

Marina Fernanda Simões Pereira da Costa

# CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NUM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO, PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Orientadora: Prof. Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

Agosto de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA





FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Marina Fernanda Simões Pereira da Costa

# CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NUM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO, PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de  
Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Prof. Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

Coimbra, 2014

Imagem da capa: cultura de segurança

Autora: Ana Rute Costa

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho de investigação, apesar de ser um processo solitário, é também resultado de um longo caminho percorrido com inúmeras pessoas, que acreditam em mim e que de algum modo foram importantes.

Agradeço a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho e em especial ao meu marido Jorge e aos meus filhos Filipa e Miguel, por toda a força que me dão e por me apoiarem sempre nas minhas escolhas.



Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós

Antoine de Saint-Exupéry





## RESUMO

Cultura de segurança é o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de percepção, competências e padrões de comportamento, que determinam o empenho na gestão e segurança de uma organização. A avaliação da percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente é essencial para a introdução de medidas de melhoria decorrentes dos resultados e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes. Assim, com a finalidade de produzir os primeiros indicadores da avaliação da cultura de segurança do doente na organização e propor sugestões de melhoria, este estudo, descritivo, transversal, correlacional, tem como principais objetivos identificar pontos fortes e fracos da cultura de segurança do doente no sentido de promover oportunidades de melhoria e caracterizar a percepção dos profissionais do hospital acerca da cultura de segurança do doente. A amostra (n=303) é constituída por Enfermeiros (44,2%), Assistentes operacionais (15,2%), Técnicos de diagnóstico e terapêutica (11,2%), Médicos (8,9%), Administrativos (8,9%) e Técnicos superiores (8,2%). Dos resultados obtidos evidencia-se que o “trabalho em equipa dentro das unidades” constitui uma força de segurança da organização. Dimensões com avaliação positiva, são a “aprendizagem organizacional - melhoria contínua”, “percepções gerais sobre a segurança do doente”, “abertura na comunicação” e “trabalho em equipa entre unidades”. Dimensões consideradas oportunidades de melhoria franca são a “resposta não punitiva ao erro”, “dotação de profissionais”, “frequência de notificação” e “apoio à segurança do doente pela gestão”. A cultura de segurança difere, para a maioria das dimensões, em função da profissão, da interação com os doentes, da certificação dos serviços e da formação efetuada em segurança do doente. Quanto ao tempo de experiência, a cultura de segurança difere só no número de ocorrências e dotação de profissionais. As oportunidades de melhoria estão identificadas, é necessário estabelecer um plano de melhoria no sentido de perceber quais as medidas de maior impacto na organização e aproveitar as dimensões com melhores resultados, nomeadamente o “trabalho em equipa dentro das unidades” e a “Aprendizagem organizacional-melhoria contínua” para operacionalizar com sucesso essas mesmas medidas.

**Palavras Chave:** Cultura de segurança, qualidade, doente, percepção, profissionais

## **ABSTRACT**

Safety culture is the product of the values of groups and individuals, their attitudes, perception skills, competencies and patterns of behaviour that determine the commitment in the management and security of an organization. The evaluation of the perception of professionals about the culture of patient safety is essential for introducing improvement measures resulting from the results and to achieve the highest levels of safety and quality in patient care. Thus, this study aims to produce the first indicators of the evaluation of the the patient safety culture in the organization and propose suggestions for improvement based on its results. This descriptive and cross-correlational study has the objective of identifying strengths and weaknesses of the patient safety culture in order to promote opportunities of improvement and characterize the perception of hospital staff about the culture of patient safety. The sample of this study (n = 303) consists of nurses (44.2%), operating assistants (15.2%), therapeutics and diagnosis technicians (11.2%), medicine doctors (8.9%) administrative staff (8.9%), and qualified technicians (8.2%). The results obtained show that "teamwork within units" constitutes a driving force of patient safety in the organization. "Organizational learning - continuous improvement", "general perceptions about patient safety", "open communication" and "teamwork across Units" are also dimensions with a positive assessment. We have also identified opportunities of improvement in non-punitive response to errors", "staffing", "frequency of notification" and "management support for patient safety". The safety culture presents important variations for the most of the dimensions. It depends on the profession, on the interaction with patients, the certification of services and training in patient safety. As for the professional experience of individuals, the security culture varies only with the number of incidents and the endowment of professionals. The opportunities of improvement are clearly identified: it seems necessary to establish a plan of improvement in order to understand which measures may have a greater impact in the organization and to use the dimensions with better results, notably "teamwork within units" and the "organizational learning - continuous improvement" to successfully apply these same measures

The opportunities for improvement are identified, it is necessary to establish an improvement plan in order to understand which measures greater impact on the organization and enjoy the dimensions with better results, namely the "teamwork within units" and " Organizational learning - continuous improvement " to successfully operationalize.

**Key words:** Safety culture, quality, patient, perception, professionals



## **LISTA DE SIGLAS**

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

AO – Assistente operacional

DGS - Direção Geral de Saúde

HDFE,E.P.E. – Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.

HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture

IOM - Institute of Medicine

OMS - Organização Mundial de Saúde

SD - Segurança do Doente

SNNIEA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

TS – Técnico Superior

WHO - World Health Organization



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o sexo .....	52
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a idade .....	53
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo profissão .....	53
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o serviço onde trabalha .....	54
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a interação ou contacto direto com os doentes no âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão .....	54
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o tempo de experiência na organização.....	54
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo o tempo de experiência no serviço .....	55
Tabela 8 - Distribuição da amostra na resposta à questão “o hospital onde trabalha é acreditado” .....	55
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a certificação do serviço onde trabalha .....	56
Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a formação que fez sobre segurança do doente.....	56
Tabela 11 - Distribuição dos indivíduos que referiram ter realizado formação sobre segurança do doente em função da formação ter sido fornecida pelo hospital ou não ....	56
Tabela 12 - Distribuição dos indivíduos que referiram ter realizado formação sobre segurança do doente, segundo a duração da formação sobre segurança do doente, nos últimos 2 anos.....	57
Tabela 13 - Distribuição da amostra em relação à avaliação geral sobre a segurança do doente.....	58
Tabela 14 - Distribuição da amostra em função do número de ocorrências notificadas ...	59
Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo a frequência da notificação .....	60
Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo a percepção geral sobre segurança do doente .....	61
Tabela 17 - Distribuição da amostra quanto ao trabalho em equipa dentro das unidades	62
Tabela 18 - Distribuição da amostra quanto às expectativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente .....	64
Tabela 19 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua .....	65

Tabela 20 - Distribuição da amostra quanto ao Feedback e comunicação sobre o erro ....	66
Tabela 21 - Distribuição da amostra quanto à abertura na comunicação .....	67
Tabela 22 - Distribuição da amostra quanto à dotação de profissionais .....	68
Tabela 23 - Distribuição da amostra quanto à resposta não punitiva ao erro .....	69
Tabela 24 - Distribuição da amostra quanto ao apoio à segurança do doente pela gestão .....	70
Tabela 25 - Distribuição da amostra quanto ao trabalho em equipa entre unidades .....	71
Tabela 26 - Distribuição da amostra quanto a transferências e transições hospitalares....	72



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra em relação à avaliação geral sobre a segurança do doente.....	59
Gráfico 2 - Distribuição da amostra em função do número de ocorrências notificadas ....	60
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a frequência da notificação .....	61
Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a percepção geral sobre segurança do doente .....	62
Gráfico 5 - Trabalho em equipa dentro das unidades .....	63
Gráfico 6 - Expetativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente .....	64
Gráfico 7 - Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua .....	65
Gráfico 8 - Feedback e comunicação sobre o erro .....	66
Gráfico 9 - Abertura na comunicação .....	68
Gráfico 10 - Dotação de profissionais .....	69
Gráfico 11 - Resposta não punitiva ao erro .....	70
Gráfico 12 - Apoio à segurança do doente pela gestão.....	71
Gráfico 13 - Trabalho em equipa entre unidades.....	72
Gráfico 14 - Transferências e transições hospitalares.....	73
Gráfico 15 - Resultados da avaliação da cultura de segurança por dimensão .....	75

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos em revisão.....	29
Quadro 2 - Caracterização dos estudos em revisão .....	30
Quadro 3 - Resultados dos estudos em revisão sobre avaliação da cultura de segurança do doente .....	31
Quadro 4 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados.....	43
Quadro 5 - Dimensões do HSOPSC .....	44
Quadro 6 - Estatística descritiva referente à duração da formação sobre segurança do doente nos últimos 2 anos.....	57
Quadro 7 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, para verificar a significância da diferença entre a profissão e a cultura de segurança do doente .....	79
Quadro 8 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, à interação direta com os doentes e a cultura de segurança do doente .....	82
Quadro 9 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, para verificar a significância da diferença entre o tempo de experiência na organização e a cultura de segurança do doente .....	84
Quadro 10 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença entre à certificação do serviço e a cultura de segurança do doente .....	86
Quadro 11 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença entre à formação em segurança do doente e a cultura de segurança do doente .....	88

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I .....</b>	<b>5</b>
<b>1 - QUALIDADE EM SAÚDE .....</b>	<b>5</b>
<b>2 - SEGURANÇA DO DOENTE.....</b>	<b>9</b>
<b>3 - CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE .....</b>	<b>15</b>
<b>4 – GESTÃO DO RISCO .....</b>	<b>21</b>
<b>5 – ESTUDOS DE SEGURANÇA DO DOENTE.....</b>	<b>27</b>
<b>PARTE II .....</b>	<b>33</b>
<b>1 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>33</b>
<b>2 - DA CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA AO OBJETO DE ESTUDO .....</b>	<b>35</b>
2.1 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS .....	35
2.2 - TIPO DE ESTUDO .....	35
2.3 – VARIÁVEIS.....	38
2.4 – HIPÓTESES.....	39
2.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	41
2.6– CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	41
2.7 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	42
2.8 – COLHEITA DE DADOS.....	48
<b>3 – PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>51</b>
3.1 - CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS DA AMOSTRA .....	52
3.2 – PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE .....	57
3.3 - ANÁLISE GLOBAL DAS DIMENSÕES DE CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE .....	74
3.4 – TESTES DE HIPOTÉSES .....	77
<b>4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>89</b>
<b>5 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>101</b>
<b>LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>105</b>

## ANEXOS:

ANEXO I - Autorização para a realização do estudo

ANEXO II - Questionário

ANEXO III - Respostas à questão aberta



## INTRODUÇÃO

A segurança do doente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI. Atualmente a qualidade de cuidados e a segurança do doente têm sido amplamente discutidas na literatura internacional e nacional, assumindo um papel relevante no desenvolvimento de medidas promotoras de cuidados de saúde seguros.

A preocupação com a qualidade dos cuidados tem atravessado toda a história da medicina. Já Florence Nightingale em 1850 manifestava preocupações com a garantia da qualidade procurando através dos registos das suas observações, aferir o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias. Atualmente esta inquietação tem vindo a assumir uma importância crescente face aos importantes avanços tecnológicos e científicos no setor da saúde.

A complexidade dos cuidados em saúde através dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e uma marcada capacidade interventiva sobre o corpo e sobre a doença, favoreceram a eficácia dos cuidados. No entanto, quanto maior a invasão, maior será o risco de produção de danos colaterais, sendo este o preço a pagar pela enorme eficácia da medicina moderna e será também esta a dimensão do risco que lhe está associado (Fragata, 2011).

Como é referido no relatório “Governança dos Hospitais: nos 30 anos do SNS,” a prestação de cuidados de saúde é uma atividade complexa, incerta no resultado e com potencial de causar danos colaterais nos doentes. É considerada uma atividade de risco, estimando-se que em cada 100 internamentos hospitalares 10 se compliquem por um qualquer erro, com dano para os doentes (Ministério da Saúde, 2009).

Foi em 1999 com o relatório do *Institute of Medicine* (IOM) (1999) “*To error is human: building a safer health system*”, ao revelar que nos Estados Unidos da América poderiam morrer anualmente entre 44.000 e 98.000 doentes em consequência de erros clínicos, que o tema da segurança seria lançado no centro da política dos sistemas de saúde nas diversas partes do mundo. Este documento desencadeou o interesse pelo tema um pouco por todo o mundo e vários estudos foram realizados com o propósito de conhecer mais em pormenor a dimensão desta problemática. O *Conselho da União Europeia* na sua recomendação em 2009 refere que a insuficiente segurança dos doentes

constitui um grave problema de saúde pública e representa um enorme ónus nos recursos de saúde limitados. Os eventos adversos ocorrem em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde, podem ser prevenidos e na sua maioria devem-se a fatores sistémicos.

A segurança do doente (SD) é um problema global que afeta países em todos os níveis de desenvolvimento. Embora seja difícil quantificar o problema, estima-se que, por ano, milhões de doentes em todo o mundo sofrem danos, lesões ou morte devido à prestação cuidados de saúde inseguros. Em 2009 a *World Health Organization (WHO)*, através do relatório *Global Priorities for Patient Safety Research*, estabelece quais as áreas mais deficitárias de investigação constando, entre outras, a deficiente implementação da cultura de segurança nos serviços de saúde e a existência de uma abordagem culpabilizante nos processos constituindo assim a redução de atos e ambientes não seguros um dos pilares basilares da cultura de segurança (World Health Organization, 2009).

Nas últimas décadas o avanço das tecnologias e do conhecimento favoreceu a crescente complexidade dos sistemas de saúde, onde interagem fatores pessoais, profissionais, organizacionais, clínicos e tecnológicos potencialmente perigosos, ainda que eficazes, fazem da SD, um imperativo global. Esta apresenta-se como uma componente estruturante e uma variável incontornável da qualidade em saúde. Ter a segurança como principal aspeto da qualidade, combinando as suas técnicas, integrando-as numa só cultura, deve ser uma estratégia global das organizações de saúde (National Patient Safety Agency, 2004; Reis, et al., 2013; Campos, et al., 2010)

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). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados Membros a avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente, como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais

e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes. O ponto de partida para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do doente passa pela avaliação dessa mesma cultura, para que após introdução de medidas decorrentes dos resultados possa ser novamente avaliado e comparado com as avaliações iniciais. São exemplo disso vários estudos (apresentados no ponto 5 deste trabalho) um pouco realizados por todo o mundo, nomeadamente, o de Sorra e Nieva em 2004 e 2012 nos EUA, Saturno em 2009 e Zenewton et al em 2012 em Espanha, Mats Hedskold em 2012 na Suécia, o de Eiras et al em 2011 em Portugal, o de Bodur e Filiz em 2010 na Turquia, entre outros. (Eiras, et al., 2011; Gama, et al., 2013; Hedsköld1, et al., 2013; Saturno, et al., 2009; Bodur & Filiz, 2010; Sorra & Nieva, 2004).

Em Portugal, regulamentado pela Norma nº 025/2013 de 24/12/2013 publicada pela Direção Geral de Saúde (DGS) sob proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, em 2014 vai ser aplicado em todos os hospitais do sistema de saúde o questionário "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses", estando a repetição da aplicação do mencionado questionário prevista para ocorrer de 2 em 2 anos (Direção Geral de Saúde, 2013). Tendo por base a importância e necessidade de conhecer a perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente, de forma a poder diagnosticar a cultura de segurança para identificar as áreas de melhoria e aumentar a conscientização sobre a segurança do doente, entendeu-se pertinente investigar estas questões no Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E..

Assim o presente estudo tem como finalidades produzir os primeiros indicadores da avaliação da cultura de segurança do doente na organização e propor sugestões de melhoria na área da cultura de segurança do doente com base nos resultados obtidos. Neste contexto formulou-se a seguinte questão de investigação que esteve na base da pesquisa: A perceção dos profissionais sobre cultura de segurança do doente varia em função de variáveis socio profissionais (grupo profissional, tempo na organização, ter ou não contacto direto com os doentes) e de variáveis organizacionais (trabalhar num serviço certificado ou não)?

Deste modo, são objetivos deste estudo:

- Identificar pontos fortes e fracos da cultura de segurança do doente no sentido de promover oportunidades de melhoria;
- Caracterizar a perceção dos profissionais do hospital acerca da cultura de segurança do doente.

Considerando a temática desta investigação, optou-se por um estudo descritivo, transversal, correlacional, e que utiliza o método quantitativo, tendo como público alvo todos os profissionais que trabalham no hospital. O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo é o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. Este questionário é um instrumento da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, difundido um pouco por todo o mundo, tendo sido traduzido e validado para a população portuguesa por Eiras (2008) e posteriormente adotado pela DGS.

O trabalho é estruturado em duas partes: Na primeira parte é feita uma revisão de literatura, de forma a permitir o estabelecimento de um quadro referencial, a segunda parte é dedicada à metodologia utilizada, onde é apresentado o desenho do estudo, é efetuada a descrição e análise dos dados obtidos, a interpretação e discussão dos mesmos, e por fim as conclusões do trabalho e sugestões de melhoria decorrentes do mesmo. No final são apresentados a lista de referências bibliográficas e os anexos.



## PARTE I

### 1 - QUALIDADE EM SAÚDE

Hoje qualquer intervenção na área da saúde tece considerações, questiona ou manifesta preocupações sobre a qualidade, seja numa perspectiva global e genérica, seja nas suas dimensões e atributos. Esta perspectiva é muito clara na Carta de Tallinn intitulada *“Os Sistemas de Saúde pela Saúde e Prosperidade”* aprovada em 27 de Junho de 2008 pelos Estados Membros da região europeia da Organização Mundial de Saúde e refere que: *“Os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade, e a que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada”* (Silva & Domingos, 2008).

A preocupação com a qualidade remonta a tempos longínquos, tornando-se também uma prioridade no setor da saúde. Já no final do século XIX, Florence Nightingale implantou rígidos padrões sanitários, durante a Guerra da Crimeia, reduzindo a taxa de mortalidade e estabelecendo, assim, o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde. Ernest Codman, no início do século XX desempenhou um papel fundamental ao reconhecer ser necessário examinar os resultados dos seus trabalhos cirúrgicos, desafiando assim médicos e as organizações de saúde a assumir a responsabilidade pelos seus doentes. Codman propôs o primeiro método de monitorização dos resultados dos cuidados com o argumento de que é fundamental verificar se o cuidado prestado foi efetivo (Fragata, 2006; Travassos & Caldas, 2013).

Na década de 60 Donabedian contribuiu de forma significativa para a definição e entendimento da qualidade ao estabelecer bases estruturadas de avaliação da qualidade em saúde, considerando três vertentes: estrutura, processo e resultado, afirmando que a qualidade é o tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas várias fases do processo de prestação de cuidados (Donabedian, 2003 *apud* Bruno, 2010:26).

Nos anos 80/90 houve uma contribuição dada pela indústria para a melhoria da qualidade na saúde. Nomes como Crosby, Juran e Deming, realçaram aspetos

fundamentais tais como o controlo dos procedimentos, envolvimento dos trabalhadores, aposta na formação e liderança, que posteriormente foram inseridos na saúde permitindo a formação e treino de líderes a partir desses ensinamentos.

Nas últimas décadas, o conceito de qualidade tem-se vindo a transformar incorporando novos parâmetros, assim, vai alterando o seu significado conforme a evolução das necessidades e expectativas do cliente. Os utilizadores estão cada vez mais informados e participativos exigindo qualidade, os profissionais preocupam-se com a qualidade devido ao compromisso ético intrínseco a esta área, ou seja cuidar da sua saúde, e os gestores preocupam-se com a otimização de recursos e diminuição de custos (Gama & Saturno, 2013). O enfoque da produção hospitalar, com a definição de produtos, com o incentivo ao aumento da produção e apelo à eficiência obriga a um olhar para a qualidade técnica da prestação de cuidados e noção de “serviço ao cliente” (Delgado, 2009). Assim a melhoria da qualidade tem sido uma prioridade e integra o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Campos, et al., 2010).

O conceito de qualidade está dependente da perspetiva e valores de quem a define, podendo tornar-se uma meta subjetiva, o que seria indesejável. Considerando que a subjetividade está naquilo que não definimos, torna-se necessário uma definição clara do conceito de qualidade antes de qualquer atividade de gestão nos serviços de saúde (Gama & Saturno, 2013).

Em 1990 o *Institute of Medicine (IOM)* define qualidade em saúde, como o grau com 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. Orientado por esta definição, identificou três categorias que, de modo geral, englobam os problemas de qualidade nos serviços de saúde: (i) sobre utilização, (ii) utilização inadequada e (iii) subutilização (Campos, et al., 2010; Travassos & Caldas, 2013). Um aspeto importante desta definição é a compreensão de que a qualidade não depende de um só fator mas sim de várias dimensões ou atributos, logo, cada organização deve escolher os seus atributos alvo que definirão a qualidade (Gama & Saturno, 2013; Fragata, 2006; Institute of medicine, 1999; Wachter, 2012).

A prestação de cuidados de saúde incorpora sempre três vertentes indissociáveis: a técnico-científica, a relação interpessoal profissional/utente e as amenidades. Assim, o desenvolvimento da qualidade tem que abordar e promover de forma integrada e sistemática estas vertentes, considerando que só com a atuação concertada nas três vertentes se potencia melhores resultados e mais qualidade (Delgado, 2009).

A qualidade de cuidados de saúde é um processo que tem que ser medido, permanentemente acompanhado e sistematicamente melhorado. Por isso pressupõe critérios claros e transparentes, indicadores facilmente operáveis e padrões de exigência que credibilizem as avaliações e deem sinais claros para os *Stakeholders*, para os doentes, para o mercado e para a sociedade em geral. A qualidade dos cuidados de saúde deve acompanhar todo o processo do doente, desde o acesso e acolhimento, passando pelo processo de diagnóstico e terapêutico, bem como por todas as questões que se prendem com o conforto, informação e relacionamento com doentes e familiares (Delgado, 2009). Como refere o autor a situação em Portugal ainda está longe de atingir este patamar pois a prática clínica vive fechada sobre si própria e pouco disponível para a revisão inter pares, sendo neste cenário muito difícil verificar com objetividade as boas e más práticas.

Cuidados de saúde raramente são realizados por uma só pessoa e o atendimento seguro e eficaz depende não só dos conhecimentos, habilidades e comportamentos dos prestadores de cuidados “da linha da frente” mas também da forma como cooperam e comunicam integrados na organização. Por outras palavras os doentes dependem que muitas pessoas façam o trabalho certo no tempo certo. Ser um profissional eficiente requer compreensão das interações complexas que um sistema de cuidados integra (World Health Organization, 2011).

Pelo exposto torna-se clara a necessidade de cada organização definir quais os seus atributos alvo que definirão a qualidade. Como refere Wachter (2012), já em 2001 o IOM deu um forte contributo para esta questão ao apresentar um grupo de dimensões que serviu de base para a construção de indicadores de qualidade em diversas partes do mundo, sendo estas:

-Segurança: evitar lesões aos pacientes do cuidado que se destina a ajudá-los;

-Efetividade: prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar destes e abstendo-se da prestação de serviços àqueles que não beneficiarão;

-Centrado no doente: envolve o respeito pelo doente, considerando as suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por estes valores;

-Oportunidade/Acesso: redução da espera e atrasos, por vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam cuidados de saúde;

-Eficiência: evitando desperdícios de equipamentos, suprimentos, ideias e energia;

-Equidade: prestação de cuidados que não variam em qualidade em função de características como género, etnia, localização geográfica e nível socioeconómico.

Um sistema de saúde que atinge maiores ganhos nestas seis áreas seria muito melhor para atender às necessidades dos doentes. Os doentes experimentaríamos cuidados mais seguros, mais confiáveis, mais sensíveis às suas necessidades, mais integrados, e mais disponíveis. Os profissionais de saúde também beneficiariam de uma maior satisfação em ser mais capaz de fazer o seu trabalho e assim, trazer a melhoria da maior longevidade, menos dor e sofrimento, e aumento de produtividade pessoal para aqueles que recebem seus cuidados. A segurança tem sido assim considerada um atributo prioritário da qualidade em saúde em todo o mundo e como tal, alvo de grande atenção.

## 2 - SEGURANÇA DO DOENTE

Para a OMS a segurança do doente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Diferente das dimensões tradicionais da qualidade centradas em fazer o certo na hora certa, para conseguir níveis máximos de benefício e satisfação para o doente, a segurança caracteriza-se pelo enfoque na ausência de dano produzido pelos cuidados de saúde, mais do que o foco no seu benefício. Assim, é importante salientar que a área de estudo da segurança não inclui somente os incidentes que causam dano, mas também as falhas da atenção que não causaram dano, mas que poderiam ter causado (Gama & Saturno, 2013).

O problema da qualidade em saúde e, dentro desta, da segurança do doente é uma área relativamente recente da gestão em saúde, investigação e práticas clínicas, já que apenas nas últimas 2-3 décadas é que este tema se tornou uma preocupação formal dos diversos sistemas de saúde e seus responsáveis (Carneiro, 2010). Como refere o autor, o desenvolvimento e implementação prática de um sistema que garanta a segurança do doente é uma tarefa complexa e cheia de incertezas. É preciso melhores tecnologias da informação e garantia da qualidade da própria informação, de grupos de trabalho coesos e disciplinados, compostos por profissionais competentes e dedicados, seguindo regulamentos e manuais de boas práticas, que assegurem os melhores resultados possíveis. As soluções terão de ser globais, com todos os níveis de *staff* envolvidos, através de soluções fluindo de baixo para cima e de cima para abaixo (*bottom-up e top-down*), com recursos especificamente alocados a estas tarefas e com processos de notificação e de *feedback* permanentes.

Em Maio de 2002 a 55ª Assembleia Mundial de Saúde apelou aos Estados Membros para considerar a segurança como um princípio fundamental dos cuidados ao doente e uma componente da gestão da qualidade. Para além de a segurança ser considerada uma dimensão da qualidade, importa salientar que esta tem interações com quase todas as outras dimensões da qualidade. A sua melhoria exige um esforço de todo o sistema envolvendo uma ampla gama de ações de melhoria de desempenho, e requer uma abordagem multifacetada para identificar e gerir os riscos reais e potenciais à segurança do doente, bem como encontrar soluções a longo prazo para o sistema como

um todo (World Health Organization, 2002). Deste modo o papel da segurança do doente na área da qualidade constitui uma prioridade em todos os sistemas de saúde preocupados com melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Falhas ao nível da segurança do doente, podem ter implicações nas organizações de saúde, nos seus profissionais e, principalmente, nos doentes/utentes. As mesmas refletem-se em três dimensões: - Perda de confiança dos doentes nas organizações de saúde e seus profissionais, degradando-se as relações entre estes e os utentes/doentes; - Aumento dos custos, sociais e económicos, e conseqüente aumento dos danos causados e da casuística dos mesmos; - Redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados/desejados, com conseqüências diretas na qualidade dos cuidados prestados (Sousa, et al., 2010).

Em Outubro de 2004 a OMS criou a *World Alliance for Patient Safety* para liderar no âmbito internacional os programas de segurança o que constituiu um importante passo na melhoria da segurança dos cuidados de saúde em todos os Estados-Membros. O programa de ação publicado em 2005 é constituído pelos seguintes desafios (World Health Organization, 2004):

- Envolvimento dos doentes. Por definição estes estão no centro da melhoria pois quando algo está errado eles são as vítimas do dano produzido;
- Desenvolvimento de taxonomia. No sentido de introduzir clareza, consistência e algum grau de padronização é fundamental a criação de taxonomia internacional de segurança do doente, não só para potenciar e facilitar a monitorização global e relatórios de erros como também para contribuir para a compreensão destes incidentes;
- Investigação na área de segurança do doente. Grande parte do impulso para uma ação coordenada nesta área veio da realização de estudos sobre o erro, por isso esta é uma arma poderosa para a melhoria;
- Soluções para reduzir o risco nos cuidados de saúde e melhorar a segurança. O conhecimento mais importante no campo da segurança do doente é como evitar danos;
- Elaboração de relatórios e desenvolvimento de aprendizagens. Um elemento importante dos programas para melhorar a segurança do doente é a capacidade de obter

informação completa sobre eventos adversos, erro ou quase erro e com eles aprender como base preventiva para o futuro.

Um pouco por todo o mundo foram sendo criadas várias agências especializadas na melhoria da segurança do doente, como por exemplo a *Nacional Patient Safety Agency*, no Reino Unido; a *Danish Society For Patient Safety*, na Dinamarca; a *Australian Patient Safety*, na Austrália; *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* nos Estados Unidos da América; *Agency for Healthcare Research and Quality*; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no Brasil.

A agência do Reino Unido – National Patient Safety Agency, no âmbito desta temática, elaborou um documento intitulado “*Seven steps to patient safety , the full reference guide*”, onde define sete passos que considera essenciais para garantir a segurança do doente (National Patient Safety Agency, 2004):

- 1 - Criar uma cultura de segurança, aberta e justa;
- 2 – Obter liderança forte e apoio das equipas de saúde um torno da segurança do doente, estabelecendo um foco claro e forte em toda a organização;
- 3 - Integrar as atividades de gestão de risco, desenvolvendo sistemas e processos de gestão do risco e identificar coisas que poderiam originar erros;
- 4 - Promover o reporte de eventos adversos, assegurando aos profissionais de saúde que podem relatar incidentes a nível local e nacional e sem repercussões;
- 5 - Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral, desenvolvendo uma comunicação aberta e ouvindo os doentes;
- 6 - Aprender a partilhar experiências de segurança, encorajando os profissionais a usar a análise de causas para aprender como os incidentes acontecem;
- 7 – Implementar soluções para prevenir dano no doente, incorporando aprendizagens através de mudanças na prática, processos ou sistemas.

As publicações na área de segurança do doente proliferaram a cada ano. Porém, a compreensão desses trabalhos revelou-se comprometida pelo uso de diferente linguagem adotada. Este fato justificou a criação pela OMS, através da *World Alliance for Patient Safety*, de uma classificação sobre segurança do doente. Surgiu assim a “*Conceptual framework for the international Classification for patient safety*”, através do

*“Final Technical Report”*, em Janeiro de 2009, onde são definidos 48 conceitos chave e atribuída uma terminologia própria para facilitar o entendimento e informação relevante nesta área. A tradução para o português foi realizada pela DGS em 2011 (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Em 2009 o Conselho da União Europeia considerando a insuficiente segurança do doente como grave problema de saúde pública, e tendo por base os trabalhos da OMS através da World Alliance for Patient Safety, o Conselho da Europa e a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE), emana recomendações sobre a segurança dos doentes incluindo a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (Conselho da União Europeia, 2009).

Embora muitas organizações de saúde tenham já implementado várias medidas para garantirem a segurança do doente, o que é facto é que há ainda muito a fazer face a outros setores que introduziram procedimentos de segurança sistemáticos aplicando a gestão de equipas de alto desempenho. As companhias de aviação aplicam este conceito desde há décadas e entendem que a segurança é mantida se as suas tripulações trabalharem em equipa, de modo seguro e eficiente. Empresas multinacionais como a Toyota, a Volvo e General Motors, por estarem sediadas nos diferentes continentes introduziram na organização do trabalho e processo de produção este conceito de equipa. Na saúde os resultados dependem principalmente dos fatores humanos e do resultado final do trabalho em equipa, daí a importância em organizar a sua força de trabalho, não em torno do indivíduo como antigamente, mas na sinergia do trabalho em equipa (Santos, 2011).

As medidas de promoção da segurança do doente colhem hoje inspiração nas políticas de gestão do risco das organizações de alta fiabilidade e incluem medidas reativas, medidas proativas, redesenho dos sistemas e promoção de uma cultura de segurança. Organização de alta fiabilidade é aquela que não tem acidentes, num registo longo de tempo, num ambiente onde estes acidentes seriam possíveis, dadas as condições de complexidade e de risco em que opera (Fragata, 2011). A característica mais importante de organizações de alta fiabilidade é a sua preocupação coletiva com a possibilidade de errar. Eles esperam que o erro aconteça, aprendem com ele e treinam



para o reorganizar e evitar que aconteça no futuro. Em vez de atuar em falhas isoladas eles generalizam-nas, ou seja, fazem reformas em todo o sistema. Eles antecipam o pior e preparam-se para lidar com isso em todos os níveis da organização (Reason, 2000).



### **3 - CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE**

O conceito de cultura associada à segurança apareceu após o desastre de Chernobyl em 1986, onde o acidente aconteceu por uma sequência de falhas internas em que não havia qualquer cultura de segurança, e a partir daí permitiu às organizações fiáveis aprender e pensar as questões da segurança.

Cultura representa um conjunto de perceções e de comportamentos de um grupo ou organização e traduz a forma como esta exerce a sua atividade. Desta forma a cultura tem uma dimensão de grupo na organização mas implica uma interiorização em cada um dos profissionais.

Cultura de segurança é definida pela OMS como o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, competências e padrões de comportamento, que determinam o empenho, estilo e proficiência, na gestão e segurança de uma organização (World Health Organization, 2009).

A mesma organização enumera como dimensões da cultura de segurança:

- Compromisso de gestão com a segurança;
- Práticas de trabalho de segurança;
- Priorização relativa à segurança;
- Adesão a regras de segurança;
- Gestão do risco, reporte de erros e incidentes.

A cultura de segurança estimula os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos através de uma liderança proativa, na qual se potencializa o entendimento e se explicitam os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição frente à ocorrência dos mesmos, mas quando se procura modificar a cultura de uma organização neste sentido são muitas as barreiras que se encontram. A forma como há resistência nas organizações foi tipificada por Parker-Hudson, (referido por Fragata, 2011) nos seguintes estádios:

- Cultura patológica, em que os acidentes são vistos como inevitáveis e as medidas de segurança como perturbadoras, sendo o comprometimento com as medidas de segurança escasso;

- Cultura reativa, nos casos em que a política de segurança se limita em reagir ao evento, normalmente procurando identificar o culpado;
- Cultura calculista, havendo já uma gestão estruturada de segurança, os riscos são anotados caso a caso e de forma muito burocrática. Os profissionais sabem que há uma gestão do risco mas é um assunto exclusivo de um grupo da organização;
- Cultura proativa, em que já existe uma cultura instalada em que se encaram as medidas de segurança de forma integrante na rotina diária e a atribuição da responsabilidade por falhas de segurança não são encaradas de forma individual;
- Cultura geradora é uma forma avançada de cultura de segurança, com proatividade e procura de melhoria, em que os indicadores de segurança continuam a ser colhidos mesmo não existindo acidentes, num ambiente livre de culpa.

É preciso promover uma cultura de segurança em todos os âmbitos de serviços de saúde, que reflita uma consciência coletiva relacionada com os valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, e olhar os incidentes de segurança não simplesmente como problemas, evitando culpabilizar aqueles profissionais que cometem erros não intencionais, mas encarar a situação como uma oportunidade de melhorar os cuidados de saúde.

São vários os autores a abordar os vários pilares/áreas/subculturas da cultura de segurança, que ajuda, sem sombra de dúvida a entender a abrangência do tema. Podemos então considerar que concorrem para uma cultura de segurança os seguintes aspetos: ambiente livre de culpa para o erro humano com uma cultura aberta e justa, liderança forte e trabalho de equipa em torno da segurança do doente, ambiente de relato de incidentes de forma não punitiva e com a finalidade de aprendizagem e implementação de medidas de melhoria, comunicação estruturada com hierarquias flexíveis de cooperação e aprendizagem de retorno (*top-down e down-top*), com transparência em termos de segurança gestão do risco e implementar soluções para prevenir a ocorrência de situações, que possam provocar dano no doente, através de mudança de práticas (Harada & Pedreira, 2013; National Patient Safety Agency, 2004; Wachter, 2012).

James Reason realça para a cultura de segurança nas organizações três componentes: cultura justa, onde não haja punição para os erros mas sim para condutas impróprias, cultura voltada para o relato dos eventos num ambiente seguro, e uma cultura de aprendizagem em torno das falhas ocorridas, análise das situações com identificação dos pontos frágeis para que possam ser corrigidos (Reason, 1998).

Neste contexto de cultura de segurança os profissionais dentro de uma organização têm uma consciência constante e ativa do potencial do erro. Tanto a equipa como a organização são capazes de reconhecer os erros, aprender com eles, e tomar medidas para melhorar. Ser abertos e justos significa compartilhar informações de forma aberta e livremente, e um tratamento justo para o pessoal quando um incidente acontece. Isso é vital tanto para a segurança dos doentes e para o bem-estar daqueles que prestam cuidados. Nesta abordagem reconhece-se que as causas de um incidente de segurança do doente não podem ser simplesmente associados às ações da equipa de cuidados, mas também ligadas ao sistema em que os indivíduos estavam a funcionar. Olhando para o que havia de errado no sistema ajuda as organizações a aprender lições que podem impedir o incidente de voltar a acontecer.

A liderança é então um aspeto fundamental a ter em conta na cultura de segurança. “Os líderes dirigem valores, os valores dirigem os comportamentos, e os comportamentos coletivos dos indivíduos de uma organização definem a sua cultura”. Considera-se que os líderes devem estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do doente, sendo que as estruturas de liderança devem ser estabelecidas com a intenção de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança de cada um dos doentes atendidos (Gama & Saturno, 2013).

As organizações conseguem melhorar a segurança do paciente, quando os líderes estão visivelmente comprometidos com a mudança. Ouvir e apoiar a equipa quando eles relatam incidentes de segurança do doente e demonstrar a importância da segurança é fundamental. É importante que todos os elementos da equipa compreendam a sua contribuição para a segurança e possam identificar oportunidades de melhorias (National Patient Safety Agency, 2004).

Promover a segurança do doente requer motivação e compromisso a partir do topo de cada organização e dos líderes de cada serviço. Os profissionais devem-se sentir capazes de dizer se eles não sentem que o cuidado que fornecem é seguro, independentemente da sua posição. Para mostrar que a segurança é uma prioridade e que a gestão da organização está comprometida com a melhoria, a equipa executiva deve ser visível e ativa na condução de melhorias na segurança do paciente. Líderes envolvidos/empenhados conduzem assim a esta cultura através da conceção de estratégias e da construção de estruturas que orientam processos seguros e resultados (National Patient Safety Agency, 2004).

Não é possível falar em qualidade em saúde sem referir a qualidade da interação e da comunicação entre os profissionais responsáveis pelos cuidados, e por isso, pela segurança do doente. É considerada 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. A comunicação entre os membros da equipa é fundamental para fomentar a partilha do mesmo modelo mental, ou seja, ideias comuns, modo de funcionamento, papéis e funções individuais, e valores da equipa. A integração de uma atitude positiva em relação à cultura de segurança é fundamental para a redução do erro (Santos, et al., 2010).

As autoras referem ainda que um dos obstáculos à qualidade da comunicação é a falta de formação e treino dos profissionais de saúde nesta área. As competências comunicacionais deverão ser consideradas como parte integrante da formação, e como outras competências de ordem técnica deverão ser sistematicamente atualizadas. Promover o trabalho em equipa implica reconhecer os erros como causas de dano e óbito, por isso recomenda-se estabelecer um enfoque proativo, sistemático e organizacional de formação em trabalho em equipa, com construção de habilidades e melhoria dos desempenhos das equipas para diminuir os danos preveníveis.

Promover a cultura da segurança no sistema de saúde é um fenómeno complexo. Reconhecer sua importância e o impacto da cultura de segurança nas organizações é imperativo para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança. O entendimento das subculturas facilita o entendimento do processo de implementação de uma cultura

de segurança nas instituições e direciona profissionais para um possível caminho de sua implantação (Harada & Pedreira, 2013).

A avaliação da cultura de segurança é vista como ponto de partida para iniciar um planejamento de ações que promovam mudanças para reduzir a incidência de eventos adversos e consequentemente garantir cuidados seguros. A partir dessa avaliação tem-se acesso a informações dos profissionais de saúde da organização no que refere às suas percepções e comportamentos relacionados com a segurança permitindo identificar áreas problemáticas que permitam implementar intervenções.





#### 4 – GESTÃO DO RISCO

Já Florence Nightingale dizia que “o primeiro requisito num hospital é que não deveria haver nenhum dano para o doente”. O conceito de segurança do doente envolve as ações empreendidas por indivíduos e organizações para impedir que os utilizadores dos cuidados de saúde sejam prejudicados pelos efeitos dos seus serviços. Assim garantir a segurança do doente implica o estabelecimento de sistemas operacionais e processos que minimizam a probabilidade de erros (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Erro é a falha na execução planeada de uma ação, uso errado, impróprio ou incorreto de um plano para atingir um objetivo. Pode então considerar-se como uma ação que se afasta do “*standard*” dos cuidados e origina danos, denominados de eventos adversos (dano causado no decurso da prestação de cuidados e não pela doença subjacente) e que pode ter como consequência o prolongamento do internamento, incapacidades, entre outros (Direção-Geral da Saúde, 2011). O conhecimento e compreensão dos eventos adversos (frequência, causas e o seu impacto) constituem uma parte fundamental do processo, mais amplo, de avaliação e melhoria contínua da segurança do doente e da qualidade em saúde (Sousa, et al., 2011).

O problema do erro humano pode ser visto sob duas formas de abordagem, na pessoa e no sistema. A abordagem na pessoa teve um grande impacto no passado e incide sobre atos inseguros devido a processos de esquecimento, desatenção, falta de atenção e imprudência, o foco é a culpabilização. A premissa básica na abordagem do sistema é que os seres humanos são falíveis e erros são esperados, mesmo na melhor organização, o foco são as condições em que as pessoas trabalham. Os erros são vistos como consequências, em vez de causas, com origem em fatores sistémicos a montante. Não podemos mudar a condição humana, podemos mudar as condições sob as quais os seres humanos trabalham. A ideia central é a de que o sistema deve ter defesas, e quando um evento adverso ocorre, a questão importante não é saber quem errou, mas sim como e porque as defesas falharam (Reason, 2000).

James Reason ilustra esta ideia com a imagem do queijo suíço com camadas de defesas, barreiras e salvaguardas que desempenham um papel chave na abordagem do sistema (Exemplo: alarmes, proteções, estrutura) e num mundo ideal cada camada de

defesa estaria intacta. Mas na realidade elas são parecidas com um queijo suíço, com muitos buracos, continuamente a abrir e fechar mudando de localização. A presença de buracos numa fatia não causa dano, mas quando os buracos momentaneamente se encontram em fila permitem a trajetória do acidente originando perigos prejudiciais para os doentes. James Reason atribui os buracos das defesas a duas causas: falhas ativas e falhas latentes, e assim quase todos os eventos adversos envolvem uma combinação destes dois conjuntos de fatores (Reason, 2000).

Falhas ativas são atos perigosos cometidos por pessoas que estão em contacto direto com o doente (na linha da frente) e falhas latentes são as que decorrem das decisões dos órgãos de gestão de nível superior (os efeitos adversos podem ficar ocultos durante muito tempo). As falhas latentes podem ter dois tipos de efeitos adversos, podem proporcionar condições de erro no local de trabalho (como por exemplo a pressão de tempo, falta de pessoal, má preparação da equipa) ou podem originar deficiências duradouras (alarmes não confiáveis, procedimentos impraticáveis, mau desenho de construção). A combinação destes dois tipos de falhas podem gerar a oportunidade do acidente (Reason, 2000; Reason, et al., 2001). Com esta teoria ele trouxe a premência de tentar obstruir esses buracos e criar camadas sobrepostas a fim de impedir o realinhamento e assim ratifica que é preciso não ceder ao desejo veemente de concentrar a atenção na ponta e convergir às causas-raiz (Wachter, 2012).

Não existe uma causa única para o acidente, ele acontece por fatores humanos (individuais e de equipa), fatores sistémicos (organização e equipamento), e um pouco também devido ao acaso. No entanto, a natureza da tarefa ou a sua complexidade, bem como as condições ambientais do trabalho podem condicionar os resultados em matéria de segurança (Wachter, 2012; World Health Organization, 2011; Fragata, 2011). A causa dos eventos adversos é assim multifatorial, mas a componente humana e de equipa é a que mais contribui. O sistema ou organização tem um papel facilitador ou dificultador em relação às falhas cometidas pelos colaboradores. A *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) refere que a maior parte dos eventos sentinela tem origem no insuficiente treino das pessoas em equipa e quebras na comunicação (Fragata, 2011).

Entender como os erros acontecem e quais são as suas implicações éticas e legais, não é uma tarefa fácil. Para implementar uma análise sistémica, é necessária uma estratégia conjunta com aprofundamento das questões conceituais e necessariamente participação dos profissionais de saúde, gestores, doentes e familiares no processo (Harada & Pedreira, 2013).

É exemplo disso o escândalo no Hospital de Stafford, no Reino Unido, referente a atendimento deficiente e altas taxas de mortalidade em que foi aberto inquérito público no final do ano de 2000. No relatório recentemente divulgado são apresentados vários problemas que estiveram na base do incidente: é assumida uma perda parcial de foco na qualidade e segurança como principais objetivos, prioridades incorretas, competências insuficientes em segurança do doente e aperfeiçoamento de práticas, sinais de alerta abundavam mas não foram atendidos, e é referido que os profissionais não foram culpados, na maioria dos casos as falhas devem-se a sistemas, procedimentos, condições, ambiente e restrições que levaram a problemas de segurança do doente. Ainda no referido relatório são apresentadas inúmeras sugestões, entre as quais: Colocar a qualidade e assistência do doente acima de todos os objetivos do sistema nacional de saúde, envolver os profissionais e cuidadores em todos os momentos, promover o crescimento e desenvolvimento dos profissionais na capacidade de melhorar os processos de cuidados, insistir num modelo de trabalho com transparência inequívoca, garantir dotações seguras, e recorrer a sanções penais só em casos extremos que devem funcionar como um impedimento à negligência (Berwick, et al., 2013).

Impõe-se assim a operacionalização de uma cultura de segurança eficaz promovendo o relato dos eventos adversos num ambiente seguro e com aprendizagem em torno das falhas ocorridas como é recomendado por James Reason (1998).

Paula Bruno, no seu estudo sobre registo de incidentes e eventos adversos constata que em Portugal a frequência dos registos é ainda muito baixa, sendo o esquecimento em virtude da carga de trabalho a principal razão apontada pelos inquiridos (Bruno, 2010).

Para além da escassez de registo de erros e respetiva análise pelos profissionais de saúde, quando um sistema de relatos de incidentes começa a funcionar gera uma enorme

quantidade de informação, que por si só é insuficiente. A informação de retorno dos relatos de incidentes deve incluir e assegurar ações corretivas de modo a evitar falhas recorrentes. O primeiro passo para integrar práticas mais seguras na rotina é garantir a maior visibilidade do erro e das suas implicações. Isto pode ser conseguido através de relatos, auditorias, listas, revisão de processos, participações de doentes, entre outros (Lage, 2010).

É fundamental que a análise de causas não esteja centrada no profissional que erra mas sim no mecanismo dos erros, de modo a identificar os fatores contributivos e falhas suscetíveis de melhoria. Num sistema de saúde que se pretende centrado no doente, a notificação de incidentes é imperativo. A monitorização sistemática do erro e das barreiras que protegem os doentes é o pilar de qualquer sistema de saúde que se pretende seguro (Lage, 2010).

A DGS com a orientação nº 011/2012, de 30/07/2012 vai ao encontro dessa ideia recomendando a aprendizagem sobre as respetivas causas do evento adverso e prevenir a sua recorrência, bem como identificar as causas raiz do evento e procurar atuar sobre elas. Torna-se então importante promover a mudança de comportamentos por parte dos profissionais de saúde no sentido de aumentar o número de registos de incidentes e eventos adversos, para isso deve existir um sistema de registos que garanta a confidencialidade.

No nosso país a DGS em 2013 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. A Norma nº 008/2013 de 15/05/2013 determina como deve ser feita a notificação de um incidente ou evento adverso, ocorrida numa instituição prestadora de cuidados de saúde, e torna obrigatória a decorrente implementação de medidas corretoras sistémicas por parte da administração da instituição (Direção Geral de Saúde, 2013).

Nenhuma das ferramentas criadas para promover a segurança do doente, tais como relatos de incidentes, auditorias, revisão de processos, etc, deve ser considerada como supérflua ou dispensável à prática clínica. Assim a promoção da segurança do

doente não pode por isso ser uma atividade paralela do gabinete de gestão do risco da organização, mas sim uma base de trabalho para toda a prática clínica (Lage, 2010).



## 5 – ESTUDOS DE SEGURANÇA DO DOENTE

O estudo desenvolvido pelo IOM em 1999, intitulado *To err is human: building a safer health system*, em que se estimou que, entre 44 000 e 98 000 pessoas nos Estados Unidos da América, morriam anualmente em consequência de erros médicos que poderiam ter sido prevenidos, introduziu o conceito de que o erro acontecia, não por responsabilidade direta de um profissional, que trabalhou mal, mas sim pelo contexto sistémico em que trabalhava, e foi determinante para o desenvolvimento de inúmeras estratégias nesta área (Institute of medicine, 1999).

Com a publicação deste estudo o tema assumiu um grande interesse mundial, proliferando estudos e investigações. Foram realizados estudos em diversos países desenvolvidos como os EUA, Austrália, Canadá, Reino Unido, Nova Zelândia, Dinamarca e Espanha. Os resultados obtidos nesses estudos, aliados a problemas de má prática médica obrigaram a que se caminhasse num sentido de maior responsabilização na redução e prevenção de eventos adversos na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente através da definição de estratégias de gestão do risco clínico (Bruno, 2010).

As taxas de incidência de eventos adversos em hospitais atingem valores que variam entre os 3,7 % e os 16,6 % (com consequente impacto clínico, económico e social), sendo que desses a maior fatia (40 % a 70 %) são considerados preveníveis ou evitáveis.

Em Portugal foi realizado um estudo em 2009 em três hospitais públicos da região de Lisboa, teve por base a análise a processos clínicos de uma amostra de 1.669 doentes internados e os resultados identificam uma realidade, não muito diferente da que foi descrita em estudos similares, realizados em vários países. A taxa de incidência de eventos adversos foi de 11,1%, na maioria dos casos, não resultou em dano ou causou dano mínimo para o doente. Cerca de 53,2% de eventos adversos eram considerados evitáveis, e o envolvimento do doente e/ou dos seus familiares, aquando da ocorrência de eventos adversos é diminuto (0,8%) (Sousa, et al., 2010).

Paula Bruno desenvolveu um estudo em 2009 sobre “Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal” no sentido de melhor compreender o fenómeno. O estudo foi realizado em quatro hospitais do Serviço

Nacional de Saúde acreditados ou em processo de acreditação, com uma amostra de 200 indivíduos (médicos e enfermeiros), obtendo-se as seguintes conclusões: observou-se que a frequência da notificação de incidentes e eventos adversos é muito baixa, confirmando os estudos internacionais, sendo que os enfermeiros notificaram mais do que os médicos; em relação ao tipo de incidentes/eventos registados, registam mais os eventos adversos graves, sendo o esquecimento em virtude da carga de trabalho e o receio de processo judicial as principais razões para não registarem (Bruno, 2010).

Foi neste contexto que a Agencia Norte Americana *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, criou um questionário para ser aplicado nos hospitais, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* tendo sido aplicado neste país pela primeira vez em 2004 por Sorra e Nieva (Sorra & Nieva, 2004). Este instrumento tem sido validado em vários países um pouco por todo o mundo, onde Portugal se inclui num estudo efetuado por Margarida Eiras em 2008. O questionário está traduzido em pelo menos 23 línguas e está a ser utilizado em cerca de 41 países (Direção Geral de Saude, 2013).

Comtemplando as várias componentes da cultura de segurança do doente este questionário considera 12 dimensões, nomeadamente: “o trabalho em equipa dentro das unidades”, “expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “apoio à segurança do doente pela gestão”, “aprendizagem organizacional - Melhoria Contínua”, “perceções gerais sobre segurança do doente”, “feedback e comunicação acerca do erro”, “abertura na comunicação”, “frequência de notificação”, “trabalho entre unidades”, “dotação de profissionais”, “transferências e transições hospitalares”, e “resposta não punitiva ao erro”. Este instrumento foi aplicado em Portugal num estudo piloto em 7 hospitais em 2011 e os resultados obtidos não são muito diferentes dos apresentados nos estudos dos estados Unidos da América, em 2004, em Espanha, em 2008 e Reino Unido em 2010 (Eiras, et al., 2011).

A nível internacional são inúmeros os estudos realizados com a aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* em variados contextos, alguns deles com grandes especificidades. No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre a avaliação da cultura de segurança do doente, levou-se a efeito um



trabalho de aproximação aos princípios metodológicos de uma revisão e literatura, tendo por base as recomendações de Galvão, et al.(2004) e Nobre, et al.(2004). Desta forma formulou-se uma questão que se constituiria como núcleo de desenvolvimento de toda a revisão, desde a organização da estratégia de pesquisa até à discussão dos resultados: Que resultados se obtém sobre a avaliação da cultura de segurança do doente, fazendo uso do HSOPSC? Assim, partindo da pergunta foram definidos critérios para inclusão/exclusão de estudos na revisão.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos em revisão

Elementos	Critérios Inclusão	Critérios Exclusão
P (Participantes)	Profissionais de saúde	Estudos onde não foi possível isolar os sujeitos definidos nos critérios de inclusão
I (Intervenções)	Qualquer intervenção com interferência na avaliação da cultura de segurança do doente	Intervenções sem interferência no grau de ajustamento das características individuais/situacionais implicadas na cultura de segurança
O (Resultados)	Caraterização do nível percecionado de cultura de segurança do doente	Não orientados para alterações no nível percecionado
D (Desenho)	Sem limitação de paradigma	Ausência de trabalho empírico

Para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na revisão, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes, à intervenção e ao desenho dos estudos pretendidos, de modo a definir um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que por interseção levaria à obtenção da expressão de pesquisa estabilizada.

A localização dos estudos (período de 2004 a 2014) foi efetuada em bases de dados eletrónicas, em catálogos *online* da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, assim como em listagens de teses/dissertações/monografias de provas públicas para concurso, mestrados e doutoramentos.

Os quadros seguintes mostram vários estudos realizados sobre a **cultura de segurança do doente** em vários hospitais portugueses assim como a realidade desta variável em países da Europa e nos Estados Unidos.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos em revisão

Estudo	Participantes					Intervenções
	Título	País	Ano	Amostr a	Nº de hospita is	Taxa de respost a
Pilot Study for the <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Summary of Reliability and Validity Findings</i>	US	2004	1437	21	29%	- Desenvolver um instrumento confiável de cultura de segurança do doente, que os hospitais pudessem utilizar para avaliar a cultura de segurança do doente a partir da perspectiva de seus funcionários e colaboradores.
Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report	US	2012	567.703	1.128	53	- Permitir que cada hospital possa comparar os resultados dos inquéritos a cultura de segurança do doente com os de outros hospitais. - Fornecer dados para os hospitais para facilitar a avaliação interna e aprendizagem no processo de melhoria da segurança do doente. - Fornecer informações suplementares para ajudar os hospitais identificar seus pontos fortes e as áreas com potencial de melhoria na cultura da segurança do doente - Fornecer dados que descrevem as mudanças na cultura da segurança do doente ao longo do tempo.
Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español	Es	2009	6257	24	40	- Aplicar a ferramenta validada para a medição de atitudes e segurança do doente - Descrever a frequência de atitudes positivas e comportamentos relacionados com a segurança do doente nos cuidados de saúde profissionais de nível hospitalar. - Incentivar o uso do questionário para a avaliação, monitorização e melhoria da cultura de segurança em hospitais do Sistema Nacional de Saúde espanhol.
Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles	ES	2012	1.113	8	35	- Descrever a frequência de atitudes positivas e negativas, como profissionais saúde desses hospitais, relacionadas com a segurança do doente; - Analisar os fatores sociolaborais e estruturais que estão relacionados com a cultura de segurança do doente.
Patient safety culture: an Italian experience	IT	2011	724	1	42	- Validar o questionário para o contexto Italiano; - Entender qual o nível de consciência dos profissionais de saúde que trabalham num hospital do norte da Itália sobre cultura de segurança do doente
Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK	UK	2010	1.437	3	37	Avaliar as propriedades psicométricas e adequação da pesquisa sobre cultura de segurança do doente nos hospitais americanos para uso no Reino Unido.
Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de Hospitais portugueses	PT	2011	2.449	7	11	Direcionar intervenções de melhoria na cultura de segurança e monitorizar a evolução das mesmas.
Segurança do Doente – Perspetiva dos Profissionais de um Hospital da Região Centro	PT	2012	538	1	52	- Conhecer a perceção dos profissionais do Hospital X sobre cultura de segurança do doente; - Conhecer a perceção dos profissionais sobre o contributo da implementação de normas da qualidade para a segurança; - Identificar oportunidades de melhoria nas áreas de segurança do doente.
Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro	PT	2013	310	3	17	- Avaliar a cultura de segurança do doente no Centro Hospitalar α e identificar oportunidades de melhoria no âmbito de segurança do doente.
Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria	PT	2013	269	1	42	- Avaliar a perceção dos profissionais (que interajam direta ou indiretamente com o doente) acerca da cultura de segurança do doente.

Quadro 3 - Resultados dos estudos em revisão sobre avaliação da cultura de segurança do doente

Dimensões HSOPSC	Resultados (% médias positivas)									
	Eiras et al PT 2011	Peralta PT 2012	Sousa PT 2013	Pimenta PT 2013	Sorra et al. US 2004	Sorra et al. US 2012	Saturno et al ES 2009	Gama et al. ES 2012	Bagnasco, et al IT 2011	Waterson Et al UK 2010
Frequência de notificação	44	28	28	51	52	64	47	45	59	71
Perceções gerais sobre a segurança do doente	59	51	44	73	56	67	48	49	64	59
Trabalho em equipa dentro das unidades	73	73	68	76	74	80	72	74	60	75
Expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente	62	64	58	72	71	75	62	63	69	68
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	68	71	55	78	71	73	54	54	74	66
Feedback e comunicação sobre o erro	54	62	47	69	52	65	44	43	60	56
Abertura na comunicação	52	58	44	63	61	62	48	49	62	60
Dotação de profissionais	47	39	35	45	50	57	28	28	30	34
Resposta ao erro não punitiva	41	23	21	33	43	45	53	53	35	31
Apoio à segurança do doente pela gestão	48	51	24	67	60	73	25	29	28	45
Trabalho em equipa entre unidades	51	47	35	61	53	59	42	41	30	41
Transferências e transições hospitalares	59	54	35	59	45	46	54	51	37	43



## PARTE II

### 1 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Cada vez mais as organizações de saúde valorizam a importância de transformar a cultura organizacional, com a finalidade de melhorar a segurança do doente, assim, promover uma cultura de segurança tornou-se um dos pilares fundamentais para a segurança do doente (Nieva & Sorra, 2003).

Avaliar a cultura de segurança do doente numa organização é o primeiro passo para o desenvolvimento e estabelecimento de uma cultura de segurança do doente. As organizações de saúde podem realizar avaliações de cultura de segurança para uma variedade de razões. A avaliação da cultura de segurança pode ser utilizada para: (1) diagnosticar a cultura de segurança do doente para identificar as áreas de melhoria e aumentar a conscientização sobre a segurança do doente, (2) avaliar as intervenções e programas de segurança do doente e controlar a mudança ao longo do tempo, (3) realizar *benchmarking* interno e externo, e (4) cumprir as diretivas ou requisitos regulamentares (Nieva & Sorra, 2003).

Justifica-se ainda a necessidade do presente estudo, pela vital existência de indicadores de saúde, para que possam ser ferramentas propulsoras nas instituições tornando-as mais competitivas, criativas e flexíveis, falamos assim de uma importante ferramenta para a tomada de decisão. Dado que na organização não tinha sido realizado nenhum estudo nesta área considerou-se muito pertinente a realização deste estudo no sentido de obter a avaliação diagnóstica e assim abrir caminho para a monitorização da cultura de segurança do doente na organização.



## 2 - DA CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA AO OBJETO DE ESTUDO

### 2.1 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

A investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita o debate e se edificam ideias inovadoras. Quando se fala em investigação em ciências sociais e humanas há dois requisitos que se impõem: que seja científica, pautada pela sistematização e rigor, e que seja adequada ao objeto em estudo (Coutinho, 2011). 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).

Desta forma formulou-se a seguinte questão de investigação que esteve na base da pesquisa: A perceção dos profissionais sobre cultura de segurança do doente varia em função de variáveis socio profissionais (grupo profissional, tempo na organização, ter ou não contacto direto com os doentes) e de variáveis organizacionais (trabalhar num serviço certificado ou não)?

O objetivo do estudo especifica as variáveis, a população alvo e a orientação a dar à investigação (Fortin, 2009). Neste sentido, propomo-nos neste estudo a:

- Identificar a perceção dos profissionais do hospital acerca da cultura de segurança do doente;
- Identificar pontos fortes e fracos da cultura de segurança do doente no sentido de promover oportunidades de melhoria (analisar dimensões da CSD);

### 2.2 - TIPO DE ESTUDO

Este estudo é 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 (Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo transversal pois tem como objetivo procurar associações comuns entre fatores e as medições são feitas num único momento. Neste tipo de estudo

o investigador tem que, primeiro, definir a questão a responder, depois, definir a população a estudar e um método de escolha da amostra e, por último, definir os fenómenos a estudar e os métodos de medição das variáveis de interesse (Coutinho, 2011).

É um estudo correlacional pois permite verificar a natureza das relações que existem entre determinadas variáveis, relações estas que se apoiam em trabalhos de investigação anteriores ou em bases teóricas. A análise consiste em determinar, com a ajuda de diversas estimativas 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 (Fortin, 2009). Também é um estudo comparativo na medida em que procura estabelecer diferenças entre grupos diferentes, como por exemplo: profissão, anos de experiência, entre outras.

Enquadra-se na investigação quantitativa pois do ponto de vista conceptual centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação de variáveis comportamentais e/ou socio-afetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação empírica (Coutinho, 2011).

É baseado na observação dos factos 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 (Fortin, 2009). Este estudo foi desenvolvido no Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. (HDFE, E.P.E.) e a recolha de dados realizou-se de 1 de Dezembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014.

O HDFE, E.P.E. dispõe de um total de 144 camas e 556 profissionais. A área de influência abrange todo o concelho da Figueira da Foz e parcialmente, os concelhos de Montemor-o-Velho, Soure, Cantanhede, Mira e Pombal, sem prejuízo do disposto pelas redes de referência hospitalar, no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O HDFE, E.P.E. encontra-se organizado em três áreas distintas:

- Serviços de Prestação de Cuidados;



- Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados;
- Serviços de Gestão e Logística.

Os Serviços de Prestação de Cuidados desenvolvem as suas atividades nas seguintes linhas de produção: internamento, cirurgia do ambulatório, consulta externa, hospital de dia, urgência médico cirúrgica, serviço domiciliário e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

A estrutura organizacional do Hospital contempla a existência dos seguintes serviços, valências e unidades funcionais prestadoras de cuidados:

- Serviço de Anestesiologia;
- Serviço de Cirurgia;
- Serviço de Imagiologia;
- Serviço de Medicina Laboratorial (Imuno-hemoterapia/Patologia Clínica);
- Serviço de Especialidades Cirúrgicas (agrega as valências de Ginecologia/Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia);
- Serviço de Especialidades Médicas (agrega as valências de Cardiologia, Dermatologia, Neurologia, Gastrenterologia e Pneumologia);
- Serviço de Medicina Interna;
- Medicina Física e Reabilitação;
- Serviço de Ortopedia;
- Serviço de Pediatria (agrega a unidade Funcional de Psiquiatria da Infância e Adolescência).

O Hospital dispõe ainda dos seguintes Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados:

- Bloco Operatório;
- Serviços Farmacêuticos;
- Serviço Social;
- Serviço de Esterilização;
- Unidade de Nutrição e Dietética.

Os Serviços de Gestão e Logística contemplam:

- Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão;
- Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação;

- Gabinete Jurídico;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
- Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho;
- Serviço de Aprovisionamento;
- Serviços Hoteleiros;
- Serviço de Instalações e Equipamentos.

### 2.3 – VARIÁVEIS

Variável é “um atributo que reflete ou expressa um conceito ou constructo e pode assumir diferentes valores” (Coutinho, 2011). Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo” (Fortin, 2009).

Variável independente ou experimental é um elemento que é introduzido numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável. Este tipo de variável é considerado como a causa do efeito produzido na variável dependente (Fortin, 2009). Considerámos para este estudo as seguintes variáveis independentes: Interação direta com os doentes, Profissão, Serviço onde trabalha ser certificado, Tempo de experiencia na organização, Formação em cultura de segurança.

Variável dependente define-se como a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente. É o que o investigador vai medir para avaliar diferenças nos sujeitos derivados da exposição (ou não) ao tratamento (variável independente) (Coutinho, 2011). Pode também ser chamada de variável critério ou variável explicada (Fortin, 2009).

Como refere Fortin (2009), é aquela que sofre o efeito da variável independente, é o investigador está interessado em compreender, explicar ou rever, e, no caso desta pesquisa é a cultura de segurança do doente com 12 dimensões, de acordo com o questionário validado para Portugal pela Doutora Margarida Eiras e proposto pela DGS para ser aplicado em 2014 em todos os hospitais do Sistema de Saúde (Direção Geral de Saude, 2013).

## 2.4 – HIPÓTESES

Uma hipótese é a previsão de resposta para o problema de investigação (Coutinho, 2011). 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 (Fortin, 2009).

Cultura representa um conjunto de perceções e de comportamentos de um grupo ou organização, desta forma tem uma dimensão de grupo na organização mas implica uma interiorização em cada um dos profissionais. Sendo a cultura de segurança o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, competências e padrões de comportamento (World Health Organization, 2009), pode ser influenciada por fatores como a profissão, ou tempo de experiência profissional, refletindo crenças, perceções e valores em relação à segurança.

Vários estudos evidenciam diferenças nos vários grupos profissionais, assim formula-se a seguinte hipótese de investigação:

**Hipótese 1** - A perceção da cultura de segurança difere consoante a profissão.

A segurança do doente como dimensão da qualidade constitui uma prioridade em todos os sistemas de saúde preocupados com melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Falhas ao nível da segurança do doente, podem ter implicações nas organizações de saúde, nos seus profissionais e, principalmente, nos doentes/utentes. Ao nível internacional a *World Alliance for Patient Safety* integrou no programa de ação de 2005 vários desafios onde se inclui o envolvimento dos doentes, pois estes estão no centro da melhoria e quando algo está errado eles são as vítimas do dano produzido (World Health Organization, 2004).

Tendo por base esta linha de pensamento considera-se que a perceção da cultura de segurança do doente por parte dos profissionais poderá estar relacionada com a interação direta com os doentes no âmbito das suas tarefas e funções inerentes à profissão, formulando-se assim a seguinte hipótese:

**Hipótese 2** - A perceção da cultura de segurança está relacionada com a interação direta com os doentes.

Características humanas e individuais junto de fatores ambientais, organizacionais e de trabalho constituem fatores humanos, que na sua interação influenciam comportamentos de segurança. De uma forma simples pode dizer-se que é a relação de três aspetos: o trabalho, o indivíduo e a organização (World Health Organization, 2009).

Quando se refere o indivíduo inclui-se a sua competência, capacidade técnica, personalidade, atitudes e perceção do risco. As áreas da personalidade e atitudes são mais fixas, mas as competências são trabalhadas por treino. Ao falar-se de organização inclui-se o padrão de trabalho, cultura organizacional, comunicação e liderança.

Assim considera-se pertinente relacionar a perceção da cultura de segurança com os anos de experiência da organização, formulando-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 3** - A perceção da cultura de segurança difere em função dos anos de experiência na organização.

Processos de melhoria contínua da qualidade constituem estratégias eficazes na promoção da cultura de segurança do doente, permitindo o desenvolvimento e reflexão multidimensional e multidisciplinar em que os problemas relacionados com a cultura de segurança do doente sejam encarados como oportunidade de adequação do conhecimento. Os processos de certificação dos serviços demonstram à partida uma preocupação com a qualidade dos cuidados prestados incorporando vários parâmetros e com reflexo positivo na segurança do doente. Neste sentido formulou-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 4** - A perceção da cultura de segurança difere consoante o serviço seja certificado ou não.

A formação é um dos instrumentos essenciais para o desenvolvimento da qualidade de desempenho de qualquer sistema de saúde, dado que a tomada de consciência da insegurança dos doentes e os custos financeiros exigem atualmente das organizações uma redefinição de estratégias eficazes, competitivas e inovadoras de forma a criar uma perceção de cultura de segurança nos profissionais. Assim formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 5** - A perceção da cultura de segurança difere consoante ter ou não feito formação em cultura de segurança do doente.

## 2.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

“Uma população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” sendo que “qualquer trabalho de amostragem requer uma definição precisa da população a estudar, e portanto dos elementos que a compõem” (Fortin, 2009).

A segurança do doente é considerada um princípio fundamental dos cuidados ao doente e uma componente da gestão da qualidade (World Health Organization, 2002), uma das chaves da cultura de segurança é que todos os profissionais tenham consciência constante e ativa do potencial de risco e tomar medidas no sentido da segurança (National Patient Safety Agency, 2004), por conseguinte a segurança diz respeito a todos os profissionais numa organização. Assim a população em estudo são todos os profissionais da organização num total de 556 indivíduos.

Amostra é a fração da população sobre a qual se faz o estudo (Fortin, 2009). É “um grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar a população inteira de onde provieram”, que terá que a representar e refletir os seus traços (Coutinho, 2011). A técnica de amostragem para selecionar os profissionais foi não probabilística acidental. A amostra ficou constituída por 303 profissionais. Participaram no estudo profissionais que apresentassem os seguintes critérios de inclusão:

1. Concordar participar no estudo; foi considerado indicativo de concordância de participação voluntária no estudo o preenchimento do instrumento de colheita de dados/Questionário;
2. Todos os profissionais a realizar serviço efetivo. Foram excluídos do estudo todos os profissionais que durante o período de colheita de dados se encontravam ausentes por afastamentos prolongados (Ex: parto, atestado prolongado).

## 2.6– CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento deste estudo formalizou-se com o pedido ao Conselho de Administração para a realização do estudo, tendo sido autorizado (ANEXO I).

Para a aplicação do instrumento foi solicitada à autora da validação para a população portuguesa, Margarida Eiras, autorização via email, tendo a mesma sido concedida.

Para planear o número de questionários a distribuir foi solicitada uma lista de todos os profissionais da organização.

Antes da aplicação do questionário foi enviado pelo Conselho de Administração aos diretores e chefes/responsáveis de serviço um email com o objetivo de informar da realização do estudo, e assim promover o envolvimento com a realização do estudo.

## 2.7 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Todo e qualquer plano de investigação implica uma recolha de dados originais por parte do investigador (Coutinho, 2011).

O método de colheita de dados utilizado no presente estudo foi o questionário. Esta metodologia permite obter os dados de forma rápida e pouco dispendiosa, podendo ser aplicado a um vasto número de pessoas, tendo por isso vantagens, tais como a natureza impessoal, a uniformidade da apresentação e das diretivas (assegura a constância de um questionário para o outro) que contribui para a fidelidade do instrumento e o anonimato das respostas (tranquiliza os respondentes e leva-os a exprimir livremente as suas opiniões) (Fortin, 2009).

O questionário utilizado nesta pesquisa é o “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPSC). É um instrumento criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* e difundido um pouco por todo o mundo, tendo sido validado para a população portuguesa por Margarida Eiras.

Tendo em conta o contexto da organização considerou-se pertinente acrescentar duas questões:

- O serviço onde trabalha é certificado?
- Nos últimos dois anos fez alguma formação sobre segurança do doente? (em caso de resposta afirmativa era questionado se foi oferecida pelo hospital e qual a duração)

### **Questionário - Hospital Survey on Patient Safety Culture**

O questionário HSOPSC (Anexo II) tem uma distribuição multidimensional, sendo composto por quarenta e dois itens, distribuídos por doze dimensões, sob a forma de escala de likert graduada em cinco níveis desde “discordo fortemente” ou “nunca” até “concordo fortemente” ou “sempre”, havendo também a opção “não se aplica”. Inclui ainda duas variáveis de item único (Grau de Segurança do Doente e Número de Eventos

Notificados nos últimos 12 meses) para além de um grupo de questões socio profissionais.

Este instrumento está dividido em oito secções, de A a H.

Secção A - 18 questões sobre o Serviço/Unidade de trabalho.

Secção B - 4 questões sobre o superior hierárquico.

Secção C - 6 questões sobre comunicação.

Secção D - 3 questões a Frequência da notificação de eventos/ocorrências.

Secção E - Grau de segurança do doente.

Secção F - 11 questões sobre o Hospital.

Secção G - Número de eventos/ocorrências notificadas.

Secção H - Dados socio e profissionais.

Termina com um espaço para comentários que se considerem oportunos relacionados com a temática em estudo.

Este questionário contém perguntas formuladas positivamente e outras formuladas negativamente, sendo recomendado por Sorra e Nieva (2004) que na análise global das dimensões seja invertida a escala das perguntas que estão no sentido negativo para facilitar a análise. As questões identificadas com “r” estão colocadas na negativa (A5r, A7r, A8r, A10r, A12r, A14r, A16r, A17r, B3r, B4r, C6r, F2r, F3r, F5r, F6r, F7r, F9r, F11r).

Recomendam também, igualmente para facilitar a análise, que os cinco níveis de resposta sejam recodificados em 3 categorias de acordo com a tabela seguinte:

Quadro 4 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados

Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Código base (cinco níveis)
Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	
Negativo		Neutro	Positivo		Recodificação (três níveis)

Sorra e Nieva (2004) consideram que os resultados da aplicação do questionário podem apontar quais as fortalezas (forças de segurança) e as áreas a necessitar de

melhoria (oportunidades de melhoria) na cultura de segurança do doente na organização hospitalar, de acordo com a percentagem de respostas positivas nos diferentes itens.

Para classificar um item ou uma dimensão como **força de segurança** utiliza-se o seguinte critério:  $\geq 75\%$  de respostas positivas (Concordo fortemente / concordo ou Sempre / A maioria das vezes, ou os itens formulados de forma negativa que cerca de 75 % dos entrevistados discordaram).

Do mesmo modo, para classificar um item ou uma dimensão como **oportunidades de melhoria** utilizam-se o seguinte critério:  $\leq 50\%$  de respostas positivas (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes/sempre). O percentual de corte para áreas que necessitam de melhoria é menor, porque se metade dos respondentes não expressam opiniões positivas a respeito de uma questão de segurança, provavelmente há espaço para melhorias.

O HSOPSC foi desenhado para avaliar 12 dimensões de cultura de segurança, recomendando as autoras que para a análise dos resultados sejam agrupadas em três áreas: dimensões que ocorrem ao nível da unidade, dimensões no âmbito do hospital e variáveis de resultado, onde nesta última também se integram o número de ocorrências notificadas e o grau de segurança do doente; conforme quadro apresentado de seguida (Sorra e Nieva, 2004).

Quadro 5 - Dimensões do HSOPSC

Dimensões ao nível da unidade	1 - Trabalho em equipa dentro das unidades 2 - Expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria contínua 6 - Feedback e comunicação sobre o erro 7 - Abertura na comunicação 10 - Dotação de profissionais 12 - Resposta ao erro não punitiva
Dimensões ao nível da organização hospital	3 - Apoio à segurança do doente pela gestão 9 – Trabalho em equipa entre unidades 11 – Transferências e transições hospitalares
Variáveis de resultado	5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente 8 - Frequência na notificação de eventos Número ocorrências notificadas Grau de 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**

### Trabalho em equipa dentro das unidades

A1 - Neste Serviço/Unidade os profissionais entreadjudam-se

A3 - Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer

A4 - Neste Serviço/Unidade as pessoas tratam-se com respeito

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

### Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente

B1 - O seu supervisor/diretor tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos

B2 - O seu supervisor/diretor leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente

B3r - Sempre que existe pressão, o meu supervisor/diretor quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos

B4r - O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente

### Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua

A6 - Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente

A9 - Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas

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

### Feedback e comunicação sobre o erro

C1 - É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências

C3 - Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade

C5 - Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros

### Abertura na Comunicação

C2 - Os profissionais falarão 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 que têm maior autoridade

C6r - Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo

#### Dotação de profissionais

A2 - Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido

A5r - Os profissionais trabalham mais horas, o que pode por em causa a segurança do doente

A7r - Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode por em causa a segurança do doente

A14r - Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa

#### Resposta não punitiva ao erro

A8r - Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles

A12r - Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si

A16r - Os profissionais interrogam-se, se os seus erros são registados no seu processo pessoal

### **Variáveis relacionadas com os domínios da segurança ao nível do hospital**

#### Apoio à Segurança do doente pela gestão

F1 - A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente

F8 - As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade

F9r - A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade

#### Trabalho em equipa entre unidades

F2r - Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam muito bem umas com as outras

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

#### Transferências e transições hospitalares

F3r - A situação fica caótica quando se transferem doentes 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 pelos vários Serviços/unidades do Hospital

F11r - As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente

#### **Variáveis de resultado da cultura de segurança**

##### Perceções gerais sobre 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, mesmo quando há muito trabalho

A17r - Neste Serviço/Unidade temos problemas com a segurança do doente

A18 - Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros

##### Frequência de notificação

D1 - Quando um erro é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado?

D2 - Quando um erro é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é reportado?

D3 - Quando um erro é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é reportado?

##### Grau de segurança do doente

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

##### Número de ocorrências notificadas

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

#### **Grupo de questões socioprofissionais**

1. Alguma vez tinha respondido a este questionário;
2. Identificação do serviço/unidade onde trabalha;
3. Profissão;
4. Experiência no serviço/Unidade;
5. Experiência na organização;
6. Idade;
7. Sexo;
8. O hospital onde trabalha é acreditado?
9. No âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contacto com os doentes?
10. O serviço onde trabalha é certificado?
11. Nos últimos anos fez alguma formação sobre segurança do doente?

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

## 2.8 – COLHEITA DE DADOS

O método escolhido para a recolha de dados afeta a forma como é vista a confidencialidade das respostas e isso afeta a taxa global de respostas (Sorra & Nieva, 2004). As autoras recomendam uma recolha de dados com questionário impresso para alcançar uma taxa de resposta máxima entre todos os profissionais do hospital.

Tendo como referência o acima exposto optou-se por questionários impressos, entregues pelo investigador e privilegiar com os serviços uma relação de disponibilidade, proximidade e ajuda no sentido da compreensão da pesquisa. Neste sentido foram impressos questionários em número igual ao total dos profissionais da organização e distribuídos por todos os serviços do hospital.

Os questionários foram então entregues aos responsáveis de serviço, acompanhado de envelopes (em número igual ao número de questionários), tendo sido solicitada a sua colaboração no sentido de promover a entrega dos questionários aos elementos da sua equipa, bem como a recolha dos questionários respondidos (já colocados em envelopes fechados). Os questionários respondidos foram guardados num

envelope grande que posteriormente foi recolhido pela investigadora. Estas estratégias tiveram como principal objetivo garantir a confidencialidade dos dados.

A colheita de dados decorreu de 1 de Dezembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014 e neste período foram feitas várias visitas informais aos serviços no sentido de perceber dificuldades no preenchimento dos questionários, bem como promover a reflexão e adesão à participação dos profissionais na investigação.

A recolha dos questionários preenchidos foi assim efetuada de forma faseada pelo investigador. Foram distribuídos 556 questionários tendo-se obtido uma amostra de 303 para a realização do estudo.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) recomenda alguns requisitos para inclusão dos questionários *Hospital Survey on Patient Safety* (Sorra e Nieva, 40) no estudo, sendo critérios de exclusão:

- Questionários com menos de uma secção inteira preenchida;
- Questionário com menos de metade dos itens preenchidos ao longo de todo o documento;
- Questionário com uma secção inteira de itens respondidos de igual modo, referindo que se todas as respostas são iguais, o respondente não deu a devida atenção ao questionário.

Tendo por base as orientações de Sorra e Nieva (40), foram excluídos 28 questionários (23 por se encontrarem sem nenhuma resposta, 2 por apresentarem uma secção parcialmente preenchida e 3 por apresentarem mais do que uma secção inteira com a mesma resposta).

Sorra e Nieva (2004) realçam a importância de obter uma taxa de resposta alta para poder generalizar os resultados da pesquisa para o hospital. Avaliações são usadas para inferir algo sobre uma determinada população, por isso devem haver respondentes suficientes para representar fielmente o hospital e permitir legitimamente apresentar os resultados da pesquisa como um reflexo da cultura de segurança da organização. As autoras consideram que uma taxa global de 50% deve ser a meta mínima do investigador, e quanto maior for a taxa de resposta maior é a confiança de que tem uma representação adequada dos pontos de vista dos profissionais do hospital (Sorra & Nieva, 2004).

Neste estudo obteve-se uma taxa de resposta de 54,5%, pelo que se considera que os resultados da pesquisa podem ser apresentados como um reflexo da cultura de segurança do doente da organização em estudo.

### 3 – PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico IBM - SPSS versão 22.0. A decisão dos *designs* estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, adequaram-se em função dos seguintes critérios: o valor de simetria, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Skewness pelo erro padrão da medida, se o valor obtido oscilar entre  $-2$  e  $2$ , a distribuição é simétrica, se for inferior a  $-2$ , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se for superior a  $+2$ , a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana e Gajeiro, 2005). O valor de achatamento, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Kurtosis pelo seu valor do erro padrão se o valor encontrado oscilar entre  $-2$  e  $2$  a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se for inferior a  $-2$ , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para  $K/EP$  superior a  $+2$ , a distribuição é leptocúrtica. A avaliação da aderência à normalidade, através da utilização do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov (quando  $p > 0,05$  as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal). A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (curtose) permitiu constatar que as distribuições são assimétricas e leptocúrticas. Esta análise e mediante os valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors ( $p < 0,05$ ), permitiu concluir que a amostra segue uma distribuição muito diferente da normal, pelo que elegemos para o nosso estudo testes estatísticos não paramétricos.

Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização (média, moda de mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo). Os testes aplicados foram o de Mann-Whitney (variável nominal dicotómica/variável intervalar) e o Kruskal-Wallis (variável nominal com três ou mais grupos de sujeitos /variável ordinal).

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de  $\alpha = 0,05$  com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios na testagem de hipóteses estatísticas definiram-se os seguintes: para um  $\alpha$  significativo ( $p \leq 0,05$ ) observam-se diferenças/associações entre os grupos; para um  $p > 0,05$  não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.

Sorra e Nieva (2004) recomendam que para cada item de pesquisa, quando existirem dados em falta, as respostas que faltam sejam excluídas do total (ou denominador) para o cálculo desses percentuais. Para apresentação dos resultados de características socioprofissionais da amostra considerou-se as não respostas para os cálculos percentuais finais tendo em conta que não integram as dimensões da cultura de segurança e contribuem para uma melhor caracterização da amostra.

Os dados serão apresentados através de tabelas, quadros e gráficos, de forma a organizar e sistematizar melhor a informação. Recorremos a estatística descritiva para sumariar os dados obtidos para permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos de forma a analisá-los e, recorremos a estatística inferencial, para estabelecer relações entre as variáveis.

Uma vez que os dados apresentados nos quadros e tabelas são todos eles retirados da mesma amostra omite-se essa indicação.

### 3.1 - CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 303 indivíduos, a sua distribuição em relação ao sexo é maioritariamente do sexo feminino (71,6%), (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o sexo

Sexo	n	%
Feminino	217	71,6
Masculino	73	24,1
Não respondeu	13	4,3
TOTAL	303	100,0

Em relação à idade, a maior percentagem (39,3%) dos indivíduos em estudo tem idade igual ou superior a 45 anos. De referir que apenas 11,2% tem 30 ou menos anos. De salientar que 5,3% dos indivíduos quando questionados acerca idade não responderam (Tabela 2).



Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a idade

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 30 anos	34	11,2
30 a 34 anos	36	11,9
35 a 39 anos	39	12,9
40 a 44 anos	59	19,5
≥45 anos	119	39,3
Não respondeu	16	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à profissão (tabela 3) a amostra revela predominância de enfermeiros (44,2%), seguido de assistentes operacionais com 15,2%. A profissão com menor número de respondentes foi a de técnico superior (8,2%).

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo profissão

<b>Profissão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Médico	27	8,9
Técnico de diagnóstico e terapêutica	34	11,2
Técnico superior	25	8,2
Enfermeiro	134	44,2
Assistente operacional	46	15,2
Administrativo	27	8,9
Não respondeu	10	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

No que respeita ao serviço onde trabalham (tabela 4), observa-se que a maioria dos indivíduos trabalham em serviços prestadores de cuidados (60,4%), seguindo-se os serviços de suporte à prestação de cuidados (23,1%). A área com menos respondentes foi a da gestão e logística (13,5%). No sentido de evitar a identificação dos respondentes esta questão foi organizada tendo em conta o organograma presente no regulamento interno da organização.

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o serviço onde trabalha

<b>Serviço onde trabalha</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Serviços prestadores de cuidados	183	60,4
Serviços de suporte à prestação de cuidados	70	23,1
Serviços de gestão e logística	41	13,5
Não respondeu	9	3,0
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Pela análise da tabela 5, verifica-se que a grande maioria dos indivíduos (78,9%), tem contacto direto com o doente no âmbito do seu desempenho profissional.

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a interação ou contacto direto com os doentes no âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão

<b>Usualmente interage ou tem contacto direto com os doentes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	239	78,9
Não	52	17,2
Não respondeu	12	4,0
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao tempo de experiência na organização (tabela 6), observa-se que 22,8% dos indivíduos trabalham no hospital há mais de 21 anos, seguindo-se de 21,5% de indivíduos com tempo de trabalho na organização entre 13 e 20 anos.

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o tempo de experiência na organização

<b>Tempo de experiência na organização</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 6 meses	20	6,6
6 a 11 meses	8	2,6
1 a 2 anos	9	3,0
3 a 7 anos	48	15,8
8 a 12 anos	54	17,8
13 a 20 anos	65	21,5
≥ 21 anos	69	22,8
Não respondeu	30	9,9
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

No que refere ao tempo de experiência no serviço (tabela 7), a maior parte dos indivíduos exerce funções no atual serviço entre 3 e 7 anos (27,4%), seguindo-se de 19,8% que trabalha no serviço num intervalo de tempo compreendido entre 13 e 20 anos. De salientar, que 16,8% dos indivíduos trabalha no serviço à 21 ou mais anos.

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo o tempo de experiência no serviço

<b>Tempo de experiência no serviço</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 6 meses	18	5,9
6 a 11 meses	12	4,0
1 a 2 anos	20	6,6
3 a 7 anos	83	27,4
8 a 12 anos	44	14,5
13 a 20 anos	60	19,8
≥ 21 anos	51	16,8
Não respondeu	15	5,0
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Os indivíduos em estudo quando questionados se “o hospital onde trabalha é acreditado”, 48,5% responderam sim e 38,9% responderam que não é acreditado (tabela 8). De salientar que 8,6% referiram desconhecer se o hospital é acreditado.

Tabela 8 - Distribuição da amostra na resposta à questão “o hospital onde trabalha é acreditado”

<b>O hospital onde trabalha é acreditado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	147	48,5
Não	118	38,9
Não sei	26	8,6
Não respondeu	12	4,0
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

No que respeita à certificação do serviço onde trabalha, quase metade dos indivíduos (45,5%) responderam que trabalham em serviços certificados (tabela 9). De salientar que 10,9% dos indivíduos não sabem se o serviço onde trabalha é certificado e 4,3% não responderam.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a certificação do serviço onde trabalha

O serviço onde trabalha é certificado	n	%
Sim	138	45,5
Não	119	39,3
Não sei	33	10,9
Não respondeu	13	4,3
TOTAL	303	100,0

As tabelas 10 e 11, apresentam os resultados acerca da realização de formação sobre segurança do doente e se esta foi oferecida pelo hospital, respetivamente. Pela análise da tabela 10 observa-se que a maioria dos indivíduos não fez formação sobre segurança do doente (50,5%). Dos indivíduos que fizeram formação em segurança do doente, na esmagadora maioria dos casos esta foi oferecida pelo hospital (94,2%).

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a formação que fez sobre segurança do doente

Formação sobre segurança do doente	n	%
Sim	142	46,9
Não	153	50,5
Não respondeu	8	2,6
TOTAL	303	100,0

Tabela 11 - Distribuição dos indivíduos que referiram ter realizado formação sobre segurança do doente em função da formação ter sido fornecida pelo hospital ou não

Formação foi oferecida pelo hospital	n	%
Sim	130	91,5
Não	8	5,6
Não respondeu	4	2,8
TOTAL	142	100,0

No que respeita às horas de formação frequentada pelos indivíduos (quadro 3 e tabela 12), esta varia entre 1 e 80 horas; a média encontrada é de 7,22 horas, com um desvio padrão de 11,66, sendo a moda de 2 e a mediana de 4 horas. Observa-se que a maior percentagem dos indivíduos frequentou 5 ou menos horas de formação (46,5%), seguindo-se 16,9% que frequentaram formação com duração compreendida entre 6 e 10

horas, de referir que apenas 3,5% dos indivíduos frequentaram formação igual ou superior a 26 horas. De salientar que 25,4% dos indivíduos que referiram ter frequentado formação na área da segurança do doente, quando questionadas acerca das horas de formação não responderam.

Quadro 6 - Estatística descritiva referente à duração da formação sobre segurança do doente nos últimos 2 anos

	$\bar{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo	CV
<b>Horas formação</b>	7,22	11,66	2	4	1	80	18,62%

Tabela 12 - Distribuição dos indivíduos que referiram ter realizado formação sobre segurança do doente, segundo a duração da formação sobre segurança do doente, nos últimos 2 anos

Duração da formação sobre segurança do doente (horas)	n	%
≤5 Horas	66	46,5
6 - 10 Horas	24	16,9
11 - 15 Horas	4	2,8
16 - 20 Horas	7	4,9
≥26 Horas	5	3,5
Não respondeu	36	25,4
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

### 3.2 – PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

O questionário *Hospital Survey on Patient Safety* permite uma classificação global sobre a cultura de segurança da doente percebida pelos profissionais de saúde em doze dimensões da mesma. Para além de proporcionar uma visão geral da cultura de segurança percebida, a percentagem de resposta positivas ou negativas em cada dimensão e em cada um dos itens pode contribuir para identificar as forças de segurança e as oportunidades de melhoria na área da cultura de segurança do doente. Como foi referido anteriormente e de acordo com orientação das autoras do questionário, as questões identificadas com o carater “r” referem-se à inversão da escala das perguntas que estão no sentido negativo, para facilitar a análise de cada dimensão.

Ainda na continuidade das recomendações das autoras os resultados são apresentados agrupados por domínios:

- Variáveis de resultado da cultura de segurança;
- Variáveis relacionadas com os domínios da segurança ao nível da unidade;
- Variáveis relacionadas com os domínios da segurança ao nível da organização hospitalar.

### **Variáveis de resultado da cultura de segurança**

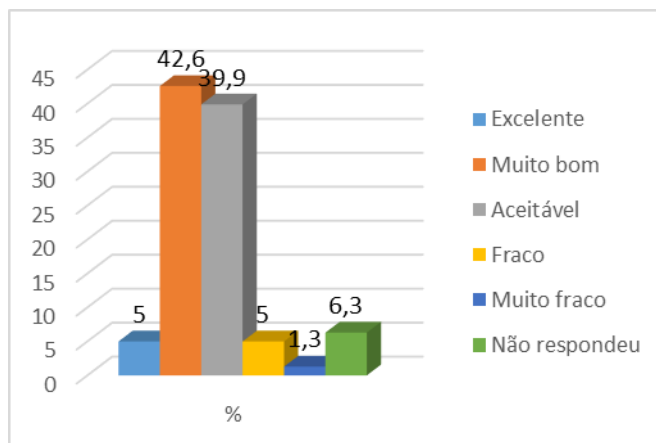
#### **a) Avaliação Geral sobre a Segurança do Doente**

O grau de segurança do doente foi considerado por um número significativo de respondentes (42,6%) como muito bom, seguindo-se de 39,9% que o consideram aceitável. Somente 6,3% o consideram negativo. De salientar que 6,3% dos indivíduos quando questionados acerca da avaliação geral sobre a segurança do doente, não responderam. (tabela 13 e gráfico 1)

Tabela 13 - Distribuição da amostra em relação à avaliação geral sobre a segurança do doente

<b>Grau de segurança do doente</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Excelente	15	5,0
Muito bom	129	42,6
Aceitável	121	39,9
Fraco	15	5,0
Muito fraco	4	1,3
Não respondeu	19	6,3
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Gráfico 1 - Distribuição da amostra em relação à avaliação geral sobre a segurança do doente



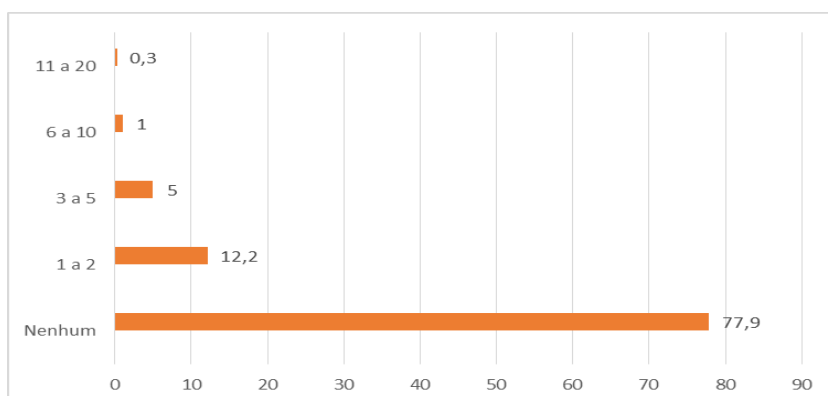
### b) Número de ocorrências notificados

No que respeita ao número de ocorrências notificadas (tabela 14 e gráfico 2), a esmagadora maioria dos indivíduos não notificou nenhuma ocorrência nos últimos 12 meses (77,9%), tendo 12,2% dos respondentes notificado 1 a 2 ocorrências e 5,0% 3 a 5 ocorrências nesse período. Apenas 1 indivíduo notificado mais de 11 ocorrências.

Tabela 14 - Distribuição da amostra em função do número de ocorrências notificadas

Número de ocorrências notificadas	n	%
Nenhum	236	77,9
1 a 2	37	12,2
3 a 5	15	5,0
6 a 10	3	1,0
11 a 20	1	0,3
Não respondeu	11	3,6
TOTAL	303	100,0

Gráfico 2 - Distribuição da amostra em função do número de ocorrências notificadas



### c) Frequência da Notificação

Nesta dimensão estão incluídos 3 itens de resposta referentes à tipologia de notificação de eventos, especificamente: Erros cometidos mas detetados e corrigidos antes de afetar o doente; Erros cometidos mas sem perigo potencial para o doente; Erros cometidos, que poderia causar dano ao doente, mas isso não acontece;

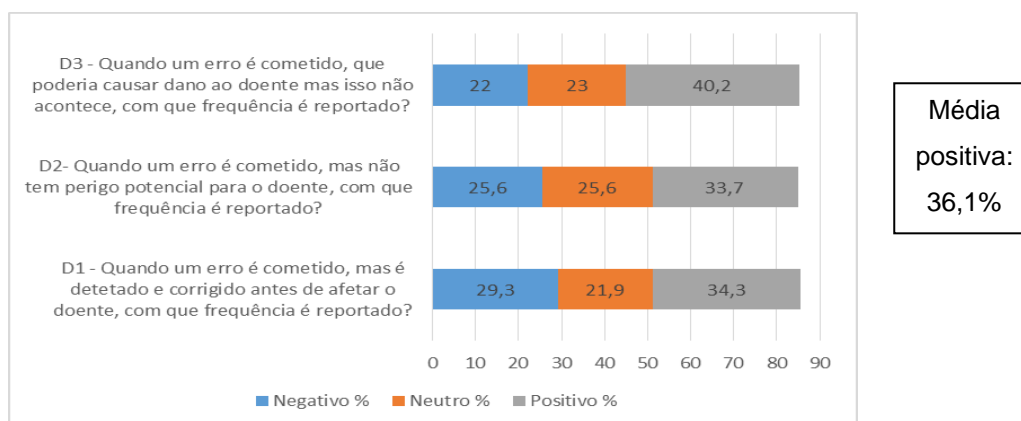
No que respeita à frequência de notificação (tabela 15 e gráfico 3), as percentagens positivas de cada item são todas inferiores a 50% e evidenciam uma média positiva de 36,1%. Assim, em relação à dimensão frequência e notificação de eventos pode-se classificar como oportunidade de melhoria pois evidencia uma média positiva  $\leq$  50%.

Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo a frequência da notificação

Frequência de notificação	Negativo		Neutro		Positivo		Não respondeu	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
D1 - Quando um erro é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado?	87	29,3	65	21,9	102	34,3	6	43	14,5	297	100,0
D2- Quando um erro é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é reportado?	76	25,6	76	25,6	100	33,7	6	45	15,2	297	100,0
D3 - Quando um erro é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é reportado?	65	22,0	68	23,0	119	40,2	7	44	14,9	296	100,0



Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a frequência da notificação



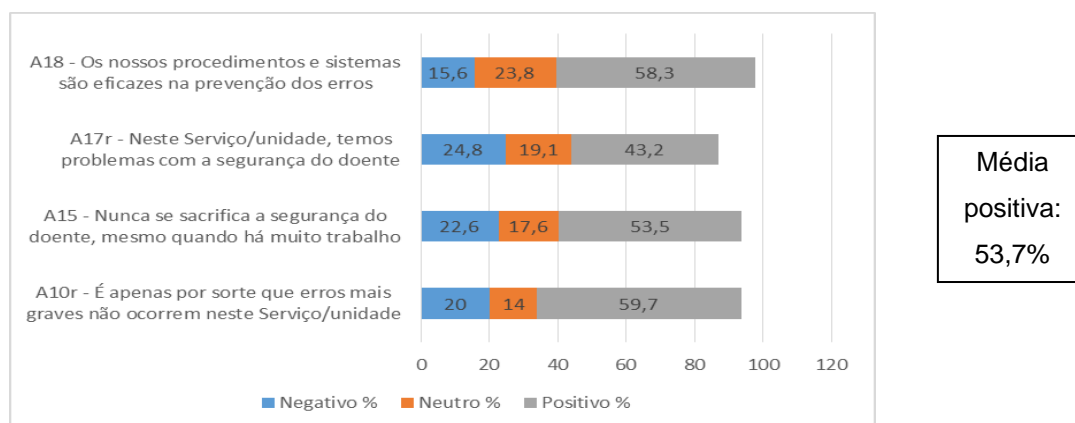
#### d) Percepções gerais sobre a segurança do doente

Esta dimensão integra 4 itens do questionário, dois deles relacionados com procedimentos direcionados para a prevenção do erro e dois referentes ao ritmo de trabalho e segurança na sua globalidade. A média positiva desta dimensão é de 53,7%. O item que obteve a percentagem positiva mais alta foi “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade” com 59,7% de respostas positivas, seguido do item “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros” com 58,3%. (tabela 16 e gráfico 4).

Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo a percepção geral sobre segurança do doente

Percepção geral sobre segurança do doente	Negativo		Neutro		Positivo		Não respondeu	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
A10r - É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade	60	20,0	42	14,0	179	59,7	3	19	6,3	300	100,0
A15 - Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho	68	22,6	53	17,6	161	53,5	2	19	6,3	301	100,0
A17r - Neste Serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente	75	24,8	58	19,1	131	43,2		39	12,9	303	100,0
A18 - Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros	47	15,6	72	23,8	176	58,3	1	7	2,3	302	100,0

Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a percepção geral sobre segurança do doente



### Variáveis relacionadas com os domínios da segurança ao nível da unidade

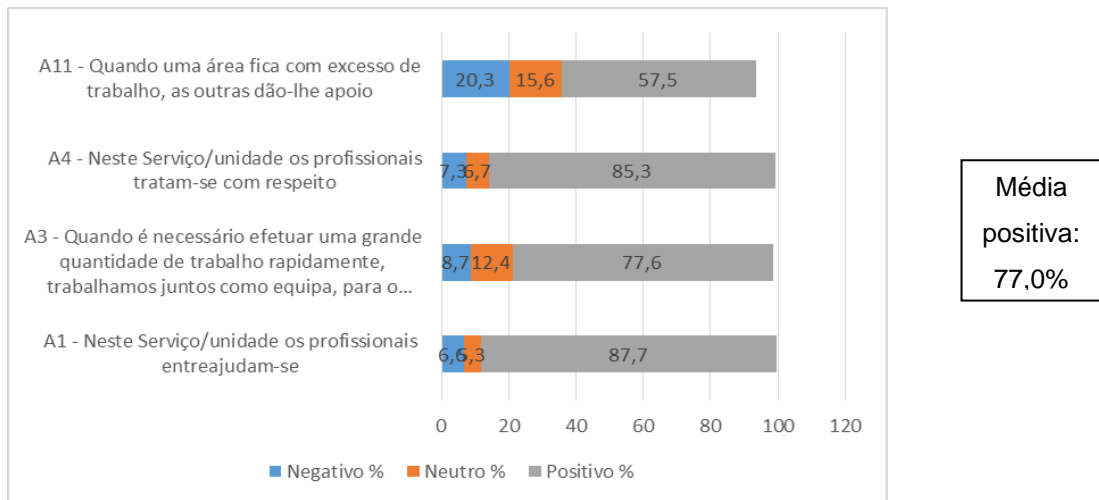
#### a) Trabalho em equipa dentro das unidades

O trabalho em equipa dentro das unidades é analisado com quatro questões e constitui uma força de segurança na percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do doente pois apresenta uma média positiva de 77,0% (tabela 17 e gráfico 5). O item com maior percentagem de respostas positivas é o “Neste Serviço/unidade os profissionais entreeajudam-se”, com 87,7% e o item com menor percentagem de respostas positivas é” Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio”, com 57,5%, sendo o único item com percentagem positiva inferior a 75%.

Tabela 17 - Distribuição da amostra quanto ao trabalho em equipa dentro das unidades

Trabalho em equipa dentro das unidades	Negativo		Neutro		Positivo		Não respondeu	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
A1 - Neste Serviço/unidade os profissionais entreeajudam-se	20	6,6	16	5,3	265	87,7	1	1	0,3	302	100,0
A3 - Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	26	8,7	37	12,4	232	77,6	4	4	1,3	299	100,0
A4 - Neste Serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito	22	7,3	20	6,7	256	85,3	3	2	0,7	300	100,0
A11 - Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	61	20,3	47	15,6	173	57,5	2	20	6,6	301	100,0

Gráfico 5 - Trabalho em equipa dentro das unidades



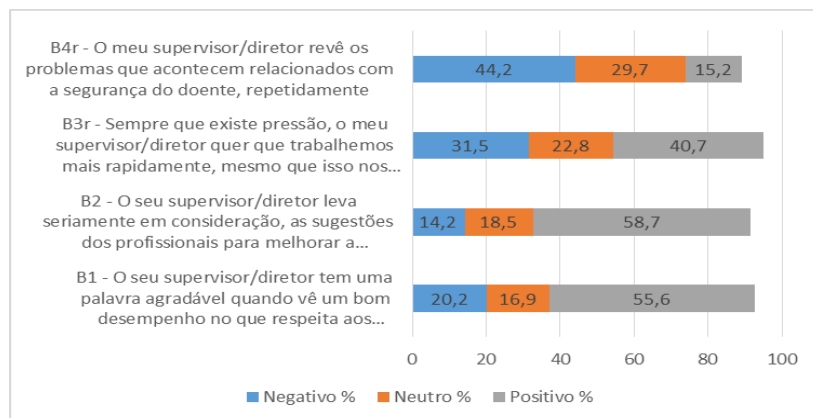
b) Expetativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente

Esta dimensão, avaliada por quatro questões, constitui uma oportunidade de melhoria para a organização dado que obteve uma média de respostas positivas de 42,6%. Duas questões apresentam resultados positivos superiores a 50%, a questão “O seu supervisor/diretor leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente” e “O seu supervisor/diretor tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos”, respetivamente com 58,7% e 55,6%. O item com percentagem positiva mais baixa foi “O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente” com 15,2%. (tabela 18 e gráfico 6).

Tabela 18 - Distribuição da amostra quanto às expectativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente

Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente	Negativo		Neutro		Positivo		Não respondeu	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
B1 - O seu supervisor/diretor tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	61	20,2	51	16,9	168	55,6	1	22	7,3	302	100,0
B2 - O seu supervisor/diretor leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	43	14,2	56	18,5	178	58,7	0	26	8,6	303	100,0
B3r - Sempre que existe pressão, o meu supervisor/diretor quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso nos leve a seguir por alguns atalhos	95	31,5	69	22,8	123	40,7	1	15	5,0	302	100,0
B4r - O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente	134	44,2	90	29,7	46	15,2	0	33	10,9	303	100,0

Gráfico 6 - Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente



Média positiva: 42,6%

### c) Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua

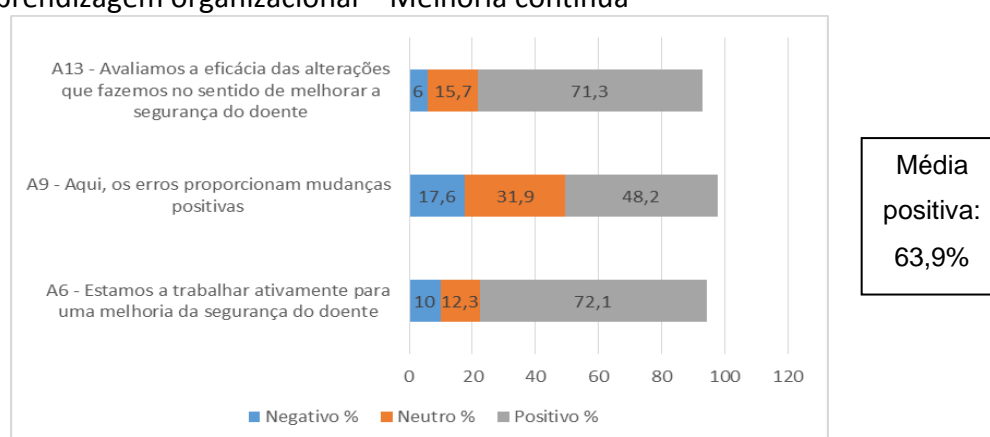
A dimensão da aprendizagem organizacional - melhoria contínua é avaliada por três questões e revela-se positiva com uma média de respostas positivas de 63,9% (tabela 19 e gráfico 7). A questão “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da

segurança do doente” é o item com maior percentagem de respostas positivas, 72,1%, muito próxima de ser considerada força de segurança. Esta dimensão evidencia um item que pode ser considerado como oportunidade de melhoria para a organização pois apresenta uma percentagem de respostas positivas inferior a 50%; é a questão “Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas”.

Tabela 19 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua

Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua	Negativo		Neutro		Positivo		Não responde u	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
A6 - Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	30	10,0	37	12,3	217	72,1	2	17	5,6	301	100,0
A9 - Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas	53	17,6	96	31,9	145	48,2	2	7	2,3	301	100,0
A13 - Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos no sentido de melhorar a segurança do doente	18	6,0	47	15,7	214	71,3	3	21	7,0	300	100,0

Gráfico 7 - Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua



d) Feedback e comunicação sobre o erro

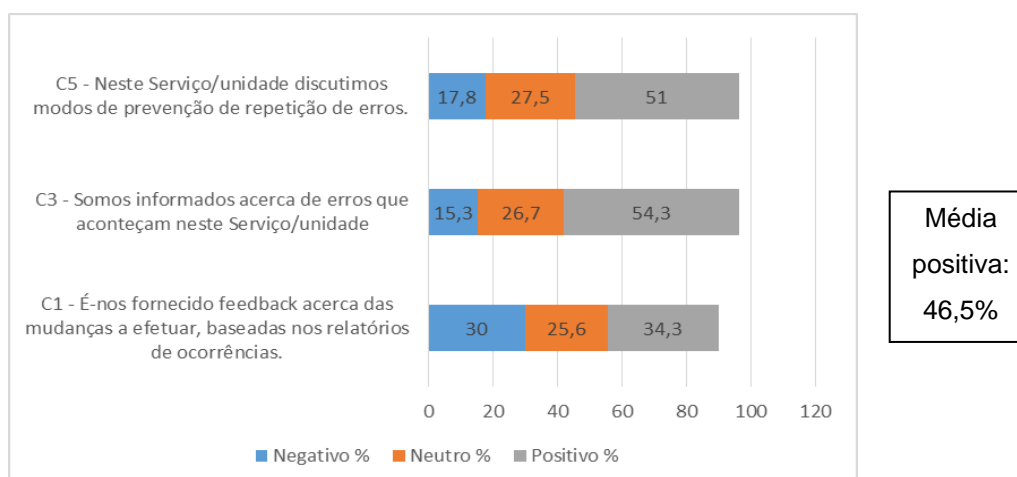
Esta dimensão integra 3 itens de resposta e aborda aspetos como a informação, prevenção da repetição do erro e mudanças a efetuar mediante relatórios de ocorrência.

Constitui uma oportunidade de melhoria para a organização pois obteve uma média de respostas positivas de 46,5%. Apresenta dois itens de respostas positivas com percentual superior a 50%, a questão “Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade” e “Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros, respetivamente com 54,3% e 51,0%. O item com percentual positivo de resposta mais baixo, 34,3% é “É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências” (tabela 20 e gráfico 8).

Tabela 20 - Distribuição da amostra quanto ao Feedback e comunicação sobre o erro

Feedback e comunicação sobre o erro	Negativo		Neutro		Positivo		Não respondeu	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
C1 - É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências.	89	30,0	76	25,6	102	34,3	6	30	10,1	297	100,0
C3 - Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade	46	15,3	80	26,7	163	54,3	3	11	3,7	300	100,0
C5 - Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros.	53	17,8	82	27,5	152	51,0	5	11	3,7	298	100,0

Gráfico 8 - Feedback e comunicação sobre o erro



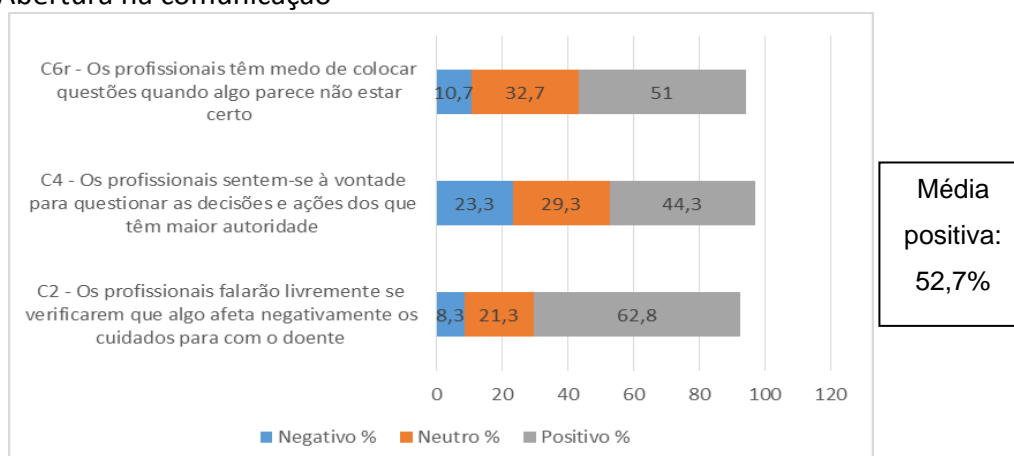
e) Abertura na comunicação

Dimensão estudada através de 3 itens, que obteve uma média de respostas positivas de 52,7%, muito próxima de ser classificada como oportunidade de melhoria, logo, deve constituir uma preocupação para a organização. O item que evidencia maior percentagem de respostas positivas é o “Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” com 62,8%. O item “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade” apresenta percentagem de respostas positivas inferior a 50% (44,3%) (tabela 21 e gráfico 9).

Tabela 21 - Distribuição da amostra quanto à abertura na comunicação

Abertura na comunicação	Negativo		Neutro		Positivo		Não respondeu	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
C2 - Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	25	8,3	64	21,3	189	62,8	2	23	7,6	301	100,0
C4 - Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade	70	23,3	88	29,3	133	44,3	3	9	3,0	300	100,0
C6r - Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	32	10,7	98	32,7	153	51,0	3	17	5,7	300	100,0

Gráfico 9 - Abertura na comunicação



#### f) Dotação de profissionais

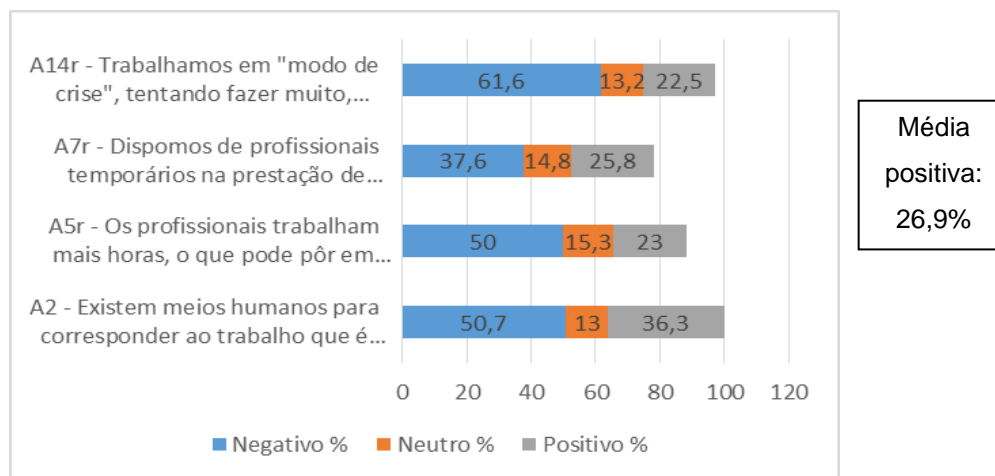
Dimensão constituída por quatro questões onde se evidencia uma média de respostas positivas bastante baixa, 26,9%, merecendo assim toda a atenção ao ser classificada como oportunidade de melhoria (tabela 22 e gráfico 10). O item com maior percentagem de repostas positivas foi “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” com 36,3% e o item com percentagem mais baixa foi “Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muito, demasiado depressa” com 22,5% de respostas positivas.

Tabela 22 - Distribuição da amostra quanto à dotação de profissionais

Dotação de profissionais	Negativo		Neutro		Positivo		Não responde u	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
A2 - Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	152	50,7	39	13,0	109	36,3	3	0	0	300	100,0
A5r - Os profissionais trabalham mais horas, o que pode pôr em causa a segurança do doente	150	50,0	46	15,3	69	23,0	3	35	11,7	300	100,0
A7r - Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente	112	37,6	44	14,8	77	25,8	5	65	21,8	298	100,0
A14r - Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	186	61,6	40	13,2	68	22,5	1	8	2,6	302	100,0



Gráfico 10 - Dotação de profissionais



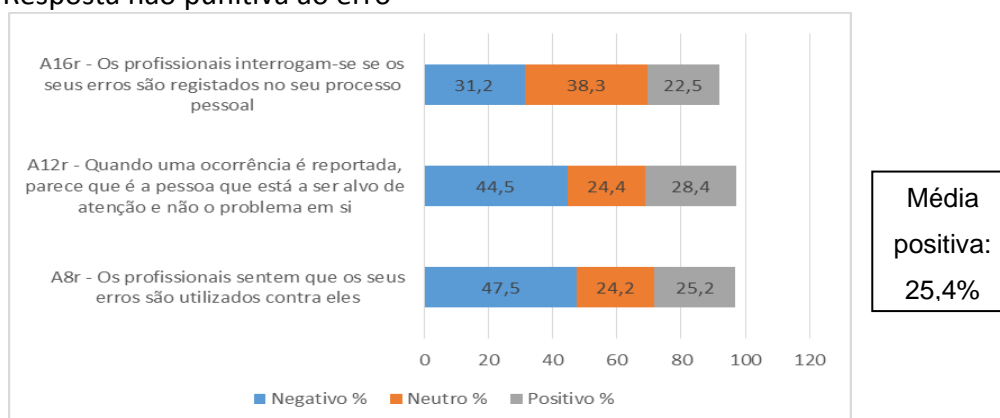
g) Resposta não punitiva ao erro

Esta dimensão é constituída por 3 questões, todas elas com inversão da escala das perguntas por estarem no sentido negativo. Obteve uma média de respostas positivas de 25,4%, sendo assim classificada como oportunidade de melhoria para organização (tabela 23 e gráfico 11). O item com maior percentagem positiva de respostas (28,4%) foi o “Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si”, e o de menor percentagem “Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal” com 22,5% de respostas positivas.

Tabela 23 - Distribuição da amostra quanto à resposta não punitiva ao erro

Resposta não punitiva ao erro	Negativo		Neutro		Positivo		Não respondeu	Não se aplica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
A8r - Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	144	47,5	73	24,2	76	25,2	1	9	3,0	302	100,0
A12r - Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	133	44,5	73	24,4	85	28,4	4	8	2,7	299	100,0
A16r - Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal	93	31,2	114	38,3	67	22,5	5	24	8,1	298	100,0

Gráfico 11 - Resposta não punitiva ao erro



### Variáveis relacionadas com os domínios da organização hospitalar

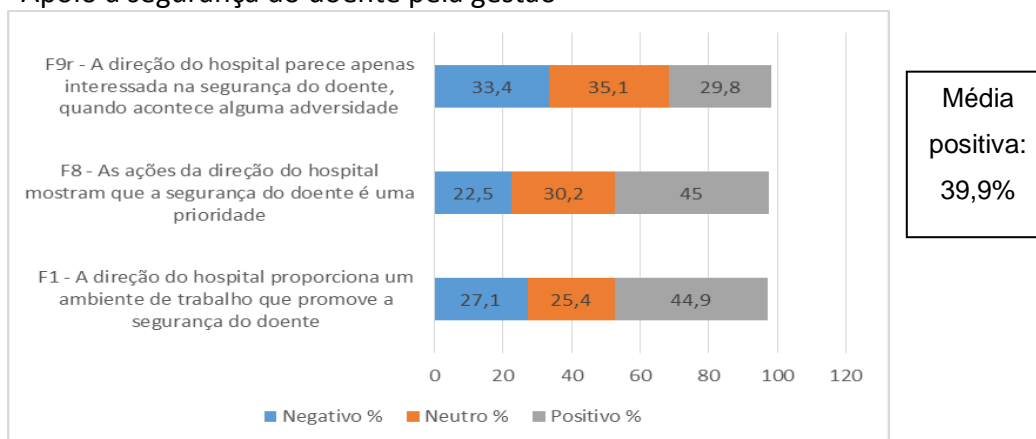
#### a) Apoio à segurança do doente pela gestão

Esta dimensão avalia aspetos da segurança do doente promovidos pela direção do hospital tais como o ambiente de trabalho, e interesse e obteve uma média de respostas positivas de 39,9%, constituindo assim uma oportunidade de melhoria (tabela 24 e gráfico 12). Todos os resultados de respostas positivas são inferiores a 50 %, sendo que pontuou mais (45,0%) o item “- As ações da direção do hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade”. O item com avaliação positiva mais baixa diz respeito a “A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade” (29,8%).

Tabela 24 - Distribuição da amostra quanto ao apoio à segurança do doente pela gestão

Apoio à segurança do doente pela gestão	Negativo		Neutro		Positivo		Não responde u	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
F1 - A direção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	82	27,1	77	25,4	136	44,9		8	2,6	303	100,0
F8 - As ações da direção do hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade	67	22,5	90	30,2	134	45,0	5	7	2,3	298	100,0
F9r - A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade	100	33,4	105	35,1	89	29,8	4	5	1,7	299	100,0

Gráfico 12 - Apoio à segurança do doente pela gestão



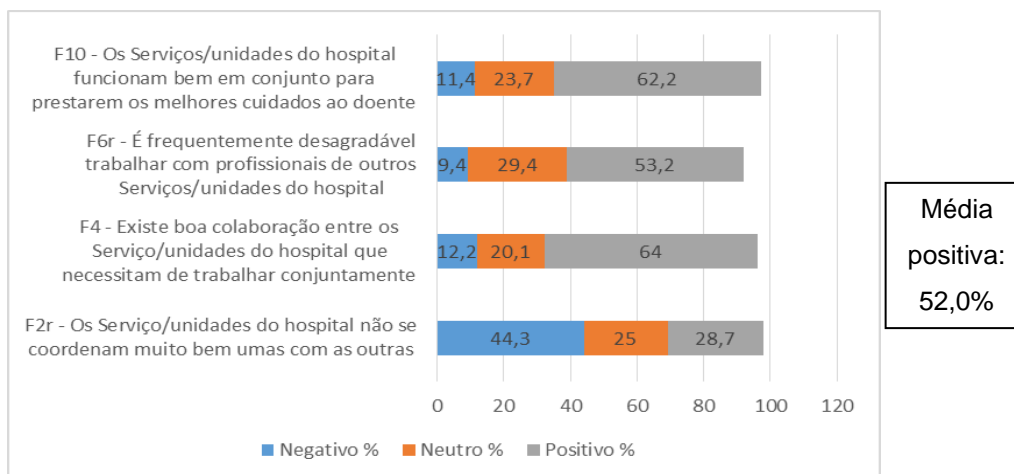
b) Trabalho em equipa entre unidades

Dimensão composta por quatro itens de resposta que obteve uma média de respostas positivas superior a 50% (52,0%) (tabela 25 e gráfico 13). É de realçar como resultado mais positivo (64,0%) a colaboração entre os Serviço/unidades que necessitam de trabalhar conjuntamente. A questão com resultados positivos mais baixos é a que se refere à coordenação entre serviços/unidades (28,7%).

Tabela 25 - Distribuição da amostra quanto ao trabalho em equipa entre unidades

Trabalho em equipa entre unidades	Negativo		Neutro		Positivo		Não responde	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
F2r - Os Serviço/unidades do hospital não se coordenam muito bem umas com as outras	133	44,3	75	25	86	28,7	3	6	2,0	300	100
F4 - Existe boa colaboração entre os Serviço/unidades do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	37	12,2	61	20,1	194	64,0		11	3,6	303	100
F6r - É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do hospital	28	9,4	88	29,4	159	53,2	4	24	8,0	299	100
F10 - Os Serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	34	11,4	71	23,7	186	62,2	4	8	2,7	299	100

Gráfico 13 - Trabalho em equipa entre unidades



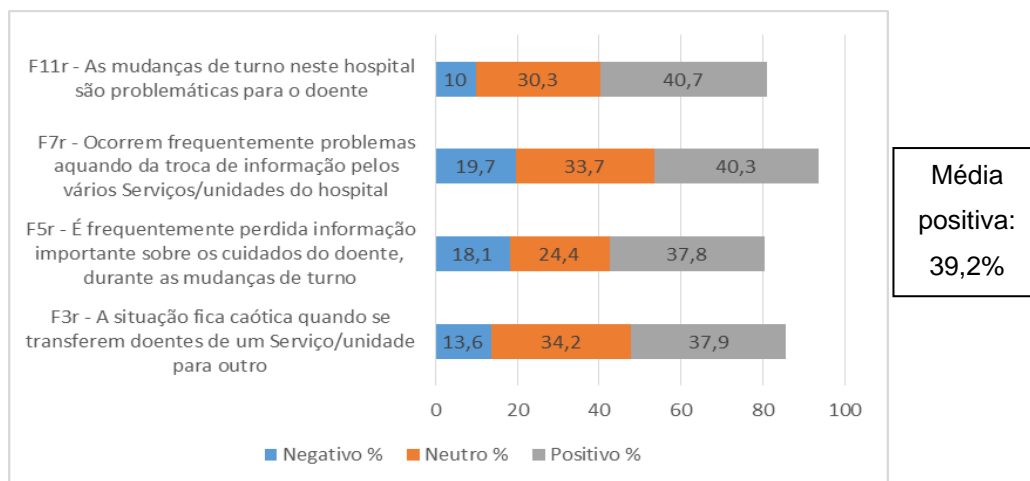
### c) Transferências e transições hospitalares

Dimensão constituída por 4 itens de resposta que avalia aspetos como a transferência de doentes entre serviços, mudanças de turno e informação relacionada com o doente. 39,2% é média positiva desta dimensão, evidenciando resultado percentual positivo mais elevado a questão “As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente” com 40,7%.(tabela 26 e gráfico 14).

Tabela 26 - Distribuição da amostra quanto a transferências e transições hospitalares

Transferências e transições hospitalares	Negativo		Neutro		Positivo		Não responde	Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
F3r - A situação fica caótica quando se transferem doentes de um Serviço/unidade para outro	41	13,6	103	34,2	114	37,9	2	43	14,3	301	100,0
F5r - É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	54	18,1	73	24,4	113	37,8	4	59	19,7	299	100,0
F7r - Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação pelos vários Serviços/unidades do hospital	59	19,7	101	33,7	121	40,3	3	19	6,3	300	100,0
F11r - As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente	30	10,0	91	30,3	122	40,7	3	57	19,0	300	100,0

Gráfico 14 - Transferências e transições hospitalares



Em resposta à questão aberta sobre segurança do doente, erros e sistemas de notificação do Hospital, obtiveram-se vários comentários que foram organizados em função das diferentes dimensões da cultura de segurança (AnexoIII )

No âmbito da dimensão “Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente” foram evidenciados dois comentários relacionados com pressão no trabalho exigido aos profissionais, sugerindo maior sensibilidade e considerar a segurança como prioridade por parte da direção.

Na dimensão “Apoio à Segurança do doente pela gestão” registaram-se 6 comentários sugerindo revisão de equipamentos, melhoria do circuito dos doentes, divulgação dos erros como meio de aprendizagem, formação na área da cultura de segurança, respeito envolvimento dos colaboradores

No que refere à aprendizagem organizacional é sugerido que os profissionais “olhem” mais para o doente em detrimento da crítica

Na dimensão “Perceções gerais sobre segurança do doente” registaram-se 11 comentários argumentando preocupações manutenção e aquisição de materiais e equipamentos, estrutura física, sigilo profissional, necessidade de garantir sempre o consentimento informado. Um valorizando a segurança como parte integrante da política de qualidade e outro valorizando a oportunidade de expressar opinião através do preenchimento deste questionário.

No que refere ao Feedback e comunicação sobre o erro sugerem que “Devia haver comunicação de retorno aos serviços (sobre os erros) para se perceber o que aconteceu e aprender com os erros”.

A dimensão “Frequência de notificação” obteve 2 comentários sugerindo maior informação sobre o preenchimento dos impressos de notificação, bem como uma utilização mais abrangente da mesma.

Em relação ao trabalho em equipa entre unidades é associado o aumento da possibilidade de erro ao facto de haver mobilidade interna de forma frequente. Quanto à dotação de profissionais, foram tecidos 8 comentários, todos no sentido da necessidade de dotar os serviços humanos de acordo com a necessidade dos cuidados a prestar.

Na dimensão “Transferências e transições hospitalares” registou-se um comentário em relação ao cuidado com que são feitas e salvaguardando a necessidade de não deixar os doentes sozinhos.

A dimensão “Resposta não punitiva ao erro” obteve dois comentários. Um referindo receio de sanção ao notificar e outro sugerindo a existência de um sistema de notificação que garanta o anonimato.

### 3.3 - ANÁLISE GLOBAL DAS DIMENSÕES DE CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Os dados do presente estudo foram analisados, de acordo com as orientações das autoras, no sentido de identificar para cada dimensão da cultura de segurança do doente quais as forças de segurança e oportunidades de melhoria da organização.

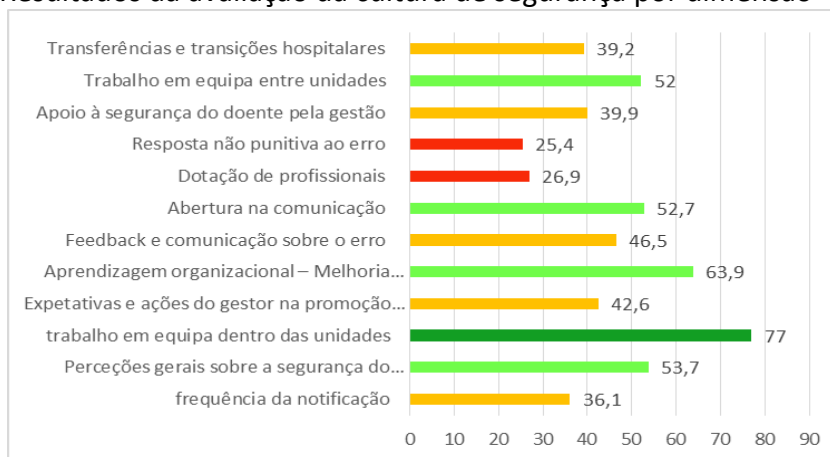
No sentido de facilitar uma apreciação global é agora sistematizada uma análise global das diferentes dimensões.

As autoras consideram que dimensões avaliadas com respostas positivas superiores a 75% constituem **forças de segurança** da organização e dimensões avaliadas com percentagem de respostas positivas inferior a 50% são **oportunidades de melhoria**. Para além destes critérios considera-se que cada organização deve ser olhada no seu contexto e identifique as dimensões cujos percentuais positivos são mais elevados,

considerando-os pontos fortes e os percentuais positivos mais baixos as oportunidades de melhoria.

Neste sentido é feita uma análise global das dimensões de cultura de segurança do doente (gráfico 15).

Gráfico 15 - Resultados da avaliação da cultura de segurança por dimensão



Os resultados deste estudo evidenciam o trabalho em equipa dentro das unidades como uma força de segurança da organização, seguindo-se da dimensão aprendizagem organizacional - melhoria contínua com percentual mais positivo:

Dimensão trabalho em equipa dentro das unidades (77,0%)

A1 - Neste Serviço/Unidade os profissionais entreadjudam-se com 87,7%;

A3 - Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer com 77,6%;

A4 - Neste Serviço/Unidade as pessoas tratam-se com respeito com 85,3%;

A11 - Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio com 57,5%.

Dimensão aprendizagem organizacional - melhoria contínua (63,9%)

A6 - Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente com 72,1%

A9 - Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas com 48,2%;

A13 - Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente com 71%.

As dimensões de cultura de segurança com percentuais positivos significativamente baixos, constituindo grandes oportunidades de melhoria, e assim carecem de intervenção muito prioritária são:

Dimensão resposta não punitiva ao erro (25,4%)

A8r - Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles com 25,2%;

A12r - -Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si com 28,4%;

A16r - -Os profissionais interrogam-se, se os seus erros são registados no seu processo pessoal com 22,5%.

Dimensão dotação de profissionais (26,9%)

A2 - Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido com 36,3%;

A5r - Os profissionais trabalham mais horas, o que pode por em causa a segurança do doente com 23,0%;

A7r - Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode por em causa a segurança do doente com 25,8%;

A14 - Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa com 22,5%.

As dimensões de cultura de segurança com percentuais positivos baixos, e como oportunidades de melhoria carecem de intervenção prioritária são:

Dimensão frequência de notificação (36,1%)

D1 - Quando um erro é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado com 34,3%;

D2 - Quando um erro é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é reportado com 33,7%;

D3 - Quando um erro é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é reportado com 40,2%.

Dimensão transferências e transições hospitalares (39,2%)

F3r - A situação fica caótica quando se transferem doentes de um Serviço/unidade para outro com 37,9%;

F5r - É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno com 37,8%;

F7r - Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação pelos vários Serviços/unidades do Hospital com 40,3%;



F11r - As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente com 40,7%.

Dimensão apoio à segurança do doente pela gestão (39,9%)

F1 - A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente com 44,9%;

F8 - As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade com 45%;

F9r - A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade com 29,8%.

Dimensão expectativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente (42,6%)

B1 - O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos com 55,6%;

B2 - O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente 58,7%;

B3r - Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos 40,7%;

B4r - O meu superior/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente com 15,2%.

Dimensão Feedback e comunicação sobre o erro (46,5%)

C1 - É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências com 34,3%;

C3 - Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade com 54,3%;

C5 - Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros com 51%.

### 3.4 – TESTES DE HIPOTÉSES

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses de investigação, associando algumas das variáveis em estudo, à nossa variável endógena.

### ***Hipótese 1 - A percepção da cultura de segurança difere consoante a profissão***

Analisando a informação referente à profissão e a cultura de segurança do doente (Quadro 4), constatámos que os técnicos de diagnóstico e terapêutica são aqueles que apresentam ordenações médias mais elevadas, na maioria das dimensões, logo percecionam uma maior cultura de segurança do doente. Excetuam-se as dimensões “dotação de profissionais” e “expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente” onde os valores mais elevados de ordenações médias verificam-se nos médicos, “número de ocorrências notificadas” e “apoio à segurança do doente pela gestão” com valores mais elevados nos técnicos superiores”. Quanto aos enfermeiros, estes percecionam maior cultura de segurança no que refere ao “feedback e comunicação sobre o erro” e “transferências e transições hospitalares”.

A fim de verificarmos se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizámos o teste Kruskal-Wallis, que identificou existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) na maioria das variáveis da cultura de segurança do doente: “frequência de notificação” ( $p = 0,004$ ), “Grau de Segurança do doente” ( $p = 0,018$ ), “Expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente” ( $p = 0,003$ ), “Aprendizagem organizacional – melhoria continua” ( $p = 0,015$ ), “Feedback e comunicação sobre o erro” ( $p = 0,032$ ), “Abertura na comunicação” ( $p = 0,000$ ), “Dotação de profissionais” ( $p = 0,003$ ), “Resposta ao erro não punitiva” ( $p = 0,009$ ), “Apoio à segurança do doente pela gestão” ( $p = 0,000$ ), “Trabalho em equipa entre unidades” ( $p = 0,040$ ), “Transferências e transições hospitalares” ( $p = 0,000$ ). Logo, podemos afirmar que a profissão dos indivíduos tem poder explicativo sobre a sua cultura de segurança do doente, nomeadamente no que se refere: frequência de notificação, grau de segurança do doente, expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente, aprendizagem organizacional – melhoria continua, feedback e comunicação sobre o erro, abertura na comunicação, dotação de profissionais, resposta ao erro não punitiva, apoio à segurança do doente pela gestão, trabalho em equipa entre unidades e transferências e transições hospitalares.

Quadro 7 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, para verificar a significância da diferença entre a profissão e a cultura de segurança do doente

Variáveis de resultado								
Profissão	Médico	TDT	TS	Enfermeiro	AO	Administrativo	Chi-Square	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Cultura Segurança do doente								
Frequência de notificação	<b>113.72</b>	<b>165.21</b>	<b>103.40</b>	<b>154.37</b>	<b>153.32</b>	<b>118.48</b>	<b>17.197</b>	<b>0.004</b>
Perceções gerais sobre a segurança do doente	147.89	177.76	122.06	145.75	142.54	118.11	10.067	0.073
Grau de Segurança do doente	<b>144.91</b>	<b>97.26</b>	<b>129.00</b>	<b>144.27</b>	<b>140.38</b>	<b>151.88</b>	<b>13.695</b>	<b>0.018</b>
Número de ocorrências notificadas	120.91	146.29	161.43	138.98	147.75	147.50	8.006	0.156
Domínio da segurança ao nível da unidade								
Profissão	Médico	TDT	TS	Enfermeiro	AO	Administrativo	Chi-Square	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Cultura Segurança do doente								
Trabalho em equipa dentro das unidades	143.85	176.68	144.52	140.88	141.58	125.78	7.602	0.180
Expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente	<b>195.41</b>	<b>160.75</b>	<b>114.06</b>	<b>147.68</b>	<b>139.12</b>	<b>115.27</b>	<b>18.294</b>	<b>0.003</b>
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	<b>144.15</b>	<b>157.65</b>	<b>120.32</b>	<b>150.55</b>	<b>155.63</b>	<b>96.31</b>	<b>14.171</b>	<b>0.015</b>
Feedback e comunicação sobre o erro	<b>138.56</b>	<b>140.86</b>	<b>119.48</b>	<b>157.44</b>	<b>138.42</b>	<b>104.87</b>	<b>12.220</b>	<b>0.032</b>
Abertura na comunicação	<b>183.33</b>	<b>185.69</b>	<b>94.10</b>	<b>150.95</b>	<b>122.08</b>	<b>115.92</b>	<b>30.571</b>	<b>0.000</b>
Dotação de profissionais	<b>188.50</b>	<b>166.20</b>	<b>104.84</b>	<b>135.81</b>	<b>138.21</b>	<b>142.58</b>	<b>17.699</b>	<b>0.003</b>
Resposta ao erro não punitiva	<b>168.67</b>	<b>179.25</b>	<b>151.78</b>	<b>131.24</b>	<b>146.10</b>	<b>115.56</b>	<b>15.317</b>	<b>0.009</b>
Domínio da segurança ao nível da organização hospital								
Profissão	Médico	TDT	TS	Enfermeiro	AO	Administrativo	Chi-Square	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Cultura Segurança do doente								
Apoio à segurança do doente pela gestão	<b>119.56</b>	<b>147.21</b>	<b>206.50</b>	<b>125.30</b>	<b>172.02</b>	<b>156.33</b>	<b>28.488</b>	<b>0.000</b>
Trabalho em equipa entre unidades	<b>157.85</b>	<b>170.82</b>	<b>168.71</b>	<b>133.84</b>	<b>141.30</b>	<b>116.78</b>	<b>11.668</b>	<b>0.040</b>
Transferências e transições hospitalares	<b>161.30</b>	<b>106.26</b>	<b>107.10</b>	<b>169.08</b>	<b>139.06</b>	<b>93.32</b>	<b>34.729</b>	<b>0.000</b>

\*p<0,0001

## ***Hipótese 2 - A percepção da cultura de segurança está relacionada com a interação direta com os doentes***

Quando relacionamos a cultura de segurança do doente e se os indivíduos “no âmbito das suas tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contacto com os doentes” (quadro 5), podemos constatar que, profissionais que no âmbito das suas tarefas e funções interagem ou têm contacto direto com os doentes são aqueles onde é maior a percepção da cultura de segurança, pois as ordenações médias mais elevadas encontram-se nestes grupos em quase todas as dimensões, nomeadamente “frequência de notificação”, “percepções gerais sobre a segurança do doente”, “grau de segurança do doente”, “expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente”, “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “feedback e comunicação sobre o erro”, “abertura na comunicação”, “dotação de profissionais”, “resposta ao erro não punitiva”, “trabalho em equipa entre unidades e “transferências e transições hospitalares”. As dimensões com ordenações médias mais elevadas no grupo profissional que não interage ou tem contacto com os doentes são o “número de ocorrências notificadas”, o “trabalho em equipa dentro das unidades” e “apoio à segurança do doente pela gestão”.

De forma a perceber se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizamos o teste de Mann-Whitney, determinou-se um valor de “p” inferior ao nível de significância fixado ( $\alpha = 0,05$ ) para a maioria das dimensões. Há diferença estatística altamente significativa na dimensão “transferências e transições hospitalares” ( $p=0.000$ ). As dimensões “frequência de notificação” ( $p=0.001$ ), “percepções gerais sobre a segurança do doente” ( $p=0.001$ ), “expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente” ( $p=0,006$ ), “feedback e comunicação sobre o erro”, ( $p=0.001$ ), “abertura na comunicação” ( $p=0.005$ ), evidenciam diferença estatística muito significativa. Identificou-se existência de diferenças estatisticamente significativas nas seguintes variáveis: “apoio à segurança do doente pela gestão” ( $p=0.030$ ) e “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” ( $p=0.016$ ).

Os dados apresentados permitem aceitar a segunda hipótese de investigação: *a cultura de segurança está relacionada com a interação direta com os doentes,*

*nomeadamente no que se refere: a transferências e transições hospitalares, frequência de notificação, percepções gerais sobre a segurança do doente, expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente, feedback e comunicação sobre o erro, abertura na comunicação, apoio à segurança do doente pela gestão e aprendizagem organizacional – melhoria contínua.*

Quadro 8 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, à interação direta com os doentes e a cultura de segurança do doente

<b>Variáveis de resultado</b>				
<b>Interação direta com os doentes</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>		
<b>Cultura Segurança do doente</b>				
Frequência de notificação	<b>151.07</b>	<b>109.67</b>	<b>-3.230</b>	<b>0.001</b>
Perceções gerais sobre a segurança do doente	<b>151.73</b>	<b>109.06</b>	<b>-3.385</b>	<b>0.001</b>
Grau de Segurança do doente	137.66	129.80	-0.654	0.530
Número de ocorrências notificadas	139.14	149.83	-1.238	0.216
<b>Domínio da segurança ao nível da unidade</b>				
<b>Interação direta com os doentes</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>		
<b>Cultura Segurança do doente</b>				
Trabalho em equipa dentro das unidades	142.21	152.48	-0.851	0.395
Expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente	<b>151.68</b>	<b>116.52</b>	<b>-2.766</b>	<b>0.006</b>
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	<b>149.28</b>	<b>119.56</b>	<b>-2.401</b>	<b>0.016</b>
Feedback e comunicação sobre o erro	<b>149.84</b>	<b>108.14</b>	<b>-3.306</b>	<b>0.001</b>
Abertura na comunicação	<b>150.71</b>	<b>115.63</b>	<b>-2.778</b>	<b>0.005</b>
Dotação de profissionais	146.12	122.82	-1.842	0.065
Resposta ao erro não punitiva	145.44	131.22	-1.114	0.265
<b>Domínio da segurança ao nível da organização hospital</b>				
<b>Interação direta com os doentes</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>		
<b>Cultura Segurança do doente</b>				
Apoio à segurança Transferências e transições hospitalares do doente pela gestão	<b>138.66</b>	<b>166.33</b>	<b>-2.174</b>	<b>0.030</b>
Trabalho em equipa entre unidades	146.27	125.27	-1.671	0.095
Transferências e transições hospitalares	<b>155.13</b>	<b>87.26</b>	<b>-5.261</b>	<b>0.000</b>

\*p<0,0001

***Hipótese 3 - A percepção da cultura de segurança difere em função dos anos de experiência na organização.***

Pela análise do Quadro 6, que relaciona o tempo de experiência na organização com a cultura de segurança do doente, podemos constatar que profissionais com menos de 8 anos de experiência são aqueles onde é maior a percepção da cultura de segurança, pois as ordenações médias mais elevadas encontram-se nestes grupos em todas as dimensões.

A fim de testarmos a terceira hipótese e, desta maneira, verificarmos se existe ou não diferença significativa entre o tempo de experiência na organização e a cultura de segurança, utilizámos o teste de Kruskal-Wallis, que identificou que apenas existe diferença estatisticamente significativa em relação ao “número de ocorrências notificadas” ( $p=0.035$ ) e “dotação de profissionais” ( $p=0.001$ ). O que nos permite afirmar que os anos de experiência na organização apenas tem poder explicativo sobre a sua cultura de segurança do doente, no que se refere apenas ao número de ocorrências notificadas e dotação de profissionais.

Quadro 9 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, para verificar a significância da diferença entre o tempo de experiência na organização e a cultura de segurança do doente

Variáveis de resultado									
Tempo de experiência	< 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	Chi-Square	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Cultura Segurança do doente									
Frequência de notificação	116.50	177.00	126.38	139.61	141.26	127.99	135.04	4.732	0.579
Perceções gerais sobre a segurança do doente	151.83	156.88	135.89	129.15	147.79	130.34	123.58	5.033	0.540
Grau de Segurança do doente	108.53	109.31	109.31	136.76	129.35	132.17	129.26	4.001	0.677
Número de ocorrências notificadas	<b>108.50</b>	<b>123.94</b>	<b>135.94</b>	<b>151.36</b>	<b>135.03</b>	<b>122.22</b>	<b>134.37</b>	<b>13.543</b>	<b>0.035</b>
Domínio da segurança ao nível da unidade									
Tempo de experiência	< 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	Chi-Square	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Cultura Segurança do doente									
Trabalho em equipa dentro das unidades	153.68	149.00	147.56	125.38	123.06	137.21	140.52	4.552	0.602
Expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente	174.43	197.50	155.39	126.00	136.15	128.17	131.32	12.311	0.055
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	161.73	140.50	151.89	143.90	138.29	126.96	121.35	6.799	0.340
Feedback e comunicação sobre o erro	146.83	175.31	149.13	144.59	132.57	128.63	122.90	5.886	0.436
Abertura na comunicação	173.28	172.75	181.50	128.32	134.11	124.62	130.91	11.587	0.072
Dotação de profissionais	<b>194.26</b>	<b>137.69</b>	<b>135.56</b>	<b>128.25</b>	<b>110.40</b>	<b>116.81</b>	<b>153.15</b>	<b>23.590</b>	<b>0.001</b>
Resposta ao erro não punitiva	138.55	112.64	156.44	126.86	133.10	134.51	135.00	1.830	0.935
Domínio da segurança ao nível da organização hospital									
Tempo de experiência	< 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	Chi-Square	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Cultura Segurança do doente									
Apoio à segurança do doente pela gestão	129.87	133.69	143.61	146.52	136.09	124.09	132.79	2.623	0.854
Trabalho em equipa entre unidades	160.87	141.00	150.67	141.65	122.30	126.27	134.54	5.240	0.513
Transferências e transições hospitalares	140.87	161.25	185.44	132.89	127.39	139.72	126.39	6.483	0.371



***Hipótese 4 - A percepção da cultura de segurança difere consoante o serviço seja certificado ou não.***

Cruzando a informação referente a trabalhar num serviço certificado ou não, e a cultura de segurança do doente (Quadro 7), podemos verificar que os profissionais que trabalham em serviços certificados apresentam uma cultura de segurança mais forte pois obtiveram ordenações médias mais elevadas na grande maioria das dimensões, exceção das dimensões "grau de segurança do doente", "dotação de profissionais" e "transferências e transições hospitalares".

Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizamos o teste de Mann-Whitney, determinou-se um valor de "p" inferior ao nível de significância fixado ( $\alpha = 0,05$ ) para a maioria das dimensões. Há diferença estatística altamente significativa nas dimensões "Feedback e comunicação sobre o erro" ( $p=0.000$ ) e "Transferências e transições hospitalares" ( $p=0.000$ ). As dimensões "Trabalho em equipa dentro das unidades" ( $p=0.007$ ), "Abertura na comunicação" ( $p=0.004$ ) evidenciam diferença estatística muito significativa. Identificou-se existência de diferenças estatisticamente significativas nas seguintes variáveis: "Frequência de notificação" ( $p=0.049$ ), "Grau de Segurança do doente" ( $p=0.012$ ) "Número de ocorrências notificadas" ( $p=0.017$ ) "Apoio à segurança do doente pela gestão" ( $p=0.030$ ). Mediante estes resultados, aceitamos a quarta hipótese de investigação: *a cultura de segurança difere consoante o serviço seja certificado ou não.*

Quadro 10 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença entre a certificação do serviço e a cultura de segurança do doente

<b>Variáveis de resultado</b>				
<b>O serviço onde trabalha é certificado</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>Mean</b>	<b>Mean</b>		
<b>Cultura Segurança do doente</b>	<b>Rank</b>	<b>Rank</b>		
Frequência de notificação	<b>135.86</b>	<b>118.02</b>	<b>-1.964</b>	<b>0.049</b>
Perceções gerais sobre a segurança do doente	133.51	119.55	-1.528	0.126
Grau de Segurança do doente	<b>112.06</b>	<b>132.28</b>	<b>-2.513</b>	<b>0.012</b>
Número de ocorrências notificadas	<b>131.52</b>	<b>116.12</b>	<b>-2.391</b>	<b>0.017</b>
<b>Domínio da segurança ao nível da unidade</b>				
<b>O serviço onde trabalha é certificado</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>Mean</b>	<b>Mean</b>		
<b>Cultura Segurança do doente</b>	<b>Rank</b>	<b>Rank</b>		
Trabalho em equipa dentro das unidades	<b>138.29</b>	<b>115.07</b>	<b>-2.678</b>	<b>0.007</b>
Expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente	134.81	121.12	-1.499	0.134
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	134.95	118.92	-1.803	0.071
Feedback e comunicação sobre o erro	<b>143.82</b>	<b>108.06</b>	<b>-3.937</b>	<b>0.000</b>
Abertura na comunicação	<b>139.58</b>	<b>113.36</b>	<b>-2.888</b>	<b>0.004</b>
Dotação de profissionais	124.47	126.67	-0.242	0.809
Resposta ao erro não punitiva	128.85	123.75	-0.561	0.575
<b>Domínio da segurança ao nível da organização hospital</b>				
<b>O serviço onde trabalha é certificado</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>Mean</b>	<b>Mean</b>		
<b>Cultura Segurança do doente</b>	<b>Rank</b>	<b>Rank</b>		
Apoio à segurança do doente pela gestão	<b>136.05</b>	<b>116.31</b>	<b>-2.164</b>	<b>0.030</b>
Trabalho em equipa entre unidades	129.33	123.18	-0.675	0.499
Transferências e transições hospitalares	<b>111.97</b>	<b>145.03</b>	<b>-3.597</b>	<b>0.000</b>

\*p<0,0001

***Hipótese 5 - A percepção da cultura de segurança difere consoante ter ou não feito formação em cultura de segurança***

Ao analisar a relação entre os facto dos profissionais terem feito formação na área da segurança do doente nos últimos 2 anos e a cultura de (Quadro 8), podemos verificar que os profissionais que fizeram formação apresentam uma cultura de segurança mais forte pois obtiveram ordenações médias mais elevadas na grande maioria das dimensões “frequência de notificação”, “percepções gerais sobre a segurança do doente”, “grau de segurança do doente”, “número de ocorrências notificadas”, “trabalho em equipa dentro das unidades”, “expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente”, “aprendizagem organizacional – melhoria continua”, “feedback e comunicação sobre o erro”, “abertura na comunicação” e “transferências e transições hospitalares”.

As dimensões onde se verificam ordenações médias mais elevadas nos profissionais que não fizeram formação são: “dotação de profissionais”, “resposta ao erro não punitiva”, “apoio à segurança do doente pela gestão” e “trabalho em equipa entre unidades”.

De modo a verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas , utilizamos o teste de Mann-Whitney, determinou-se um valor de “p” inferior ao nível de significância fixado ( $\alpha = 0,05$ ) para as seguintes dimensões: diferença altamente significativa na dimensão “frequência de notificação” ( $p=0.000$ ), e estatisticamente significativa nas dimensões “número de ocorrências notificadas” ( $p=0.002$ ), “feedback e comunicação sobre o erro” ( $p=0.001$ ), “aprendizagem organizacional – melhoria continua” ( $p=0.017$ ) e “abertura na comunicação” ( $p=0.014$ ). O que nos permite aceitar a quinta hipótese de investigação: *a cultura de segurança difere consoante ter ou não feito formação em cultura de segurança, nomeadamente no que se refere: frequência de notificação, número de ocorrências notificadas, feedback e comunicação sobre o erro, aprendizagem organizacional – melhoria continua e abertura na comunicação.*

Quadro 11 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença entre a formação em segurança do doente e a cultura de segurança do doente

Variáveis de resultado				
Formação em segurança do doente	Sim	Não	z	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Cultura Segurança do doente	Mean Rank	Mean Rank		
Frequência de notificação	<b>165.86</b>	<b>125.67</b>	<b>-4.150</b>	<b>0.000</b>
Perceções gerais sobre a segurança do doente	149.04	141.30	-0.793	0.428
Grau de Segurança do doente	142.63	134.31	-0.975	0.330
Número de ocorrências notificadas	<b>153.72</b>	<b>133.08</b>	<b>-3.096</b>	<b>0.002</b>
Domínio da segurança ao nível da unidade				
Formação em segurança do doente	Sim	Não	z	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Cultura Segurança do doente	Mean Rank	Mean Rank		
Trabalho em equipa dentro das unidades	147.59	143.55	-.439	0.661
Expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente	151.51	143.75	-.796	0.426
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	<b>157.87</b>	<b>135.14</b>	<b>-2.386</b>	<b>0.017</b>
Feedback e comunicação sobre o erro	<b>159.29</b>	<b>128.34</b>	<b>-3.211</b>	<b>0.001</b>
Abertura na comunicação	<b>158.35</b>	<b>134.55</b>	<b>-2.456</b>	<b>0.014</b>
Dotação de profissionais	141.61	145.26	-0.377	0.706
Resposta ao erro não punitiva	139.46	147.32	-0.813	0.416
Domínio da segurança ao nível da organização hospital				
Formação em segurança do doente	Sim	Não	z	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Cultura Segurança do doente	Mean Rank	Mean Rank		
Apoio à segurança do doente pela gestão	139.79	150.04	-1.055	0.291
Trabalho em equipa entre unidades	140.09	148.73	-0.889	0.374
Transferências e transições hospitalares	154.87	136.51	-1.874	0.061

\*p<0,0001

#### 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo foi realizado no hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE que apresentava à data da sua realização um total de 556 profissionais, tendo-se obtido 303 respondentes, correspondendo a uma taxa de resposta de 54,5%. Considerando os vários estudos realizados nacional e internacionalmente não se considera correto fazer comparações entre as taxas de resposta pois os métodos utilizados para a colheita de dados foram variados, no entanto de acordo com as autoras do questionário, conclui-se que, sendo superior a 50%, o presente estudo apresenta uma boa taxa de resposta. Assim é possível generalizar os resultados da pesquisa para o hospital, considerando-os como um reflexo da cultura de segurança da organização.

A maioria dos respondentes é do sexo feminino (71,6%), sendo o grupo etário com maior percentagens de respostas os indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos, a maioria trabalha em serviços prestadores de cuidados (60,4%), no entanto é importante realçar que 78,9% interage ou tem contacto direto com os doentes no âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão. Os enfermeiros são o grupo profissional com predominância de respostas (44,2%), seguido dos assistentes operacionais com 15,2%.

O **grau de segurança do doente** na organização foi considerado por um número significativo de respondentes (42,6%) como muito bom, seguindo-se de 39,9% que o consideram aceitável. Estes resultados são semelhantes aos encontrados nos diversos estudos analisados, em que a maioria dos respondentes tem uma perceção positiva do grau de segurança do doente. O estudo que se distancia positivamente deste resultado é o de Sorra *et al.*, (2012) tendo o grau de segurança sido considerado como excelente por 29% dos respondentes, muito bom por 43%. Este resultado traduz uma evolução pois o estudo de Sorra e Nieva (2004) obteve resultados inferiores, reforçando a ideia de que a avaliação da cultura de segurança do doente vai ajudar as organizações para alcançar melhorias dentro da sua agenda de governação clínica.

A esmagadora maioria dos indivíduos não notificou nenhuma ocorrência nos últimos 12 meses (77,9%), tendo 12,2% dos respondentes notificado 1 a 2 ocorrências e 5,0% 3 a 5 ocorrências nesse período. Apenas 1 indivíduo notificou mais de 11 ocorrências. Estes resultados são mais negativos do que os encontrados nos diversos

estudos e levam a pensar que a notificação de eventos ou ocorrências não é suficientemente valorizada como ferramenta promotora da segurança do doente.

A **frequência de notificação** tem uma avaliação positiva média baixa (36,1 %), sendo este resultado compreendido pelo elevado número de profissionais que não notificou nenhuma ocorrência nos últimos 12 meses, consistindo assim numa oportunidade de melhoria da organização. À exceção de Sousa (2012) e Peralta (2012) que obtiveram médias positivas mais baixas (28%), todos os outros estudos apresentaram melhores resultados, uns com médias positivas na ordem dos 40-50%, nomeadamente Eiras, et al (2011), Sorra e Nieva (2004), Saturno et al (2009), Pimenta (2013), Bagnasco (2011) e Zenewton et al (2012), destacando-se positivamente Sorra et al (2012) e Waterson et al (2010) com 64% e 71% respetivamente.

Estes resultados evidenciam que a subnotificação é uma realidade transversal em todos os hospitais tendo por isso que ser alvo de atenção pois num sistema de saúde que se pretende centrado no doente, a notificação de incidentes é imperativo. A monitorização sistemática do erro e das barreiras que protegem os doentes é o pilar de qualquer sistema de saúde que se pretende seguro (Lage, 2010). Para além disso é fundamental que a análise de causas não esteja centrada no profissional que erra mas sim no mecanismo dos erros, de modo a identificar os fatores contributivos e falhas suscetíveis de melhoria.

A cultura de segurança nas organizações tem três componentes: cultura justa, onde não haja punição para os erros mas sim para condutas impróprias, cultura voltada para o relato dos eventos num ambiente seguro, e uma cultura de aprendizagem em torno das falhas ocorridas, análise das situações com identificação dos pontos frágeis para que possam ser corrigidos (Reason, 1998). Assim é fundamental sensibilizar os profissionais de saúde para a notificação de erros, de forma a encontrar as causas e identificar as falhas ocorridas no processo, com o propósito de implementar estratégias de ação e correção dos processos envolvidos, evitando que as mesmas falhas se repitam e que erros semelhantes ocorram pois a notificação é um dos pilares da cultura de segurança.

Não é um processo fácil, pois a implementação eficaz de um sistema de relatos de incidentes numa organização, para além de moroso, depende da motivação dos profissionais que no seu local de trabalho estimulam os seus pares a aderir ao processo (Lage, 2010).

A **perceção geral sobre a segurança do doente** apresenta uma média positiva de 53,7%, as médias positivas de cada questão dentro da dimensão são pouco variáveis e é o terceiro melhor resultado em termos de dimensões neste estudo. É de realçar que a questão que obteve média positiva mais elevada (59,7%) é “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade”.

A maioria dos estudos encontrados apresentam resultados positivos (> 50%), com destaque dos estudos de Sorra et al (2012) e Pimenta (2013) com 67% e 73% respetivamente, mas em nenhum estudo esta dimensão é considerada como força de segurança nas organizações.

É de salientar que nove comentários identificados pelos profissionais, nas respostas à questão aberta são referentes a aspetos específicos da segurança do doente. O desenvolvimento e implementação prática de um sistema que garanta a segurança do doente é uma tarefa complexa e cheia de incertezas. É preciso melhores tecnologias da informação, de grupos de trabalho coesos e disciplinados, compostos por profissionais competentes e dedicados, seguindo regulamentos e manuais de boas práticas, que assegurem os melhores resultados possíveis. As soluções terão de ser globais, com todos os níveis de *staff* envolvidos, através de soluções fluindo de baixo para cima e de cima para abaixo (*down-top e top-down*), com recursos especificamente alocados a estas tarefas e com processos de notificação e de *feedback* permanentes (Carneiro, 2010).

O **trabalho em equipa dentro das unidades** é a dimensão que obteve melhores resultados neste estudo com uma média positiva de 77,0%, sendo por isso considerada uma força de segurança da organização. As questões com resultados mais positivos foram as referentes à entajuda entre profissionais e o respeito com que são tratadas as pessoas, respetivamente com 87,7% e 85,3%.

Comparativamente a outros estudos realizados em Portugal os resultados da avaliação desta dimensão são os mais elevados, variando a média positiva dos restantes

entre 68% e 76%. No que diz respeito aos resultados internacionais, esta dimensão tem resultados ligeiramente melhores, com avaliação média positiva de 80% no estudo de Sorra *et al.*, (2012). Os restantes estudos apresentam resultados similares, salientando-se como resultado mais baixo o estudo de Bagnasco (2011) com 60%.

Num processo de desenvolvimento de cultura de segurança as pessoas são a chave fundamental para a melhoria da qualidade e o departamento de gestão de recursos humanos tem um papel crítico dentro de uma organização para permitir o crescimento da organização com qualidade (Tobias, et al., 2014). O trabalho de equipa é imprescindível em qualquer empresa segura mas não é ainda aceite como imprescindível na saúde e esta enquanto dimensão da cultura de segurança, inclui a comunicação, a interajuda, a divisão de tarefas, e a boa liderança (Fragata, 2010).

Quanto às **expetativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente** evidencia-se uma média positiva de 42,6%, com maior valorização (55,6%) a questão “o meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos”. A questão com menor percentagem de médias positivas (15,2%) foi “o meu superior/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente”.

Comparativamente com os estudos analisados estes resultados são baixos pois todos evidenciam resultados positivos (percentagens > 50%), no entanto só no estudo de Sorra et al (2012) se considera esta dimensão como força de segurança pois apresenta uma média positiva de 75%.

Promover a segurança do doente requer motivação e compromisso a partir do topo de cada organização e dos líderes de cada serviço. Para mostrar que a segurança é uma prioridade e que a gestão da organização está comprometida com a melhoria, a equipa executiva deve ser visível e ativa na condução de melhorias na segurança do doente. Líderes envolvidos/empenhados conduzem assim a esta cultura através da conceção de estratégias e da construção de estruturas que orientam processos seguros e resultados (National Patient Safety Agency, 2004).

A **avaliação da aprendizagem organizacional-melhoria contínua** apresenta uma média positiva de 63,9% e consiste no segundo melhor resultado deste estudo em termos



de dimensões da segurança do doente. É de realçar a média positiva de 72,1% na questão “estamos a trabalhar ativamente para a melhoria da segurança do doente” e 71,3% para “avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente” revelando interesse dos profissionais na melhoria contínua. Por outro lado a questão “Aqui os erros proporcionam mudanças positivas” obteve a média positiva mais baixa da dimensão (48,2%).

Verifica-se que estes resultados apresentam avaliação média positiva mais baixa do que a maioria dos estudos. Ainda assim o estudo português de Sousa (2012) com 55%, e os espanhóis Saturno et al (2009) e Zenewton et al (2012) com 54% evidenciam percentagens inferiores. Os estudos portugueses de Eiras et al (2011), Peralta (2012) e Pimenta (2013) obtiveram médias positivas de 68%, 71% e 78% respetivamente, sendo neste último considerada uma força de segurança. Em relação a pesquisas estrangeiras, os estudos americanos levados a cabo por Sorra e Nieva (2004), Sorra et al. (2012), Bagnasco (2011), destacam-se com médias positivas superiores a 70%.

Esta dimensão assume um papel fundamental na cultura de segurança pois a segurança do doente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde em todo o mundo. Os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao doente (promovendo a segurança) estão sem dúvida a aumentar a qualidade dos seus serviços, pois a segurança tem interseções com quase todas as dimensões da qualidade. Com este entendimento todas as atividades que regem a avaliação e melhoria contínua da qualidade são aplicáveis à gestão de segurança, sendo tudo favorecido por um clima ou cultura favorável em relação a estes esforços entre os profissionais da organização (Gama & Saturno, 2013).

O **feedback e comunicação sobre o erro** é percebido positivamente por 46,5% dos indivíduos, tratando-se por isso de uma oportunidade de melhoria da organização, no entanto há duas questões nesta dimensão com respostas positivas, “somos informados acerca dos erros que acontecem neste serviço” com 54,1% e “Neste serviço discutimos modos de prevenção de erros” com 51%.

Apresentam resultados semelhantes os estudos de Sousa (2012) com 47%, Saturno et al (2009) com 44% e Zenewton et al (2012) com 43%. As pesquisas de Sorra et al (2012)

Peralta (2012), Bagnasco (2011) e Pimenta (2013) mostram resultados iguais ou superiores a 60%.

Os cuidados de saúde atuais exigem que profissionais de saúde diferenciados atuem conjuntamente em micro sistemas ao nível das unidades ou serviços. Face a esta complexidade organizacional é natural que o trabalho em equipa seja referido como um fator humano fundamental para a qualidade de cuidados. Contudo o funcionamento das equipas, face à necessidade de diminuir o erro humano tende a produzir soluções que se baseiam no esforço individual, contínuo e crescente de profissionais altamente treinados. A literatura demonstra que esta estratégia não é eficaz pois os problemas mais referidos como potenciadores de erro situam-se nas áreas da comunicação, tomada de decisão e treino. A comunicação entre os membros da equipa é fundamental para fomentar a partilha de um mesmo modelo mental, e a integração neste modelo mental de uma atitude positiva em relação à cultura de segurança é fundamental para a redução do erro (Santos, et al., 2010). Apesar de se saber que o trabalho em equipa e boa comunicação entre a equipa é fundamental para o prestação de cuidados de alta qualidade, os processos e sistemas projetados para melhorar essa comunicação ainda permanecem escassos (Tobias, et al., 2014).

A dimensão **abertura na comunicação** obteve uma média positiva de 52,7%, curiosamente muito semelhante ao estudo de Eiras et al (2011) com a percentagem de 52%. Apresentam médias positivas mais baixas e inferiores a 50% os estudos de Sousa (2012) com 44%, Saturno et al (2009) com 48% e Zenewton et al (2012) com 49%. Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por comunicação aberta e fundada na confiança mútua, gerindo o risco por perceções compartilhadas sobre a importância da segurança e de aprendizagem organizacional e pela confiança na eficácia de medidas preventivas (Tobias, et al., 2014).

Não é possível falar em qualidade em saúde sem referir a qualidade da interação e da comunicação entre os profissionais responsáveis pelos cuidados, e por isso, pela segurança do doente. É considerada 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. A comunicação entre os membros da equipa é fundamental para

fomentar a partilha do mesmo modelo mental, ou seja, ideias comuns, modo de funcionamento, papéis e funções individuais, e valores da equipa. Um dos obstáculos à qualidade da comunicação é a falta de formação e treino dos profissionais de saúde nesta área. As competências comunicacionais deverão ser consideradas como parte integrante da formação, e como outras competências de ordem técnica deverão ser sistematicamente atualizadas (Santos, et al., 2010).

A média positiva de respostas na dimensão **dotação de profissionais** é de 26,9%, constitui um dos resultados mais baixos deste estudo em termos de dimensões, e é igualmente o valor mais baixo de entre todos os estudos analisados, sendo os estudos espanhóis de Saturno et al (2009) e Zenewton et al (2012).que apresentam média positiva mais próxima com 28%. É de referir que só os estudos americanos, de Sorra e Nieva (2004) e Sorra et al (2012) apresentam médias positivas, respetivamente 50% e 57%. Perante estes resultados verifica-se que em nenhum dos estudos analisados são atingidas médias positivas com o valor > 75%, de forma a poderem ser consideradas forças de segurança, deste modo esta é uma área em que é necessário intervir urgentemente e globalmente nas organizações.

Importa ainda salientar que nas respostas à questão aberta do final do questionário obtiveram-se 8 comentários relacionados com esta dimensão enfocando a dotação de profissionais com a segurança do doente, através dos quais os profissionais percecionam que a dotação de pessoal é insuficiente para corresponder ao trabalho que é exigido, dispõem de profissionais temporários mal pagos, trabalham tentando fazer muito, demasiado depressa e consideram a mobilidade interna como um risco acrescido para segurança do doente. A fadiga afeta a performance humana em geral, alterações do humor, confusão, ansiedade e irritabilidade são referidas na sequência da privação aguda ou crónica do sono, no entanto o impacto da fadiga sobre a performance em termos científicos, tem sido difícil de demonstrar (Fragata, 2006).

A dimensão **resposta não punitiva ao erro** obteve a média positiva mais baixa deste estudo (25,4%), contribuindo para este resultado com maior média positiva a questão “Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si” com 28,4%. A questão com média positiva mais baixa

é “Os profissionais interrogam-se, se os seus erros são registados no seu processo pessoal” com 22,5%.

Integram ainda 2 comentários na resposta á questão aberta demonstrando preocupação com a culpabilização sobre o erro e desejando ter um sistema de notificação confiável.

À semelhança deste estudo, todos os estudos analisados realizados em Portugal e estados Unidos da América esta é a dimensão com resultados mais baixos, sendo todos resultados inferiores a 50%, e por isso considerado oportunidade de melhoria com intervenção urgente nas organizações. Os estudos com resultados positivos são os de Saturno et al (2009) com 53%, Zenewton et al (2012) com com 53%.

O problema do erro humano pode ser visto sob duas formas de abordagem, na pessoa e no sistema. A abordagem na pessoa teve um grande impacto no passado e incide sobre atos inseguros devido a processos de esquecimento, desatenção, falta de atenção e imprudência, o foco é a culpabilização. A premissa básica na abordagem do sistema é que os seres humanos são falíveis e erros são esperados, mesmo na melhor organização, o foco são as condições em que as pessoas trabalham. Os erros são vistos como consequências, em vez de causas, com origem em fatores sistémicos a montante (Reason, 2000). É fundamental que a análise de causas não esteja centrada no profissional que erra mas sim no mecanismo dos erros, de modo a identificar os fatores contributivos e falhas suscetíveis de melhoria (Lage, 2010).

A **Perceção da cultura de segurança do doente** ao nível da organização hospitalar é avaliada por três dimensões, sendo uma o apoio à segurança do doente pela gestão, que obteve uma média positiva de 39,9%, constituindo uma oportunidade de melhoria, em que a questão “A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade” é a que evidencia a média positiva mais baixa (29,8%). Com médias positivas inferiores à deste estudo encontram-se as pesquisas de Sousa (2012) com 24%, Saturno et al (2009) com 25%, e Zenewton et al (2012) com 29% e Bagnasco (2011) com 28%. A pesquisa levada a cabo por Sorra et al (2012) foi a que obteve pontuação mais alta, 73%, próxima de poder ser considerada força de segurança

Sob o ponto de vista organizacional, as soluções terão de ser globais, com todos os níveis de staff envolvidos, através de soluções fluindo de baixo para cima e de cima para abaixo (*down-top* e *top-down*), com recursos especificamente alocados a estas tarefas e com processos de reporting e de feedback permanentes (Carneiro, 2010).

Salienta-se a importância de que para o desenvolvimento de uma cultura de segurança as equipas de trabalho sejam formadas por elementos da direção, do corpo clínico e não clínico, promovendo assim a comunicação e decisão conjunta de grupos fundamentais na avaliação, decisão e implementação de medidas (Santos, et al., 2010).

O **trabalho em equipa entre unidades** também contribui para a avaliação da cultura de segurança do doente ao nível da organização hospitalar e apresenta uma média positiva de 52%, constituindo uma das 5 dimensões com melhores resultados. Para este resultado concorre com média positiva mais alta (64%) a questão “Existe boa colaboração entre serviços do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente” e com média positiva mais baixa (28,7%) a questão “Os serviços do hospital não se coordenam muito bem uns com os outros”.

Os resultados dos estudos analisados não consideram esta dimensão como força de segurança, apresentando médias inferiores a 50% os estudos de Sousa (2012) com 35%, Peralta (2012) com 47%, Saturno et al (2009) com 42%, Bagnasco (2011) com 30%, Zenewton et al (2012) com 41% e Waterson (2010) com 41%.

**Transferências e transições hospitalares** foi percebida positivamente por 39,2% dos participantes no estudo. Dos estudos em análise verifica-se que as médias positivas oscilam entre 35% no estudo de Sousa (2012) e 59% nas pesquisas efetuadas por Pimenta (2013) e Eiras et al (2011).

A comunicação é por vezes difícil em equipas de saúde interdisciplinares, para além disso em alguns contextos profissionais existe a norma do evitamento da crítica dentro do mesmo grupo profissional. Estas barreiras comunicacionais são facilitadores do erro, na medida em que o feedback a um procedimento incorreto e a proposta de alternativas mais eficazes não são verbalizadas impedindo a correção atempada. O líder tem um papel fundamental ao desencadear, reforçar e valorizar comportamentos de

valorização da pessoa e de respeito mútuo facilitando a comunicação intragrupal (Santos, et al., 2010).

Os técnicos de diagnóstico e terapêutica são aqueles que percebem uma maior cultura de segurança do doente, nomeadamente no que se refere: frequência de notificação, grau de segurança do doente, aprendizagem organizacional – melhoria contínua, feedback e comunicação sobre o erro, abertura na comunicação, , resposta ao erro não punitiva, apoio à segurança do doente pela gestão, trabalho em equipa entre unidades e transferências e transições hospitalares. Por outro lado na dotação de profissionais e expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente são os médicos aqueles que percebem uma maior cultura de segurança do doente.

Os profissionais que no âmbito das suas tarefas e funções interagem ou têm contacto direto com os doentes são aqueles onde é maior a percepção da cultura de segurança. Nomeadamente nas dimensões transferências e transições hospitalares, frequência de notificação, percepções gerais sobre a segurança do doente, expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente, feedback e comunicação sobre o erro, abertura na comunicação. Exceção no apoio à segurança do doente pela gestão e aprendizagem organizacional – melhoria contínua, onde o grupo profissional que não interage ou tem contacto com os doentes tem uma maior a percepção da cultura de segurança

Os profissionais com menos de 8 anos de experiência são aqueles onde é maior a percepção da cultura de segurança no que concerne ao número de ocorrências notificadas. Sendo que os profissionais mais jovens (< 6 meses) são aqueles onde é maior a percepção da cultura de segurança em relação a dotação de profissionais.

Os profissionais que trabalham em serviços certificados apresentam uma cultura de segurança mais forte, nomeadamente em relação: feedback e comunicação sobre o erro, trabalho em equipa dentro das unidades, abertura na comunicação, frequência de notificação número de ocorrências notificadas e apoio à segurança do doente pela gestão. Por outro lado, os profissionais que trabalham em serviços não certificados apresentam uma maior cultura de segurança no que se refere as transferências e transições hospitalares e o grau de segurança do doente.

Os profissionais que fizeram formação sobre segurança do doente apresentam uma cultura de segurança mais forte que os seus pares que não fizeram este tipo de formação, *nomeadamente no que se refere*: frequência de notificação, número de ocorrências notificadas, feedback e comunicação sobre o erro, aprendizagem organizacional – melhoria continua e abertura na comunicação.





## **5 – CONCLUSÃO**

Chegado ao término deste estudo é altura de fazer uma sumula de todo o processo de investigação sistematizando os proveitos e contributos, bem como as dificuldades e limitações deste trabalho.

Desde o início, aquando da escolha da área onde desenvolver a investigação, foi sempre preocupação realizar um trabalho que embora académico tivesse aplicabilidade prática, e como profissional de enfermagem com responsabilidade de gestão considera-se a segurança do doente um tema fulcral para a garantia de cuidados de qualidade tendo-se este trabalho revelado uma opção muito gratificante e que se pretende que seja um primeiro passo de um longo caminho. Assim a revisão de literatura permitiu uma melhor perceção da abrangência e contextualização do tema, bem como um conhecimento alargado na forma como o questionário HSOPSC está a ser desenvolvido tanto no nosso país como além portas.

Grosso modo as dificuldades encontradas foram resolvidas de forma célere, no entanto considera-se que este estudo apresenta algumas limitações que de algum modo se podem-se repercutir nos resultados obtidos. Em primeiro lugar considera-se que o facto da investigadora integrar a organização pode ter favorecido, por parte de alguns profissionais, o receio de serem identificados, pois houve questões, nomeadamente as da caracterização socioprofissional que vários indivíduos não responderam. Ao transcrever os dados dos questionários para a base de dados constataram-se existir algumas incongruências nas respostas dos diferentes grupos de questões, pelo que se coloca a hipótese de o nível do conhecimento dos profissionais sobre cultura de segurança do doente poder interferir nos resultados. Para além disto considera-se ainda que o facto de o país estar a atravessar uma fase de restrições e constrangimentos vários pode ter condicionado a motivação e empenho dos profissionais em integrar o estudo, esta é uma perceção resultante dos vários diálogos informais durante a realização do estudo, para além dos 23 questionários excluídos por se encontrarem por preencher na sua totalidade. Por último, durante o período da colheita dos dados houve vários profissionais que usualmente não têm contato direto com os doentes, que referiram dificuldades no

preenchimento do questionário. Apesar de lhes ter sido explicado como proceder, poderá esta questão ter contribuído para a não adesão.

Apesar das limitações apresentadas considera-se o HSOPSC um instrumento adequado para avaliar a cultura de segurança do doente constituindo-se com este trabalho os primeiros indicadores da organização nesta área.

A cultura de segurança do doente, percecionada pelos profissionais do hospital, apresenta pontos fortes e oportunidades de melhoria. A dimensão trabalho de equipa dentro das unidades é considerada uma força de segurança, com uma média positiva de 77,5%. Com médias positivas superiores a 50%, sendo por isso também consideradas pontos fortes, temos as dimensões aprendizagem organizacional-melhoria contínua (63,9%), perceções gerais sobre segurança do doente (53,7%), abertura na comunicação (52,7%) e o trabalho em equipa entre as unidades (52,0%). A maioria das dimensões estudadas constituem oportunidades de melhoria, com médias positivas mais baixas ressalvam-se as dimensões resposta ao erro não punitiva (25,4%), dotação de profissionais (26,9%), frequência da notificação (36,1%) e apoio à segurança do doente pela gestão (39,8%) e transferências e transições hospitalares (39,2%), todas com médias positivas inferiores a 40%.

Os resultados acima descritos apontam quais os focos de intervenção prioritária no sentido da melhoria contínua. Realça-se desta forma a necessidade de formação na área da segurança do doente e notificação proativa de incidentes e eventos adversos, bem como a visibilidade do apoio à segurança do doente pela gestão. É fundamental que os profissionais sintam que se promove um clima de confiança no sentido de uma cultura justa e transparente, e que motive os profissionais a comunicar o erro e encontrar estratégias que promovam a segurança do doente. A positividade da avaliação da dimensão “aprendizagem organizacional/melhoria contínua”, bem como as “perceções gerais sobre a segurança do doente” são um bom indicador da capacidade da organização e das equipas em desenvolverem estratégias para alcançar melhores resultados.

A dotação de profissionais é um dos grandes desafios da organização, e numa época em que os recursos são particularmente escassos a estratégia passa por organizar e alocar os recursos, de acordo com o volume de trabalho salvaguardando a continuidade

de cuidados e a cultura de segurança de cada serviço, sempre numa perspetiva de promover a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente.

Olhando globalmente para as oportunidades de melhoria evidenciadas no presente estudo são apresentadas as seguintes sugestões:

- Formação sobre segurança do doente, nas suas várias dimensões, deve ser uma estratégia a desenvolver em contexto alargado na organização e em cada serviço, de modo a se conseguir operacionalizar estratégias de melhoria globais e específicas;
- A promoção de uma liderança forte em cascata e apoio das equipas de saúde estabelecendo um enfoque grande na segurança do doente onde se explicitam os benefícios de forma imparcial, sem medos de punição para o erro, mas sim de aprendizagem em torno das falhas ocorridas;
- Desenvolver práticas de trabalho de segurança com existência de normas orientadoras de boas práticas transversais a toda a organização, de fácil acesso a todos os profissionais;
- Desenvolver formas de comunicação estruturada com hierarquias de cooperação e aprendizagem de retorno (top-down e down-top) no sentido de promover o envolvimento e motivação de todos para um caminho comum;
- Criar um sistema interno informático de notificação de incidentes e eventos adversos, que garanta a confidencialidade da informação;
- Promover espaços de formação e reflexão sobre a prática, em tempo de serviço, para que as equipas sintam valorização pela gestão de topo e envolvimento de todos;

Considera-se que os resultados obtidos possibilitarão avançar para implementação de estratégias de melhoria estando assim os objetivos atingidos, constituindo assim um passo importante na promoção da cultura de segurança do doente. Para além disso poderão servir de ponto de partida para a realização de outros estudos nesta vasta área.



## LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

World Health Organization, 2009. *Global Priorities for Patient Safety Research - Better knowledge for safer care.* [Online] Available at: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf). [Acedido em 7 Janeiro 2014].

Bagnasco, A.; Tibaldi L.; Chirone P.; Chiaranda C.; Panzo M.; 2011. *Patient safety culture: an Italian experience.* [Online] Available at: <https://webvpn.uc.pt/http/0/onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03377.x/pdf>. [Acedido em 3 abril 2014].

Berwick, D. et al., 2013. *A promise to learn– a commitment to act. Improving the Safety of Patients in England.* [Online] Available at: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/226703/Berwick\\_Report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf) [Acedido em 22 Junho 2014].

Bodur, S. & Filiz, E., 2010. *Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey.* [Online] Available at: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-28.pdf> [Acedido em 21 02 2013].

Bruno, P., 2010. *Registo de incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal.* 1ª Edição ed. Coimbra: Wolters Kluwer portugal/Coimbra Editora.

Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. V., 2010. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços,* Lisboa: s.n.

Carneiro, A. V., 2010. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública,* Volume 10, pp. 3-10.

Conselho da União Europeia, 2009. *Recomendações do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associados aos cuidados de saúde.* [Online] Available at:

[http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_ro.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_ro.pdf) [Acedido em 18 Novembro 2013].

Coutinho, C. P., 2011. *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. 1ª Edição ed. Coimbra: Edições Almedina.

Delgado, M., 2009. A melhoria contínua da qualidade. Em: *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa das letras, pp. 45-55.

Direção Geral de Saude, 2013. Norma nº 025/2013: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. 24 Dezembro.

Direção Geral de Saúde, 2013. Norma nº: 008/2013:Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos. 15 Maio.

Direção-Geral da Saúde, 2011. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.

Eiras, M.; Diniz A.; Escoval A.; Costa A.; Fernandes A.; Bruno P.; Gaspar M.; 2011. *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses - Resultados do estudo piloto*. [Online] Available at: [www.dgs.pt/.../relatorio-da-avaliacao-de-cultura-de-seguranca-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/.../relatorio-da-avaliacao-de-cultura-de-seguranca-pdf.aspx) [Acedido em 18 11 2013].

Fortin, M.-F., 2009. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Tradução Nidia Salgueiro Copyright 2006 ed. Loures: Lusodidata.

Fragata, J., 2006. *Risco Clínico - complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina,SA.

Fragata, J., 2010. A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Volume 26, pp. 564-70.

Fragata, J., 2011. *Segurança dos doentes. Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.

Galvão, C. M., Sawada, N. O. & Trevizan, M. A., 2004. *Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem*. [Online] Available at: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14> [Acedido em 10 Junho 2014].

Gama, Z. A. d. S., Oliveira, A. . C. d. S. & Hernández, P. . J. S., 2013. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cadernos de Saúde Pública*, Fevereiro, Volume 29, pp. 283-293.

Gama, Z. A. d. S., Oliveira, A. & Hernández, P., 2012. *Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles*. [Online] Available at: <https://webvpn.uc.pt/http/0/www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/15.pdf> [Acedido em 3 Abril 2014].

Gama, Z. A. S. & Saturno, P., 2013. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. Em: *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, pp. 29-39.

Harada, M. d. J. & Pedreira, M., 2013. O erro humano e sua prevenção. Em: *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, pp. 41-55.

Hedsköld1, M. et al., 2013. *Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample*. [Online] Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/332> [Acedido em 18 11 2013].

Institute of medicine, 1999. *To error is human: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM*, s.l.: s.n.

Lage, M. J., 2010. *Segurança do doente: da teoria à prática*. [Online] Available at: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/2-> [Acedido em 16 Dezembro 2013].

marina, 2000. dddddd, brasil: edivvv.

Ministério da Saúde, 2009. *Nos 30 anos do SNS - Governação dos Hospitais. Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. [Online] Available at: [http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos\\_hospitais\\_-\\_Conclus%C3%B5es\\_finais\\_20\\_07\\_09\\_.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos_hospitais_-_Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf) [Acedido em 11 Janeiro 2014].

National Patient Safety Agency, 2004. *Seven steps to patient safety- The full reference guide*. [Online] Available at: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&> [Acedido em 18 Novembro 2013].

Nieva, V. & Sorra, J., 2003. *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations*. [Online] Available at: [http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17.full](http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full) [Acedido em 16 Dezembro 2013].

Nie, Y. et al., 2013. *Hospital survey on patient safety culture in China*. [Online] Available at: <https://webvpn.uc.pt/http/0/www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-228.pdf> [Acedido em 1 maio 2014].

Nobre, M. R. C., Bern, W. . M. & Jatene, F. B., 2004. *A prática clínica baseada em evidências: Parte III Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas*. [Online] Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000200042&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000200042&script=sci_arttext) [Acedido em 10 Junho 2014].

Peralta, T., 2012. *Segurança do Doente – Perspetiva dos Profissionais de um Hospital da Região Centro*. Coimbra: Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pimenta, L. C., 2013. *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria*. Lisboa: Tese de mestrado, Escola Superior de tecnologia da saúde de Lisboa.

Reason, J., 1998. *Achieving a safe culture: theory and practice*. [Online] Available at: [http://www.aml-safety.com.au/AMLstores/\\_images/pdf-files/21may09-JReason.pdf](http://www.aml-safety.com.au/AMLstores/_images/pdf-files/21may09-JReason.pdf) [Acedido em 27 Fevereiro 2014].

Reason, J., 2000. *Human error: models and management*. [Online] Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/pdf/wjm17200393.pdf> [Acedido em 11 Janeiro 2014].

Reason, J., Carthey, J. & Leval, M., 2001. *Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management*. [Online] Available at: <http://rickduley.webs.com/doc/Reason-VulnerableSystemSyndrome.pdf> [Acedido em 11 Janeiro 2014].

Reis, C. T., Martins, M. & Laguardia, J., 2013. *A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - um olhar sobre a literatura*. [Online] Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf> [Acedido em 22 Novembro 2013].

Reis, F. L., 2010. *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.



Santos, M. C.; Grilo A.; Andrade G.; Guimarães T.; Gomes A., 2010. *Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios*. [Online] Available at: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6-> [Acedido em 16 Dezembro 2013].

Santos, R. S. d., 2011. Treino e gestão de equipas-O exemplo da aeronáutica. Em: *Segurança dos doentes*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda, pp. 189-210.

Saturno, P. J. et al., 2009. *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. [Online] Available at: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SPambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SPambito_hospitalario.pdf) [Acedido em 21 Fevereiro 2014].

Saturno, P. J., Zenewton , G. A. D. S. & Fonseca, Y., 2009. *Patient Safety-Related Good Practice Indicators - Results of a good practice indicator measurement taken on a sample of Spanish NHS hospitals*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social - Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Silva, A. M. & Domingos, A. P., 2008. Carta de Tallinn - Países europeus querem reformar sistemas de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*, Outubro, Volume 30, pp. 55-58.

Sorra, J. et al., 2012. *Hospital Survey on Patient Safety Culture:2012 User Comparative Database Report*. [Online] Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospssurv121.pdf> [Acedido em 21 Novembro 2013].

Sorra, J. & Nieva, S., 2004. *Hospital Survey on Patient Safety Culture, AHRQ Publication No. 04-0041*. [Online] Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf> [Acedido em 8 11 2013].

Sorra, J. & Nieva, V., 2004. *Agency for Healthcare Research and Quality, nº 04-0041, Hospital Survey on Patient Safety Culture*,. [Online] Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospapps.html> [Acedido em 21 02 2013].

Sousa, A. M. d., 2013. *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da zona centro*. Coimbra: tese de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Sousa, P., Uva, A. & Serranheira, F., 2010. *Investigação e inovação em segurança do doente*. [Online] Available at: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao%20e%20inovacao%20em%20seguranca%20do%20doente.pdf> [Acedido em 1 Fevereiro 2014].

Sousa, P.; Uva A.; Serranheira F.; Leite E.; Nunes C.; 2011. *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. 1ª edição ed. s.l.:Personal Vision.

Tobias, G. C., Bezerra, A. L., Branquinho, N. & Silva, A. E., 2014. *Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico*. [Online] Available at: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.13.1.159931/157521> [Acedido em 29 Maio 2014].

Travassos, C. & Caldas, B., 2013. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. Em: *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, pp. 19-27.

Wachter, R., 2012. *Compreendendo a segurança do paciente*. 1ª edição ed. Brasil: ARTMED EDITORA S.A.

Waterson, P., Griffiths, P., Stride, . C. & Murphy, . J., 2010. *Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK*. [Online] Available at: <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/5/e2.full.pdf+html> [Acedido em 1 maio 2014].

World Health Organization, 2002. *Quality of care: patient safety-Report by the Secretariat*. [Online] Available at: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ea5513.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf) [Acedido em 2 Dezembro 2013].

World Health Organization, 2004. *World Alliance for Patient Safety : forward programme*. [Online]

Available at: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf) [Acedido em 7 Fevereiro 2014].

World Health Organization, 2009. *Human Factors in Patient Safety*. [Online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/> [Acedido em 16 Dezembro 2013].

World Health Organization, 2011. *Patient safety curriculum guide: multiprofessional edition*. [Online] Available at: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf) [Acedido em 11 Novembro 2013].



## **ANEXOS**



## **ANEXO I – Autorização para a realização do estudo**







Hospital Distrital da  
Figueira da Foz, E.P.E.

Conselho de Administração

Exma Senhora  
Enf<sup>a</sup> Marina Costa  
Enfermeira Chefe  
Serviço de Medicina Interna

V. REFERÊNCIA	V. COMUM. DE	DATA	N. REFERÊNCIA	Telf. 233402000 Fax 233431268 hdff@hdfigueira.min-saude.pt	Gala 3094-001 FIGUEIRA DA FOZ
19-09-2013	19-09-2013	07-10-2013			

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

Na sequência do V. ofício sobre o assunto em epígrafe, informo que está autorizada a realização do estudo e aplicação do questionário no HDFS, EPE.

Respeitosos cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Prof. Doutor Adriano Rodrigues)

AR:arp



## ANEXO II – Questionário



Caro participante,

O meu nome é Marina Costa, sou aluna de Mestrado de Gestão e Economia da Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e encontro-me a desenvolver a minha dissertação na área da avaliação da cultura de segurança dos doentes no hospital.

Neste sentido pretendo utilizar o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* da agência americana *Agency for Healthcare Research and Quality*, já validado para Portugal.

Gostaria de pedir a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, colocando-o de seguida em envelope fechado.

A sua participação no estudo é voluntária, contudo imprescindível para o seu sucesso pois quanto maior for a amostra mais fiáveis serão os resultados.

Todos os dados recolhidos destinam-se a fins estritamente científicos e está garantida a sua confidencialidade e o anonimato de todos os inquiridos.

Sendo fundamental a sua opinião, pedimos a sua distinta colaboração respondendo com sinceridade a todas as questões, assinalando uma só resposta a cada questão, a que lhe parecer mais adequada.

Disponibilizo-me desde já a dar a conhecer os resultados, poderá contactar-me pois terei todo o gosto em partilhar essa informação.



### **Questionário hospitalar sobre a cultura 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. Este questionário pretende avaliar as percepções de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde do seu Hospital. Com a sua participação irá contribuir para um estudo desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública.

Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Para estabelecer um quadro de referência comum, optámos por definir alguns conceitos.

Um "**incidente**" é definido por qualquer tipo de erro, acidente ou anomalia resultante, ou não, em danos para o doente.

A "**segurança do doente**" é definida como a prestação de cuidados de saúde, livre de qualquer dano.

## Instruções

Este questionário pede-lhe que deixe as suas opiniões sobre a política de segurança do doente, erros médicos e relatórios de ocorrências no seu hospital e levará entre 10 a 15 minutos a responder.

**Neste questionário pense no seu Serviço/unidade de trabalho como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital, onde passa a maior parte do tempo a trabalhar ou onde presta a maioria dos seus serviços clínicos.**

### Secção A: O seu Serviço/unidade de trabalho

Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu Serviço/unidade de trabalho. Utilize para isso a escala indicada.

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica
	1	2	3	4	5	6
1. Neste Serviço/unidade os profissionais entreadujam-se						
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido						
3. Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer						
4. Neste Serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito						
5. Os profissionais trabalham mais horas, o que pode pôr em causa a segurança do doente						
6. Estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente						
7. Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente						
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles						
9. Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas						
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade						
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio						
12. Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que						

está a ser alvo de atenção e não o problema em si						
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos no sentido de melhorar a segurança do doente						
14. Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muito, demasiado depressa						
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho						
16. Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal						
17. Neste Serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente						
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros						

### **Secção B: O seu supervisor/director**

Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu supervisor/coordenador/director ou pessoa a quem reporta directamente. Utilize para isso a escala indicada.

	Discordo fortemente	Discordo	concordo nem	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica
	1	2	3	4	5	6
1. O seu supervisor/director tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos						
2. O seu supervisor/director leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente						
3. Sempre que existe pressão, o meu supervisor/director quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso nos leve a seguir por alguns atalhos						
4. O meu supervisor/director revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente						

### Secção C: Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no seu Serviço/unidade de trabalho?  
Pense no seu Serviço/unidade de trabalho...

	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	não se aplica
	1	2	3	4	5	6
1. É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efectuar, baseadas nos relatórios de ocorrências.						
2. Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente.						
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade.						
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos que têm maior autoridade.						
5. Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros.						
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.						



### Secção D: Frequência dos relatórios de ocorrência

No seu Serviço/unidade de trabalho, quando os erros que se seguem acontecem, quantas vezes são reportados?

	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	não se aplica
1. Quando um erro é cometido, <u>mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente</u> , com que frequência é reportado?						
2. Quando um erro é cometido, <u>mas não tem perigo potencial para o doente</u> , com que frequência é reportado?						
3. Quando um erro é cometido, <u>que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece</u> , com que frequência é reportado?						

### Secção E: Grau de segurança do doente

Por favor atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta).

Excelente       Muito Bom       Aceitável       Fraco       Muito Fraco

### Secção F: O seu hospital

Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu hospital.

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica
1. A direcção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente						
2. Os Serviço/unidades do hospital não se coordenam muito bem umas com as outras						
3. A situação fica caótica quando se transferem doentes de um Serviço/unidade para outro						
4. Existe boa colaboração entre os Serviço/unidades do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente						
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno						
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do hospital						
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação pelos vários Serviços/unidades do hospital						

8. As acções da direcção do hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade						
9. A direcção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade						
10. Os Serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente						
11. As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente						

### Secção G: Número de ocorrências notificadas

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios preencheu e entregou? (Escolha apenas UMA resposta)

	a. Nenhum
	b. 1 a 2 relatórios de ocorrência
	c. 3 a 5 relatórios de ocorrência
	d. 6 a 10 relatórios de ocorrência
	e. 11 a 20 relatórios de ocorrência
	f. 21 ou mais relatórios de ocorrência

### Secção H

- Alguma vez tinha respondido a este questionário?  
 Sim    Não    Não sei
- Em que serviço trabalha? .....
- Profissão:  
 técnico de diagnóstico e terapêutica  
 técnico superior  
 enfermeiro  
 assistente operacional  
 administrativo  
 Outro.  
Qual? \_\_\_\_\_
- 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

5. Experiência na Organização  
 < 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
6. Idade:  
 < 30 anos       30 a 34 anos       35 a 39 anos       40 a 44 anos  
 > 45 anos
7. Sexo:  
 feminino       masculino
8. O hospital/unidade onde trabalha é acreditado?  
 Sim       Não       Não sei
9. No âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contacto direto com doentes?  
 Sim, usualmente interajo ou contacto diretamente com doentes.  
 Não, usualmente não interajo ou contacto diretamente com doentes.
10. O serviço onde trabalha é certificado?  
 Sim       Não       Não sei
11. Nos últimos 2 anos fez alguma formação sobre segurança do doente?  
 Sim       Não
- Se sim, oferecida pelo hospital?  
 Sim       Não
- com que duração (aproximadamente) \_\_\_\_\_ horas

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

*Muito obrigada pela sua participação*



## **ANEXO III – Respostas à questão aberta**



Síntese das respostas à questão “Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do hospital”

<b>Dimensão 1. O trabalho em equipa dentro das unidades - 4</b>
<b>Dimensão 2. Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente - 4</b>
Existe muita pressão no trabalho exigido aos profissionais, nomeadamente aos assistentes operacionais
Por vezes é exigido que se trabalhe muito rápido, sendo obrigados a deixar doentes sozinhos numa sala para dar apoio a a outras, podendo ocorrer acidentes com os doentes sozinhos. Deveria haver mais sensibilidade e mão de obra para prestarmos melhores cuidados, devia ser prioridade da direção
<b>Dimensão 3. Apoio à Segurança do doente pela gestão - 3</b>
Revisão intensiva dos sistemas de barras laterais das macas
No que diz respeito ao espaço hospitalar devia estar mais fechado ao exterior, nomeadamente em espaços que efetuam transportes de doentes
Deveria haver maior divulgação para que os erros fossem tidos como meios de aprendizagem
Mais formação no âmbito da cultura de segurança
Mais envolvimento dos órgãos de gestão nesta matéria envolvendo os colaboradores
Tem que haver respeito pelos profissionais por parte dos seus superiores, para que estes se sintam bem no desempenho das suas funções e façam tudo em prol do doente
<b>Dimensão 4. Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua - 3</b>
Os profissionais devem olha mais para o doente em vez de estar sempre a criticar,
<b>Dimensão 5. Perceções gerais sobre segurança do doente - 4</b>
Obrigada por este questionário. É de louvar esta oportunidade de nos proporcionar de nos pronunciarmos.
Impossível garantir a segurança quando não temos campainhas, luzes de presença e macas para os doentes
Devia haver mais sigilo profissional
Embora haja a noção de ser necessário preservar a segurança do doente, e implementá-la, não há cuidado com a manutenção do material nem fornecimento do material necessário (cintas de contenção, superfícies de apoio, grades das camas em bom estado, andarilhos e canadianas, cadeiras de rodas com travões)
Façam manutenção às cadeiras de rodas e camas
Quando ocorre um transporte de doente para exames existem dificuldades e barreiras físicas que põem em causa a segurança
Segurança do doente é parte integrante da política da qualidade
A circulação de doentes não deveria ser feita pelo exterior do hospital, principalmente quando o exterior não oferece condições
Há muita deterioração (envelhecimento) e falta de equipamentos
Há constantemente doentes a entrar no bloco operatório em consentimento assinado
A segurança do doente é uma prioridade em muitos aspetos. A notificação de ocorrências é importante mas em primeiro lugar os serviços devem ser dotados de material necessário para a segurança se prioridade. Se isto não acontece como é que devemos falar de notificação?
<b>Dimensão 6. Feedback e comunicação sobre o erro -3</b>
Devia haver comunicação de retorno aos serviços (sobre os erros) para se perceber o que aconteceu e aprender com os erros
<b>Dimensão 7. Abertura na Comunicação - 3</b>

<b>Dimensão 8. Frequência de notificação - 3</b>
Deveria ser dada informação sobre o preenchimento e requisitos necessários para reportar um incidente
Devia haver utilização mais abrangente de formulários de notificação do erro
<b>Dimensão 9. Trabalho em equipe entre unidades - 4</b>
Vinda de enfermeiros de outros serviços frequentemente aumenta a possibilidade de erro nos cuidados prestados ao doente
<b>Dimensão 10. Dotação de profissionais - 4</b>
Maior número de enfermeiros durante a noite para aumentar a vigilância especificamente na área de balcões de medicina/Cirurgia/ortopedia
Não pode haver segurança para o doente se não houver pessoal (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais
É impossível garantir a segurança do doente quando a maior parte das vezes (noite/manhã/tarde) temos à nossa responsabilidade 16 doentes. Fora os que entram no serviço
A ida de enfermeiros para a urgência é sempre problemática e muitas vezes a segurança do doente é posta em causa pois a organização do serviço é muito diferente das enfermarias e do Bloco operatório
É desumano ter enfermeiros a recibo verde e a ganhar menos do que uma mulher-a-dias
Discordo totalmente em gerirem uma assistente operacional para fazer noite em dois serviços. Põe em risco a segurança do doente e dos profissionais
O facto de existir uma assistente operacional para dois serviços põe em risco a segurança do doente, principalmente em dois serviços onde todos os doentes são operados
O doente devia ser ponto fulcral da unidade hospitalar, mas não é com menos recursos humanos que se consegue dar uma melhor prestação de cuidados ao doente, tanto a nível humano, físico e psicológico. Por tal motivo devemos todos em conjunto fazer um esforço maior para uma melhor resolução de problemas
<b>Dimensão 11. Transferências e transições hospitalares</b>
No que diz respeito ao serviço de transportes devia haver mais cuidados de resguardo das oscilações ambientais quentes/frios, mais calor humano, menos adrenalina na velocidade com que efetuam o transporte. No que diz respeito ao serviço de urgência aquando da ida de doentes ao Rx, no final dos mesmos não deviam ser deixados por longos períodos à espera "perdidos" no espaço
<b>Dimensão 12. Resposta não punitiva ao erro</b>
Devia haver um sistema de notificação interna que fosse confiável (garantir o anonimato) para haver mais cultura de notificação.
Os profissionais deveriam ter assegurados de que não seriam sancionados ao reportarem um incidente