um dos pilares da qualidade dos cuidados prestados, pelo que avaliar e monitorizar a cultura de segurança da organização é essencial para identificar áreas de melhoria e introduzir mudanças no comportamento dos profissionais. Neste seguimento, surge a questão de investigação que está na base do estudo e que é: Qual a cultura de segurança do doente dos profissionais do Centro Hospitalar α ?

1.1.TIPO DE ESTUDO

A escolha do tipo de estudo deve ter em conta, a natureza do problema a investigar e depende da perspetiva teórica do investigador, relativamente às diferentes formas de o abordar.

O presente estudo é descritivo, transversal, correlacional e utiliza o método quantitativo.

Denomina-se descritivo porque caracteriza o fenómeno em estudo, a especificação dos conceitos decorrentes do fenómeno e elabora um quadro conceptual que, além de definir a perspetiva de estudo, serve de ligação entre os

conceitos e a sua descrição. Podemos referenciar-nos em Fortin (2009), quando fundamenta que, na maioria dos casos, o estudo descritivo satisfaz pelo menos dois princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população (cultura de segurança do doente) e a descrição das características de uma população no seu conjunto (neste estudo os profissionais do Centro Hospitalar α). O objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo.

O estudo descritivo contribui para a aquisição de novos conhecimentos, e segundo Reis (2010), na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas, através da descrição e análise da observação.

O estudo correlacional permite, segundo Fortin (2009), verificar a natureza das relações que existem entre determinadas variáveis. Estas relações entre variáveis apoiam-se em trabalhos de investigação anteriores ou em bases teóricas. A análise consiste em determinar, com a ajuda de diversas estimações estatísticas da correlação, a natureza desta relação, ou seja, a sua força e a sua direção. O elemento determinante que caracteriza o estudo correlacional propriamente dito, reside na especificidade das variáveis escolhidas relativamente ao fenómeno estudado. As variáveis não são ao acaso, são escolhidas em função de um quadro teórico e da variação ou da mudança que podem exercer umas sobre as outras.

O método quantitativo caracteriza-se, segundo Fortin (2009), como o processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação dos fatos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. A objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem.

1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJECTIVOS E HIPÓTESES

A questão de investigação formulada para o presente estudo é:

Qual a cultura de segurança do doente dos profissionais do Centro Hospitalar α ?

Para dar resposta à questão de investigação formularam-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a cultura de segurança do doente no Centro Hospitalar α ;
- Identificar oportunidades de melhoria no âmbito de segurança do doente.

Uma hipótese, segundo Fortin (2009), é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. A hipótese combina o problema e o objetivo, numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo. As hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos, quando se trata de refutar uma teoria ou de a apoiar.

A cultura organizacional exprime a identidade da organização, construída ao longo do tempo e representa as normas informais e não escritas que orientam o comportamento dos seus profissionais no dia-a-dia e direcionam as suas ações para alcançar os objetivos institucionais. Cada organização cultiva e mantém a sua própria cultura e por este motivo as organizações são conhecidas por algumas peculiaridades próprias que as distingue das demais (Schein, 2004).

O Centro Hospitalar onde é efetuado o presente estudo é constituído por três unidades hospitalares que, em 2002 integraram uma única instituição, com gestão comum integrada mas, anteriormente eram três instituições distintas, certamente com culturas também diferentes. Desta forma, surge a nossa hipótese 1.

Hipótese 1: A cultura de segurança difere entre as três unidades hospitalares do Centro α ;

Os profissionais de saúde exercem uma enorme influência no comportamento organizacional, em especial os enfermeiros porque são o grupo profissional mais numeroso nos hospitais portugueses e, por força das características do seu papel, os únicos profissionais clínicos que permanecem e cuidam dos doentes 24 sobre 24 horas. Devido às competências e características do seu desempenho profissional, com uma intervenção clínica determinante, encontram-se muitas vezes entre a tomada de decisão e a execução. Aquilo que eles pensam e dizem,

influencia em definitivo a cultura de segurança do doente (Fernandes e Queirós, 2011).

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), também tem divulgado estudos anuais sobre a cultura de segurança do doente, que evidenciam diferenças entre os vários grupos profissionais. Estas evidências conduzem-nos à hipótese 2.

Hipótese 2: A cultura de segurança difere consoante o grupo profissional.

O conhecimento e experiência profissional são um vetor essencial para a observância da segurança do doente e o tempo, por sua vez, um indicador desta mesma experiência. A maioria das decisões toma-se com base numa busca de semelhança ou frequência de padrões, em que os problemas são resolvidos por aplicação de regras. Se este nível superficial e automático de decisão falha então é fundamental ir à memória profunda requerer o conhecimento existente. A informação tem de estar registada na memória e acessível em tempo útil. Os líderes e profissionais seniores influenciam o comportamento de todas as pessoas que trabalham na organização (Hemman, 2002).

Perceber se a cultura de segurança do doente difere em função da experiência profissional é a nossa hipótese 3.

Hipótese 3: A cultura de segurança é mais forte nos profissionais com mais anos de experiência profissional;

Os serviços certificados /acreditados são acompanhados por ciclos de auditorias, um verdadeiro instrumento de Qualidade que permite a progressão de *standards* terapêuticos, a correção de vícios de atitude, condução à otimização e à gestão de recursos técnicos e humanos e aumenta a possibilidade de obter os resultados desejados, reduzindo os indesejados (Fragata, 2008).

Nesta sequência formulou-se a hipótese 4.

Hipótese 4: A cultura de segurança é mais forte nos serviços certificados.

1.3. VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Variável é uma característica de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores. Segundo Reis (2010), as variáveis são as unidades de base da investigação, são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo, podendo ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. A variável independente, segundo Fortin (2010), é um elemento que é introduzido numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável. A variável dependente é influenciada pela variável independente.

Este estudo apresenta como variáveis independentes:

- Unidade onde trabalha;
- Grupo profissional;
- Tempo de experiência no Centro Hospitalar α ;
- Serviço onde trabalha certificado/acreditado.

No presente estudo a variável dependente, aquela que, segundo Reis (2010), o investigador está interessado em compreender, explicar ou rever, é a cultura de segurança do doente com 12 dimensões, de acordo com o questionário cedido pela Doutora Margarida Eiras.

1.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população, segundo Fortin (2009), é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Em termos estatísticos, segundo Reis (2010), população é sinónimo de universo, isto é, a coleção completa de unidades, a partir do qual se podem constituir amostras. A amostra é, ainda segundo Fortin (2009), um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.

A população do presente estudo é constituída por todos os profissionais do Centro Hospitalar α .

A amostra do estudo é probabilística, sendo constituída por todos os profissionais que exercem funções nas três unidades hospitalares e que acederam colaborar no estudo. Os profissionais pertencem aos grupos profissionais de médico, enfermeiro, técnico de diagnóstico e terapêutica, técnico superior, assistente operacional, administrativo e outros.

Os critérios de inclusão são os seguintes:

- Ser profissional do Centro Hospitalar α;
- Aceder livremente a participar no estudo;
- Realizar serviço efetivo no período de colheita de dados que decorreu de 23 de Janeiro a 23 de Abril de 2013.

1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O método de colheita de dados utilizado no presente estudo foi o questionário, que permite colher informações junto dos participantes relativas aos fatos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes. Esta metodologia, segundo Fortin (2009), permite obter os dados de forma rápida e pouco dispendiosa, podendo ser aplicado a um vasto número de pessoas. Apresenta múltiplas vantagens nomeadamente, a natureza impessoal, a uniformidade da apresentação e das diretivas, o que assegura a constância de um questionário para o outro, e por este facto a fidelidade do instrumento, o que torna possível as comparações entre os participantes e o anonimato das respostas tranquiliza-os e leva-os a exprimir livremente as suas opiniões. O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado porque a identidade do participante não é reconhecida pelas respostas individuais nem pelo investigador.

O questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSPSC) utilizado, apresenta 44 itens de resposta, sob a forma de escala de Likert, graduada em cinco níveis desde “discordo fortemente” ou “nunca” até “concordo fortemente” ou “sempre”, distribuídos por 12 dimensões (questionário em anexo 1). Segundo Polit e Hungler (1995), a escala de Likert consiste em vários enunciados declarativos (por vezes denominados de itens), que expressam um ponto de vista sobre um

tópico, solicitando aos sujeitos de estudo que indiquem em que graus concordam com a opinião expressa pelo enunciado, ou dela discordam. Este instrumento está dividido em 8 secções, de A a H:

Secção A: 18 questões sobre serviço/unidade de trabalho;

Secção B: 4 questões sobre superior hierárquico;

Secção C: 6 questões sobre comunicação;

Secção D: 3 questões sobre a frequência da notificação de eventos/ocorrências;

Secção E: questão sobre grau de segurança do doente;

Secção F: 11 questões sobre o Hospital;

Secção G: número de eventos/ocorrências notificadas;

Secção H: dados sociodemográficos e profissionais.

O referido questionário apresenta questões formuladas pela negativa e outras pela positiva. As questões identificadas com “r” estão colocadas na negativa e são: A5r, A7r, A8r, A10r, A12r, A14r, A16r, A17r, B3r, B4r, C6r, F2r, F3r, F5r, F6r, F7r, F9r, F11r. Para melhor compreensão das mesmas seguem-se as recomendações dos autores Sorra e Nieva (2004), e que são:

- Inversão das questões colocadas pela negativa para melhor análise;
- Recodificação das respostas em três categorias de acordo com a tabela 1.

Tabela 1 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados

Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Código de base
Nunca	Raramente	Por vezes	Maioria das vezes	Sempre	5 Níveis
Negativo		Neutro	Positivo		Recodificação 3 Níveis

Segundo os mesmos autores, o percentual de respostas positivas específicas na dimensão ou item, passa a ser o principal indicador de análise. Desta forma, com a percentagem de respostas positivas nos diferentes itens, podemos identificar quais as fortalezas e as áreas a necessitar de melhoria, na cultura de segurança do doente. O item ou dimensão com respostas positivas com percentual acima ou igual a 75% (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes/sempre) classifica-se de fortaleza. O item ou dimensão com respostas positivas com percentual inferior ou igual a 50% (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes/sempre) classifica-se como oportunidade de melhoria.

O HSPSC foi desenhado para avaliar 12 dimensões de cultura de segurança que ocorrem no âmbito das unidades, do hospital e variáveis de resultado, conforme tabela 2 abaixo exemplificada.

Tabela 2 - Dimensões do HSPSC

Dimensões ao nível da unidade	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipa • Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente • Aprendizagem organizacional – melhoria continua • Feedback e comunicação acerca do erro • Abertura na comunicação • Dotação de profissionais • Resposta ao erro não punitiva
Dimensões ao nível dos serviços/unidades hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio à segurança do doente pela gestão • Trabalho entre as unidades • Transições
Variáveis de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Perceções gerais sobre a segurança do doente • Frequência na notificação de eventos • Número de notificações • Avaliação geral da segurança do doente

Cada dimensão é avaliada por um conjunto de itens ou questões conforme apresentado:

Variáveis relacionadas com os domínios da segurança ao nível dos serviços/unidades

a) Trabalho em equipa

(A1) Neste serviço os profissionais entre ajudam-se;

(A3) Quando é necessário efetuar um grande volume trabalho, trabalhamos juntos como equipa para o conseguir fazer;

(A4) Neste serviço as pessoas tratam-se com respeito;

(A11) Quando uma área fica com excesso de trabalho as outras dão-lhe apoio

b) Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente

(B1) O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos;

(B2) O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente;

(B3r) Sempre que existe pressão o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos;

(B4r) O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repentinamente.

c) Aprendizagem organizacional – melhoria contínua

(A13) Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente;

(A6) Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente;

(A9) Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas.

d) Feedback e comunicação acerca do erro

(C1) É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos / ocorrências;

(C3) Somos informados acerca dos erros que aconteçam neste serviço/ unidade;

(C5) Neste serviço / unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a acontecer.

e) Abertura na comunicação

(C2) Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente;

(C4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos;

(C6r) Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.

f) Dotação de profissionais

(A2) Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido;

(A5r) Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados;

(A7) Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável;

(A14r) Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa.

g) Resposta ao erro não punitiva

(A8r) Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles;

(A12r) Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si;

(A16r) Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal.

Variáveis relacionadas com os domínios da segurança ao nível do hospital

a) Apoio à segurança do doente pela gestão

(F1) A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente;

(F9) A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade;

(F8) As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.

b) Trabalho entre unidades

(F2r) Os serviços / unidades do hospital não se coordenam bem uns com os outros;

(F4) Existe boa colaboração entre os serviços / unidades do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente;

(F6r) É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços / unidades do hospital;

(F10) Os serviços / unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente.

c) Transições

(F3r) A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro;

(F5r) É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno;

(F7r) Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do hospital;

(F11r) As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente.

Variáveis de resultado da cultura de segurança

a) Percepções gerais sobre a segurança do doente

(A10r) É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço / unidade;

(A15) Nunca se sacrifica a segurança do doente por haver mais trabalho;

(A17r) Neste serviço / unidade temos problemas com a segurança do doente;

(A 18) Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer.

b) Frequência de notificação de eventos

(D1) Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?

(D2) Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?

(D3) Quando ocorre um evento/ocorrência que poderia causar dano ao doente, mas isso não aconteceu, com que frequência é notificado?

c) Avaliação geral sobre a segurança do doente

E- Por favor, atribua ao seu serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente.

d) Número de notificações

G- Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou?

Grupo de questões socioprofissionais

Relativamente ao grupo de questões socioprofissionais, acresce ao questionário:

1. Sexo;
2. Idade;
3. Alguma vez tinha respondido a este questionário;
4. O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado?
5. Profissão;
6. Experiência no serviço;
7. Identificação da unidade;
8. Experiência na instituição.

A última questão era aberta e solicitava um comentário que fosse oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação.

1.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

A investigação realizada junto de seres humanos suscita questões morais e éticas. Os conceitos em estudo, o método de recolha de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também lesar os direitos fundamentais das pessoas. A investigação aplicada a seres humanos deve atender a todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Segundo Fortin (2009), existem cinco direitos ou princípios fundamentais, aplicáveis aos seres humanos que foram determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.

O questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente utilizado foi, um dos questionários propostos no âmbito da “Avaliação da Cultura de Segurança” do projeto European Network for Patient Safety (EuNetPas). O referido Questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture” foi traduzido e validado para Portugal pela Doutora Margarida Eiras em Dezembro de 2008.

Para utilização do referido questionário foi dirigido por correio eletrónico um pedido de autorização e colaboração à Doutora Margarida Eiras a 15 de Dezembro de 2012, ao qual se obteve uma resposta favorável e de agrado.

Para dar cumprimento às normas éticas e deontológicas deste tipo de estudo, a 2 de Janeiro de 2013, foi dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar α , um pedido de autorização para a realização do estudo a todos os profissionais e para o envio eletrónico do questionário, que obteve resposta favorável (anexo 2).

A comissão de ética do Centro Hospitalar α , solicitou preenchimento de formulário próprio, para que o referido estudo fosse sujeito a apreciação do Conselho de Ética em Fevereiro e o parecer também foi favorável.

O questionário foi enviado eletronicamente para todos os profissionais do Centro Hospitalar α em dois momentos estratégicos: 23 Janeiro de 2013 e 22 de Fevereiro de 2013, conjuntamente com o recibo de vencimento. Esta estratégia adotada deve-se ao fato da maioria dos profissionais acederem ao seu correio eletrónico para consulta desse recibo e assim tomarem conhecimento do pedido de colaboração para o estudo. Devido ao número de participantes não ser o desejável, o questionário foi enviado novamente por correio eletrónico a 10 de Abril de 2013.

Os questionários foram dirigidos a todos os profissionais efetivos, do Centro Hospitalar α independentemente do seu vínculo e grupo profissional, com função de contacto direto ou indireto com os doentes e estiveram disponíveis para preenchimento de 23 de Janeiro a 23 de Abril de 2013. Durante este período de recolha de dados, foram dirigidos solicitações a pessoas de referência dos serviços, para sensibilizarem as equipas para a importância da participação no estudo.

Os questionários distribuídos faziam-se acompanhar de um texto elucidativo do objetivo do estudo, apelando ao preenchimento do questionário e que o mesmo se fizesse mediante a entrada de um *link*. Aquando abertura do *link*, acedia-se ao

questionário que seria preenchido pelos próprios com um tempo demora médio de 15 minutos e para garantir o seu completo preenchimento o envio com sucesso apenas aconteceu, com a resposta a todos os itens. A informação do questionário depois de registado e enviada pelo participante foi recebida por uma base de dados concebida no Google *drive* para o efeito. O anonimato no preenchimento foi garantido.

1.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O SPSS *Statistics* é um programa informático de apoio à estatística e serviu de suporte ao presente estudo através da sua versão IBM SPSS Statistics 20. A análise exploratória dos dados foi realizada através de estatística descritiva, para descrever o comportamento entre variáveis, e inferência estatística para determinar a relação entre as variáveis. A distribuição das variáveis foi testada através do teste *Kolmogorov-Smirnov* com a correção Lilliefors. O teste *Kolmogorov-Smirnov* de aderência á normalidade serve para analisar o ajustamento ou aderência à normalidade da distribuição de uma variável e adequar a aplicação de testes estatísticos descritivos. O teste revelou que as variáveis não apresentam distribuição normal, como podemos verificar na tabela 3, pelo que, a opção foi utilizar os testes não-paramétricos de Kruskal Wallis para comparar a cultura de segurança do doente com as seguintes variáveis: grupo profissional, experiência profissional e as diferentes unidades hospitalares. Adotou-se como estatisticamente significativos resultados com valores $p \leq 0,05$. Para avaliar se a cultura de segurança do doente é mais forte nos serviços certificados/acreditados, utilizou-se o teste Mann-Whitney que compara o centro de localização de duas amostras, como forma de detetar diferenças entre duas populações correspondentes, ou seja, este teste permite verificar a igualdade de comportamento de dois grupos e adotou-se como estatisticamente significativos resultados com valores $p \leq 0,05$ (Pestana e Gageiro, 2005).

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Tabela 3 - Teste da Normalidade das dimensões da cultura de segurança

Dimensões da cultura de segurança	Teste Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Trabalho em equipa	0,217	310	0,000
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	0,175	310	0,000
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	0,194	310	0,000
Feedback e comunicação acerca do erro	0,171	310	0,000
Abertura na comunicação	0,155	310	0,000
Dotação de profissionais	0,135	310	0,000
Resposta ao erro não punitiva	0,145	310	0,000
Apoio à segurança do doente pela gestão	0,126	310	0,000
Trabalho entre unidades	0,119	310	0,000
Transições	0,149	310	0,000
Frequência da notificação de eventos	0,190	310	0,000
Perceções gerais sobre a segurança do doente	0,113	310	0,000
Grau de segurança	0,174	310	0,000
Número de eventos/ocorrências notificadas	0,399	310	0,000

2. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS DA AMOSTRA

O questionário foi enviado por correio eletrónico a todos os profissionais do Centro Hospitalar α , num total de 1846, distribuídos por três unidades hospitalares, 767 na unidade 1, 480 na unidade 2 e 599 na unidade 3.

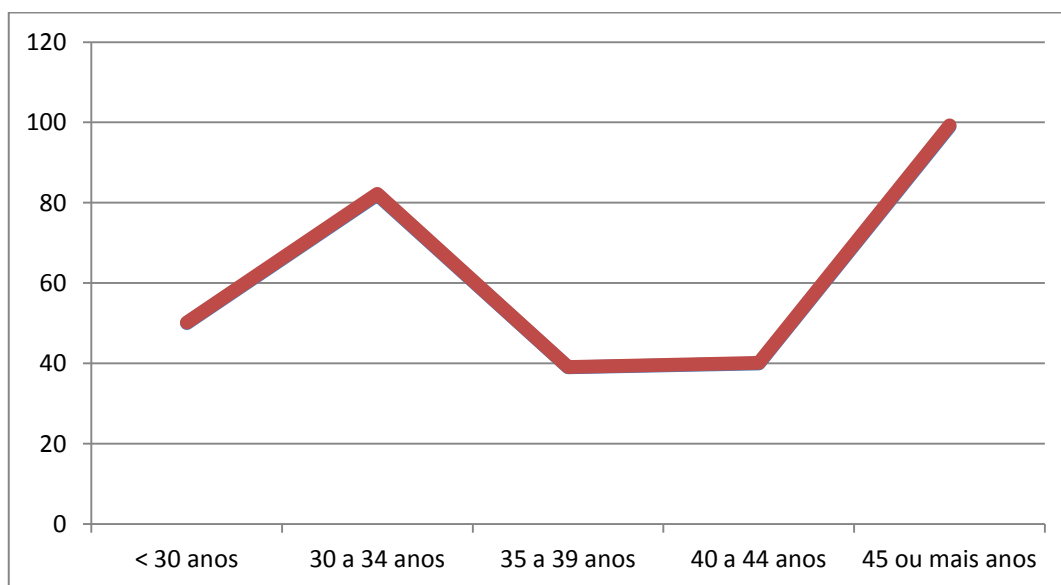
A amostra é do tipo probabilístico e constituída pelos 310 respondentes ao questionário, o que representa uma taxa de adesão de 16,8%.

Os nossos respondentes pertencem na sua maioria 138 (44,5%) à unidade hospitalar 2, 99 (31,9%) à unidade 1 e 73 (23,5%) à unidade 3.

A maioria dos sujeitos da amostra é do sexo feminino 229 (73,9%), sendo 81 (26,1%) do sexo masculino.

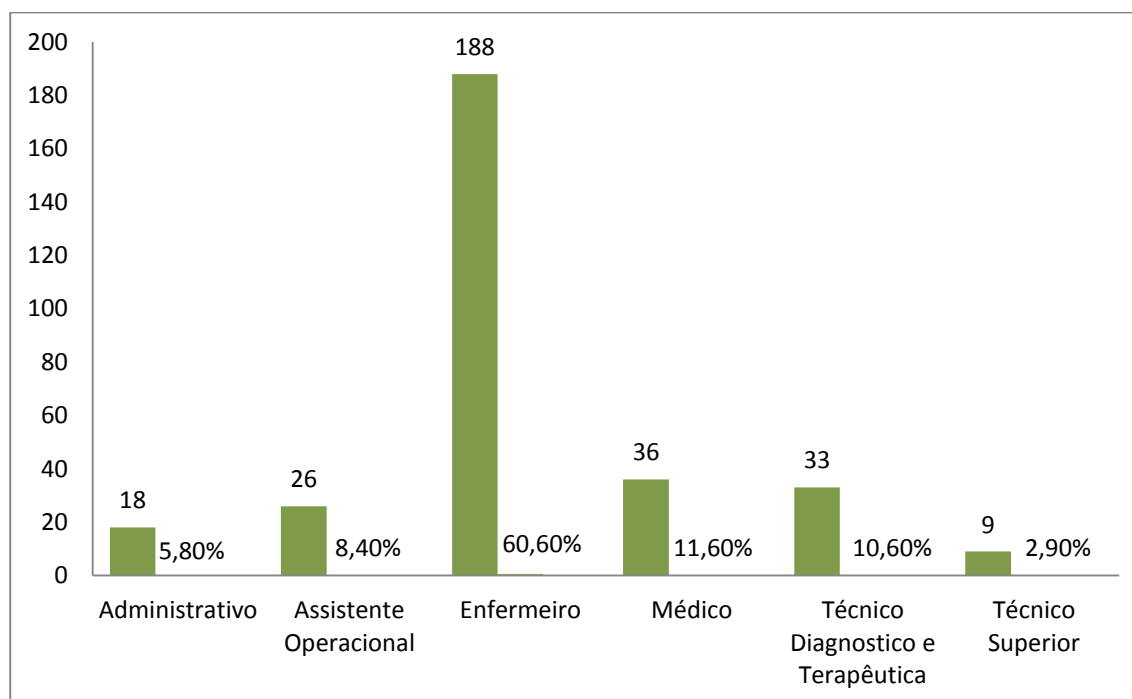
Relativamente as características dos respondentes segundo a idade podemos verificar que a esmagadora maioria tem entre os 45 e mais anos com 99 (31,9%), seguida da faixa entre 30 e 34 anos com 82 (26,5%), com menos de 30 anos, 50 (16,1%), entre os 40 a 44 anos 40 (12,9%) e entre os 35 e 39 anos 39 (12,6%). O gráfico 1 serve de ícone ilustrativo.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por faixa etária



O grupo profissional que apresenta uma maior percentagem é o de enfermagem com 188 (60,6%), seguida do grupo profissional dos médicos com 36 (11,6%), o grupo técnico de diagnóstico e terapêutica com 33 (10,6%), assistentes operacionais com 26 (8,4%) e técnicos superiores de saúde com 9 (2,9%), conforme podemos visualizar no gráfico 2.

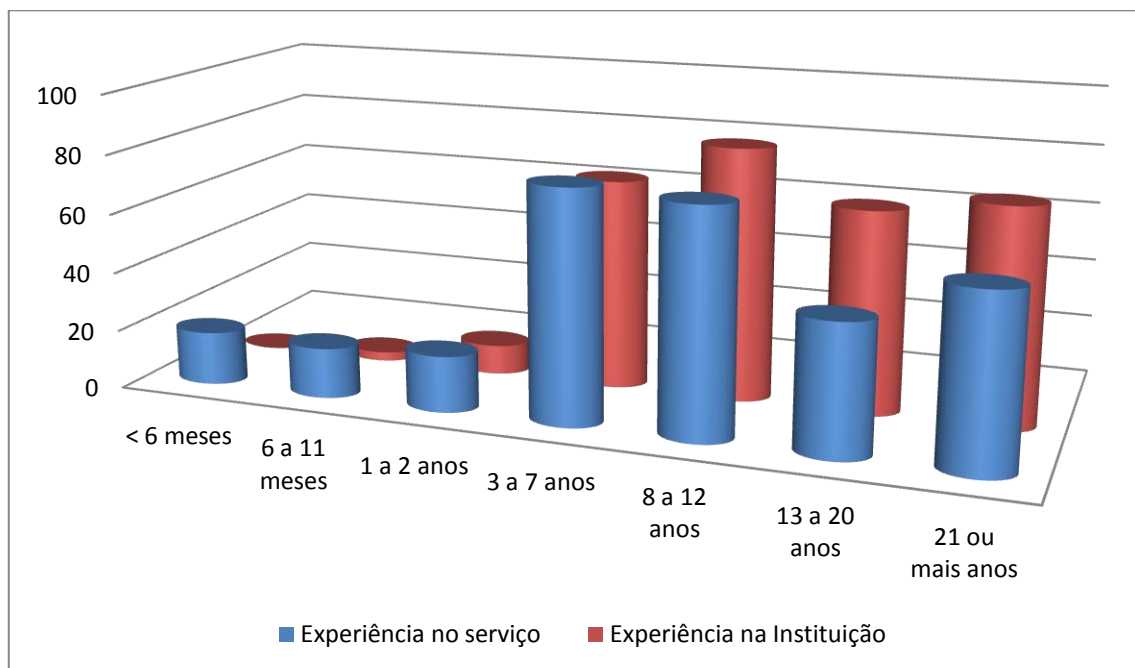
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por categoria profissional



A maioria de fato, exerce funções num serviço não acreditado e/ou certificado 200 (64,5%), contudo uma percentagem significativa de 35,5% (110) apresenta-se num serviço certificado/acreditado.

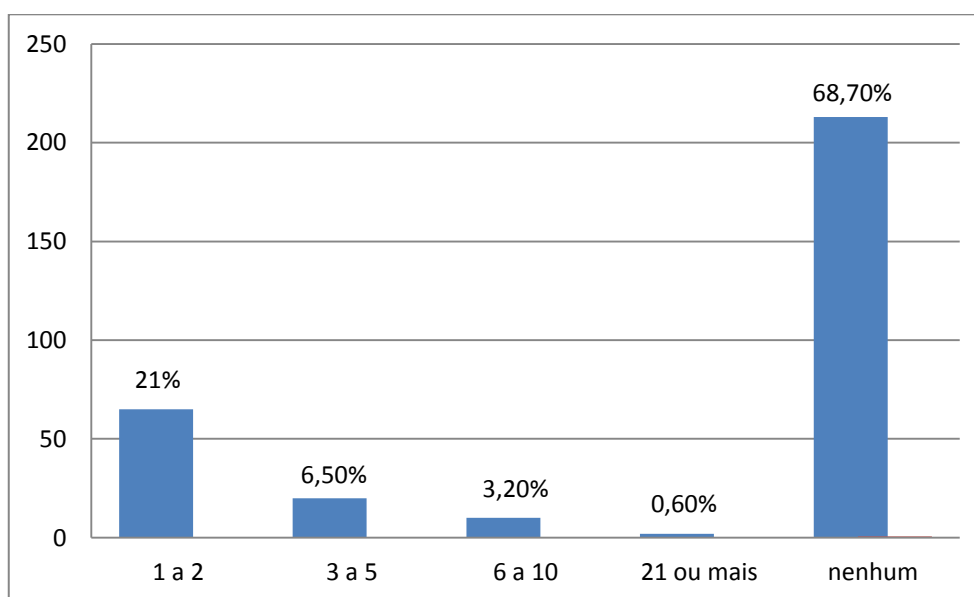
A maioria dos respondentes (78) trabalha no serviço há mais de 3 a 7 anos (25,2%) e 78 de 8 a 12 anos (24,5%), assim como 58 trabalham há 21 ou mais anos (18,7%) e 44 de 13 a 20 anos (14,2%), tempo considerado razoável para os profissionais estarem embebidos da cultura organizacional. Verifica-se que existem 18 (5,8%) respondentes com tempo inferior no serviço a 11 meses quando o tempo na instituição é maioritariamente acima dos 3 anos, e este fato, prende-se, com a reestruturação a que este Centro Hospitalar tem sido alvo com a mobilização dos profissionais entre as unidades hospitalares (gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição da amostra por tempo de experiência no serviço e instituição



A esmagadora maioria dos respondentes 213 (68,7%), não realizou nenhum relatório de ocorrências de eventos adversos nos últimos 12 meses, 65 (21%) realizou 1 a 2 relatórios, 20 (6,5%) 3 a 5 relatórios, 6 a 10 relatórios 10 (3,2%) e dois respondentes (0,6%) realizaram 21 ou mais relatórios (ver gráfico 4).

Gráfico 4 - Registo de relatórios nos últimos 12 meses



2.2. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NO CENTRO HOSPITALAR α

O questionário HSPSC permite uma classificação global sobre a cultura de segurança do doente percebida em 12 dimensões referentes aos domínios de segurança dos serviços/unidade, do hospital e de resultados. A percentagem de respostas positivas ou negativas em cada um dos itens pode contribuir para identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria na área de segurança do doente. As questões identificadas com “r” estão colocadas pela negativa.

Variáveis relacionadas com os domínios da segurança ao nível dos serviços/unidades

a) Trabalho em equipa

Esta dimensão constituída por quatro questões teve uma resposta média positiva de 68,1%. De salientar o fato do item “Neste serviço os profissionais entre ajudam-se” ter tido uma percentagem de 79,4% de apreciação positiva, sendo assim, uma fortaleza da segurança ao nível dos serviços /unidades. O item “Quando é necessário efetuar um grande volume de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” apresentou uma apreciação positiva de 71,6% e o item “Neste serviço as pessoas tratam-se com respeito apresentou uma apreciação positiva de 69,4%. O que revelou percentagem inferior (52%) foi o item “Quando uma área fica com excesso de trabalho as outras dão-lhe apoio” (gráfico 5 e tabela 4)

Gráfico 5 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Trabalho em equipa

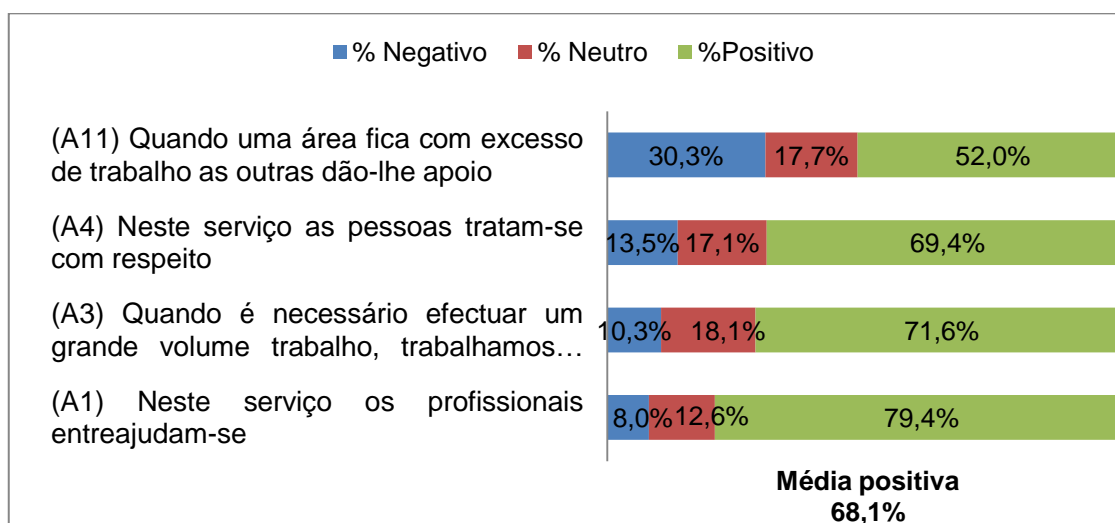


Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Trabalho em equipa

Trabalho em equipa	% Negativo	% Neutro	%Positivo
A1	8%	12,6%	79,4%
A3	10,3%	18,1%	71,6%
A4	13,5%	17,1%	69,4%
A11	30,3%	17,7%	52,0%
Média	15,6%	16,4%	68,1%

b) Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente

Esta dimensão é constituída por quatro questões e obteve uma resposta média positiva de 58%. De salientar o maior percentual de respostas positivas (72,3%) para o item “ O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente”, pelo que constitui um ponto forte da gestão ao nível dos serviços (gráfico 6 e tabela 5).

Gráfico 6 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente

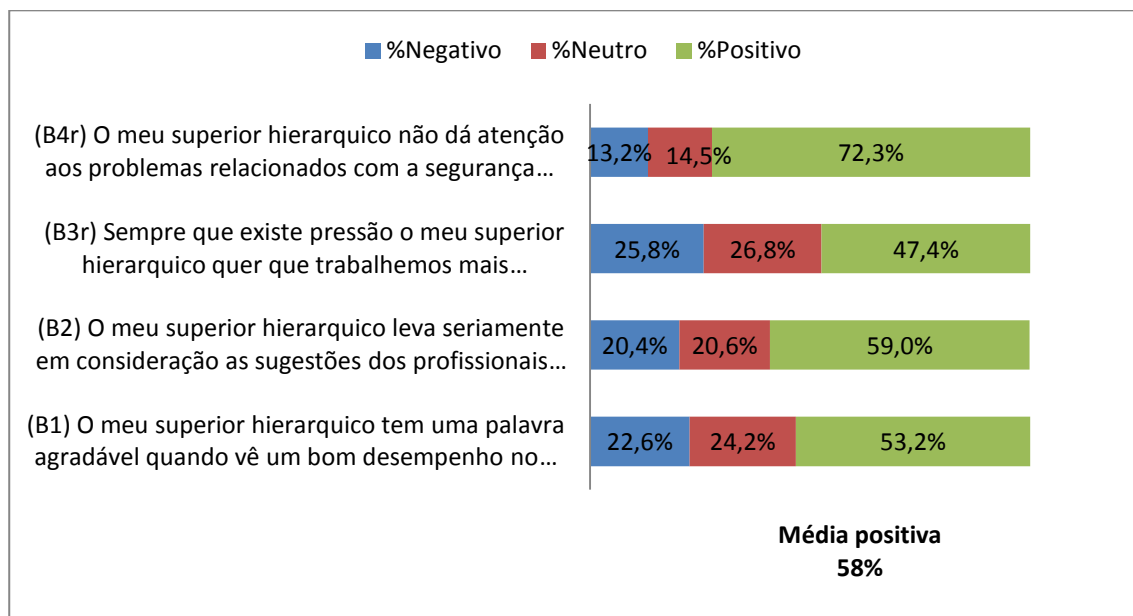


Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente

Expectativas do supervisor/gestor que promovam a segurança do doente	%Negativo	%Neutro	%Positivo
B1	22,6%	24,2%	53,2%
B2	20,4%	20,6%	59,0%
B3r	25,8%	26,8%	47,4%
B4r	13,2%	14,5%	72,3%
Média	20,5%	21,5%	58,0%

c) Aprendizagem organizacional – melhoria contínua

Esta dimensão avaliada por três questões apresenta uma avaliação positiva média de 54,5%. De salientar que, a maioria da amostra (60%), na questão “Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas”, respondeu que discorda ou que nem discorda nem concorda. A questão “Estamos a trabalhar ativamente para uma

melhoria da segurança do doente” apresentou 62,3% de apreciação positiva seguida da questão “Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente” com 61,3% (gráfico 7 e tabela 6).

Gráfico 7 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Aprendizagem organizacional – melhoria contínua

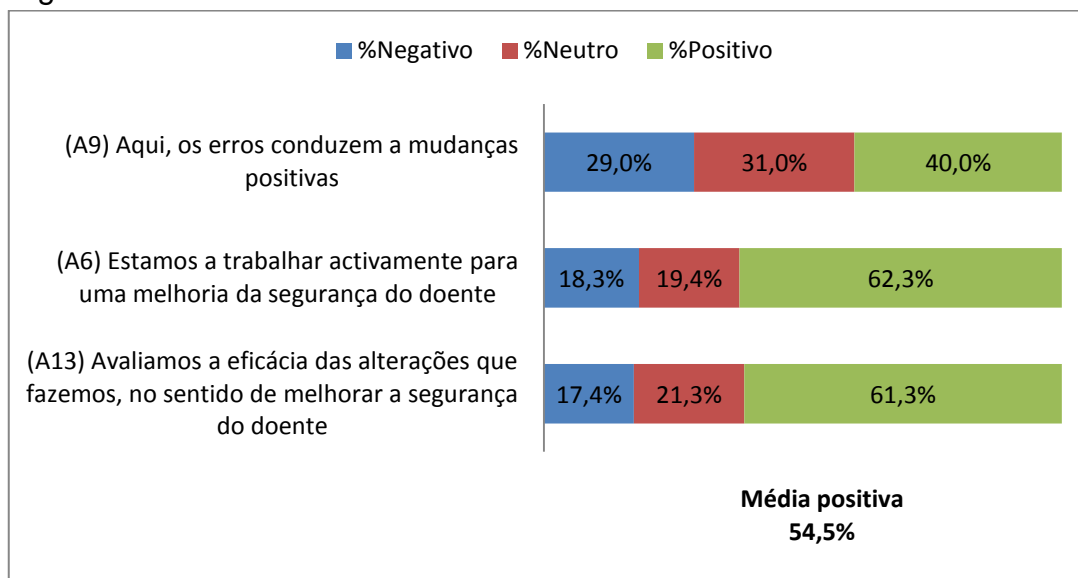


Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Aprendizagem organizacional – melhoria contínua

Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua	%Negativo	%Neutro	%Positivo
A13	17,4%	21,3%	61,3%
A6	18,3%	19,4%	62,3%
A9	29,0%	31,0%	40,0%
Média	21,6%	23,9%	54,5%

d) **Feedback e comunicação acerca do erro**

A avaliação desta dimensão resulta da média de respostas positivas a três questões, e apresenta o valor de 47,3%. De salientar que, as questões sobre “Somos informados acerca dos erros que acontecem neste serviço / unidade” e “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos / ocorrências”, apresentam o maior percentual em respostas negativas e neutras (gráfico 8 e tabela 7).

Gráfico 8 - Distribuição da amostra quanto à dimensão *feedback* e comunicação acerca do erro

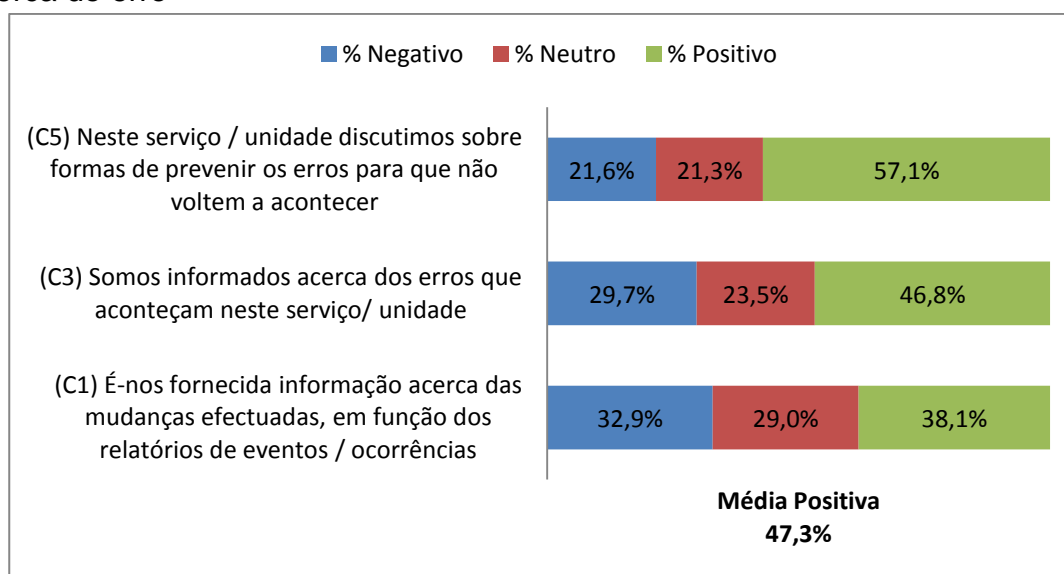


Tabela 7 - Distribuição da amostra quanto à dimensão *feedback* e comunicação acerca do erro

<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	% Negativo	% Neutro	% Positivo
C1	32,9%	29,0%	38,1%
C3	29,7%	23,5%	46,8%
C5	21,6%	21,3%	57,1%
Média	28,1%	24,6%	47,3%

e) Abertura na comunicação

A avaliação desta dimensão é obtida através de três questões, e para as quais se obteve uma média positiva de 44%. Note-se que, a questão com maior percentual positivo (55,5%) foi “ Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” e a questão com maior percentual negativo (43,5%) foi “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos (gráfico 9 e tabela 8).

Gráfico 9 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Abertura na comunicação

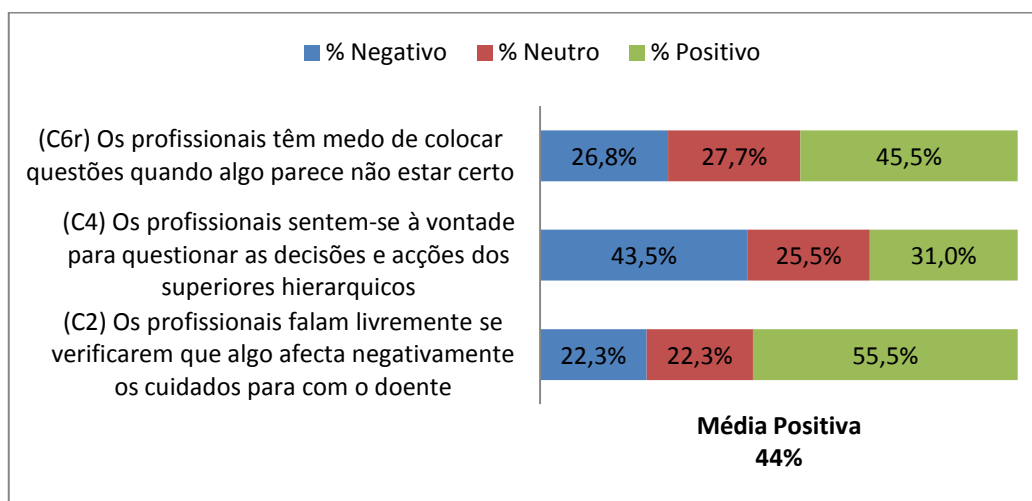


Tabela 8 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Abertura na comunicação

Abertura na comunicação	% Negativo	% Neutro	% Positivo
C2	22,3%	22,3%	55,4%
C4	43,5%	25,5%	31,0%
C6r	26,8%	27,7%	45,5%
Média	30,9%	25,2%	44,0%

f) Dotação de profissionais

O resultado desta dimensão advém da avaliação a quatro questões e obteve uma média de respostas positivas de 34,5%. De salientar que, 53,5% refere que “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável”. As avaliações negativas são significativas, sendo de 53,9% no item “Trabalhamos em modo crise tentando fazer muito, demasiado depressa”, seguido do item “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados” com 49,4% e “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” com 45,2%, pelo que devem ser considerados uma oportunidade de melhoria (gráfico 10 e tabela 9).

Gráfico 10 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Dotação de profissionais

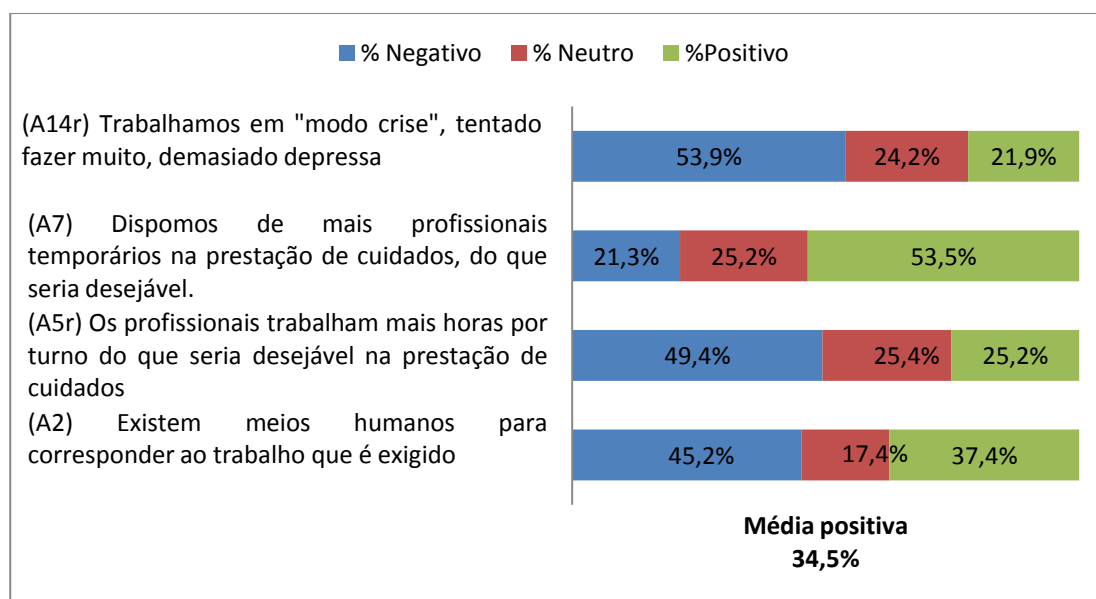


Tabela 9 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Dotação de profissionais

Dotação de profissionais	% Negativo	% Neutro	% Positivo
A2	45,2%	17,4%	37,4%
A5r	49,4%	25,4%	25,2%
A7	21,3%	25,2%	53,5%
A14r	53,9%	24,2%	21,9%
Média	42,5%	23,1%	34,5%

g) Resposta ao erro não punitiva

Esta dimensão, avaliada por três questões, tem a média de avaliação positiva de 21,2%. A avaliação com maior percentual negativo (64,2%) apresenta-se no item “Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal”, enquadrando-se nos aspetos que constituem oportunidades de melhoria. Os outros itens com maior percentual de avaliação negativa foram “Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si” e “Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles” com 47,4% e 42,9% respetivamente, devendo também ser alvo de atenção (gráfico 11 e tabela 10).

Gráfico 11 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Resposta ao erro não punitiva

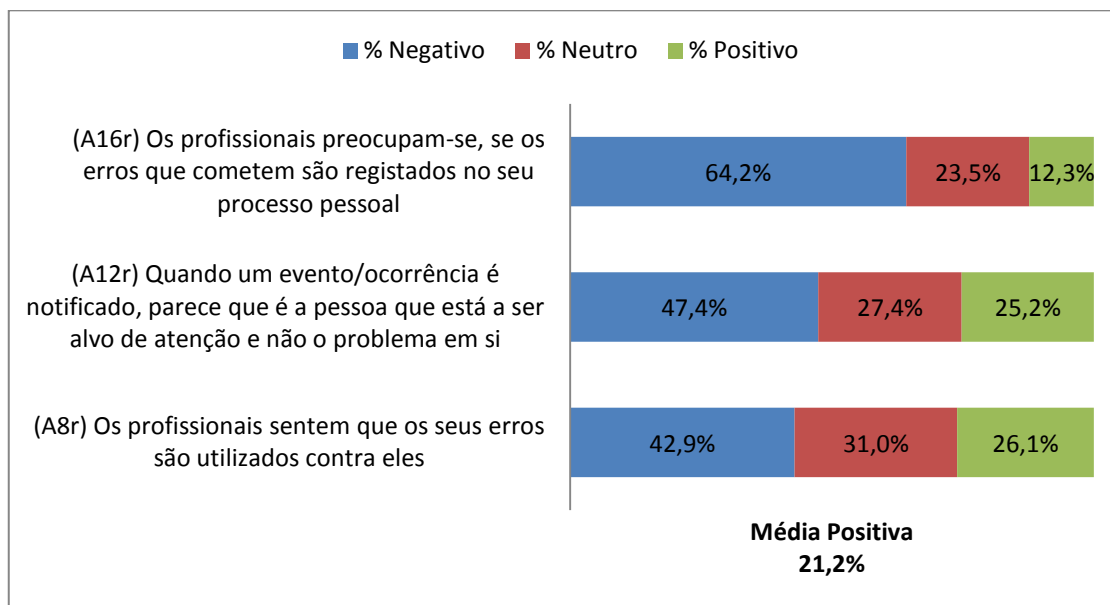


Tabela 10- Distribuição da amostra quanto à dimensão Resposta ao erro não punitiva

Resposta ao erro não punitiva	% Negativo	% Neutro	% Positivo
(A8r)	42,9%	31,0%	26,1%
(A12r)	47,4%	27,4%	25,2%
(A16r)	64,2%	23,5%	12,3%
Média	51,5%	27,3%	21,2%

Variáveis relacionadas com os domínios da segurança ao nível do hospital

a) Apoio à segurança do doente pela gestão

O Apoio à segurança do doente pela gestão é percebido positivamente por 24% e negativamente por 40,3%, sendo que 35,7% não concorda nem discorda (gráfico 12 e tabela 11).

Gráfico 12 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Apoio à segurança do doente pela gestão

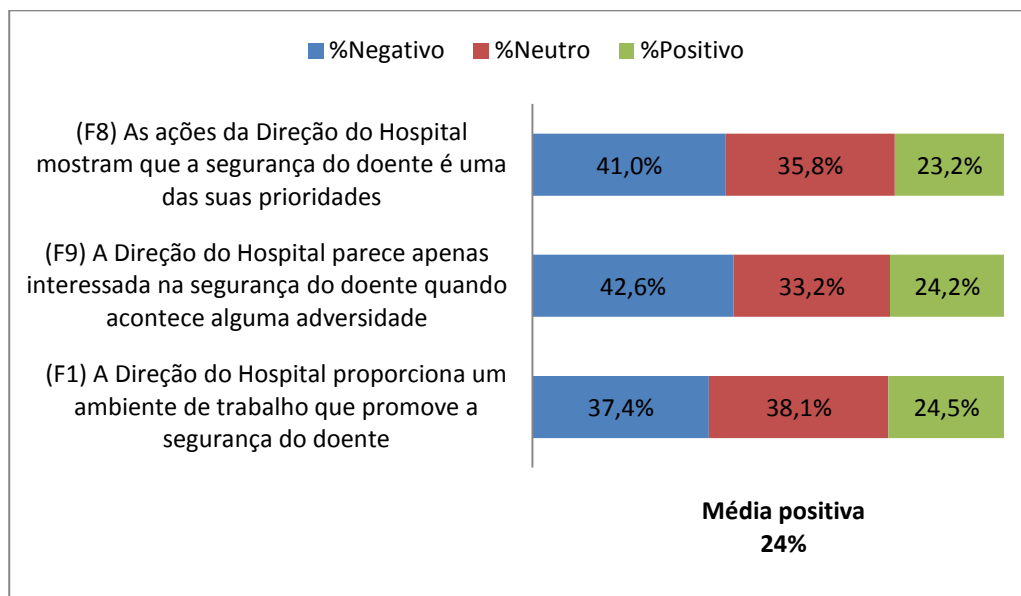


Tabela 11 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Apoio à segurança do doente pela gestão

Apoio à SD pela gestão	%Negativo	%Neutro	%Positivo
F1	37,4%	38,1%	24,5%
F9	42,6%	33,2%	24,2%
F8	41,0%	35,8%	23,2%
Média	40,3%	35,7%	24,0%

b) Trabalho entre unidades

Esta dimensão é avaliada através de quatro questões sendo a média positiva de respostas de 35%. De salientar, o fato de que, para a maioria (55,8%), “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades”. Porém, para 50,3%, “os serviços/unidades do hospital não se coordenam bem uns com os outros” (gráfico 13 e tabela 12).

Gráfico 13 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Trabalho entre unidades

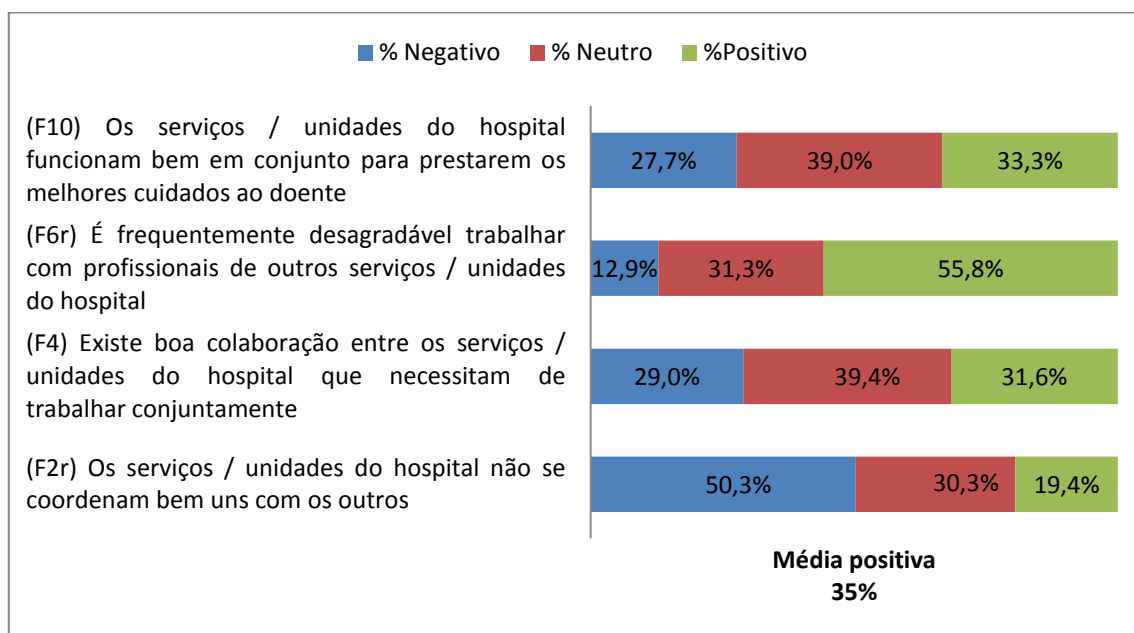


Tabela 12 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Trabalho entre unidades

Trabalho entre unidades	% Negativo	% Neutro	% Positivo
F2r	50,3%	30,3%	19,4%
F4	29,0%	39,4%	31,6%
F6r	12,9%	31,3%	55,8%
F10	27,7%	39,0%	33,3%
Média	30,0%	35,0%	35,0%

c) Transições

A dimensão Transições é avaliada através de quatro questões que obtiveram um resultado positivo médio de 34,5%. Para a maioria (53,5%), os problemas não ocorrem aquando da troca de informação entre os vários serviços /unidades do hospital, contudo 53,9% considera que “As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente” (gráfico 14 e tabela 13).

Gráfico 14 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Transições

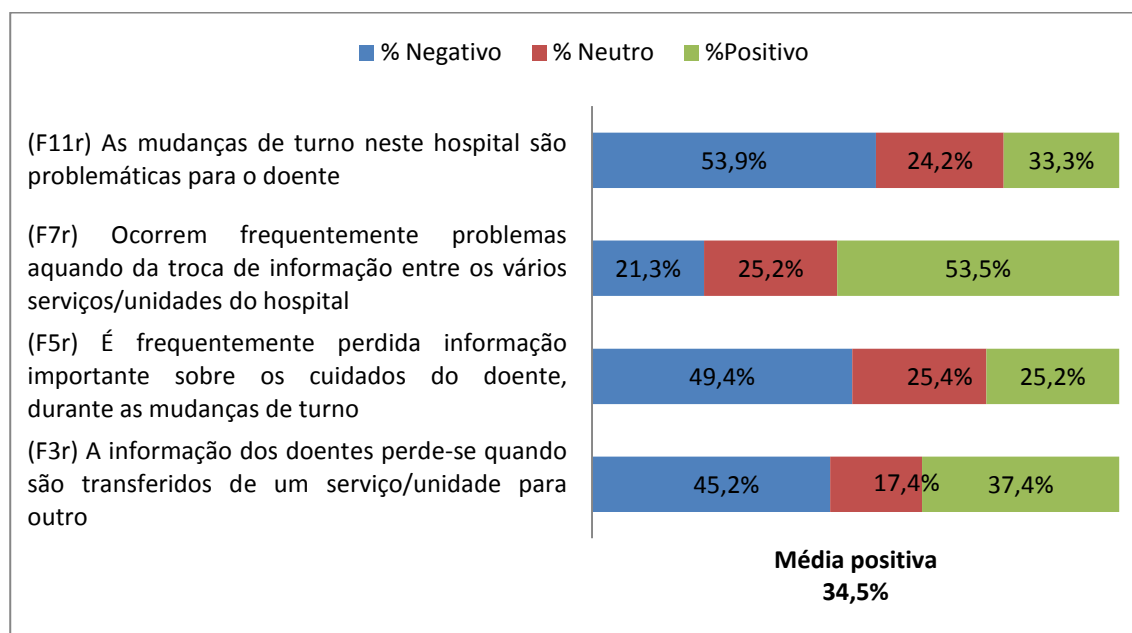


Tabela 13 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Transições

Transições	% Negativo	% Neutro	%Positivo
(F3r)	45,2%	17,4%	37,4%
(F5r)	49,4%	25,4%	25,2%
(F7r)	21,3%	25,2%	53,5%
(F11r)	53,9%	24,2%	21,9%
Média	42,5%	23,1%	34,5%

Variáveis de resultado da cultura de segurança

a) Perceções gerais sobre a segurança do doente

Esta dimensão é avaliada através de quatro questões, sendo o resultado da média positiva de 43,5%. O item “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade” obteve apreciação positiva de 49,3%. Os itens “Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente” e “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer”, apresentam apreciação positiva de 45,5% e 45,2% respetivamente, seguindo-se o item “Nunca se sacrifica a segurança do doente por haver mais trabalho” com 33,9% (gráfico 15 e tabela 14).

Gráfico 15 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Percepções gerais sobre segurança do doente

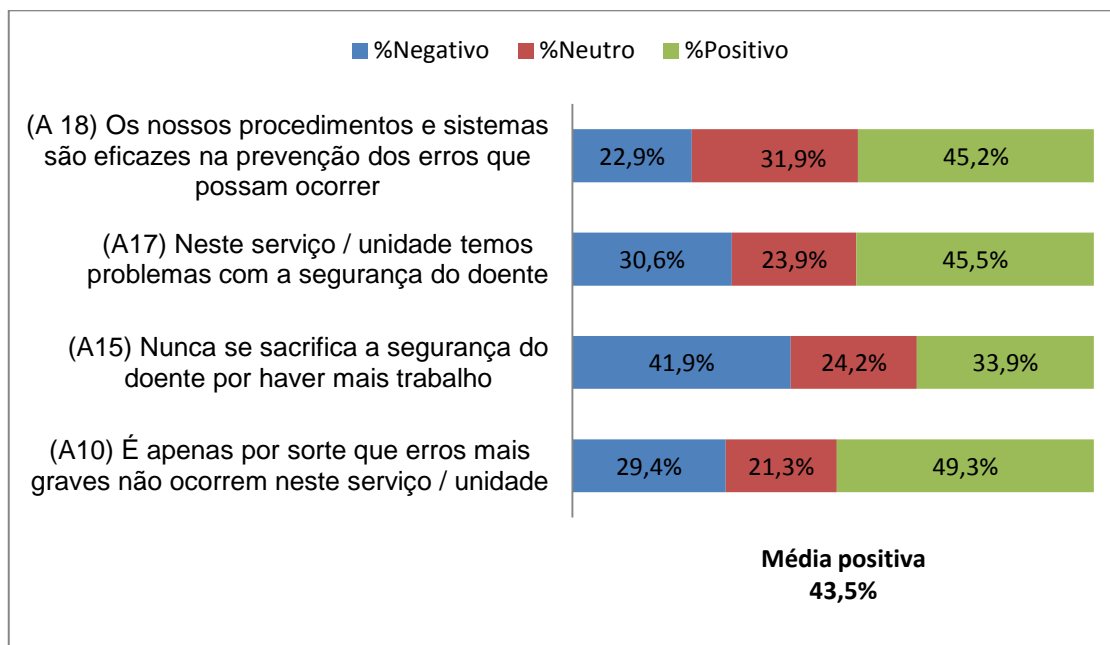


Tabela 14 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Percepções gerais sobre segurança do doente

Percepções gerais sobre segurança do doente	%Negativo	%Neutro	%Positivo
A10	29,4%	21,3%	49,3%
A15	41,9%	24,2%	33,9%
A17	30,6%	23,9%	45,5%
A18	22,9%	31,9%	45,2%
Média	31,2%	25,3%	43,5%

b) Frequência de notificação de eventos

A dimensão Frequência da notificação é avaliada através de três questões e obteve média positiva de 28,1%. Quando ocorre um evento/ocorrência nunca ou raramente é notificado por 39,9% (média da apreciação negativa aos três itens). Esta dimensão deve ser alvo de reflexão e melhoria (gráfico 16 e tabela 15).

Gráfico 16 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Frequência da notificação

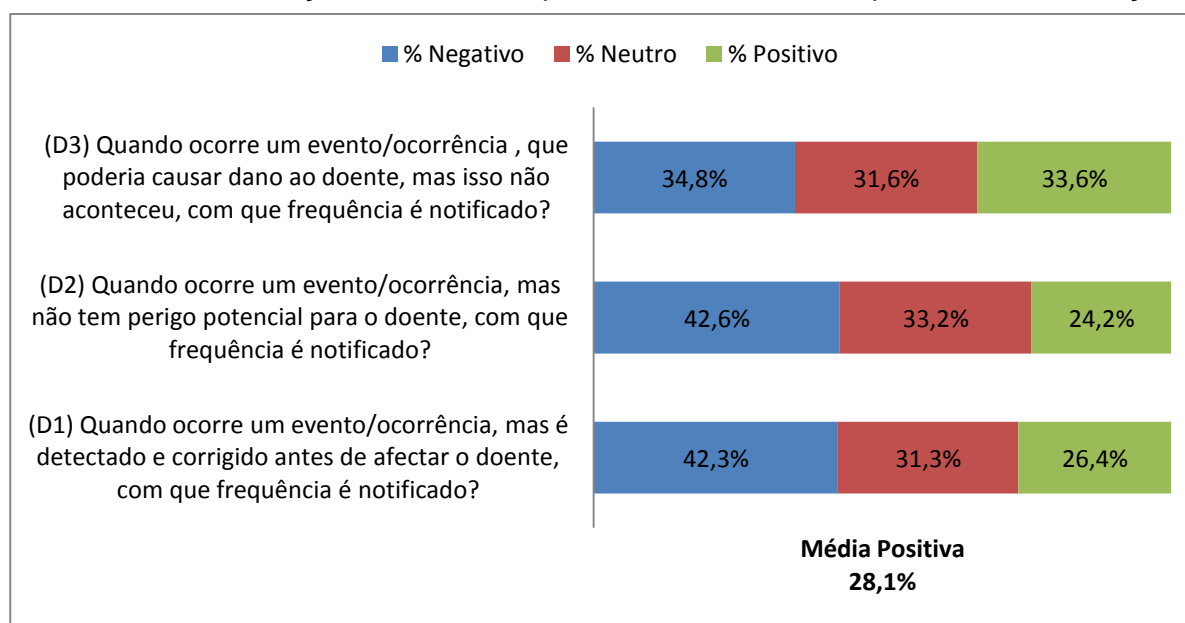


Tabela 15 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Frequência da notificação

Frequência da notificação	% Negativo	% Neutro	% Positivo
D1	42,3%	31,3%	26,4%
D2	42,6%	33,2%	24,2%
D3	34,8%	31,6%	33,6%
Média	39,9%	32,0%	28,1%

c) Número de notificações

Relativamente a esta dimensão, a maioria da amostra 213 profissionais (68,7%), nos últimos 12 meses não realizaram relatórios de eventos/ocorrências, 65 profissionais (21%) realizaram entre 1 a 2 relatórios, 20 (6,5%) realizaram 3 a 5, 10 (3,2%) profissionais realizaram entre 6 a 10 relatórios e apenas 2 profissionais realizaram 21 ou mais relatórios de eventos /ocorrências nos últimos 12 meses (gráfico 17 e tabela 16).

Gráfico 17 - Distribuição da amostra quanto à dimensão número de notificação

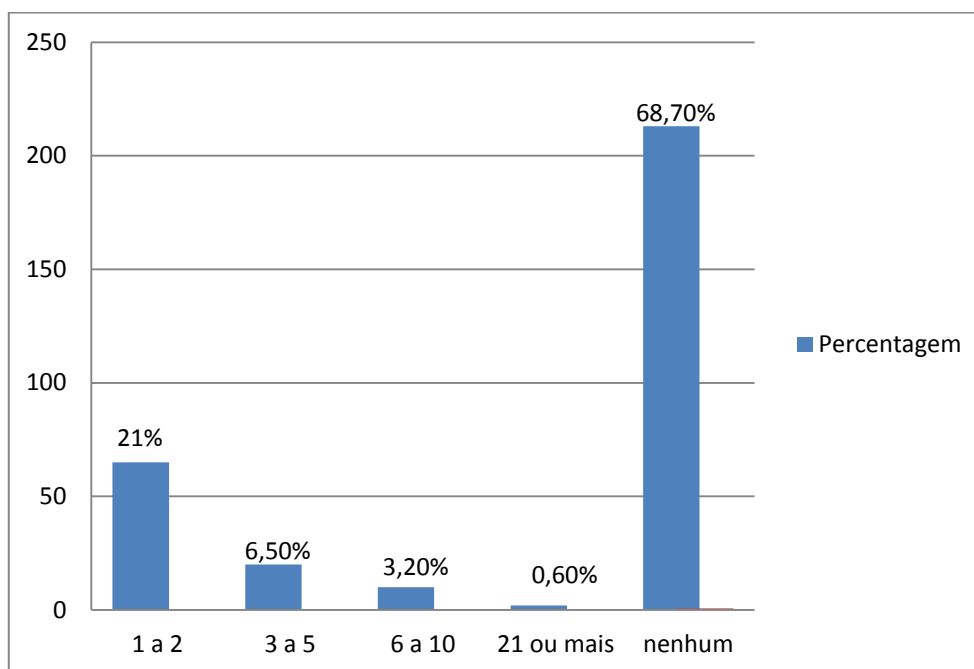


Tabela 16 - Distribuição da amostra quanto à dimensão número de notificação

Número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses	Frequência	Porcentagem
1 a 2	65	21%
3 a 5	20	6,50%
6 a 10	10	3,20%
21 ou mais	2	0,60%
Nenhum	213	68,70%

d) Avaliação geral sobre a segurança do doente

O grau de segurança do serviço/unidade foi considerado pela maioria dos profissionais 126 (40,6%) como “Aceitável”, como “Muito bom” por 110 (35,6%), como “Excelente” por 18 (5,8%), como “Fraco” por 46 (14,8%) e por 10 (3,2%) “Muito Fraco” (gráfico 18 e tabela 17).

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Gráfico 18 - Distribuição da amostra quanto à dimensão grau de segurança do doente

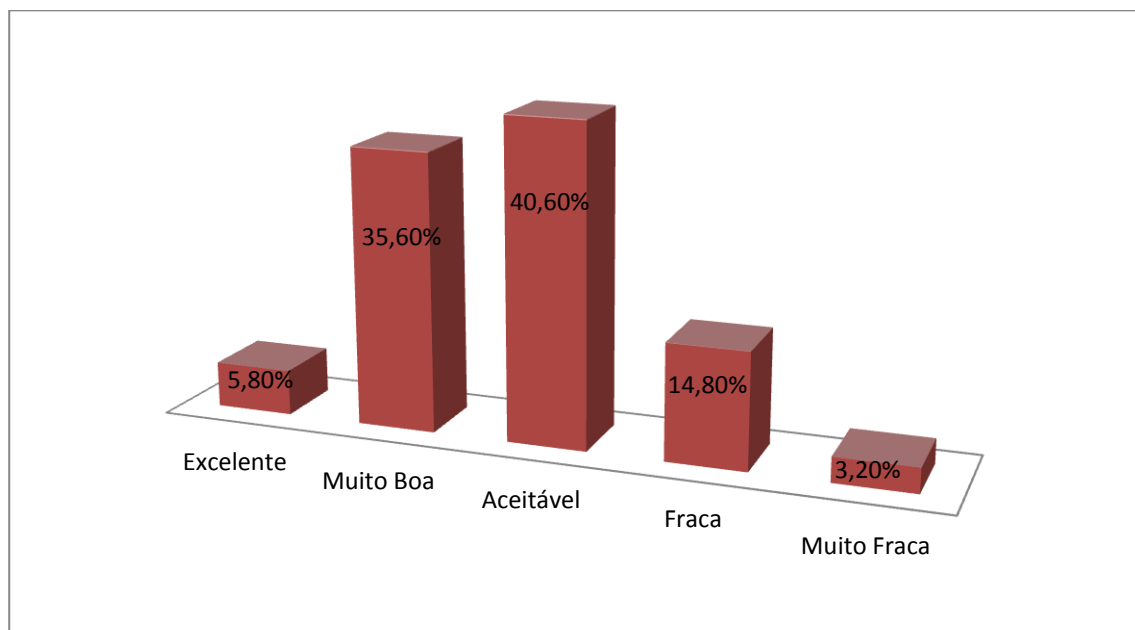


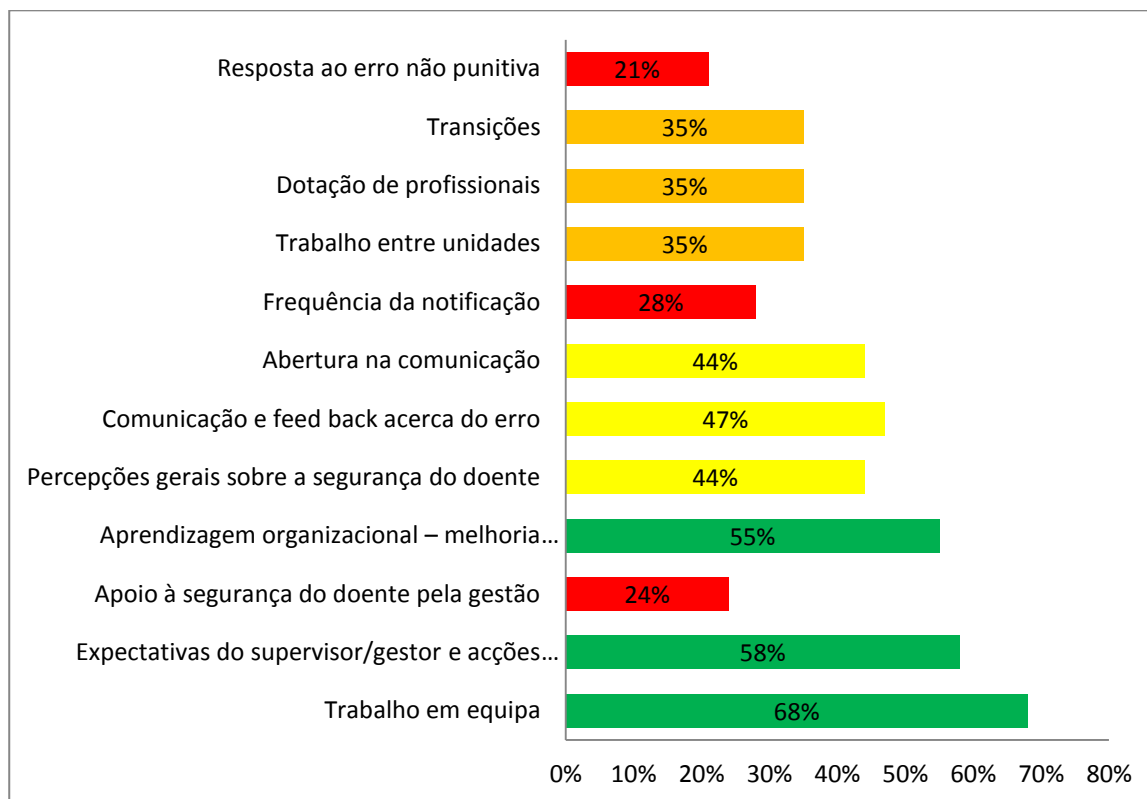
Tabela 17 - Distribuição da amostra quanto à dimensão grau de segurança do doente

Grau de segurança do doente	Frequência	Porcentagem
Excelente	18	5,80%
Muito Boa	110	35,60%
Aceitável	126	40,60%
Fraca	46	14,80%
Muito Fraca	10	3,20%
Total	310	100,00%

2.3. ANÁLISE GLOBAL DAS DIMENSÕES QUE EVIDENCIAM FORTALEZAS E OPORTUNIDADES DE MELHORIA NA ORGANIZAÇÃO

A AHRQ considera que as dimensões avaliadas com mais de 75% de respostas positivas constituem fortalezas na instituição e que as dimensões com percentagem inferior a 50% de respostas positivas são oportunidades de melhoria. Porém, as instituições vivem contextos e realidades diversificadas, pelo que, é fundamental que cada uma identifique, de fato, as dimensões cujos percentuais são mais elevados, considerando-as pontos fortes e os percentuais positivos mais baixos, as oportunidades de melhoria. A instituição em estudo apresenta valores (gráfico 19), que identificam pontos fortes, nas dimensões “Trabalho em equipa”, “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente” e “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, por outro lado identificam-se como prioridades emergentes nas oportunidades de melhoria as dimensões “Resposta ao erro não punitiva”, “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Frequência de notificação”, como prioridades muito urgente “Trabalho entre unidades”, “Transições” e “Dotações de profissionais” e urgentes o “Feedback e comunicação”, “Abertura na comunicação” e “Perceções gerais sobre segurança do doente”.

Gráfico 19 – Resultados da avaliação da cultura de segurança



Os itens das dimensões de cultura de segurança com percentuais mais positivos nesta instituição e que constituem os pontos fortes são:

- Dimensão trabalho em equipa
 - (A1) Neste serviço os profissionais entre ajudam-se com 79,4%;
 - (A3) Quando é necessário efetuar um grande volume trabalho, trabalhamos juntos como equipa para o conseguir fazer com 71,6%;
 - (A4) Neste serviço as pessoas tratam-se com respeito com 69,4%.
- Dimensão expectativas do supervisor / gestor e ações que promovam a segurança do doente
 - (B4r) O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repentinamente com 72,3%.

- Dimensão aprendizagem organizacional
 - (A6) Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente com 62,3%;
 - (A13) Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente com 61,3%.

Os itens das dimensões de cultura de segurança com percentuais positivos baixos e que carecem de intervenção com prioridade urgente como oportunidade de melhoria são:

- Dimensão perceções gerais sobre segurança do doente
 - (A15) Nunca se sacrifica a segurança do doente por haver mais trabalho com 33,9%.
- Dimensão feedback e comunicação acerca do erro
 - (C1) É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências com 38,1%.
- Dimensão abertura na comunicação
 - (C4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos com 31%.

Os itens das dimensões de cultura de segurança com percentuais positivos baixos e que carecem de intervenção com prioridade muito urgente são:

- Dimensão dotação de profissionais
 - (A14r) Trabalhamos em "modo crise", tentado fazer muito, demasiado depressa com 21,9%;
 - (A5r) Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados com 25,2%.
- Dimensão trabalho entre unidades
 - (F2r) Os serviços / unidades do hospital não se coordenam bem uns com os outros com 19,4%.
- Dimensão transições
 - (F5r) É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno com 25,2%.

Os itens das dimensões de cultura de segurança com percentuais positivos significativamente baixos e que carecem de intervenção com prioridade emergente são:

- Dimensão frequência da notificação
 - (D2) Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado? Com 24,2%;
 - (D1) Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado? com 26,4%.
- Dimensão resposta ao erro não punitiva
 - (A16r) Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal com 12,3%;
 - (A12r) Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si com 25,2%;
 - (A8r) Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles com 26,1%.
- Dimensão apoio à segurança do doente pela gestão
 - (F8) As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades com 23,2%;
 - (F9) A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade com 24,2%;
 - (F1) A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente com 24,5%.

2.4. ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES

A variável em estudo “cultura de segurança do doente” é composta por um conjunto de dimensões, assim, no teste de cada hipótese será considerada a significância estatística para cada uma dessas dimensões. Considerar-se-á a significância de cada dimensão e a hipótese só será corroborada se em todas as dimensões a significância for estatisticamente significativa.

Hipótese 1: A cultura de segurança difere entre as três unidades hospitalares do Centro Hospitalar α ;

Para analisar se a cultura de segurança do doente é diferente nas três unidades hospitalares utilizou-se o teste *Kruskal Wallis* e adotou-se como estatisticamente significativos resultados com valores $p \leq 0,05$.

Ao analisar a cultura de segurança nas três unidades hospitalares podemos verificar (tabela 18), que existem diferenças estatisticamente significativas para as dimensões “Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua” ($p=0,008$) e “Grau de segurança” ($p=0,028$).

A unidade 2 é a que na dimensão “Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua” percebe maior cultura de segurança do doente com *ranking* de 171, seguida da unidade 1 com *ranking* 151,21 e unidade 3 com *ranking* 132,02. A unidade 1 é a que percebe maior grau de segurança do doente com *ranking* de 173,60, seguida da unidade 2 com *ranking* 148,83 e unidade 3 com *ranking* 143,57.

A hipótese de que a cultura de segurança é diferente nas três unidades hospitalares não apresenta significância estatística uma vez que apenas difere em duas dimensões das 14 analisadas.

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Tabela 18 - Resultados da cultura de segurança nas três unidades hospitalares

Diferenças por unidade, nas respostas positivas às dimensões do questionário de cultura de segurança – <i>Kruskal Wallis Teste</i>				
Variáveis relacionadas com os domínios de segurança ao nível dos serviços/unidades				
Dimensões	Unidade 1 (<i>ranking</i>)	Unidade 2 (<i>ranking</i>)	Unidade 3 (<i>ranking</i>)	x ² kruskal wallis p significância
Trabalho em equipa	162,36	160,74	136,29	x ² =4,770 p =0,092
Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	152,09	161,17	149,40	x ² =1,069 p =0,586
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	151,21	171,00	132,02	x ² =9,750 p =0,008
Feedback e comunicação acerca do erro	158,81	159,34	143,76	x ² =1,688 p =0,430
Abertura na comunicação	163,48	157,34	141,19	x ² =2,775 p =0,250
Dotação de profissionais	154,31	164,51	140,07	x ² =3,653 p =0,161
Resposta ao erro não punitiva	160,27	151,43	156,73	x ² =0,600 p =0,741
Variáveis relacionadas com os domínios de segurança ao nível do hospital				
Dimensões	Unidade 1 (<i>ranking</i>)	Unidade 2 (<i>ranking</i>)	Unidade 3 (<i>ranking</i>)	x ² kruskal wallis p significância
Apoio à segurança do doente pela gestão	139,05	161,01	167,39	x ² =5,305 p =0,070
Trabalho entre unidades	158,84	155,10	151,73	x ² =0,274 p =0,872
Transições	165,17	144,75	162,72	x ² =3,718 p =0,156
Variáveis de resultado da cultura de segurança				
Dimensão	Unidade 1 (<i>ranking</i>)	Unidade 2 (<i>ranking</i>)	Unidade 3 (<i>ranking</i>)	x ² kruskal wallis p significância
Frequência da notificação de eventos	156,47	158,96	147,65	x ² =0,816 p =0,665
Percepções gerais sobre a segurança do doente	142,81	167,21	150,56	x ² =4,631 p =0,099
Grau de segurança	173,60	148,83	143,57	x ² =7,117 p =0,028
Número de eventos/ocorrências notificadas	145,90	154,75	169,94	x ² =4,563 p =0,102

2.5. ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE CONSOANTE O GRUPO PROFISSIONAL

Hipótese 2: A cultura de segurança difere consoante o grupo profissional.

Para analisar se a cultura de segurança do doente difere consoante o grupo profissional utilizou-se o teste *Kruskal Wallis* e adotou-se como estatisticamente significativos resultados com valores $p \leq 0,05$.

Excluíram-se desta análise o técnico superior com frequência de 9 (2,9%) e administrativo com frequência 18 (5,8%), pelo reduzido número de respondentes e porque no desempenho das suas funções tem menor contacto direto com os doentes. Ao analisar a cultura de segurança segundo os grupos profissionais (médico, enfermeiro, técnico diagnóstico e terapêutica e *assistente operacional*) verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa em seis das dimensões analisadas (tabela 19).

As dimensões onde se verifica significância estatística são: “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” ($p=0,041$), “Dotação de profissionais” ($p=0,006$), “Resposta ao erro não punitiva” ($p=0,006$), “Apoio à segurança do doente pela gestão” ($p=0,030$), “Grau de segurança” ($p=0,009$) e “Numero de eventos/ocorrências notificadas” ($p=0,029$).

O grupo profissional assistente operacional na dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” é o que apresenta maior cultura de segurança com *ranking* de 191,92, seguido do grupo enfermeiro com *ranking* 161,63, depois o grupo TDT com *ranking* de 133,85 e o do médico com *ranking* 131,56.

O grupo profissional assistente operacional é o que mais aprecia positivamente o seu superior hierárquico no que se refere a dar atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, a levar seriamente as sugestões dos profissionais e dar uma palavra agradável quando vê um bom resultado. O grupo

profissional que menos aprecia o seu superior hierárquico relativamente a estes itens é o do médico.

Na dimensão “Dotação de profissionais” o grupo profissional *assistente operacional*, é o que percebe maior cultura de segurança do doente com *ranking* de 208,81, seguido do grupo TDT com *ranking* 175,48, o grupo enfermeiro com *ranking* 145,59 e por último o médico com *ranking* 137,26.

Os grupos profissionais médico e enfermeiro são os que mais percebem a inexistência de meios humanos que correspondam ao trabalho que é exigido, que trabalham mais horas por turno, que dispõem de profissionais temporários mais do que seria desejável e que trabalham em “modo crise”, tentando fazer muito demasiado depressa.

Relativamente à dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, o grupo profissional médico é o que percebe maior cultura de segurança com *ranking* de 279,67, seguido do grupo assistente operacional com *ranking* 147,39, depois o grupo TDT de com *ranking* de 147,39 e por fim o grupo enfermeiro com *ranking* mais baixo de 142,80.

Os enfermeiros são os que mais se preocupam, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal, percebendo que quando um evento/ocorrência é notificado é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema e sentem que os erros são utilizados contra si.

A dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” é percebida mais positivamente pelo grupo profissional TDT com *ranking* 177,88, seguido do assistente operacional com *ranking* de 177,63, depois enfermeiro com *ranking* de 149,67 e o do médico com *ranking* 126,35.

O grupo profissional TDT seguido do de assistente operacional é o que considera mais positivamente que a Direção do Hospital se preocupa com as questões de segurança do doente, que proporciona um ambiente de trabalho promotor da segurança e que esta é uma prioridade.

O grupo médico seguido dos enfermeiros é o que considera que a Direção do Hospital parece não ter como prioridade a segurança do doente e apenas se preocupa com esta quando acontece alguma adversidade.

Relativamente ao grau de segurança geral percecionado, o grupo profissional médico é o que apresenta valor mais elevado com *ranking* de 182,50, seguido dos enfermeiros com *ranking* 155,27, depois assistentes operacionais com *ranking* 151,77 e por último o grupo TDT com *ranking* 111,26.

Relativamente ao “Número de eventos/ocorrências notificadas”, o grupo profissional que apresenta valor mais elevado é o de enfermeiro com *ranking* de 163,71, seguido do TDT com *ranking* de 150,86, depois o do médico com *ranking* de 133,71 e o do assistente operacional com *ranking* de 126,31.

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Tabela 19 – Resultados da cultura de segurança consoante o grupo profissional

Diferenças por grupo profissional, nas respostas positivas às dimensões do questionário de cultura de segurança – <i>Kruskal Wallis Teste</i>					
Variáveis relacionadas com os domínios de segurança ao nível dos serviços/unidades					
Dimensões	Médico (<i>ranking</i>)	Enfermeiro (<i>ranking</i>)	TDT (<i>ranking</i>)	AO (<i>ranking</i>)	x ² kruskal wallis p significância
Trabalho em equipa	155,21	160,82	148,77	158,62	x ² =4,660 p =0,459
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	131,56	161,63	133,85	191,92	x ² =11,568 p =0,041
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	141,88	155,85	159,58	175,54	x ² =3,147 p =0,677
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	139,08	158,98	145,91	189,56	x ² =8,015 p =0,155
Abertura na comunicação	153,68	157,07	145,33	172,44	x ² =2,606 p =0,760
Dotação de profissionais	137,26	145,59	175,48	208,81	x ² =16,208 p =0,006
Resposta ao erro não punitiva	279,67	142,80	147,39	163,55	x ² =16,407 p =0,006
Variáveis relacionadas com os domínios de segurança ao nível do hospital					
Dimensões	Médico (<i>ranking</i>)	Enfermeiro (<i>ranking</i>)	TDT (<i>ranking</i>)	AO (<i>rankin</i> <i>g</i>)	x ² kruskal wallis p significância
Apoio à segurança do doente pela gestão	126,35	149,67	177,88	177,63	x ² =12,406 p =0,030
Trabalho entre unidades	141,46	151,88	179,52	159,54	x ² =4,341 p =0,501
Transições	144,79	161,35	137,82	135,61	x ² =4,579 p =0,469
Variáveis de resultado da cultura de segurança					
Dimensão	Médico (<i>ranking</i>)	Enfermeiro (<i>ranking</i>)	TDT (<i>ranking</i>)	AO (<i>rankin</i> <i>g</i>)	x ² kruskal wallis p significância
Frequência da notificação de eventos	154,92	146,13	181,29	182,67	x ² =10,613 p =0,060
Perceções gerais sobre a segurança do doente	147,32	151,82	185,12	164,88	x ² =5,928 p =0,313
Grau de segurança	182,50	155,27	111,26	151,77	x ² =15,426 p =0,009
Número de eventos/ocorrências notificadas	133,71	163,71	150,86	126, 31	x ² =12,444 p =0,029

2.6. ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE CONSOANTE OS ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Hipótese 3: A cultura de segurança é mais forte nos profissionais com mais anos de experiência profissional;

Para analisar se a cultura de segurança do doente é mais forte nos profissionais com mais anos de experiência profissional (medida pelos anos de experiência na instituição), utilizou-se o teste *Kruskal Wallis* e adotou-se como estatisticamente significativos resultados com valores $p \leq 0,05$.

Ao analisar as dimensões da cultura de segurança nos diferentes tempos de experiência na instituição, podemos verificar que não existe nenhuma dimensão com significância estatística (tabela 20).

A hipótese 3 de que a cultura de segurança é mais forte nos profissionais com mais anos de serviço não é estatisticamente significativa.

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Tabela 20 – Resultados da cultura de segurança por tempo de experiência na instituição

Diferenças por experiência na instituição, nas respostas positivas às dimensões do questionário de cultura de segurança – <i>Kruskal Wallis Teste</i>							
Variáveis relacionadas com os domínios de segurança ao nível dos serviços/unidades							
Dimensões	6 a 11 meses (<i>ranking</i>)	1 a 2 anos (<i>ranking</i>)	3 a 7 anos (<i>ranking</i>)	8 a 12 anos (<i>ranking</i>)	13 a 20 anos (<i>ranking</i>)	≥21 anos (<i>ranking</i>)	x ² kruskal wallis p significância
Trabalho em equipa	91,33	101,30	155,78	148,40	159,42	169,90	x ² =8,388 p =0,136
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	243,17	168,95	150,93	160,82	158,61	145,40	x ² =4,745 p =0,448
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	96,83	110,15	157,85	156,51	159,60	156,84	x ² =4,232 p =0,517
Feedback e comunicação acerca do erro	136,67	116,90	158,43	146,12	163,48	162,21	x ² =4,057 p =0,541
Abertura na comunicação	196,50	153,25	149,43	151,29	151,50	168,66	x ² =2,932 p =0,710
Dotação de profissionais	176,33	127,35	138,21	166,42	154,95	163,11	x ² =5,700 p =0,337
Resposta ao erro não punitiva	279,67	142,80	147,39	163,55	141,29	163,90	x ² =9,930 p =0,077
Variáveis relacionadas com os domínios de segurança ao nível do hospital							
Dimensões	6 a 11 meses (<i>ranking</i>)	1 a 2 anos (<i>ranking</i>)	3 a 7 anos (<i>ranking</i>)	8 a 12 anos (<i>ranking</i>)	13 a 20 anos (<i>ranking</i>)	≥21 anos (<i>ranking</i>)	x ² kruskal wallis p significância
Apoio à segurança do doente pela gestão	152,67	110,55	157,16	154,93	153,04	163,11	x ² =3,221 p =0,666
Trabalho entre unidades	168,67	133,90	163,51	150,35	151,41	159,93	x ² =1,844 p =0,870
Transições	141,33	142,55	157,21	158,33	157,25	158,34	x ² =0,502 p =0,992
Variáveis de resultado da cultura de segurança							
Dimensão	6 a 11 meses (<i>ranking</i>)	1 a 2 anos (<i>ranking</i>)	3 a 7 anos (<i>ranking</i>)	8 a 12 anos (<i>ranking</i>)	13 a 20 anos (<i>ranking</i>)	≥21 anos (<i>ranking</i>)	x ² kruskal wallis p significância
Frequência da notificação de eventos	89,17	152,90	159,49	148,62	144,79	172,70	x ² =6,255 p =0,282
Perceções gerais sobre a segurança do doente	197,00	119,70	170,31	152,68	152,65	150,24	x ² =4,651 p =0,460
Grau de segurança	282,50	175,20	153,73	160,39	157,66	141,60	x ² =10,058 p =,074
Número de eventos/ocorrências notificadas	153,33	125,15	136,20	159,55	170,57	159,75	x ² =10,020 p =0,075

2.7. ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE CONSOANTE SERVIÇO (NÃO) CERTIFICADO/ACREDITADO

Hipótese 4: A cultura de segurança é mais forte nos serviços certificados/acreditados.

Para analisar se a cultura de segurança do doente é mais forte nos serviços certificados/acreditados utilizou-se o teste *Mann-Whitney*, que possibilita verificar a igualdade de comportamento de dois grupos e adotou-se como estatisticamente significativos resultados com valores $p \leq 0,05$.

Ao analisar a cultura de segurança nos serviços (não) certificados/acreditados podemos verificar que existe diferença estatisticamente significativa para as dimensões “Frequência da notificação de eventos” ($p=0,040$) e “Percepções gerais sobre a segurança do doente” ($p=0,016$), conforme se pode visualizar na tabela 21.

Os profissionais que trabalham em serviços certificados/acreditados apresentam uma cultura de segurança mais forte na dimensão “Frequência da notificação de eventos” com *ranking* de 169,25 acima de 147,94 e na dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do doente” com *ranking* de 171,86 acima de 146,50.

Tabela 21 – Resultados da cultura de segurança por serviço (não certificado/acreditado)

Diferenças por serviço/unidade (não) acreditada, nas respostas positivas às dimensões do questionário de cultura de segurança – <i>Mann-Whitney U Teste</i>			
Variáveis relacionadas com os domínios de segurança ao nível dos serviços/unidades			
Dimensões	Serviço/unidade acreditada/certificada	Serviço/unidade não acreditada/certificada	<i>Mann-Whitney U</i> p significância
Trabalho em equipa	164,98	150,29	9957,500 p =0,151
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	164,10	150,77	10054,000 p =0,203
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	165,75	149,87	9873,000 p =0,128
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	162,50	151,65	10229,500 p =0,301
Abertura na comunicação	159,86	153,10	10520,500 p =0,520
Dotação de profissionais	160,50	152,75	10450,000 p =0,462
Resposta ao erro não punitiva	162,98	151,39	10177,500 p =0,267
Variáveis relacionadas com os domínios de segurança ao nível do hospital			
Dimensões	Serviço/unidade acreditada/certificada	Serviço/unidade não acreditada/certificada	<i>Mann-Whitney U</i> p significância
Apoio à segurança do doente pela gestão	165,02	150,26	9952,500 p =0,159
Trabalho entre unidades	158,61	153,79	10657,500 p =0,647
Transições	154,40	156,11	10878,500 p =0,870
Variáveis de resultado da cultura de segurança			
Dimensão	Serviço/unidade acreditada/certificada	Serviço/unidade não acreditada/certificada	<i>Mann-Whitney U</i> p significância
Frequência da notificação de eventos	169,25	147,94	9488,000 p =0,040
Perceções gerais sobre a segurança do doente	171,86	146,50	9200,000 p =0,016
Grau de segurança	147,01	160,17	10066,000 p =0,181
Número de eventos/ocorrências notificadas	151,21	157,86	10528,500 p =0,444

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo foi realizado numa instituição que apresentava, à data de entrega do questionário, 1846 profissionais, destes, 310 (16,8%) aderiram participar. Esta percentagem é ligeiramente superior à encontrada no estudo de Eiras *et al* (2011) que apresentou uma taxa de adesão de 11,13%.

Os profissionais que mais aderiram a colaborar no estudo, 28,2% do universo de 666 elementos foram os enfermeiros, com frequência 188 (60,6% da amostra), na verdade, são o grupo profissional mais numeroso nos hospitais e os que apresentam maior contato funcional com os doentes porque asseguram a prestação de cuidados 24 horas por dia. O grupo profissional médico aderiu com uma percentagem de 25% (36 dos 144 elementos), o grupo profissional técnico diagnóstico e terapêutica aderiu com percentagem de 24,3% (33 dos 136 elementos). O grupo assistente operacional comparativamente com os outros teve uma percentagem significativamente inferior de participação com 4,8% (26 dos 536 elementos).

O **grau de segurança do doente** é percebido pela maioria dos respondentes 41% como aceitável à semelhança dos estudos de Eiras *et al* (2011) e de Peralta (2012) com 42%, contudo, o estudo de Sorra *et al* (2012) apresenta 45% com perceção muito boa e 30% excelente. De salientar também o estudo de Peralta (2012) com percentagem de 52% a considerar o grau de segurança muito bom. A instituição em estudo apresenta uma percentagem de 18% dos respondentes a considerar fraco e muito fraco o grau de segurança do doente o que comparativamente com os outros estudos transmite algum grau de preocupação.

A grande maioria dos respondentes 213 (69%) não **notificou qualquer evento ou ocorrência nos últimos 12 meses** à semelhança do estudo de Peralta (2012) também com 69%. Percentagens igualmente superiores são verificadas nos estudos de Eiras *et al* (2011) com 73% e no de Sorra *et al* (2012) com 55%. No presente estudo notificaram 1 a 2 eventos / ocorrências 21% dos respondentes (65), 3 a 5 eventos /ocorrências 7% dos respondentes (20) e 6 a 10 eventos / ocorrências 3% dos respondentes (10). De referir que apenas 1% (2) notificaram

21 ou mais relatórios de eventos / ocorrências nos últimos 12 meses à semelhança dos outros estudos.

As dimensões “Resposta ao erro não punitiva”, “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Frequência da notificação” apresentam os piores resultados (< 30% de resposta positiva), pelo que corrobora com a subnotificação anteriormente referida e constituem prioridade emergente em termos de oportunidades de melhoria.

A dimensão “**Resposta ao erro não punitiva**” é a que apresenta menor resultado positivo neste estudo com 21,2% e comparativamente com os outros, apenas se aproxima do de Peralta (2012) com 23%, uma vez que o de Sorra *et al* (2004) apresenta 43%, o de Sorra *et al* (2012) 45%, o de Saturno *et al* (2008) e de Zenewton *et al* (2012) 53% e o de Eiras *et al* (2011) 41%.

Os profissionais, de fato, preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal, sentem que quando notificam estão a ser alvo de atenção e não o problema em si e de que os erros são utilizados contra eles pelo que, a resposta ao erro não punitiva, deve ser foco de atenção prioritário para a melhoria na cultura de segurança do doente.

A análise de eventos adversos deve ser realizada de forma que, segundo Fragata (2006), quando personalizada, não dê início a um ciclo de medo e de fuga por receio de represálias, será mais fácil avaliar performance, desempenho geral do que incidir sobre “*outliers*” (indivíduos fora dos limites aceitáveis).

Desta forma, podemos assumir que é fundamental adquirir o hábito de notificar, sem receio de culpa, todas as ocorrências fora do esperado, para que sejam analisadas e identificadas trajetórias de erro ou violação de regras, que uma vez corrigidas a tempo podem evitar um grande desastre. A cultura de segurança assenta no reportar voluntário de todo e qualquer incidente por insignificante que pareça e sobretudo no fato dessa declaração não implicar punição ou censura do indivíduo.

Com a dimensão **frequência da notificação de eventos** a apresentar média positiva de 28% (o terceiro valor mais baixo) á semelhança do estudo de Peralta (2012) também com 28% podemos concluir que apesar do estudo Eiras *et al* (2011) com média positiva de 44% e o de Zewenon *et al* (2012) com 45%, a subnotificação dos eventos adversos ocorridos continua a ser uma realidade em outros hospitais e países (quadro 1).

Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para a importância da notificação de erros porque se forem conhecidos podemos identificar as causas e as falhas ocorridas, através da RCA, com o propósito de implementar estratégias de ação e correção que visem em situações seguintes e similares a redução ou eliminação do erro (Sousa *et al.*, 2011)

O registo de incidentes e eventos adversos poderá ter implicações legais, pelo que existe receio por parte dos profissionais de saúde em registar eventos principalmente os que possam resultar das suas ações ou omissões, e que encerram maior juízo de culpa individual (Bruno, 2009).

Tendo os profissionais consciência de que essa culpa poderá vir a ser apreciada em ações judiciais, ou disciplinares, parece ir ao encontro do receio em registar eventos adversos. A existência de legislação protetora aumentaria bastante a percentagem destes registos.

Países como Austrália, Dinamarca e Reino Unido optaram por garantir a confidencialidade registada pelos profissionais de saúde, bem como os dados resultantes da análise desses incidentes. Os referidos países apresentam legislação que protege legalmente os profissionais de saúde da divulgação das informações objeto dos registos, salvo situações excecionais, aí previstas, por exemplo, crimes dolosos.

Um sistema de notificação com proteção legal que garanta a análise e a informação de retorno em tempo útil á semelhança também dos países referidos acima é fundamental (quadro 7).

A análise às observações realizadas pelos respondentes na questão aberta ressalva-se a percepção dos mesmos para a falta de retorno do que é notificado, isto é, não há *feedback* das notificações. Acresce também que a subnotificação deve-se à carga de trabalho excessiva que não cria oportunidade em tempo útil para a notificação (anexo III).

A proteção legal pode efetivamente encorajar os profissionais a registarem os incidentes e eventos adversos, que de outro modo teriam receio de fazer, temendo consequências legais e/ou disciplinares e esta conclusão é comum à maior parte da literatura sobre a segurança do doente. A instituição em estudo deveria adotar princípios organizacionais, no sentido de melhor sensibilização e consciencialização da problemática, para uma cultura de relato do erro, flexível, de justiça e de aprendizagem. Para tal, deverá dispor de tempo para a construção e consolidação da cultura. O resultado positivo de 64% na frequência de notificação no estudo de Sorra *et al* (2012) deve-se provavelmente a um grande trabalho de sensibilização, com algum tempo de evolução, uma vez que o primeiro estudo realizados pelos autores remonta a 2004.

Em relação à dimensão “**Apoio à segurança do doente pela gestão**” (o segundo pior valor), obteve-se uma média positiva de 24%, onde os três itens que constituem a dimensão se situam entre os 23 e 24%. As ações da Direção do Hospital são percecionadas pela esmagadora maioria dos respondentes como não promotoras da segurança do doente. Ao analisar estudos semelhantes, apenas o de Saturno *et al* (2008) apresenta valor mais aproximado com 25%. Os outros estudos, apresentam todos valores muito superiores, o de Sorra *et al* (2004) apresenta 60%, o de Eiras *et al.*(2011) 48%, o de Peralta (2012) 51% e o de Sorra *et al* (2012) 73%.

O Centro Hospitalar α em estudo, como referido anteriormente, nos últimos 18 meses tem sido alvo de profundas reestruturações com encerramento de valências e transferência de serviços e capital humano entre unidades, pelo que, de momento, e tendo em conta a conjuntura económica do país, o profissional e

potencial doente percebe estas reformas como conducentes a cuidados mais distantes do domicílio, com mais custos associados e com menos qualidade.

A organização como um todo dinâmico assume um papel relevante na performance e na segurança hospitalar, como tal, duas vertentes devem ser privilegiadas que é a eficiência organizacional e a segurança. Para a organização obter prestações corretas e atingir os objetivos, os profissionais são essenciais, e esta verdade é tantas vezes descorada e desvalorizada, sem eles a organização não sobrevive (Fragata, 2006).

As dimensões “Transições”, “Dotação de profissionais” e “Trabalho entre unidades” constituem prioridade muito urgente em termos de oportunidade de melhoria porque os seus resultados positivos se situam nos 35%.

A dimensão “**Trabalho entre unidades**” apresenta uma percentagem positiva de 35%, também a mais baixa comparativamente com outros estudos. O estudo de Sorra *et al* (2004) com 53%, o de Sorra *et al* (2012) com 59%, o de Saturno *et al* (2008) com 42%, o de Zewenon *et al* (2012) com 41%, o de Eiras *et al* (2011) com 51% e o de Peralta (2012) com 47%.

De considerar que, o trabalho entre unidades neste estudo, se reporta a três unidades que distam uma média de 30 quilómetros per si e, quando é pedido ao profissional para colaborar com outros serviços de outras unidades é condição para gerar alguns constrangimentos pela distância e custos associados e pela diferença de fluxo de trabalho entre serviços.

A dimensão “**Transições**” apresenta uma percentagem positiva também de 35%, com especial relevo para o item “É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno” com 25,2% e o item “As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente” com 21,9%. Esta dimensão deve ser considerada uma oportunidade de melhoria muito urgente, porque a informação transmitida nas passagens de turno e aquando transferência de doentes entre serviços é fundamental para a continuidade de cuidados efetiva. Os resultados obtidos são de facto inferiores a todos os outros

estudos, o de Sorra *et al* (2004) com 45%, o de Sorra *et al* (2012) com 46%, o de Saturno *et al* (2008) com 54%, o de Zenewton *et al* (2012) com 51%, o de Eiras *et al* (2011) com 59%, e o de Peralta (2012) com 55%.

Qualidade em Saúde é também qualidade na interação e comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelos cuidados, e por isso, segurança do doente. A este respeito, considera-se por um lado, a comunicação no momento específico de *handover* (passagem de turno) e, por outro lado, a comunicação mais alargada intra e inter equipas de saúde.

Segundo a JCAHO (2005), *handover* é um processo de passagem de informação entre os profissionais de saúde que tem como missão a continuidade e segurança dos cuidados. É uma interação importante que implica um processo de comunicação entre os profissionais, assim como a transferência de responsabilidade do cuidado, que acontece num sistema organizacional e cultural complexo.

A complexidade do tipo de informação a ser transmitida, os meios de comunicação adotados, e as características dos vários cuidadores tem impacto na efetividade e eficiência do *handover* e, conseqüentemente na segurança do doente. O aumento da qualidade dos *handover* tem sido associado a melhor qualidade dos serviços, à diminuição de erros e à diminuição da mortalidade (Santos *et al*, 2010).

A dimensão “**Dotação de profissionais**” apresenta igualmente média positiva de 35%, média inferior com 28% é verificada nos estudos de Saturno *et al* (2008) e Zenewton *et al* (2012) e superior no estudo de Sorra *et al* (2004) com 50%, o de Sorra *et al* (2012) com 57%, o de Eiras *et al* (2011) com 47%, e o de Peralta (2012) com 39%. Os profissionais percebem que não existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido, trabalham mais horas do que seria de esperar, dispõem de mais profissionais temporários do que o desejável e trabalham tentando fazer muito, demasiado depressa.

Alguns eventos adversos decorrem de práticas de trabalho com muitas horas seguidas e da falta de sono. A redução do número de horas de trabalho seguido surge assim como uma medida essencial para a segurança do doente (Fragata, 2006).

A fadiga está hoje identificada como um importante fator de risco na prestação de cuidados, e para tal, o líder apresenta também um importante papel ao dissuadir jornadas contínuas e prolongadas

Outro fator que dificulta a segurança é a pressão de trabalho que os profissionais sofrem. A grande carga de trabalho e as novas tecnologias, desconhecidas para os profissionais atuam como se fosse uma diminuição de recursos humanos (Ques *et al*, 2010).

As dotações seguras significam, estar disponível em todas as alturas uma quantidade de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de risco. Nos EUA, 98000 pessoas morreram a cada ano devido a erros médicos que ocorrem nos hospitais (número superior ao das mortes devido a acidentes rodoviários, cancro da mama ou SIDA), sendo as dotações inseguras e as cargas laborais pesadas os principais fatores que para tal contribuíram. Um menor número de enfermeiros durante a noite está associado a um risco aumentado de complicações pulmonares específicas no pós-operatório, maiores taxas de quedas e o nível mais baixo de satisfação dos doentes relativamente ao tratamento da dor (ICN, 2006).

As dimensões “Perceções gerais sobre segurança do doente”, “Abertura na comunicação” e “*Feedback* e comunicação” constituem prioridade urgente em termos de oportunidade de melhoria porque apresenta valores inferiores a 50%.

A dimensão “**Perceções gerais sobre a segurança do doente**” apresentou média positiva de 44%, pelo que é inferior à do estudo de Eiras *et al* (2011) com 59%, ao de Peralta (2012) que obteve 51%, ao de Zewnton *et al* (2012) com

49% e Sorra *et al* (2012) com 67%. No que se refere ao item sobre os procedimentos e sistemas eficazes na prevenção do erro obteve percentagem positiva de 45,2%. Percentagem semelhante, 45,5%, para a deteção de problemas com a segurança do doente e 33,9% para o item “Nunca se sacrifica a segurança do doente por haver mais trabalho”, o que corrobora com as observações registadas na questão aberta onde existem 10 registos que referem que a sobrecarga de trabalho coloca em risco a segurança do doente e 3 registos de que só por sorte e porque os profissionais fazem o possível e impossível é que erros mais graves não acontecem.

A atribuição de mais um doente por enfermeiro, com uma carga de quatro doentes, estava associada um aumento de 7% na probabilidade de morte no intervalo de 30 dias após a admissão e o aumento de 7% na probabilidade de insucesso no salvamento (ICN, 2006).

A dimensão “**Abertura na comunicação**” apresenta uma média positiva de 44%, também inferior a todos os estudos já referenciados, o estudo de Sorra *et al* (2004) com 61%, o de Sorra *et al* (2012) com 62%, o de Saturno *et al* (2008) com 48%, o de Zewenon *et al* (2012) com 49%, o de Eiras *et al* (2011) com 52%, e o de Peralta (2012) com 58%. Os itens “Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo” foi avaliado positivamente por 45,5% e o item “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos” por 31%, revelando que não existe abertura na comunicação. A comunicação assertiva tem oportunidade de melhoria, porém, 55,5% “fala livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com os doentes”.

A comunicação é a mais-valia essencial de qualquer equipa, esta acontece entre os pares, do líder para os membros da equipa e destes para o líder. A comunicação deverá existir preferencialmente sem barreiras, barreiras que a hierarquia piramidal favorece, e sempre exercida numa atitude de cooperação, sem retrações ou receios de culpa. As eventuais barreiras de relacionamento e os atritos interpessoais, não deverão obstar à fluidez da comunicação, esta deve

existir sempre no seio da equipa e é da responsabilidade também do líder uma atitude dirigida para que ela se mantenha sempre ativa. Se é certo que um ambiente aberto favorece a comunicação, será fundamental a existência de uma linguagem simples que todos percebam e com definições adequadas, para que as mensagens passem. Os meios de comunicação, a disponibilidade da informação “*online*”, a ilustração gráfica adequada, facilitarão o fluxo e a troca de informações dentro de qualquer equipa. A comunicação é tão importante para o funcionamento de qualquer grupo quanto o é para a promoção da segurança, pela evicção de erros (Fragata, 2006).

A dimensão “**Comunicação e *feedback* acerca do erro**” apresenta avaliação média positiva de 47%, superior aos estudos de Saturno *et al* (2008) com 44%, e o de Zewenon *et al* (2012) com 43% mas inferior aos estudos de Sorra *et al* (2004) com 52%, o de Eiras *et al* (2011) com 54%, o de Sorra *et al* (2012) com 65%, e o de Peralta (2012) com 62%. De salientar que o item “Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a acontecer” com 57,1% revela que, como o trabalho em equipa é positivo, formas desta analisar os erros para que não voltem a acontecer é para a maioria uma realidade. Porém não se observa que haja *feedback*, ou seja, os itens “Somos informados acerca dos erros que ocorrem neste serviço/unidade” com 46,8% e “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências” com 38,1% reflete que não existe retorno ou *feedback* do que é relatado.

A hierarquia resultante de uma cultura profissional e institucional pode constituir-se como barreira comunicacional, hoje identificada como facilitadora do erro, na medida em que o *feedback* a um procedimento incorreto e a proposta de alternativas mais eficazes não são verbalizados, impedindo uma correção atempada (Santos *et al*, 2010).

A comunicação é uma mais-valia fundamental a todo o sistema com boa *performance*, sendo ainda o elo que cimenta o relacionamento em equipa. As

organizações deveriam dedicar muito mais importância à comunicação e *feedback* no ambiente de trabalho.

As dimensões que foram melhor pontuadas, “Trabalho em equipa”, Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente” e “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, ainda assim, não consideradas fortalezas, porque, de acordo com a AHRQ teriam de ter 75% de respostas positivas, são pontos fortes na instituição, com potencial para virem a constituir-se como fortalezas.

A dimensão “**Trabalho em equipa**” é a que apresenta melhor avaliação positiva, com 68,1%, revelando-se um ponto forte na organização hospitalar. Os dois itens mais pontuados foram “Neste serviço, os profissionais entreadjudam-se”, com 79,4% e “Quando é necessário efetuar um grande volume de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” com 71,6%. Porém, mesmo sendo a dimensão com melhor avaliação positiva neste estudo, apresenta valor mais baixo do que o estudo de Sorra *et al* (2004) com 74%, o de Saturno *et al* (2008) com 72%, o de Eiras *et al* (2011) com 73%, o de Zewenon *et al* (2012) com 74%, o de Sorra *et al* (2012) com 80%, e o de Peralta (2012) com 73%.

Praticamente todas as atividades realizadas nas organizações de saúde são desenvolvidas no seio das equipas. O nível do trabalho produzido depende hoje não só da excelência dos profissionais envolvidos, como do modo como conseguem trabalhar em equipa e não menos, o modo como esta equipa é liderada (Fragata, 2006).

A dimensão “**Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente**”, apresenta o segundo melhor valor positivo com 58%, especial relevo para o item “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente” com 72,3%. Este resultado evidencia o reconhecimento que os profissionais têm pelo papel do seu superior hierárquico na promoção da segurança do doente. Esta dimensão teve uma avaliação média positiva maior nos outros estudos, o de Sorra *et al* (2004) com

71%, o de Saturno *et al* (2008) com 62%, o de Eiras *et al* (2011) com 62%, o de Zenewton *et al* (2012) com 63%, o de Sorra *et al* (2012) com 75% e o de Peralta (2012) com 64%.

O papel do líder na organização, que necessariamente terá de existir, é o de dinamizar este grupo, potenciando o que de melhor exista em cada membro em termos de características pessoais e técnicas, num resultado final que traduza mais do que a simples somas dos contributos de cada indivíduo isoladamente. Uma liderança correta adicionará assim valor à simples adição das partes, e uma das componentes de uma liderança correta será certamente uma boa gestão de hierarquias. Esta compatibilizará a orientação do líder, enquanto permitirá em simultâneo, “hierarquias planas” traduzidas na capacidade de tomar em conta os “*inputs*” dos mais novos e de outros estratos profissionais técnicos (Fragata, 2006).

A liderança é uma componente muito determinante na *performance* da equipa e dela depende a capacidade da equipa em evoluir, mudar e aprender com os erros no sentido de promoção da segurança do doente. O líder estabelece a visão futurista, a direção do presente e o tom da organização.

A dimensão “**Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua**” é a que apresenta o terceiro melhor valor de avaliação positivo com 55%. O item “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente” apresenta 62,3% e o item “Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente” com 61,3% refletem a preocupação da equipa na procura contínua de soluções para as dificuldades encontradas na prestação de cuidados ao doente. Valor semelhante, mas ainda assim inferior, é encontrado nos estudos realizados em Espanha por Saturno *et al.* (2008) e Zenewton *et al.* (2012) com 54%. Os estudos nos EUA realizados por Sorra *et al.* (2004) e Sorra *et al.* (2012) apresentam 71% e 73% respetivamente e em Portugal o estudo de Eiras *et al.* (2011) e o de Peralta (2012) apresentam 68% e 71% respetivamente.

O treino em equipa pressupõe uma atmosfera de aprendizagem baseada numa boa comunicação que vença as barreiras naturais que se opõem sempre à discussão e ao diálogo com amortecimento de diferenças. Pela aprendizagem a equipa adquirirá a capacidade de mudar, inovar e evoluir (Fragata, 2006).

Relativamente à hipótese, a cultura de segurança difere entre as três unidades hospitalares do Centro Hospitalar α , verificamos que a unidade 2 é a que na dimensão “Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua” percebe maior cultura de segurança do doente e a unidade 1 percebe maior cultura de segurança na dimensão “Grau de segurança do doente”.

A unidade 2, no que se refere ao fato de, todos os profissionais trabalharem ativamente para que as alterações sejam no sentido da melhoria da segurança do doente e que os erros gerem mudanças positivas, sobrepõe-se às outras duas unidades.

Ao analisar a hipótese da cultura de segurança ser diferente consoante o grupo profissional (médico, enfermeiro, técnico diagnóstico e terapêutica e assistente operacional) verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa nessa cultura em seis das dimensões analisadas. Os médicos destacam-se dos restantes grupos profissionais com uma perceção mais positiva da segurança do doente nas dimensões “Resposta ao erro não punitiva” e “Grau de segurança do doente”. Os enfermeiros destacam-se dos restantes grupos profissionais com uma perceção mais positiva no “Número de eventos/ocorrências notificadas”. Os TDT destacam-se dos restantes grupos profissionais com uma perceção mais positiva na dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”. O grupo assistente operacional destaca-se dos restantes grupos profissionais com uma perceção mais positiva nas dimensões “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” e “Dotação de profissionais”.

A hipótese de que a cultura de segurança é mais forte nos profissionais com mais anos de serviço não é estatisticamente significativa.

Ao analisar a hipótese da cultura de segurança ser mais forte nos serviços certificados/acreditados podemos verificar que os profissionais que trabalham em serviços certificados/acreditados apresentam uma cultura de segurança mais forte nas dimensões “Frequência da notificação de eventos” e “Percepções gerais sobre a segurança do doente”.

Os serviços certificados/acreditados apresentam procedimentos e sistemas percebidos como eficazes na prevenção dos erros, existe menos probabilidade de problemas com a segurança do doente e esta nunca é sacrificada por haver mais trabalho, o que corrobora com o que a literatura enuncia relativamente ao assunto.

A maioria dos respondentes situa-se na idade de 45 e mais anos com 99 elementos (31,9%) seguida da 30-34 anos com 82 (26,5%), sendo que 73% (226) exerce funções na instituição há mais de 8 anos, tempo considerado razoável para os profissionais estarem embebidos da cultura organizacional. Segundo Pina (2003), esta idade corresponde na fase de evolução dos grupos à 3ª, que é de cooperação (o clima é de plena confiança, os conflitos e atritos pessoais são ultrapassados, começa a haver maior aceitação entre os membros e realiza-se o “*brainstorming*”) ou 4ª que é de eficiência (onde existe um certo grau de maturidade no grupo, este orienta-se decididamente para o trabalho, sabe organizar-se e ser flexível, de forma a assegurar maior eficiência e produtividade, consegue auto regular-se e alcançar o seu nível máximo de eficácia). Considerando o referido, compreende-se que o ponto forte desta instituição seja o “Trabalho em equipa” e que, devido à maturidade na idade os pontos fracos se apresentem na “Frequência de notificação” e “Resposta ao erro não punitiva”, corroborado por 10 registos na questão aberta: “existe lacuna do conhecimento sobre segurança do doente”. Considerando que este é um tema recente, os profissionais desconhecem-no. Acresce ainda, o facto de que, a dimensão que se revelou com significância estatística na diferença de cultura nas três unidades foi a “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” na unidade 2, a unidade que apresenta profissionais com idades mais jovens.

CONCLUSÃO

A cultura de segurança do doente, percecionada pelos profissionais da instituição em estudo, apresenta pontos fortes e oportunidades de melhoria com diferentes graus de prioridade. Os pontos fortes identificados são as dimensões “Trabalho em equipa” com 68%, “Expectativas do supervisor / gestor e ações que promovam a segurança do doente” com 58% e “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” com 55%, contudo, carecem de intervenção para se constituírem fortalezas, uma vez que, a AHRQ considera fortalezas dimensões avaliadas com mais de 75%. Os resultados identificados como oportunidades de melhoria com prioridade urgente são as dimensões “Comunicação e *feedback* acerca do erro” com 47% de avaliação positiva, “Perceções gerais sobre segurança do doente” e “Abertura na comunicação” com 44%. As oportunidades de melhoria com prioridade muito urgente são identificadas pelos resultados de 35% de avaliação positiva para as dimensões “Trabalho entre unidades”, “Dotação de profissionais” e “Transições”. No que respeita a resultados que apontam para oportunidades de melhoria com prioridade emergente de intervenção, devido aos mais baixos valores de avaliação, ressalvam-se as dimensões “Frequência da notificação” com 28%, “Apoio à segurança do doente pela gestão” com 24% e “Resposta ao erro não punitiva” com 21%.

A cultura de segurança difere na unidade 2, com maior perceção de segurança na dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” e na unidade 1, com maior perceção para o “Grau de segurança do doente”. A cultura de segurança difere em seis das catorze dimensões consoante o grupo profissional. Para os médicos existe maior perceção de cultura de segurança nas dimensões “Resposta ao erro não punitiva” e “Grau de segurança do doente”. Os enfermeiros na dimensão “Número de eventos/ocorrências notificadas”. Os TDT na dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”. O grupo assistente operacional nas dimensões “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” e “Dotação de profissionais”. A hipótese de que a cultura de segurança é mais forte nos profissionais com mais anos de serviço não é estatisticamente significativa. Ao analisar a cultura de segurança nos serviços

(não) certificados/acreditados podemos verificar que existe diferença estatisticamente significativa para as dimensões “Frequência da notificação de eventos” e “Percepções gerais sobre a segurança do doente”.

Os resultados obtidos sugerem algumas medidas a implementar para melhorar a cultura de segurança da instituição em estudo. A frequência de notificação muito baixa, o receio da resposta punitiva ao erro e percepção dos profissionais de que a Direção do Hospital não implementa ações que promovam a segurança do doente sugerem o desenvolvimento de uma política para a segurança do doente que preconize a criação de uma cultura institucional de reporte dos eventos adversos, justa, flexível e de aprendizagem. Esta cultura de segurança promove a notificação voluntária de todo e qualquer incidente por insignificante que pareça, para que seja analisado e identificadas trajetórias de erro ou violação de regras, que, uma vez corrigidas a tempo, podem evitar um acidente. Esta cultura de constante reporte deve fazer-se num ambiente isento de punição ou censura do profissional, para tal, deve existir um sistema de notificação com proteção legal e que garanta a análise e a informação de retorno em tempo útil. O fomento da notificação deve fazer-se em duas frentes, para o profissional e para o doente. Quanto mais eficaz for o sistema de reporte, mais situações se relatam e analisam e menor será a probabilidade dos erros ou falhas se voltarem a repetir. As transições, comunicação e *Feedback* acerca do erro e abertura na comunicação apresentam resultados que sugerem melhorias, nomeadamente porque a comunicação entre profissionais, no momento específico de *handover* (passagem de turno) e na comunicação mais alargada intra e inter equipas de saúde é responsável pela segurança do doente. A instituição deveria promover o desenvolvimento de competências / técnicas de comunicação entre profissionais, doentes e familiares. A taxa de adesão de 16,8% à participação do estudo, também sugere um fraco envolvimento dos profissionais e das organizações face às questões de segurança do doente, pelo que, a realização de formação contínua e ações de sensibilização a todos os profissionais sobre segurança do doente, gestão do risco, trabalho em equipa, liderança e comunicação assertiva seria importante. A instituição deve também gerir a dotação de profissionais por serviço tendo em atenção os limites mínimos que contribuem para a segurança do

doente. As sugestões constam um desafio para a instituição em estudo na medida em que deve estar na disposição para assumir a liderança em segurança tendo como elementos imprescindíveis a formação, a pesquisa, a prática baseada na evidência e a ideia de que a segurança do doente é a segurança de todos nós.

O presente estudo contribuiu para o processo de aprendizagem individual pelo desenvolvimento de competências e capacidades na área da investigação, e constituiu uma mais-valia, com adição de valor para a instituição, uma vez que, identificou oportunidades de melhoria para a segurança do doente. As limitações identificadas foram o número reduzido de participantes e futuramente, a repetir o estudo teria como população alvo, os profissionais envolvidos diretamente no cuidado ao doente e não todos os profissionais.

A prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e segurança têm implícita uma despesa para o sistema de saúde, contudo os custos diretos e indiretos resultantes dos danos e das consequências das falhas de segurança envolvem custos sociais e económicos muito mais elevados. Uma sugestão interessante para estudos posteriores seria conhecer quais os custos associados à falta de notificação dos eventos adversos ocorridos e erros.

BIBLIOGRAFIA

Antunes, J.L. (1997), *Um modo de ser*, Lisboa, Gradiva, ISBN: 972-662-4991, http://books.google.pt/books/about/Um_modos_de_ser.html?hl=pt-PT&id=0AMKAQAAMAAJ - acedido a 03/11/2012.

Bruno, Paula (2010), *Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal – Erro em Medicina*, Coimbra Editora, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro de Direito Biomédico, ISBN: 978-972-32-1881-7.

Carneiro, Antonio Vaz; Saturno, Pedro; Campos, Luis (2010), *A Qualidade dos cuidados e dos serviços*, Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Carthey, J., et al (2001), *Institutional resilience in health care systems*, Quality in Health Care 2001; 10:29-32, <http://qualitysafety.bmj.com/content/10/1/29.extract> - acedido a 01/12/2012.

Cascão, Rui P. (2005), *A Análise Económica da Responsabilidade Civil Médica*, Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, nº 3, ano 2, ISSN 1646-0359.

Cook, Richard et al (1994), *Operating at the sharp end: the human factors of complex technical work and its implications for patient safety*, <http://www.ctlab.org/documents/2004operating%20at%20the%20sharp%20end.pdf> - acedido a 01/05/2013.

Decreto-Lei nº 218/2005 de 14 de Dezembro, http://www.inac.pt/SiteCollectionDocuments/Comunicacao_Ocorrencia/dl_218_2005.pdf- acedido a 18/06/2013.

Direção Geral de Saúde (2011), *Estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, Relatório Técnico Final*, Lisboa,

Tradução da Divisão de Segurança do Doente, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf - acedido a 01/12/2012.

Donabedian, Avedis (1988), *Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means*, Inquiry, Vol 25, nº1, 173-192, http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1547&page=46 – acedido a 12/12/2012

Eiras, Margarida *et al* (2011), *Estudo piloto de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais Portugueses*, Direcção Geral de Saúde, <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150177AAAAAAAAAAAA> – acedido a 03/11/2013.

Fernandes, António e Queirós, Paulo (2011), *Cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses*, Referência, ISBN:08740282, Vol 3, p 37-48.

Fortin, Marie-Fabienne (2009), *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*, Tradução Nidia Salgueiro, Copyright 2006, Loures: Lusodidata, 581 p., ISBN: 978-989-8075-18-5.

Fragata, José *et al* (2006), *Risco Clínico – complexidade e performance*, Coimbra: Edições Almedina, SA, Depósito legal 242854/06.

Fragata, José e Martins, Luis (2008), *O erro em Medicina – Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*, Coimbra: Edições Almedina, SA, ISBN: 978-972-40-2347-2.

Fragata, José (2011), *Segurança dos doentes – Uma Abordagem Prática*, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda, ISBN: 978-972-757-797-2.

Gaba, D. M. et al (2002), *Fatigue among Clinicians and the Safety of Patients*, New England Journal of Medicine; 347:1249-1255 October 17, 2002 DOI: 10.1056/NEJMsa020846

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa020846> - acedido a 13/12/2012.

Helmreich, R. L., Schaefer, H.-G. (1994), *Team performance in the operating room*. In: Bogner M, ed. Human Error in Medicine. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.

<http://www.raes-hfg.com/reports/18oct00-RAWG-1/culture.pdf> - acedido a 15/12/2012.

Helmreich, R. L., Wilhelm, J. A., Gregorich, S. E., et al (1990) – Preliminary results from evaluation of cockpit resource management training: Performance rating offlight crews. *Aviation, Space, and Environment Medicine*, 61:576-9.

Helmreich et al (2000), *Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys*, *BMJ*. 2000 March 18; 320(7237): 745–749,

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27316/> - acedido a 01/05/2013.

Hemman, Eileen A. (2002), *Creating healthcare cultures of patient safety*, *The Journal of Nursing Administration*, Vol.32, nº7/8, p.419-427.

Institute of Medicine (1990), *A Strategy for Quality Assurance*, National Academy of Sciences, ISBN 0-309-59339-5.

International Council of Nurses (2006), *Dotações seguras salvam vidas – Instrumento de Informação e Acção*, Genebra (Suíça) ISBN:9295040449
http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/599/1/msc_eoslameiras.pdf

Join Commission Internacional (2010), *Padrões de Acreditação da Join Commission Internacional para Hospitais*, 4ª Edição, Tradução: Ana Tereza Miranda, Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, Rio de Janeiro, ISBN: 978-85-61459-07-9.

Joint Commission International. Center for Patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions [Internet]. Oak Brook, IL: Center for Patient Safety. JCI; 2005

<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf> - acedido a 03/07/2013

Lança, Rui (2012), *Como formar equipas de elevado desempenho*, Lisboa: Escolar Editora, ISBN: 978-972-592-338-2.

Leape, L. L. (2002), *Reporting of Adverse Events*, New England Journal of Medicine <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200304033481424> - acedido a 03/11/2012.

Khuri S. (2002), *Quality, Advocacy, Healthcare Policy and the Surgeon*. *Ann Thorac Surg*; 74:641-94, <http://ats.ctsnetjournals.org/cgi/reprint/74/3/641.pdf> - acedido a 12/12/2012.

Kuhn, A. M. e Youngberg, B. J. (2002), *The need for risk management to involve to assure a culture of safety*. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 11(2), ISBN: 1475 3898.

Lei de Proteção de Dados Pessoais nº 67/98 de 26 de Outubro, http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/lei_6798.htm - acedida a 18/06/2013.

Martinez Ques, AA; Hueso Montoro C, Gálvez González G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana*. Maio-junho 2010.

Martins, Luís (2008) “ Organizações de Saúde: por uma Cultura de Fiabilidade” *in* Fragata, José e Martins, Luís (2008), *O Erro em Medicina – Perspetivas do*

indivíduo, da organização e da sociedade, Coimbra: Edições Almedina, SA, ISBN: 978-972-40-2347-2, 213-248.

Maxwell RJ. (1984), *Quality Assessment in Health*, BMJ n°288, p.1470-1472.

Morin, E.(2000), *O Paradigma Perdido: a natureza humana*, Publicações Europa-América, 6ª Edição.

National Patient Safety Agency, NHS (2004), *Seven Steps to Patient Safety – the full reference guide*, second print August 2004, <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&> -
acedido em 23/05/2013.

Nicholls, S e tal (2002), *Clinical Governance: its origins and its foundations*.
Clinical Performance and Quality Health Care.

Norma nº 008/2013 de 15/05/2013 da Direção-Geral da Saúde, <http://www.dgs.pt/?cr=24386> – acedido a 18/06/2013.

O’Leary, D (2000), *Accreditation’s role in reducing medical errors*.
BMJ;320(18):727-28.

http://www.iafc.org/associations/4685/files/fri09_spk082509_A118-A119_0845_Kerwood_Dube_05.pdf - acedido a 08/06/2013

Oliveira, Guilherme (2005), *O fim da arte silenciosa*, 2ª Edição, Coimbra Editora, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro Direito Biométrico, 105-114.

Pestana, Maria Helena e Gageiro, João Nunes (2005), *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*, Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 4ª Edição, ISBN: 972-618-391-x.

Polit, Denise F. e Hungler, Bernadette P. (1995), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, 3ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN: 85 7307 101 x.

Pina, M. Cunha; Rego, A.; Campos, R.; Cabral, C. Cardoso (2003), *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: RH Editora

Reason, James (1990), *Human Error*, New York, Cambridge University Press;

Reason, James (1994), *Human Error in Medicine* – Foreword in Bogner, MS (Ed.), Lawrence Erlbaum Associates, Inc., publishers, p. vii-xv, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/pdf/wjm17200393.pdf> -
acedido a 15/12/2012.

Reason, James (1997), *Managing the risks of organizational accidents*, Ashgate Publishing Limited;

Reason, James (2000), *Human Error: models and management*, BMJ 2000; 320:768-770
http://www.patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/documents/Publikationer/Udenlandske/HumanErrorModelsAndManagement.pdf -
acedido a 15/12/2012.

Reason, James (2000) *Human Error: models and management* [fotografia] http://dc351.4shared.com/doc/vVtlJFsZ/preview.html_22b6162e.gif, JPEG
acedido em 15/12/2012.

Reason, James e Carthey, M. R. de Leval (2001), *Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management*, Quality in Health Care ;10:ii21-ii25., <http://rickduley.webs.com/doc/Reason-VulnerableSystemSyndrome.pdf> -
acedido a 01/05/2013.

Reys, Lesseps Lourenço (2000), *Ética médica*, Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, serie III, Set/Out 305-312,
http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/respon.pdf -
acedido a 22/02/2013.

Reis, Filipa Lopes (2010), *Como elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha*, Lisboa: Pactor, 154 p., ISBN: 978-989-693-000-4.

Ribas, Maria José (2010), *Eventos Adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança*, Revista Portuguesa de Clínica Geral, ISSN: 0870 7103

Santos, Margarida Custódio; Grilo, Ana; Andrade, Graça; Guimarães, Teresa; Gomes, Ana (2010), *Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático 10, p 47-57

<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6-Comunicacao%20em%20saude%20e%20a%20seguranca%20do%20doente.pdf>
acedido a 03/07/2013

Saturno, Pedro e tal (2009), *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*, Ministério de Sanidad y Política Social, Centro de Publicaciones Paseo del Prado, ISSN: 351-09-037-0,

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf - acedido a 1 de Maio de 2013.

Schein, Eduard (2004), *Organizational Culture and Leadership*, The Jossey-Bass Business & Management Series,

http://books.google.pt/books?id=xhmezdokfnYC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false – acedido em 23/12/2013.

Sorra, J. S. e Nieva V. F.(2004), *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, Agency for Healthcare Research and Quality, nº 04-0041,
<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospcult.pdf>- acedido a 01.05.2013

Stacey, R.D.(1996), *Strategic management and organizational dynamics*. London: Pitmann Publishing, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121189/>-
acedido a 03/12/2012.

Stacey, R.D.(1996) *Strategic management and organizational dynamics* [fotografia]<http://www.google.com/imgres?hl=ptPT&biw=1280&bih=660&tbnid=USq6DYeVKyFGkM:&imgrefurl>,PEG
acedido a 03/12/2012.

Steyerberg, E.W *et al* (2000), *Ranking of surgical performance*. *Circulation*;102:E
61-62, <http://circ.ahajournals.org/content/102/9/e61.full> -
acedido a 01/12/2012.

Sousa, Paulo *e tal* (2011), *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*, Escola Nacional de Saúde Pública- Universidade de Lisboa, ISBN: 978-989-97342-0-3.

Vicent, C.,Taylor-Adams S., Stannhope, N. (1998), *Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine*. *BMJ* 1998;316:1154-1157,
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564011/>-
acedido a 01/05/2013.

Wachter, Robert M. (2010), *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed.
<http://books.google.com.br/books?hl=pt->
acedido a 12/12/2012.

Weick, Karl e Sutcliffe, Kathleen (2007), *Managing the Unexpected, Resilient Performance in an Age of Uncertainty*, Jossey-Bass © 2007,
[http://stgallen.moodlekurse.de/file.php/1/Tools/Innovation_Management/Managing
_the_Unexpected.pdf](http://stgallen.moodlekurse.de/file.php/1/Tools/Innovation_Management/Managing_the_Unexpected.pdf) -
acedido a 12/12/2012.

Wikipedia (2013), <http://pt.wikipedia.org/wiki/Qualidade> acedido a 01/05/2013.

Zenewton, A. *et al* (2013), *Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles*, Cad. Saúde Pública vol.29 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2013 ISSN 0102-311X, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000200015&script=sci_arttext- acedido a 29/05/2013.

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados

Questionário em formato digital

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?fromEmail=true&formkey=dFB3RmxuYTIzSUVKd2h1YktybGk1OXc6MQ>

Questionário hospitalar sobre política de segurança do doente

A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Com este questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture” da Agency for Healthcare Research and Quality traduzido e adaptado ao contexto português e aceite pela Direção Geral de Saúde, pretendo conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente, o erro clínico e a notificação de eventos/ocorrências no Centro Hospitalar de Médio Tejo. Com a sua participação irá contribuir para uma avaliação da cultura de segurança, condição essencial para se introduzir mudanças de comportamento nos profissionais e organizações prestadoras dos cuidados de saúde, alcançar melhores níveis de segurança e monitorizar a evolução dos mesmos. Um “evento/ocorrência” é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente. A “segurança do doente” é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde. Não existem respostas certas ou erradas. Solicito apenas que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato. Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder. Considere o serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.

*Obrigatório

SECÇÃO A: O seu Serviço/unidade de trabalho

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Serviço/unidade onde trabalha. Utilize para isso a escala indicada: 1 - Discordo fortemente 2 - Discordo 3 - Não concordo nem discordo 4 - Concordo; 5 - Concordo fortemente

*

	1	2	3	4	5
1. Neste Serviço/unidade os profissionais entreeajudam-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

	1	2	3	4	5
trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer					
4. Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

	1	2	3	4	5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO B: O seu superior hierárquico

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico. Utilize para isso a escala indicada: 1 - Discordo fortemente 2 - Discordo 3 - Não concordo nem discordo 4 - Concordo 5 - Concordo fortemente

*

	1	2	3	4	5
1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO C: Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no Serviço/unidade onde trabalha? Para responder utilize a escala indicada: 1- Nunca 2 - Raramente 3 - Por vezes 4 - A maioria das vezes 5 - Sempre

*

	1	2	3	4	5
1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

	1	2	3	4	5
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente cuidados para com o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos/ocorrências

No Serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados? Para responder utilize a escala indicada: 1 - Nunca; 2 - Raramente; 3 - Por vezes; 4 - A maioria das vezes; 5 - Sempre

	1	2	3	4	5
1. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO E: Grau da segurança do doente

Por favor atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente. Para responder utilize a escala indicada: 1 - Excelente 2 - Muito Boa 3 - Aceitável 4 - Fraca 5 - Muito Fraca

*

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

	1	2	3	4	5
Atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO F: O seu Hospital

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu Hospital.

Utilize para isso a escala indicada: 1 - Discordo fortemente 2 - Discordo 3 - Não concordo nem discordo 4 - Concordo 5 - Concordo fortemente

*

	1	2	3	4	5
1. A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários os Serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

	1	2	3	4	5
10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO G: Número de eventos/ocorrências notificadas

(Escolha apenas UMA resposta)

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou? *

- Nenhuma
- 1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências
- 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências
- 6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências
- 11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências
- 21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências

SECÇÃO H: Identificação

1. Sexo *

- Feminino
- Masculino

2. Idade *

- <30 anos
- 30 a 34 anos
- 35 a 39 anos
- 40 a 44 anos
- 45 ou mais anos

3. Alguma vez tinha respondido a este questionário? *

- Sim
- Não

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

4. O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado *

- Sim
- Não

5. Profissão *

- médico
- técnico de diagnóstico e terapêutica
- técnico superior
- enfermeiro
- auxiliar de ação médica
- administrativo
- Outra:

6. Experiência no Serviço/unidade: *

- < 6 meses
- 6 a 11 meses
- 1 a 2 anos
- 3 a 7 anos
- 8 a 12 anos
- 13 a 20 anos
- 21 ou mais anos

7. Identificação da Unidade Hospitalar *

- Abrantes
- Tomar
- Torres Novas

8. Experiência na Instituição: *

- <6 meses
- 6 a 11 meses
- 1 a 2 anos
- 3 a 7 anos

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

- 8 a 12 anos
- 13 a 20 anos
- 21 ou mais anos

9. Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu Hospital

Enviar

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

ANEXO II – Pedido de autorização

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

*Autorize-se a realização
do estudo, devendo ser
subsequente todos os critérios
éticos e deontol
10/01/2013*

Assunto: **Pedido de autorização para realização de estudo**

Paulino Silva (LH)
Enfermeiro Director

Eu, Anabela Marques de Sousa, enfermeira especialista com o nº mecanográfico 60833 a exercer funções como enfermeira responsável de serviço na _____ e aluna do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde (2011/2012) na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, pretendo desenvolver a dissertação sobre Segurança do doente – Avaliação da cultura de segurança do doente no _____. Terei como orientadora a Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira, Doutorada em Ciências Empresariais.

A cultura de segurança assenta nas seguintes vertentes: valores partilhados sobre segurança, em todo o hospital; antecipação de eventos; cultura de não infabilidade; cultura de reportar eventos; cultura de aprender com as trajetórias de erro; cultura de responsabilização sem culpa; cultura justa; cultura de equipa e por fim cultura de aprendizagem e de melhoria continuada.

A segurança do doente deve ser considerada como a base da qualidade dos cuidados e deve basear-se numa atitude preventiva. A avaliação da cultura de segurança é condição essencial para se introduzir mudanças de comportamento nos profissionais e organizações prestadoras dos cuidados de saúde, alcançar melhores níveis de segurança e monitorizar a evolução dos mesmos. Utilizaremos o "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSPCS), da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América, traduzido e adaptado ao contexto português por Margarida Eiras, em dezembro de 2008 e aceite pela Direção Geral da Saúde.

Venho, assim, solicitar a V. Ex.ª: i) autorização para a realização do estudo junto de todos os colaboradores do _____ ii) autorização e colaboração para o envio do questionário através do correio eletrónico.

A participação dos colaboradores é voluntária, será protegido o anonimato e a confidencialidade, bem como todas as restantes questões ético-legais relacionadas com o resultado do estudo, tanto em relação aos colaboradores como ao _____. Este estudo não envolve custos diretos para a instituição.

Estamos disponíveis para prestar informações adicionais (TM 918531006 e/ou 926107014)

Anexa-se o questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture".

Grata pela disponibilidade e atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Tomar, 2 de Janeiro de 2013

Anabela Marques de Sousa

Manuela Frederico Ferreira

Anabela Marques de Sousa

Manuela Frederico Ferreira

ENTRADA	
USC	N.º 30
DATA 3.1.13	
DISTRIBUIÇÃO:	
CÓPIA:	
USC	DATA

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

ANEXO III – Respostas à questão aberta

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Respostas à questão aberta: Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu hospital.

DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD
Cada vez mais se dá prioridade ao que está feito em computador em detrimento do doente. As chefias andam a "espiar" para verificar se está tudo feito a tempo e horas, melhor dizendo o que é prioritário é o que está clicado.
Feedback e comunicação acerca do erro
Na minha opinião, considero que seria pertinente informar melhor os profissionais acerca dos objetivos do item presente na intranet para notificar eventos.
Tomar decisões efetivas face às notificações de eventos adversos.
Existe uma plataforma para notificação, mas não está muito claro o que acontece depois da notificação (quem a analisa? O SGQ pretende dinamizar reuniões para análise? Os serviços recebem <i>feedback</i> das medidas corretivas que foram adotadas ou que carecem de melhoria?)
Obrigatória a sensibilização para a segurança do doente e atividade profissional.
Obrigatoriedade para reuniões médicas de morbilidade e mortalidade (mensais).
Sugiro que se proponham ações de sensibilização para os profissionais quanto à segurança do doente. Não só explicar melhor o que é a segurança do doente, que ocorrências se devem registar, que impressos se devem preencher, etc, bem como, a prevenção que pode ser feita para evitar erros da segurança do doente
Dotação de profissionais
A segurança do doente é importante mas para isso a gestão de recursos humanos também se torna imperiosa.
Aumento do número de enfermeiros e assistentes operacionais.
1 enfermeiro é um enfermeiro, não é 2 ou 3 enfermeiros nem médico, psicólogo, administrativo, farmacêutico, "repositor" de material, informático, etc., por isso não lhes peçam para CONTINUAR a ser assim.
Penso que a sobrecarga de trabalho, sobretudo em turnos mais críticos, pode potenciar o erro e a ocorrência de eventos. A falha de registo dos eventos muitas vezes verifica-se por não ser oportuno o seu registo no imediato por imperativo de outras ações fortemente prioritárias. Não creio que seja por receio até porque os mesmos podem ser feitos por anonimato
Para muitos serviços não existem dotações seguras. Não faz sentido falar da segurança do doente sem garantir a segurança do profissional já que uma depende da outra
Cada vez nos concentramos mais em seguir protocolos e esquecemo-nos que todas as regras têm exceções. Cada vez nos preocupamos mais em produzir, e conseguimos manter a qualidade ??? Não me parece, já não somos enfermeiros, somos tarefeiros, corremos a executar todas as tarefas e não temos tempo para as pessoas.

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Resposta ao erro não punitiva
Fiz uma notificação com identificação em que fui "acusada" verbalmente de tentar prejudicar outro serviço, quando o único objetivo com que o fiz foi: não se repetir o erro relativamente à segurança dos nossos utentes.
Fiz uma notificação não identificada em que, para já, a única coisa que aconteceu (que eu me tenha apercebido) foi tentar saber quem fez essa notificação.
Temos sistemas de informação adequados a melhorarmos a qualidade dos cuidados de enfermagem e garantir a melhor segurança dos doentes mas, pessoalmente pergunto-me até que ponto vale a pena utilizá-los, quando todos se viram contra nós!
A questão sigilo do profissional ao notificar não é regulamentada por lei. Caso haja um processo em julgamento o tribunal pode ordenar o levantamento da notificação e culpabilizar o profissional daí o receio na notificação. Além disso o sistema de notificação ainda é recente
Está-se neste momento a investir no registo de notificações/ocorrências mas os profissionais têm receio que este registo possa ser interpretado como erro e que isso sirva para serem abertos processos de culpa para com os mesmos.
Tornar a notificação mais amiga do utilizador
Apoio à segurança do doente pela gestão
Sinto que, para esta administração, o importante são as estruturas físicas e a produtividade. As pessoas que aqui acorrem, bem como os profissionais que aqui desenvolvem a sua atividade são meros espetadores de uma política que não visa a segurança, nem dos utentes nem dos profissionais. O paradigma é económico e não humanista.
Considero haver uma atitude deficiente por parte dos diretores dos serviços (setores médico e de enfermagem) relativamente à imposição de regras para cumprimento das tarefas. Muitos profissionais não atuam com responsabilidade nem querem ser responsabilizados...
Atualmente parece ser o grande objetivo, pelo menos nesta unidade em que trabalho demonstrar ou transparecer para fora de que tudo corre bem, o que não é de todo verdade, pois o doente fica cada vez mais em último plano, sendo as auditorias e afins a preocupação de quem gere/dirige !!!! Lamentavelmente !!!!
É mais uma vez o mesmo de sempre: Fazer omeletas sem ovos, sendo que a atual administração tem importantes responsabilidades nos acontecimentos recentes.
Transições
Quanto ao doente: é de lembrar que o tempo de espera para efetuar uma transferência hospitalar é demasiado, pois só se torna eficiente se for efetivado pela (siv) de outra forma as outras corporações demoram muito tempo para efetuar o serviço pretendido.
Deveria haver mais ligação inter unidades, deveria haver informação on-line sobre

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

ocorrências.
Quando se concebe um centro hospitalar em que os doentes têm de andar constantemente de um lado para o outro em busca das especialidades que os podem servir, falar em segurança começa logo por ser uma utopia.
Melhor coordenação entre os profissionais para que não seja descurada a segurança dos doentes durante as passagens de turno. Os assistentes operacionais não necessitam passar o turno fechados no gabinete, porque as informações que têm que passar aos colegas não põem em causa o segredo profissional e privacidade do doente.
Perceções gerais sobre a segurança do doente
Dignificar a profissão, privilegiando o socorro e o alívio imediato, independentemente da causa e área de residência, que leva o doente ao hospital. As burocracias, retardam o tratamento e o alívio psicológico da famílias.
O bem estar do profissional, reflete-se na segurança do doente.
Ultimamente verifica-se na unidade onde trabalho, uma falta de segurança no trabalho diário que se repercute nos cuidados dispensados aos utentes, fazemos o possível e as vezes impossível e nenhum incidente grave se verificou, por enquanto, mas a preocupação dos representantes do concelho de administração não têm de forma nenhuma em conta a segurança dos utentes e muito menos dos profissionais
Frequência de notificação de eventos
O sistema de notificação é recente no CHMT é necessário a sensibilização dos colaboradores para a notificação. É necessário um gabinete de gestão de risco no CHMT.
Existe um bom sistema de notificação de eventos/ocorrências no entanto ainda pouco utilizado pelos profissionais.
Relativamente à notificação de eventos, não concordo que seja o departamento da qualidade a recebê-los antes de serem tratados entre pares, ou entre quem conhece "o terreno".
Julgo que cada serviço deveria resolver com soberania os seus erros e questões menos favoráveis tentar evitar que outros serviços que não possuem a cultura de trabalho de equipa se intrometam em questões alheias.
Acho importante a notificação dos erros profissionais porque só assim é que podemos melhorar a nossa performance de aprendizagem
Avaliação geral sobre a segurança do doente
A atenção deve focalizar-se efetivamente nas questões de segurança no sentido de diminuir os erros, sofrimento e no contexto atual desperdício e custos diretos nos vários níveis.