

RELATÓRIO

SEGURANÇA DOS DOENTES

Avaliação da Cultura nos Hospitais

Agosto de 2015

INSTITUIÇÕES

Direção-Geral da Saúde

Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

DIREÇÃO DO ESTUDO e EQUIPA TÉCNICA

Alexandre Diniz, Departamento da Qualidade na Saúde | Direção-Geral da Saúde

Ana Escoval, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

Anabela Coelho, Departamento da Qualidade na Saúde | Direção-Geral da Saúde

Margarida Eiras, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (Coordenadora Técnica)

Maria João Gaspar, Departamento da Qualidade na Saúde | Direção-Geral da Saúde

Marisa Cristino, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

Índice

LISTA DE ACRÓNIMOS.....	v
RESUMO	1
Objetivo do Estudo	1
Metodologia.....	1
Resultados.....	2
Principais conclusões	2
Recomendações.....	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. METODOLOGIA DO ESTUDO	5
2.1. Dimensões da cultura de segurança	7
3. RESULTADOS DO ESTUDO	9
I. ANÁLISE DE CARÁTER GERAL	9
1. Caraterísticas da amostra	9
2. Avaliação das dimensões	16
II. ANÁLISE POR REGIÃO DE SAÚDE	23
1. Caraterísticas da amostra por Administração Regional de Saúde (ARS)	23
2. Análise das dimensões	23
2.1. Análise relativa à ARS do Norte	24
2.2. Análise relativa à ARS do Centro.....	26
2.3. Análise relativa à ARS de Lisboa e Vale do Tejo.....	27
2.4. Análise relativa à ARS do Alentejo	29
2.5. Análise relativa à ARS do Algarve.....	30
4. RECOMENDAÇÕES POR DIMENSÃO.....	32
5. CONCLUSÕES	38
6. ANEXOS	39
Bibliografia	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição total de respondentes por grupo de Adesão (N=55).....	9
Figura 2 - Distribuição total de respondentes por grupo específico (N=55).....	10
Figura 3 - Distribuição total de respondentes por tipologia (N=55)	10
Figura 4 - Distribuição total de respondentes por nº de camas	11
Figura 5 - Distribuição por género	11
Figura 6 - Distribuição por interação direta com o doente	12
Figura 7 - Distribuição pela faixa etária	12
Figura 8 - Distribuição por grupo profissional	13
Figura 9 - Distribuição de profissionais respondentes por número previsto e real	13
Figura 10 - Distribuição por serviço/unidade.....	14
Figura 11 - Distribuição por Outro Serviço/Unidade	14
Figura 12 - Acreditação/certificação do serviço/unidade.....	15
Figura 13 - Resposta a este questionário.....	15
Figura 14 - Distribuição pelas 12 dimensões da cultura de segurança do doente	16
Figura 15 – D1. Trabalho em equipa.....	17
Figura 16 - D2. Expetativas do supervisor/Gestor e ações que promovem a SD	17
Figura 17 - D3. Apoio à SD pela gestão	17
Figura 18 - D4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua.....	18
Figura 19 – D5. Perceções gerais sobre a SD	18
Figura 20 - D6. Feedback e comunicação acerca do erro	18
Figura 21 - D7. Abertura na Comunicação.....	19
Figura 22 - D8. Frequência da Notificação.....	19
Figura 23 - D9. Trabalho entre unidades	19
Figura 24 - D10. Dotação de Profissionais	20
Figura 25 - D11. Transições	20
Figura 26 - D12. Resposta ao erro não punitiva.....	20
Figura 27 - Distribuição pelas notificações realizadas	21
Figura 28 - Distribuição pela avaliação geral sobre a segurança do doente.....	22
Figura 29 - Distribuição da taxa de adesão por região de saúde.....	23
Figura 30 - Percentagem de respostas positivas das dimensões ao nível nacional e regional.....	24

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Benchmarking internacional	21
Tabela 2 - Percentagem de respostas dos hospitais por dimensão (ARSN)	25
Tabela 3 - Percentagem de respostas dos hospitais por dimensão (ARSC).....	26
Tabela 4 - Percentagem de respostas dos hospitais por dimensão (ARSLVT)	28
Tabela 5 - Percentagem de respostas dos hospitais por dimensão (ARSALE)	29
Tabela 6 - Percentagem de respostas dos hospitais por dimensão (ARSALG)	30

LISTA DE ACRÓNIMOS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
APDH	Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSALE	ARS Alentejo
ARSALG	ARS Algarve
ARSC	ARS Centro
ARSLVT	ARS Lisboa e Vale do Tejo
ARSN	ARS Norte
CQS	Comissões da Qualidade e Segurança
DGS	Direção-Geral da Saúde
HSPCS	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
N	Amostra
OMS	Organização Mundial da Saúde
SD	Segurança do Doente
TI	Tecnologias de Informação

RESUMO

Objetivo do Estudo

Num contexto de preocupação global sobre a segurança dos doentes, considerado mundialmente um grave problema de saúde pública, os avanços na investigação e métodos de estudo desta problemática revelam-se de extrema importância.

As organizações científicas e internacionais (i.e. Organização Mundial da Saúde, União Europeia) recomendam aos Estados membros a avaliação da cultura de segurança, como condição essencial para se introduzirem mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde prestados aos doentes.

A Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, a qual integra o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que no seu Objetivo Estratégico 1 “Aumentar a Cultura de Segurança do Ambiente Interno” indica que as instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários devem avaliar a cultura de segurança do doente.

O presente relatório visa apresentar e analisar os resultados do estudo realizado em cinquenta e cinco unidades hospitalares em Portugal, no ano de 2014, no âmbito da Norma nº 025/2013, de 24 de dezembro, “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais”.

Metodologia

O estudo foi realizado a partir da aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPCS), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos da América, traduzido e adaptado ao contexto português.

Trata-se de um questionário autopreenchido, com uma distribuição multidimensional (12 dimensões), composto por 42 itens, incluindo, ainda, duas variáveis de item único: Grau de Segurança do Doente e Número de Eventos Notificados nos últimos 12 meses. Apresenta-se sob a forma de Escala de *Likert*, graduada em seis níveis para os 42 itens, desde “discordo fortemente” ou “nunca” (1) até “concordo fortemente” ou “sempre” (5), havendo ainda a possibilidade de assinalar “não se aplica”(6).

Para a análise e interpretação dos resultados, seguindo a metodologia proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (Sorra e Nieva, 2004), procedeu-se à recodificação da escala, sendo o percentual de respostas positivas específicas na dimensão ou item o principal indicador de análise.

Os dados são descritos e analisados por dimensão da escala (domínio de funcionalidade) e por itens (indicadores de funcionalidade).

As unidades hospitalares formalizaram a participação no estudo através do preenchimento de uma ficha de inscrição *on-line*, para identificação do tipo de hospital e quantificação do número de profissionais em funções na instituição, por grupo profissional.

O questionário foi disponibilizado, por via eletrónica, entre 1 de abril e 31 de agosto de 2014 e aplicado em cinquenta e cinco hospitais portugueses, distribuídos por diferentes localizações geo-administrativas de Portugal continental.

Com vista à maximização da taxa de respostas ao questionário, realizaram-se algumas iniciativas junto dos hospitais, ao nível da estratégia de divulgação e comunicação aos profissionais, nomeadamente:

- Envio aos hospitais participantes de um conjunto de recomendações para uma divulgação a nível interno mais efetiva do *link* de acesso para resposta ao questionário;
- Realização de reuniões (fevereiro e julho de 2014), nas ARS, com as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais participantes, com vista à apresentação do projeto, à motivação da participação dos profissionais, salientando em simultâneo as mais-valias da adesão ao questionário. Para promoção da adesão dos profissionais, um hospital participante, por ARS, foi convidado a apresentar a estratégia de divulgação do questionário adotada.
- Envio de seis pontos de situação aos hospitais com as taxas de adesão a nível nacional, institucional e, ainda, por grupo profissional.

Resultados

Obtiveram-se 17.928 questionários preenchidos, o que representa uma taxa de adesão global de 18,3%.

Foi nos hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo que a taxa de adesão foi mais elevada (27,7%), verificando-se a taxa de adesão mais baixa nos hospitais da ARS do Algarve (17,2%).

Em relação aos resultados nacionais das dimensões, as ações de melhoria são prioritárias nas dimensões *Resposta ao erro não punitiva*, *Dotação de profissionais* e *Frequência da notificação*, e nas dimensões *Trabalho em Equipa*, *Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua* e *Expetativas do supervisor/gestor* e *ações que promovem a segurança do doente*, o caráter de intervenção não é tão prioritário, considerando que os resultados obtidos foram mais positivos.

Foi na ARS de Lisboa e Vale do Tejo que os resultados das dimensões foram ligeiramente superiores ou iguais à média nacional e na ARS do Alentejo que todas as dimensões apresentaram uma percentagem de respostas positivas inferior à média nacional.

Principais conclusões

Nesta primeira avaliação nacional, podemos concluir o seguinte:

- 1) A cultura de segurança do doente ainda não é amplamente assumida como uma prioridade, pelos profissionais e pelas instituições.
- 2) A cultura de notificação e aprendizagem dos hospitais é fraca.
- 3) A adesão dos hospitais privados foi pouco expressiva.

Recomendações

Tanto as ARS como os dirigentes dos hospitais e respetivas Comissões da Qualidade e Segurança devem evidenciar, junto dos seus profissionais, os ganhos com a avaliação da cultura de segurança do doente, promovendo, a sua adesão.

No capítulo Recomendações, encontram-se várias iniciativas, por dimensão, que se recomendam ser debatidas e implementadas pelas instituições e acompanhadas pelas respetivas ARS, de acordo com os resultados obtidos.

1. INTRODUÇÃO

O relatório do *Institute of Medicine of the National Academies*, "*To err is human*", foi o primeiro e grande impulsionador do movimento em torno da segurança do doente (SD), que deu a conhecer ao mundo que a medicina é uma atividade complexa, que comporta muitos riscos e causa sofrimento, danos, incapacidades e mortes (Kohn; Corrigan; Molla, 2000).

Atualmente, mercê dos vários estudos internacionais, sabemos que uma insuficiente segurança dos doentes constitui um grave problema de saúde pública, além de que representa um pesado ónus económico para os recursos de saúde limitados (Conselho da Europa, 2009).

Segundo o relatório elaborado pela *RAND Corporation* (2008) para a Comissão Europeia, estima-se que 8% a 12% dos doentes internados em hospitais são afetados por eventos adversos resultantes dos cuidados de saúde recebidos, e não da sua doença (Conselho da Europa, 2009).

Sabemos, igualmente, que o contexto organizacional, os fatores culturais nas práticas de gestão em geral e em particular nos cuidados de saúde prestados, assumem um papel preponderante, constituindo elementos diferenciadores nas organizações de saúde.

A cultura organizacional deve ser abordada sob várias perspetivas - sociológica, antropológica, psicológica, de comportamento organizacional – estando umas mais centradas na descrição e explicitação do funcionamento organizacional e, outras, no comportamento organizacional.

Segundo a OMS (2009), a cultura de segurança de uma organização de saúde é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde.

As organizações contêm, assim, ambiente próprio, recebem influências e influenciam as várias pessoas que nelas atuam, sendo estes mesmos agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização.

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

Quer a evidência científica, quer as organizações supranacionais, como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e União Europeia, vêm recomendando aos Estados Membros que avaliem e monitorizem a cultura de segurança dos doentes nas unidades prestadores de cuidados de saúde.

A OMS realça a importância da liderança (em relação à cultura de segurança, à gestão e à comunicação), do trabalho em equipa (em relação à estrutura, à dinâmica e à supervisão), do trabalho individual (à tomada de decisão, *stress*, fadiga) e do ambiente de trabalho. Todos estes fatores concorrem para uma segurança, mais eficaz, dos doentes.

Singer et al. (2003) identificaram sete elementos da cultura de segurança, em organizações de elevada fiabilidade, das quais se destacam:

- i. Compromisso com a segurança ao mais elevado nível da organização, traduzido em valores, crenças e normas de comportamento, partilhados a todos os níveis;
- ii. Recursos necessários, incentivos e recompensas caso esse compromisso ocorra;
- iii. A segurança é uma prioridade, mesmo à custa da "produção" ou da "eficiência";
- iv. Comunicação frequente e sincera entre profissionais, a todos os níveis da organização;
- v. Atos inseguros são raros apesar dos elevados níveis de produção;

- vi. Falar sobre os erros e incidentes, os quais devem ser notificados quando ocorrem e;
- vii. É valorizada a aprendizagem organizacional para a conceção de sistemas seguros.

É necessário que as instituições de saúde e todos os profissionais de saúde tenham perfeito conhecimento dos aspetos da cultura de segurança organizacional, imprescindíveis para a implementação de medidas eficazes que visem evitar e prevenir erros e incidentes que ocorrem na prestação de cuidados de saúde aos doentes.

Seguindo as recomendações da OMS e da União Europeia, a primeira fase de desenvolvimento da cultura de segurança, passa pela avaliação da atual cultura de segurança do doente das organizações de saúde, que é o objetivo do presente estudo.

Os hospitais, através desta metodologia para a avaliação da cultura de segurança do doente e perante os resultados obtidos, têm a possibilidade de:

- 1) Diagnosticar a sua cultura de segurança, para identificar áreas de melhoria;
- 2) Avaliar o impacto na segurança dos doentes, de intervenções e programas e monitorizar mudanças ao longo do tempo;
- 3) Efetuar *benchmarking* interno e externo;
- 4) Elaborar e/ou complementar relatórios, com vista aos processos de certificação e acreditação nos domínios da qualidade e segurança dos serviços de saúde;
- 5) Cumprir requisitos regulamentares ou diretivas, nomeadamente, as recomendações da União Europeia;
- 6) Identificar indicadores que ajudem a implementar, no hospital, projetos centrados na segurança dos doentes;
- 7) Identificar problemas na cultura de segurança dos doentes, a partir dos quais se possam determinar abordagens e métodos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- 8) Identificar e aperfeiçoar formas de cruzar e combinar os dados sobre a cultura de segurança com outras fontes de dados sobre a segurança dos doentes e qualidade dos serviços.

Em Portugal, após o estudo piloto realizado numa amostra de hospitais portugueses, instituiu-se a avaliação da cultura de segurança do doente nas instituições hospitalares, com a publicação da Norma nº 025/2013, de 24 de dezembro.

A cultura de segurança constitui um dos Objetivos Estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, D.R., II, de 10 de fevereiro), o qual, está integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015, D.R., II, de 27 de maio), designadamente na prioridade nacional Segurança do Doente.

O presente estudo foi realizado ao abrigo de um protocolo de cooperação firmado entre a Direção-Geral da Saúde (DGS) e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) que visa, de entre outros objetivos, a avaliação e monitorização da cultura de segurança do doente nos serviços prestadores de cuidados do sistema de saúde nacional.

2. METODOLOGIA DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado a partir da aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPCS), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos da América, tendo sido um dos questionários recomendados no âmbito da “Avaliação da Cultura de Segurança” do projeto *European Network for Patient Safety* (EuNetPas), no qual Portugal participou e foi traduzido e adaptado ao contexto português por Margarida Eiras (dezembro de 2008) para “Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses”.

A Norma nº 025/2013, de 24 de dezembro, define as fases do processo da avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais, bem como os critérios, a avaliação e a sua fundamentação. Os Presidentes das Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais foram os pontos de contacto institucionais para a operacionalização local do estudo e para a comunicação sobre os pontos de situação realizados.

O processo para formalização da participação dos 55 hospitais processou-se em duas fases:

Numa primeira fase, os hospitais formalizaram a sua inscrição através do preenchimento de uma ficha de inscrição *on-line*, na qual foi necessário identificar o tipo de hospital e quantificar o número de profissionais em funções na instituição, por grupo profissional.

Numa segunda fase, procedeu-se à aceitação, independentemente do seu estatuto, dos cinquenta e cinco hospitais inscritos (de norte a sul do país). Destes, quarenta e nove eram hospitais públicos do Serviço Nacional de Saúde e seis eram hospitais privados.

O questionário esteve disponível *on-line*, na plataforma *SurveyMonkey*, para preenchimento entre abril e agosto de 2014.

Foram enviados os *links* de acesso ao questionário às 55 unidades hospitalares, para distribuição interna a todos os profissionais em exercício de funções, que interagem direta ou indiretamente com os doentes, e independentemente do vínculo contratual assumido com a instituição.

Para a disponibilização dos questionários aos hospitais, foi privilegiada a via eletrónica, tendo inicialmente sido enviado o *link* de acesso ao questionário aos Presidentes das Comissões da Qualidade e Segurança, com um pequeno texto elucidativo do objetivo do estudo e apelo à divulgação e preenchimento do questionário.

A fim de lembrar e incentivar os profissionais a colaborarem no estudo, foram enviados aos hospitais seis pontos de situação, ao longo do período de recolha de respostas, para conhecimento das taxas de adesão a nível nacional, institucional e, ainda por grupo profissional. A recolha e análise dos questionários foram efetuadas através do coletor da instituição, não permitindo qualquer acesso ou ligação à identificação dos participantes, por forma a garantir o anonimato de todos os questionários.

Na fase de análise dos resultados, optou-se pela adoção das recomendações dos autores Sorra e Nieva (2004), tendo por isso sido excluídos os questionários que apresentavam:

- Todos os itens da mesma secção preenchidos com a mesma opção de resposta, excetuando a secção (d);
- a secção (a), (c) ou (f) em branco;
- a secção (b) e (d) simultaneamente em branco e;
- mais de metade dos itens por responder, ao longo de todo o inquérito, em diferentes secções.

Para a leitura e interpretação dos dados, procedeu-se à recodificação, combinando as frequências das respostas (Sorra, 2004), quer dos itens quer das dimensões. Assim, em cada item as duas categorias menos positivas (1 e 2) foram combinadas numa só categoria (discordo fortemente/discordo ou nunca/raramente), considerada negativa, o mesmo acontecendo com as duas respostas mais positivas (4 e 5), resultando numa só categoria (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes/sempre) considerada positiva, sendo o resultado final a soma das frequências. Os pontos médios das escalas representam uma terceira categoria (neutral). Foi ainda analisada uma opção de resposta “não se aplica”, tendo-se considerado uma resposta não válida.

Quando um item é colocado pela negativa, o percentual de respostas negativas passa a ser considerado como positivo. Esta troca foi realizada através do programa estatístico, pelo que os resultados são apresentados em termos de média de percentual de valores positivos.

O percentual de respostas positivas específicas na dimensão ou item passou a ser o principal indicador de análise.

Para motivar as instituições a participar e os profissionais a responder ao questionário, realizaram-se 6 pontos de situação com informação sobre a taxa de adesão. Inicialmente, o que correspondeu aos dois primeiros meses de resposta ao questionário, realizaram-se quatro pontos de situação, com uma periodicidade quinzenal. Nos 2 últimos meses, a periodicidade foi mensal.

Numa primeira fase, os 55 hospitais respondentes foram distribuídos por 4 grupos, conforme a sua taxa de adesão, o que também contribuiu para a garantia do anonimato dos profissionais:

- Grupo A incluía as instituições com taxa de 0% (sem respostas);
- Grupo B entre 0% e 5%;
- Grupo C entre 6% e 10%; e
- Grupo D > 10%.

A partir do segundo ponto de situação, os hospitais do Grupo C e D foram igualmente informados sobre a taxa de adesão institucional, por Grupo Profissional.

A partir do momento em que nenhuma instituição se enquadrava no grupo com 0% de respostas, os grupos foram reestruturados, tendo sido constituídos 3 grupos com os seguintes intervalos:

- Grupo A (0% - 25%);
- Grupo B (26% - 50%); e
- Grupo C (> 50%).

Os hospitais dos Grupos B e C (com adesão superior a 26%) continuaram a receber a informação detalhada individual sobre a taxa de adesão por Grupo Profissional.

No final, os hospitais com uma taxa superior a 15% receberam um relatório detalhado em formato *PowerPoint* com apresentação das médias de cada dimensão em análise, variáveis sociodemográficas e *Benchmarking* nacional, dado que o N da amostra apresentou robustez, permitindo uma análise das dimensões em estudo adequada à realidade da instituição.

Foi ainda efetuado o teste de *Alfa de Cronbach* para analisar a consistência interna das variáveis, tendo-se obtido um resultado superior a 0,9, mais especificamente de 0,923, ou seja os resultados apresentam uma consistência interna muito elevada.

Por último, importa referir que na análise estatística descritiva dos dados foi utilizado, como ferramenta, o programa informático *Excel 2013 for Windows 8* e *SPSS versão 19*.

2.1. Dimensões da cultura de segurança

As questões do questionário são apresentadas e agrupadas por dimensão e itens:

Item	Dimensão
1. Trabalho em equipa (D1)	
A1	Neste serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se
A3	Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como uma 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
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (D2)	
B1	O seu supervisor hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos
B2	O seu supervisor hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente
B3	Sempre que existe pressão, o meu supervisor hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos
B4	O meu supervisor hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente
3. Apoio à segurança do doente pela gestão (D3)	
F1	A Direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente
F8	As ações da Direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade
F9	A Direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua (D4)	
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
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente (D5)	
A10	É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade
A15	Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho
A17	Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente
A18	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros/ocorrências
6. Feedback e comunicação acerca do erro (D6)	
C1	É-nos fornecido <i>feedback</i> acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências
C3	Somos informados acerca de erros/ocorrências que aconteçam neste serviço/unidade
C5	Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros/ocorrências

Item	Dimensão
7. Abertura na comunicação (D7)	
C2	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente
C4	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos
C6	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo
8. Frequência da notificação (D8)	
D1	Quando um erro/ocorrência é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado?
D2	Quando um erro/ocorrência é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é reportado?
D3	Quando um erro/ocorrência é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é reportado?
9. Trabalho entre unidades (D9)	
F2	Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam muito bem uns com os outros
F4	Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente
F6	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
10. Dotação de profissionais (D10)	
A2	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido
A5	Os profissionais trabalham mais horas por turno, o que pode pôr em causa a segurança do doente
A7	Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente
A14	Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa
11. Transições (D11)	
F3	A situação fica caótica quando se transferem doentes de um serviço/unidade para outro
F5	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno
F7	Ocorrem frequentemente problemas na segurança do doente aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital
F11	As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente
12. Resposta ao erro não punitiva (D12)	
A8	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles
A12	Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si
A16	Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal

3. RESULTADOS DO ESTUDO

Foram enviados 55 *links* para resposta ao questionário e obtiveram-se 17.928 questionários preenchidos, o que representa uma taxa de adesão de 18,3%. A adesão mínima foi de 4,3% e a adesão máxima de 62,5%.

A apresentação dos resultados do estudo encontra-se estruturada em duas etapas: a primeira, de carácter geral, reflete os resultados globais de todos os hospitais e, a segunda, apresenta os resultados por região de saúde.

A análise de carácter geral teve por base as 17.928 respostas dos profissionais que responderam ao questionário, independentemente da representação dos hospitais que compõem a amostra.

Para salvaguardar o anonimato e a confidencialidade, optou-se por identificar os hospitais pela atribuição da letra H seguida de um número (i.e. H1, H2,...).

I. ANÁLISE DE CARÁTER GERAL

1. Caraterísticas da amostra

Das 55 instituições respondentes, 11% apresentaram uma taxa de adesão superior a 50% (Grupo C), 20% obtiveram taxas de adesão situadas entre os 26% e os 50% (Grupo B) e 69% (Grupo A) alcançou uma taxa de adesão abaixo dos 25% (Figura 1).

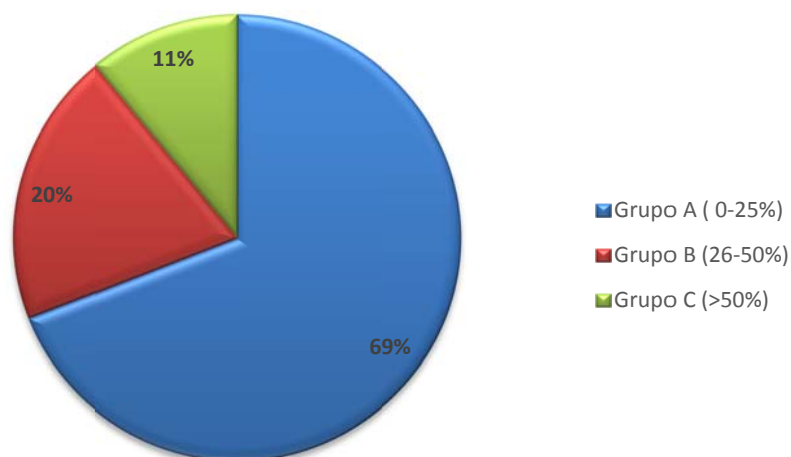


FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO TOTAL DE RESPONDENTES POR GRUPO DE ADESÃO (N=55)

A percentagem de resposta aceitável para analisar as dimensões em estudo foi de 15% e, verificou-se que a maioria das instituições (71%) apresenta uma taxa de resposta superior a 15%, conforme Figura 2.

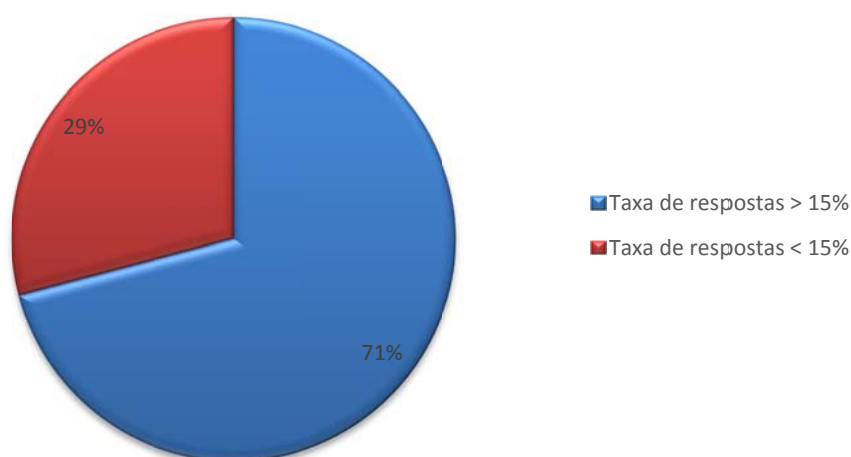


FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO TOTAL DE RESPONDENTES POR GRUPO ESPECÍFICO (N=55)

A Figura 3 representa a amostra por tipo de hospital, sendo que 84% das instituições que aderiram ao presente estudo são hospitais públicos, representando a maioria, seguidos dos hospitais privados com 9% e, 7% representam hospitais em regime de Parceria Público-Privada (PPP) (Figura 3).

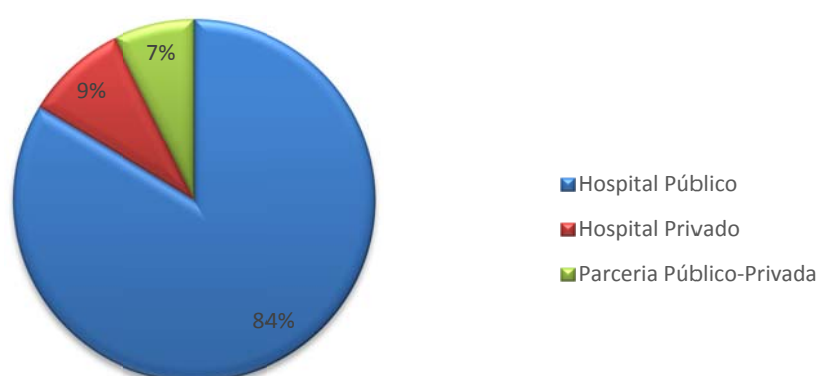


FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO TOTAL DE RESPONDENTES POR TIPOLOGIA (N=55)

Na Figura 4 apresenta-se a distribuição dos hospitais respondentes por número de camas, sendo que 43% da amostra é constituída por hospitais com mais de 200 e menos de 500 camas, 29 % tem menos de 200 camas e 28% dos hospitais tem mais de 500 camas.

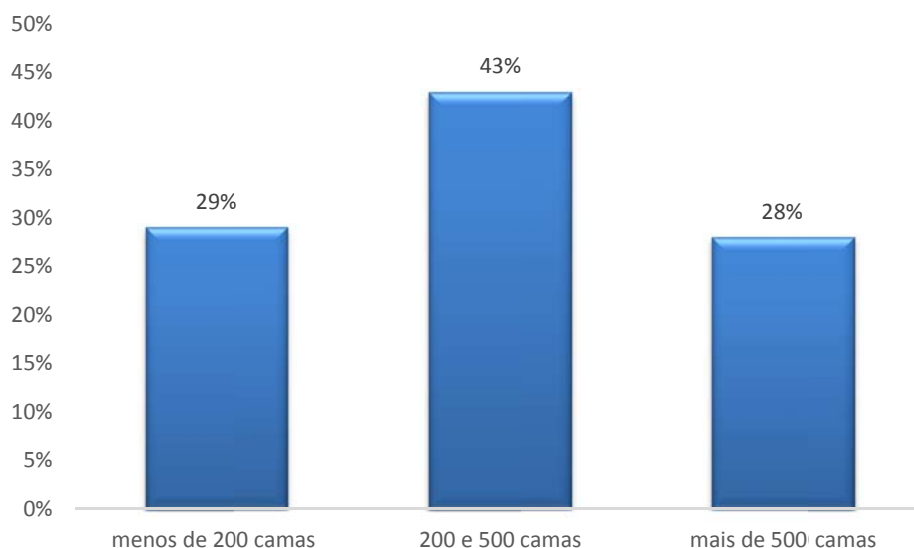


FIGURA 4 - DISTRIBUIÇÃO TOTAL DE RESPONDENTES POR Nº DE CAMAS

A amostra dos profissionais respondentes é maioritariamente do sexo feminino (74%). Do total de respondentes, 85% dos profissionais refere interagir diretamente com o doente e apenas 15% refere não interagir diretamente com o doente (Figura 5 e Figura 6).

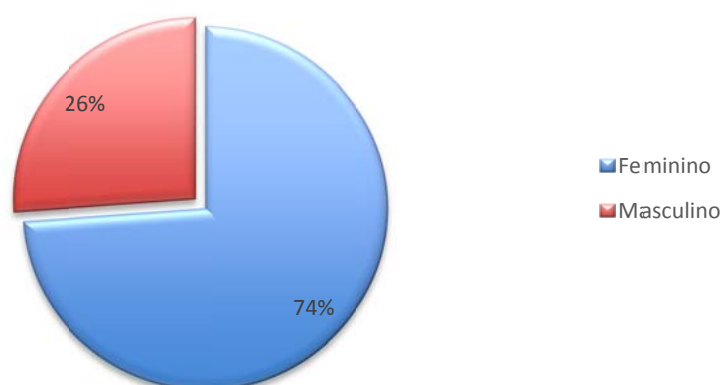


FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO POR GÉNERO

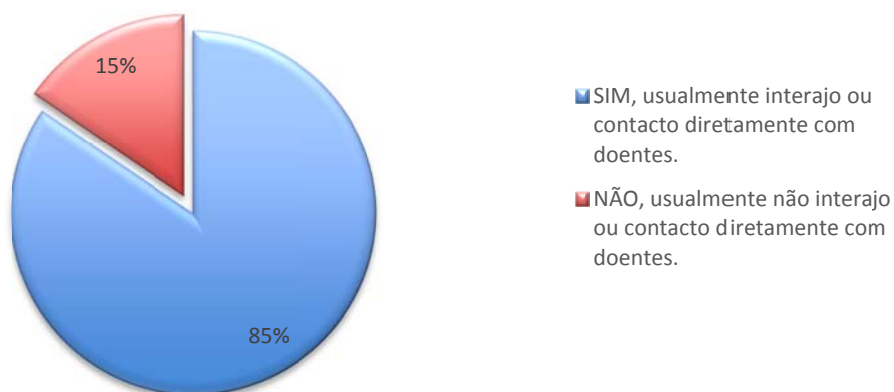


FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO POR INTERAÇÃO DIRETA COM O DOENTE

Em relação à idade, constata-se que 35,1% dos profissionais apresenta 45 ou mais anos de idade, enquanto 12,6% apresenta menos que 30 anos de idade. Observa-se, ainda, que 17,1% tem entre 30 a 34 anos de idade, 15,6% entre os 35 a 39 anos e 14,3% entre os 40 a 44 anos de idade (Figura 7).

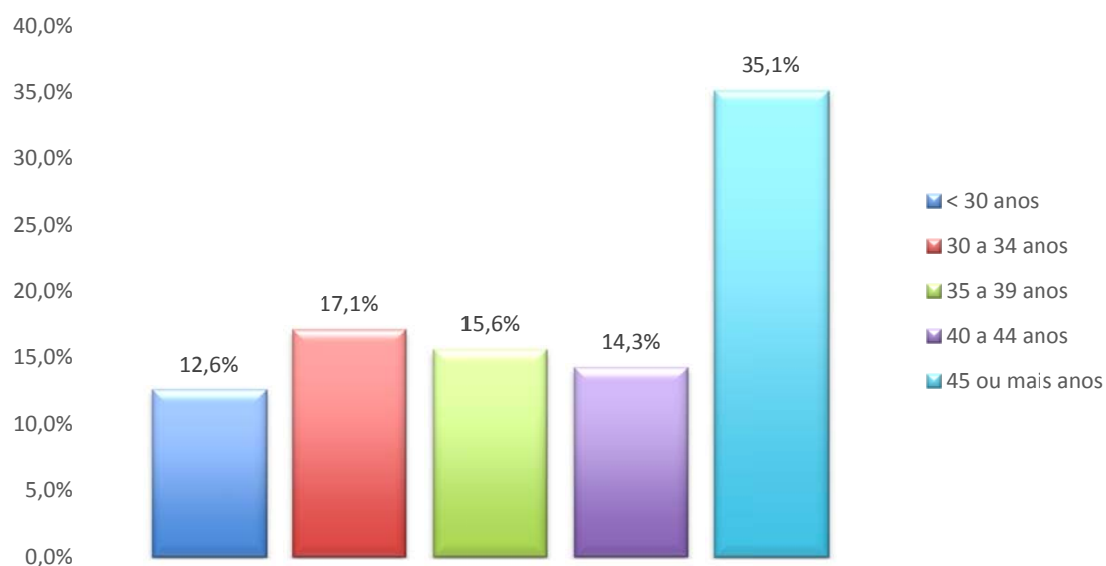


FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO PELA FAIXA ETÁRIA

O grupo profissional mais representado é o dos enfermeiros (41,2%), seguido dos médicos com 18,5% (Figura 8).

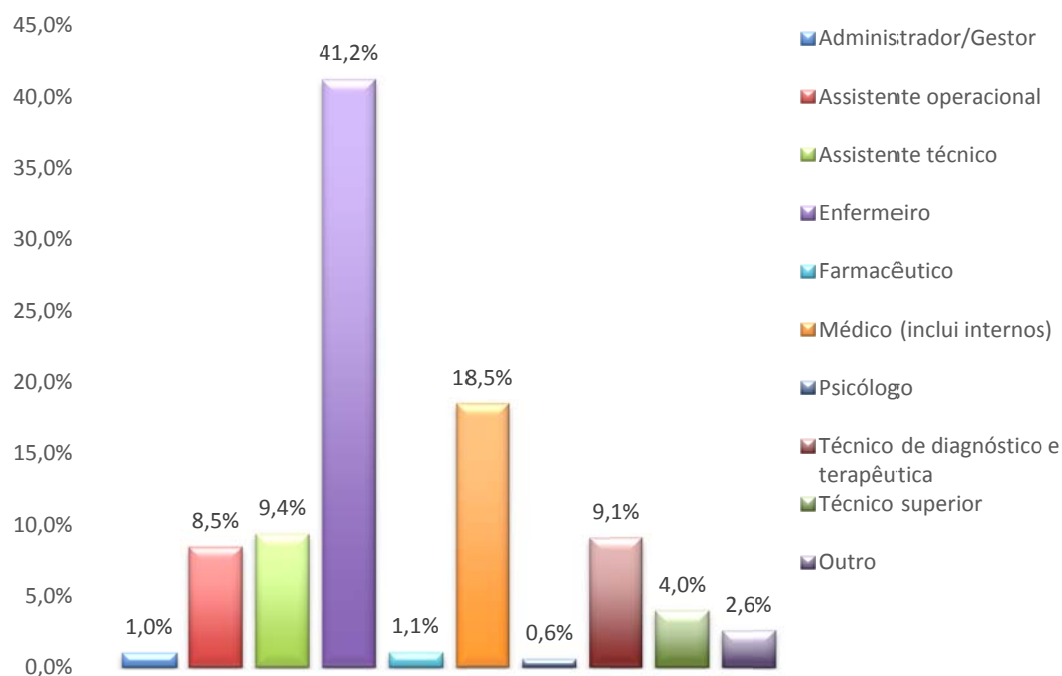


FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO PROFISSIONAL

Na Figura 9, apresenta-se o diferencial entre o número inicialmente previsto de profissionais respondentes por grupo profissional e o número de respostas ao questionário recolhidas, ou seja, o somatório do número de profissionais, indicado na ficha de inscrição de cada hospital, face ao número real de respondentes por grupo profissional.

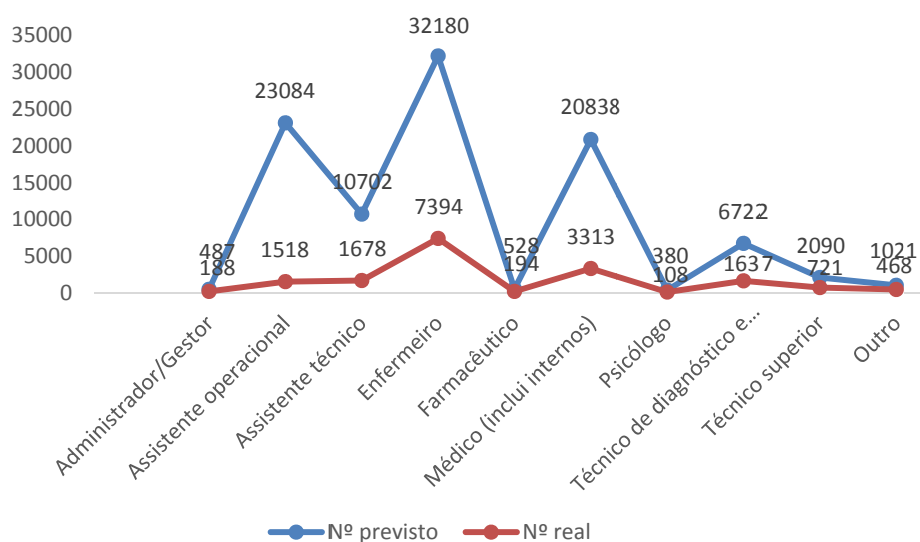


FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS RESPONDENTES POR NÚMERO PREVISTO E REAL

Ao nível da distribuição dos serviços/unidades, verifica-se que 10% dos profissionais referem estar a desempenhar funções no Serviço de Medicina Não Cirúrgica, seguidos do Serviço de Cirurgia, com 8%. Denota-se, ainda, que a opção mais representada diz respeito à opção “Outro” com 27% (Figura 10).

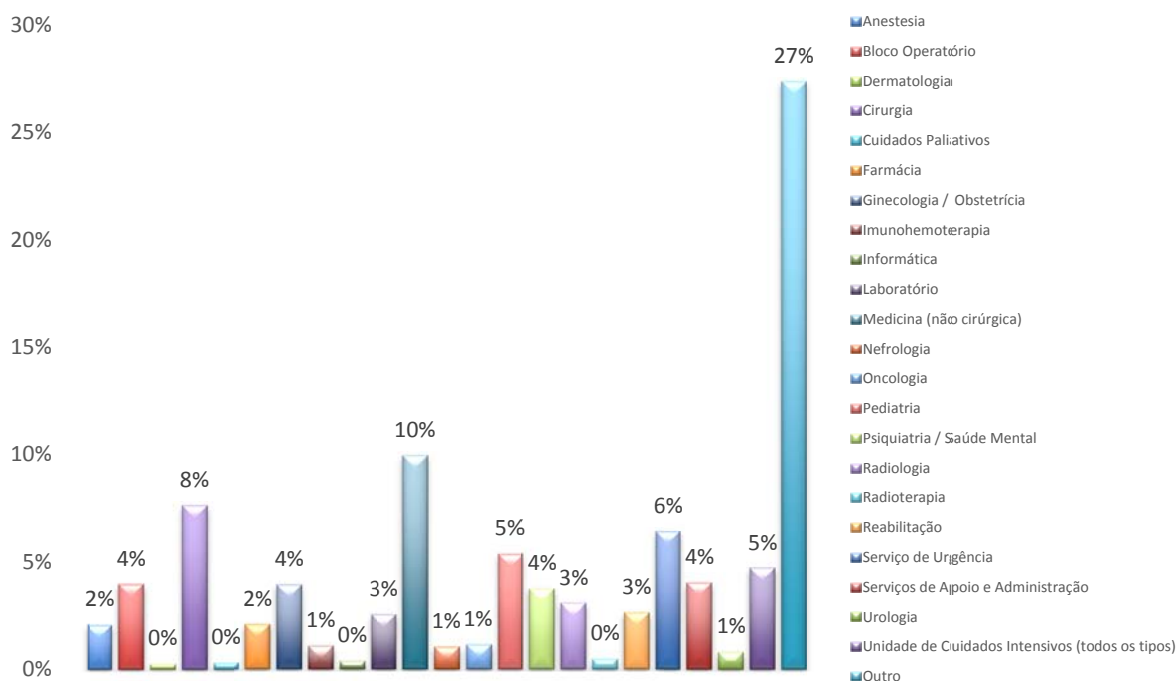


FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO POR SERVIÇO/UNIDADE

Analisando em detalhe a opção “Outro”, verifica-se que 23% dos profissionais não pretende identificar o serviço/unidade, garantindo assim o anonimato e 77% indica outro serviço/unidade/departamento que não está contemplado nas opções de resposta, ou refere trabalhar em “vários serviços” ou em “todos os serviços” (Figura 11).



FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO POR OUTRO SERVIÇO/UNIDADE

Em relação à *Acreditação do serviço/unidade em causa*, 53% confirma que é acreditado(a), 35% refere não ter sido submetido um processo de acreditação e 12% respondeu que não sabe (Figura 12).

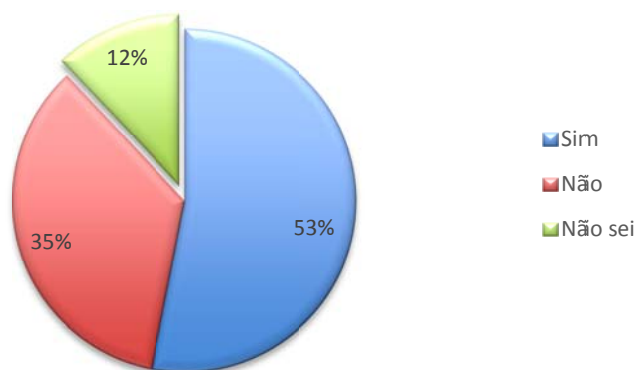


FIGURA 12 - ACREDITAÇÃO/CERTIFICAÇÃO DO SERVIÇO/UNIDADE

Os profissionais foram ainda questionados sobre se alguma vez tinham respondido a este questionário, tendo 86,7% respondido que não, 5,5% já tinha participado neste tipo de questionário, num outro contexto que não o do presente estudo e 3,9% referiu que não sabe se já alguma vez tinha respondido (Figura 13).

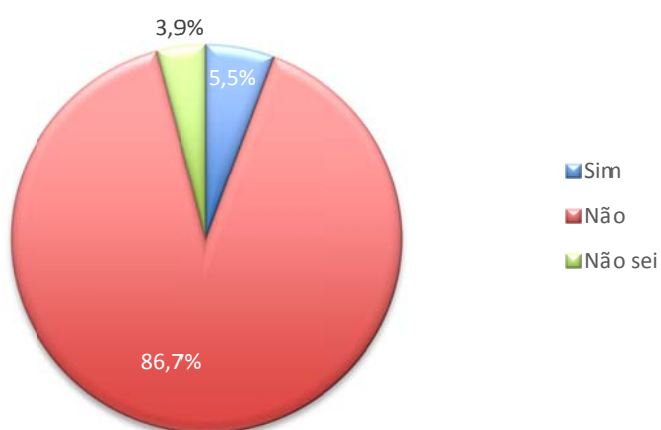


FIGURA 13 - RESPOSTA A ESTE QUESTIONÁRIO

2. Avaliação das dimensões

Na Figura 14, são apresentados os resultados das 12 dimensões da cultura de segurança do doente a nível nacional, correspondendo o valor mais baixo (26%) à dimensão D12 - Resposta ao erro não punitiva e o mais elevado (71%) à dimensão D1 - Trabalho em equipa.

Refira-se que as dimensões D12- Resposta ao erro não punitiva com 26%, D10 - Dotação de profissionais com 34%, D8 - Frequência da notificação de eventos com 37%, D9 -Trabalho entre unidades com 48% e D3 - Apoio à segurança do doente pela gestão com 49%, são aquelas onde as ações de melhoria serão prioritárias.



FIGURA 14 - DISTRIBUIÇÃO PELAS 12 DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

De seguida apresentam-se as percentagens positivas dos itens que integram cada uma das doze dimensões em estudo (da Figura 15 à Figura 26).

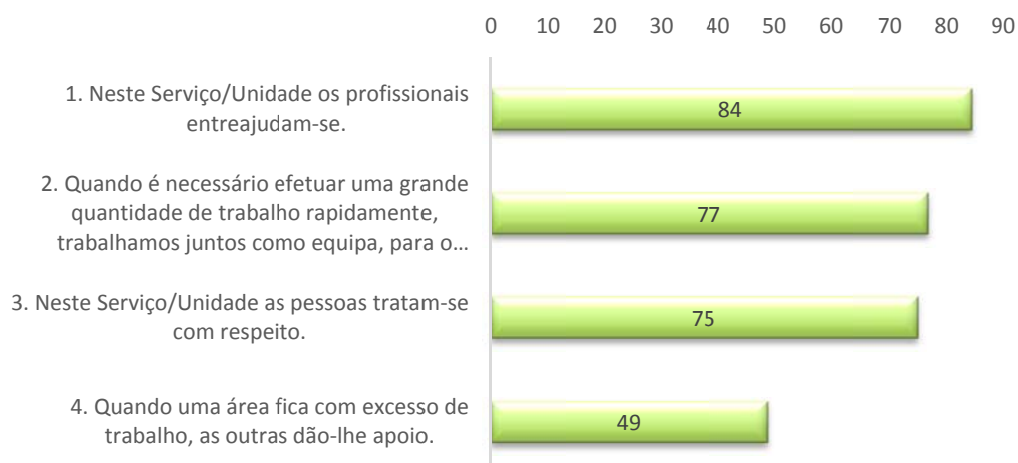


FIGURA 15 – D1. TRABALHO EM EQUIPA

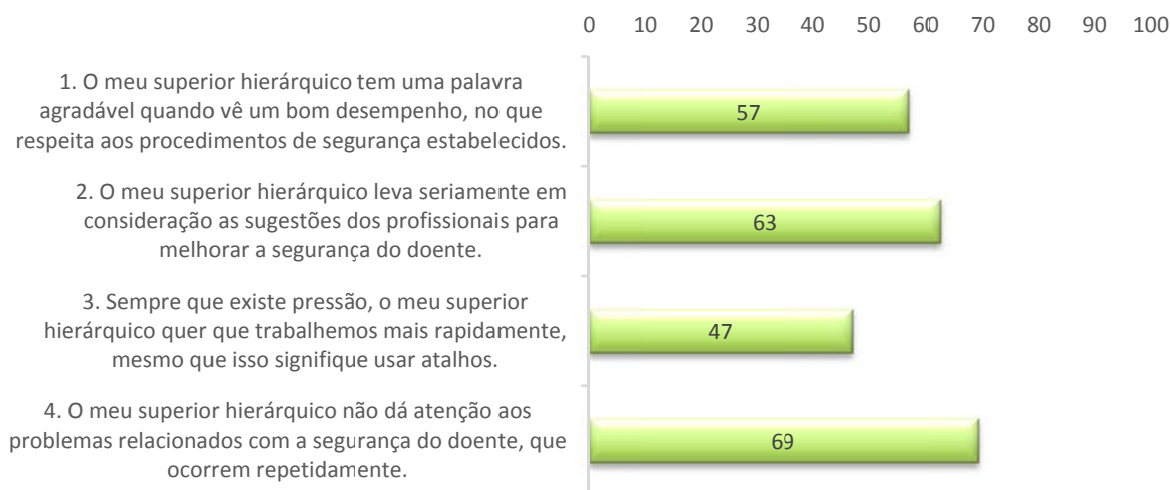


FIGURA 16 - D2. EXPETATIVAS DO SUPERVISOR/GESTOR E AÇÕES QUE PROMOVEM A SD

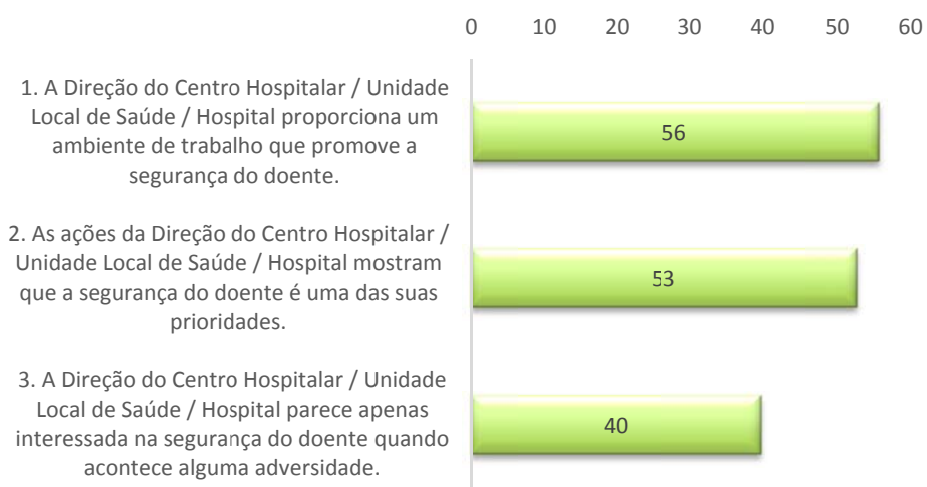


FIGURA 17 - D3. APOIO À SD PELA GESTÃO

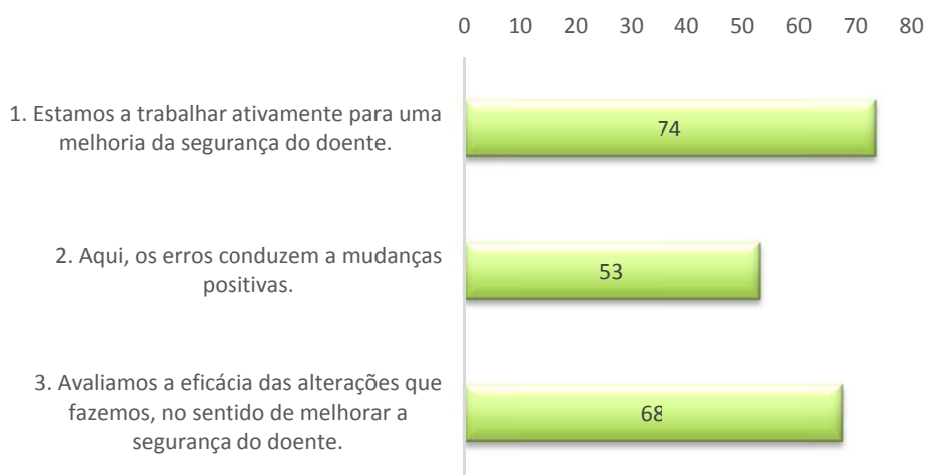


FIGURA 18 - D4. APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL - MELHORIA CONTÍNUA

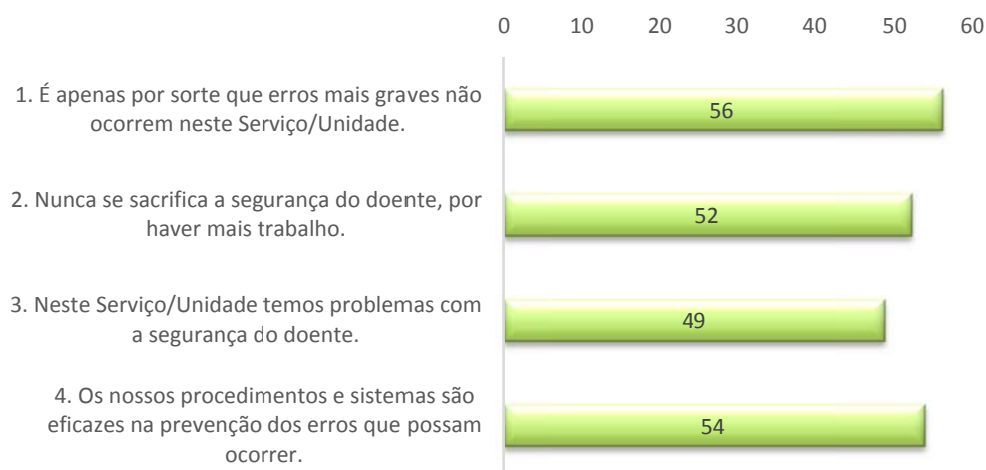


FIGURA 19 – D5. PERCEÇÕES GERAIS SOBRE A SD

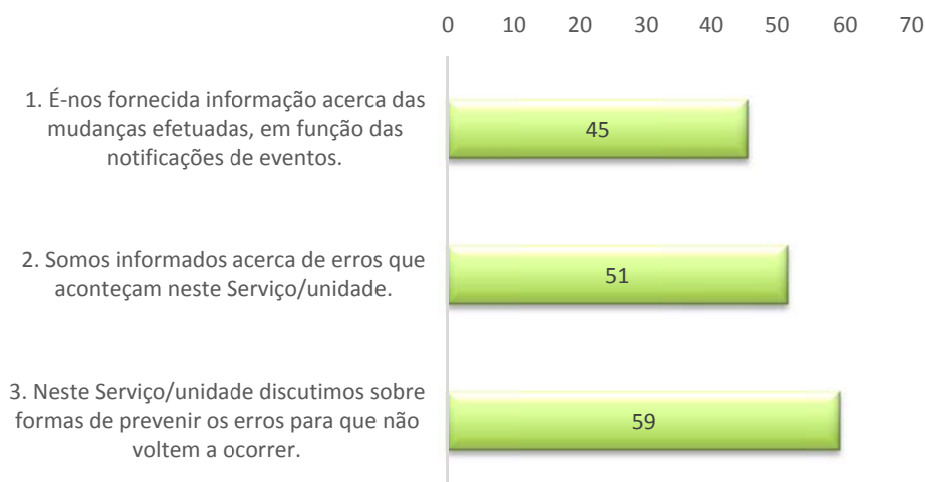


FIGURA 20 - D6. FEEDBACK E COMUNICAÇÃO ACERCA DO ERRO

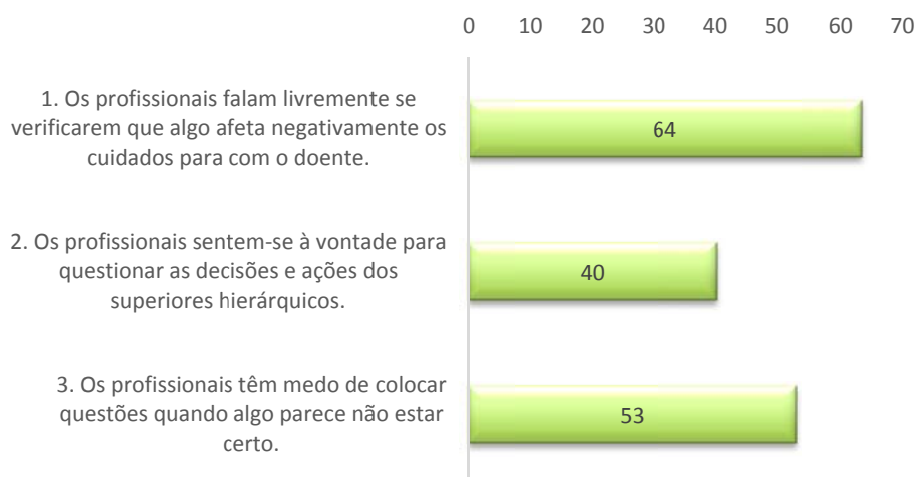


FIGURA 21 - D7. ABERTURA NA COMUNICAÇÃO

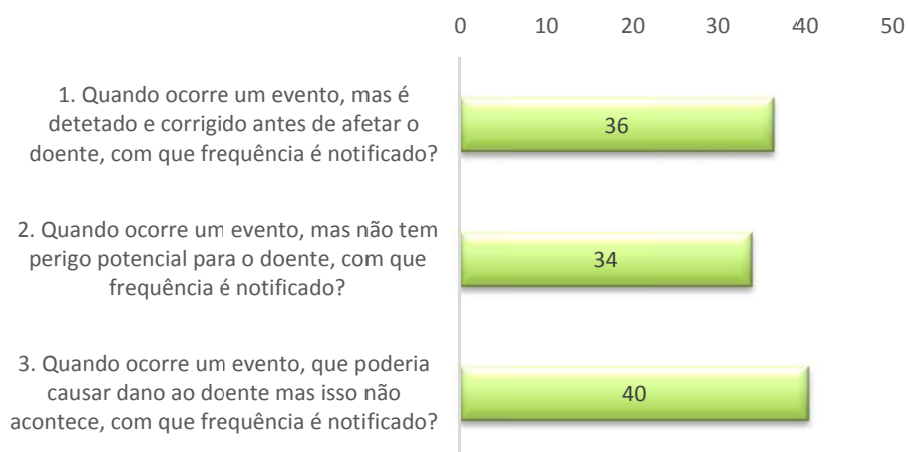


FIGURA 22 - D8. FREQUÊNCIA DA NOTIFICAÇÃO

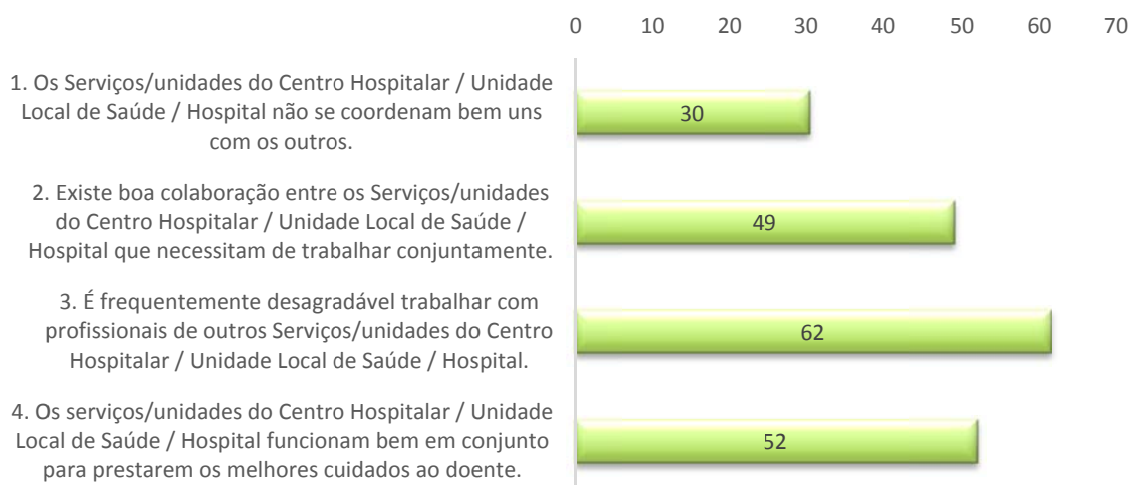


FIGURA 23 - D9. TRABALHO ENTRE UNIDADES



FIGURA 24 - D10. DOTAÇÃO DE PROFISSIONAIS

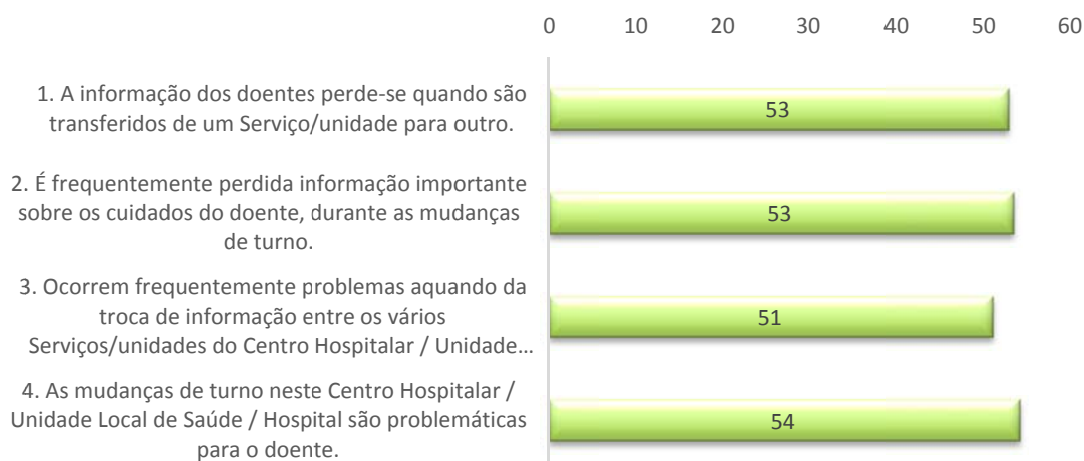


FIGURA 25 - D11. TRANSIÇÕES

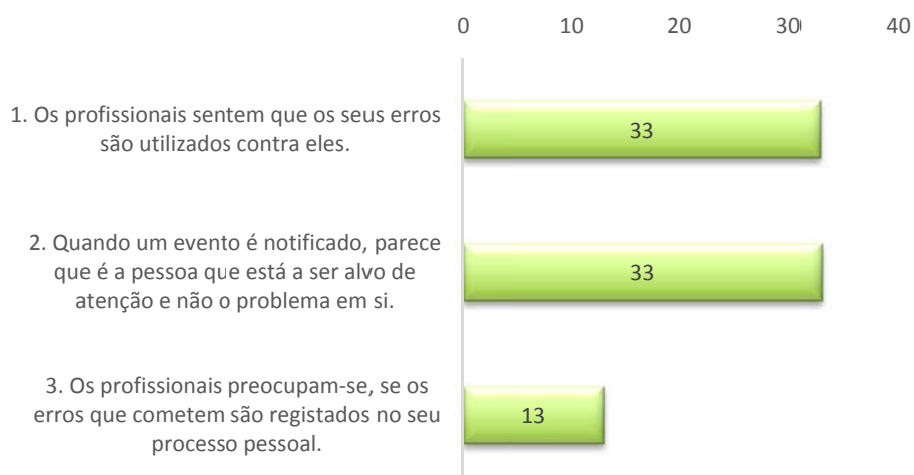


FIGURA 26 - D12. RESPOSTA AO ERRO NÃO PUNITIVA

Os resultados obtidos nas 12 dimensões da cultura de segurança do doente demonstram que as percentagens são maioritariamente inferiores quando comparadas com os resultados apresentados na Tabela 1, nomeadamente o estudo realizado, em 2014, nos Estados Unidos da América.

TABELA 1 - BENCHMARKING INTERNACIONAL

Dimensões – definidas com base no documento da AHRQ – Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ Publication No. 04-0041, September 2004)	Resultados (% de positivas)				
	ES	R Unido	PT	EUA	PT
	2008	2010	2011	2014	2014
1. Trabalho em equipa	72	75	73	81	71
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	62	68	62	76	59
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	25	45	48	72	49
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	54	66	68	73	65
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	48	59	59	66	53
6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro	44	56	54	67	52
7. Abertura na comunicação	48	60	52	62	52
8. Frequência da notificação de eventos	47	71	44	66	37
9. Trabalho entre unidades	42	41	51	61	48
10. Dotação de profissionais	28	34	47	55	34
11. Transições	54	43	59	47	53
12. Resposta ao erro não punitiva	53	31	41	44	26

2.1. Número de notificações realizadas

Podemos verificar que 63% dos profissionais refere não ter efetuado qualquer notificação nos últimos 12 meses, enquanto 36% realizou uma ou mais notificações (Figura 27).

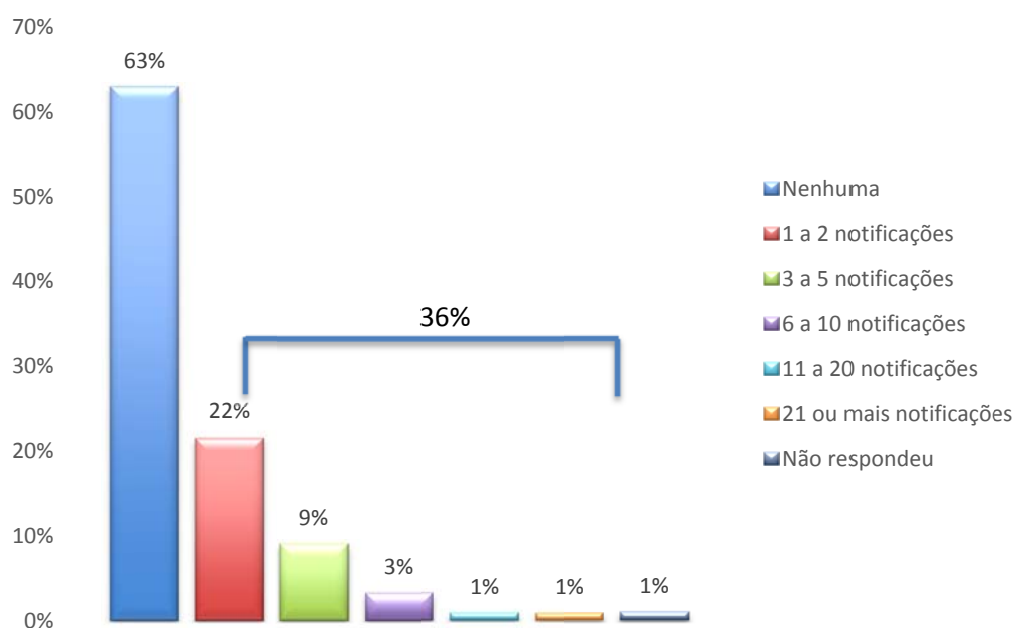


FIGURA 27 - DISTRIBUIÇÃO PELAS NOTIFICAÇÕES REALIZADAS

2.2. Avaliação geral sobre a segurança do doente

Quando solicitado aos profissionais que avaliassem em termos gerais, no que diz respeito à segurança do doente, o seu serviço/unidade de trabalho, (seção E do questionário), 50% considerou ser “excelente” ou “muito boa”, 41% considerou ser “aceitável”, 7% considerou ser “fraca” e 2% “muito fraca” (Figura 28).

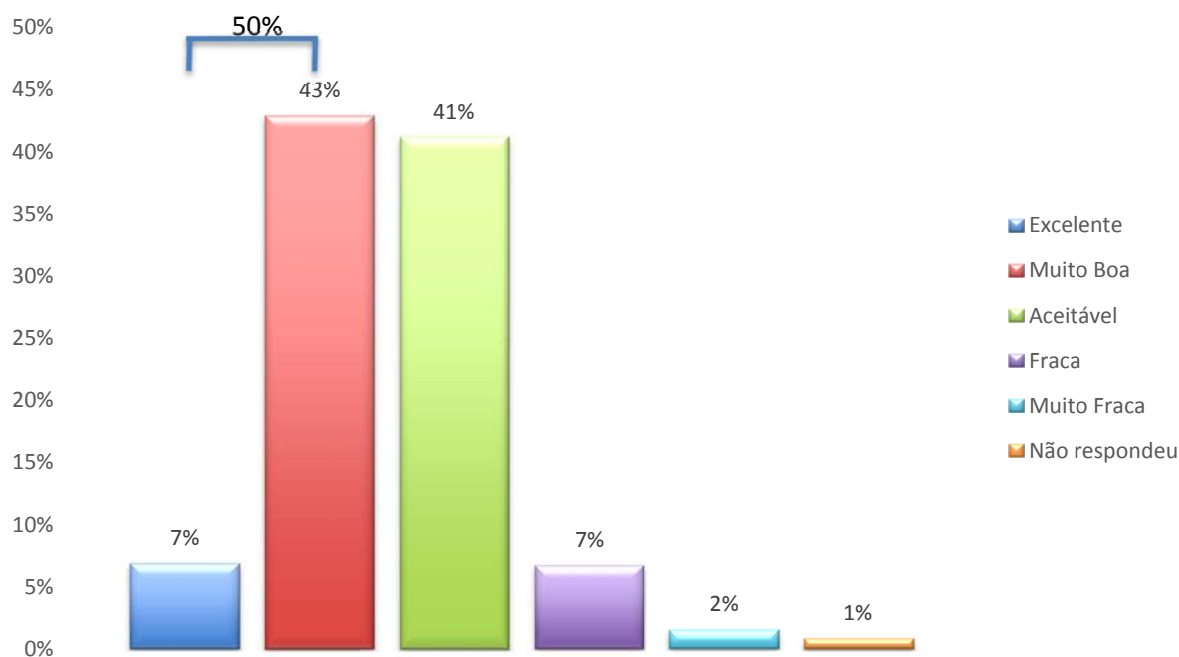


FIGURA 28 - DISTRIBUIÇÃO PELA AVALIAÇÃO GERAL SOBRE A SEGURANÇA DO DOENTE

II. ANÁLISE POR REGIÃO DE SAÚDE

Apresentamos uma breve análise realizada por região de saúde, tendo em conta o contributo dos hospitais que pertencem a cada uma das cinco regiões: ARS Norte (ARSN), ARS Centro (ARSC), ARS Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), ARS Alentejo (ARSALE) e ARS Algarve (ARSALG).

1. Caraterísticas da amostra por Administração Regional de Saúde (ARS)

O presente estudo envolveu profissionais das cinco regiões de saúde (Figura 29), tendo participado:

- 17 hospitais (15 públicos, 1 privado e 1 PPP) da ARSN com uma taxa de adesão de 20,6%;
- 13 hospitais (públicos) da ARSC apresentaram uma taxa de adesão de 26,9%;
- 17 hospitais (13 públicos, 1 privado e 3 PPP) da ARSLVT com 27,7% de taxa de adesão;
- 4 hospitais (públicos) da ARSALE apresentam uma taxa de adesão de 21,5%; e
- 4 hospitais (1 público e 3 privados) da ARSALG apresentam uma taxa de adesão de 17,2%.

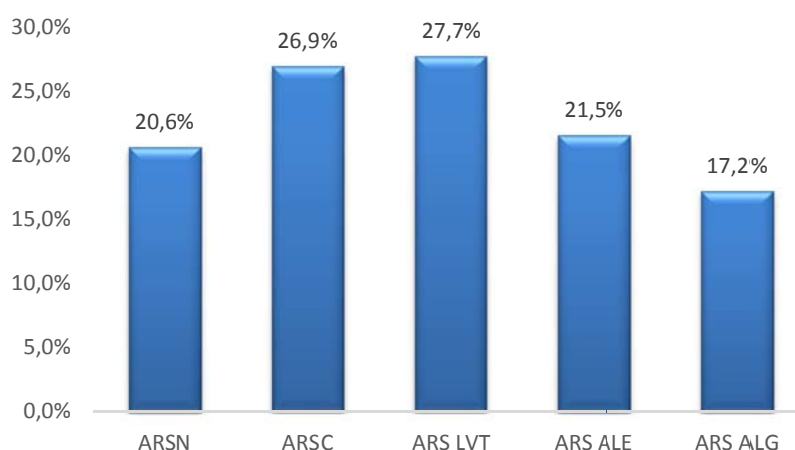


FIGURA 29 - DISTRIBUIÇÃO DA TAXA DE ADESÃO POR REGIÃO DE SAÚDE

2. Análise das dimensões

A Figura 30, que a seguir se apresenta, mostra as doze dimensões da cultura de segurança do doente e a média de respostas positivas ao nível Nacional e por Região.

Toda a análise foi efetuada considerando que diferenças superiores a 5% são consideradas diferenças significativas (Sorra e Nieva, 2004).

No que diz respeito à avaliação global, nas dimensões D1, D4, D7 e D12 não se registam diferenças significativas entre as respostas, mas nas dimensões D2, D3, D6 e D9 a ARSALE apresenta valores inferiores à média nacional. Nas dimensões D3, D5, D9 e D11 a ARSALG apresenta valores

superiores aos observados nas médias nacionais, enquanto na dimensão D10 regista um valor mais baixo. A ARSC na dimensão D8 registou um valor inferior à média nacional.

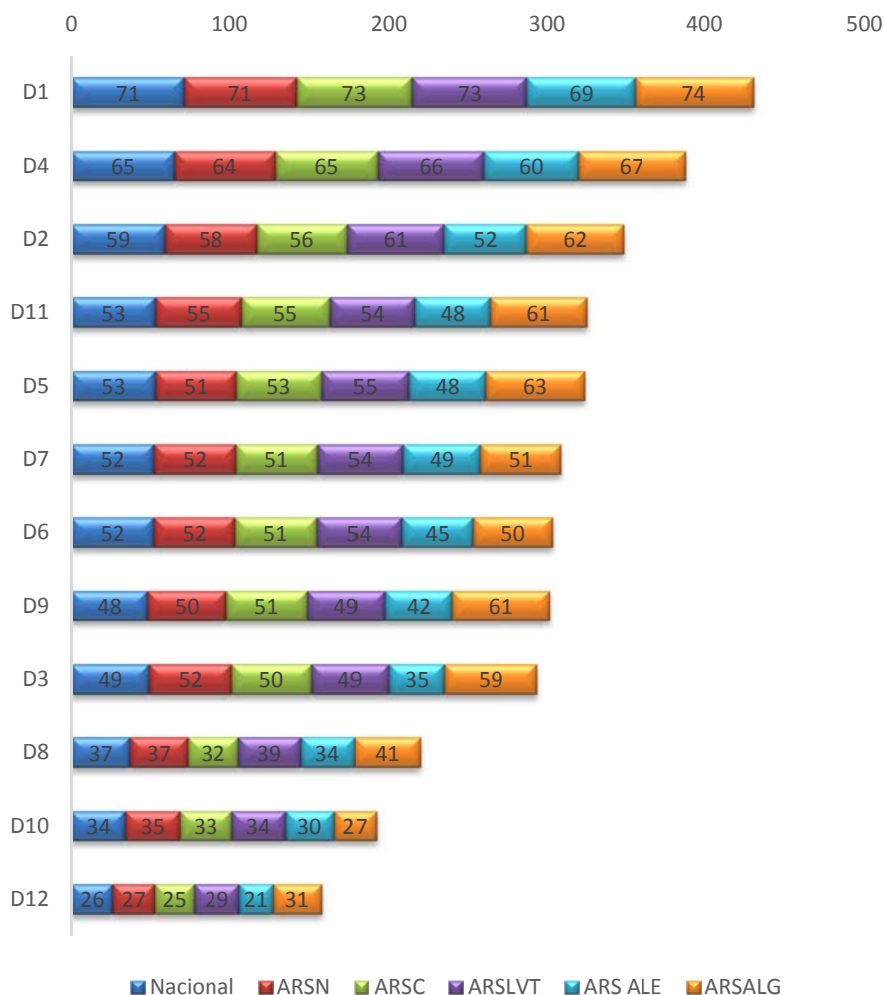


FIGURA 30 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS DAS DIMENSÕES AO NÍVEL NACIONAL E REGIONAL

2.1. Análise relativa à ARS do Norte

No que diz respeito à **ARSN**, as dimensões D2, D4 e D5 apresentam uma resposta inferior à nacional, no entanto as dimensões D3, D9, D10, D11 e D12 apresentam uma percentagem superior à nacional e as dimensões D1, D6, D7 e D8 apresentam a mesma percentagem, conforme Tabela 2.

Dos 17 hospitais que pertencem à ARSN, 10 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 15,3% e 45,2% e 7 obtiveram uma taxa inferior a 15% (H2, H3, H4, H7, H12, H13, H17).

Na Tabela 2 apresentam-se as médias de respostas positivas das 12 dimensões, dos 17 hospitais da ARSN, comparativamente com a média Regional e Nacional.

TABELA 2 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS HOSPITAIS POR DIMENSÃO (ARSN)

Dimensões	Resultados (% positivas)																	ARSN	Nacional
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17		
1. Trabalho em equipa	71	64	64	71	67	73	72	70	72	72	72	74	76	73	65	70	83	71	71
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	61	51	50	57	55	61	50	59	64	61	62	47	61	62	52	63	76	58	59
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	57	41	47	43	39	48	38	54	53	58	55	48	70	61	48	46	85	52	49
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	67	53	56	62	60	65	56	63	70	71	63	55	71	68	58	66	83	64	65
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	56	43	46	52	46	54	43	53	55	51	41	33	61	55	47	59	78	51	53
6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro	54	45	41	49	46	48	41	48	59	61	56	43	64	60	42	52	67	52	52
7. Abertura na comunicação	50	52	46	45	49	55	48	52	55	53	51	42	55	60	51	55	67	52	52
8. Frequência da notificação de eventos	34	33	28	47	28	34	27	32	43	42	48	21	42	40	33	40	49	37	37
9. Trabalho entre unidades	51	48	39	44	44	43	46	50	50	53	44	43	65	63	43	49	74	50	48
10. Dotação de profissionais	43	29	33	37	30	32	35	35	30	30	26	31	38	32	34	40	53	35	34
11. Transições	54	54	45	59	50	54	54	52	56	51	53	47	67	60	46	59	68	55	53
12. Resposta ao erro não punitiva	23	28	22	25	21	25	19	26	30	33	32	16	34	26	28	29	35	27	26

Ao nível dos Hospitais desta região, e fazendo uma análise dos resultados por dimensão, verifica-se que:

- **Trabalho em equipa** – H2/H3/H5/H8/H15 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H17 apresenta respostas com valores superiores à média da região;
- **Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD** – H2/H3/H7/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H9/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Apoio à SD pela gestão** – H2/H4/H5/H7 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H10/H13/H14/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Aprendizagem organizacional - melhoria contínua** – H2/H3/H7/H12/H15 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H9/H10/H13/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Perceções gerais sobre a SD** – H2/H7/H11/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H13/H16/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- ***Feedback* e comunicação acerca do erro** – H2/H3/H7/H12/H15 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H9/H10/H13/H14/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Abertura na comunicação** – H4/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H14/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Frequência da notificação de eventos** – H3/H5/H7/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H4/H9/H11/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;

- **Trabalho entre unidades** – H3/H6/H12/H15 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H13/H14/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Dotação de profissionais** – H2/H11 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H1/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Transições** – H3/H12/H15 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H13/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Resposta ao erro não punitiva** – H5/H7/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H13/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região.

2.2. Análise relativa à ARS do Centro

Relativamente à **ARSC**, a média das dimensões D1, D3, D9 e D11 são ligeiramente superiores à média nacional, nas restantes dimensões apresenta diferenças pouco significativas comparativamente com as médias nacionais, com exceção da D8 - Frequência da notificação de eventos - que é inferior em 5%, conforme a Tabela 3.

Dos 13 hospitais que pertencem à ARSC, 9 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 17,9% e 61,8% e 4 obtiveram uma taxa de adesão inferior a 15% (H5, H10, H11 e H12).

TABELA 3 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS HOSPITAIS POR DIMENSÃO (ARSC)

Dimensões	Resultados (% positivas)															ARSC	Nacional
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13				
1. Trabalho em equipa	69	77	73	66	71	70	73	75	78	74	72	70	77	73	71		
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	58	62	57	52	60	59	45	62	73	58	58	44	44	56	59		
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	40	68	62	28	44	49	48	76	82	59	27	27	39	50	49		
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	59	73	67	53	64	63	62	73	82	67	61	50	66	65	65		
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	40	64	50	41	47	53	49	65	82	58	43	45	56	53	53		
6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro	39	63	49	48	52	52	50	65	68	54	46	31	48	51	52		
7. Abertura na comunicação	46	59	46	47	50	51	43	61	61	46	52	46	55	51	52		
8. Frequência da notificação de eventos	30	52	28	22	32	35	27	41	30	32	26	21	39	32	37		
9. Trabalho entre unidades	48	59	47	35	44	47	53	65	74	54	35	44	55	51	48		
10. Dotação de profissionais	15	37	29	32	32	32	32	33	66	38	23	29	28	33	34		
11. Transições	56	58	54	46	52	56	50	66	73	51	54	61	41	55	53		
12. Resposta ao erro não punitiva	19	34	24	21	23	23	17	33	40	27	23	14	26	25	26		

No que diz respeito à análise dos hospitais por dimensão:

- **Trabalho em equipa** – H4 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H9 apresenta respostas com valores superiores à média da região;
- **Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD** – H7/H12/H13 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H9 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Apoio à SD pela gestão** – H1/H4/H5/H11/H12/H13 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3/H8/H9/H10 apresentam respostas com valores superiores à média da região;

- **Aprendizagem organizacional-melhoria contínua** – H4/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H8/H9 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Perceções gerais sobre a SD** – H1/H4/H5/H11/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H8/H9 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Feedback e comunicação acerca do erro** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2/H8/H9 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Abertura na comunicação** – H7 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2/H8/H9 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Frequência da notificação de eventos** – H4/H11/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H8/H13 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Trabalho entre unidades** – H4/H11 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H8/H9 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Dotação de profissionais** – H1/H11 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H9 apresenta respostas com valores superiores à média da região;
- **Transições** – H4/H13 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H8/H9/H12 apresentam respostas com valores superiores à média da região.
- **Resposta ao erro não punitiva** – H1/H7/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H8/H9 apresentam respostas com valores superiores à média da região.

O H2 com todas as dimensões acima da média da região e os H8/H9 assumem uma cultura de segurança bastante positiva em relação à média da região.

2.3. Análise relativa à ARS de Lisboa e Vale do Tejo

Relativamente à **ARSLVT**, a média de todas as dimensões são ligeiramente superiores ou iguais à média nacional, não se encontrando nenhuma dimensão com média inferior, conforme demonstra a Tabela 4.

Dos 17 hospitais que pertencem à ARSLVT, 14 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 15% e 62,5% e 3 obtiveram uma taxa de adesão inferior a 15% (H2, H3 e H15).

TABELA 4 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS HOSPITAIS POR DIMENSÃO (ARSLVT)

Dimensões	Resultados (% positivas)																	ARSLVT	Nacional
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17		
1. Trabalho em equipa	72	73	74	67	71	68	69	81	68	80	75	69	73	71	77	69	80	73	71
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	63	61	55	52	57	58	57	74	55	63	63	51	60	65	75	62	71	61	59
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	45	54	32	38	26	47	29	76	42	75	49	35	58	64	79	45	43	49	49
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	64	69	58	58	55	63	60	80	60	80	65	62	66	69	75	71	75	66	65
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	54	55	49	47	44	54	42	67	50	61	49	50	62	63	74	58	62	55	53
6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro	56	61	43	45	43	48	45	69	47	66	54	52	56	48	67	59	58	54	52
7. Abertura na comunicação	54	60	54	44	50	50	49	57	48	58	55	47	52	57	66	55	66	54	52
8. Frequência da notificação de eventos	42	39	33	36	28	35	27	53	31	43	39	39	42	40	49	49	44	39	37
9. Trabalho entre unidades	46	50	48	37	39	43	35	65	46	55	50	40	55	59	67	46	58	49	48
10. Dotação de profissionais	34	35	27	31	26	38	33	35	34	34	28	27	32	37	44	43	39	34	34
11. Transições	50	55	54	55	46	45	44	65	56	60	55	50	59	42	65	50	64	54	53
12. Resposta ao erro não punitiva	25	31	26	20	23	25	24	32	22	34	31	27	26	38	31	34	37	29	26

No que diz respeito à análise dos hospitais por dimensão:

- **Trabalho em equipa** – H4 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H8/H10/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD** – H3/H4/H9/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H8/H15/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Apoio à SD pela gestão** – H3/H4/H5/H7/H9/H12/H17 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H8/H10/H13/H14/H15 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Aprendizagem organizacional-melhoria contínua** – H4/H5/H7/H9 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H8/H10/H15 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Perceções gerais sobre a SD** – H3/H4/H5 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H8/H10/H13/H14/H15 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Feedback e comunicação acerca do erro** – H3/H4/H5/H6/H7/H9/H14 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H8/H10/H15 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Abertura na comunicação** – H4/H9/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H15/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Frequência da notificação de eventos** – H3/H5/H7/H9 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H8/H15/H16 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Trabalho entre unidades** – H4/H5/H6/H7/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H8/H10/H13/H14/H15/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região;

- **Dotação de profissionais** – H3/H5/H11/H12 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H15 apresenta respostas com valores superiores à média da região;
- **Transições** – H5/H6/H7/H14 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H8/H10/H13/H15/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região.
- **Resposta ao erro não punitiva** – H4/H5/H9 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H10/H14/H16/H17 apresentam respostas com valores superiores à média da região.

Também na ARS de LVT, dois hospitais se destacam positivamente, o H8 e o H15, com grande parte das dimensões acima da média da ARS.

2.4. Análise relativa à ARS do Alentejo

Quanto à **ARSALE**, todas as dimensões apresentam uma percentagem de respostas inferior à percentagem nacional, no entanto a mais significativa prende-se com a dimensão D3 – Apoio à segurança do doente pela gestão, com uma variação de 14%, seguida da D6 – *Feedback* e Comunicação acerca do erro, com 7%, conforme a Tabela 5.

Dos quatro hospitais que pertencem à ARSALE, três obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 16,2% e 32,2% e um obteve uma taxa de adesão inferior a 15% (H3).

TABELA 5 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS HOSPITAIS POR DIMENSÃO (ARSALE)

Dimensões	Resultados (% positivas)					
	H1	H2	H3	H4	ARSALE	Nacional
1. Trabalho em equipa	71	65	71	67	69	71
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	57	52	47	53	52	59
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	43	31	23	42	35	49
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	62	59	56	64	60	65
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	55	50	38	50	48	53
6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro	49	41	41	48	45	52
7. Abertura na comunicação	54	48	44	48	49	52
8. Frequência da notificação de eventos	37	30	30	38	34	37
9. Trabalho entre unidades	43	42	41	42	42	48
10. Dotação de profissionais	35	35	19	32	30	34
11. Transições	54	45	47	44	48	53
12. Resposta ao erro não punitiva	23	23	18	21	21	26

No que diz respeito à análise dos hospitais por dimensão, é de notar que as médias das dimensões D1 - Trabalho em equipa, D4 - Aprendizagem organizacional – melhoria continua, D6 - *Feedback* e Comunicação acerca do erro, D7 - Abertura na Comunicação, D8 – Frequência da notificação de eventos, D9 - Trabalho entre unidades e D12 – Resposta ao erro não punitiva, não apresentam alterações significativas em relação à média da região. No entanto, podemos verificar que:

- **Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD** – H3 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H1 apresenta respostas com valores superiores à média da região;
- **Apoio à SD pela gestão** – H3 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H1/H4 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Perceções gerais sobre a SD** – H3 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H1 apresenta respostas com valores superiores à média da região;
- **Dotação de profissionais** – H3 apresenta respostas com valores inferiores à média da região;
- **Transições** – H1 apresenta respostas com valores superiores à média da região.

Verifica-se que nesta ARS, o H1 apresenta sete dimensões cujas médias estão acima da média da região e o H4 uma dimensão. O H3 apresenta três dimensões abaixo da média da região.

2.5. Análise relativa à ARS do Algarve

Quanto à **ARSALG**, verifica-se que as dimensões D6, D7 e D10 apresentam uma média inferior à nacional, sendo a mais significativa a D10 - Dotação de profissionais com 27%, apresentando 7% de variação em relação à média nacional, conforme a Tabela 6.

Por outro lado, destacam-se três dimensões que apresentam repostas superiores às nacionais: D3 - Apoio à SD pela gestão, com 10% de variação; D9 - Trabalho entre unidades, com 13% de variação e a D11 - Transições, com 8% de variação.

Dos quatro hospitais que pertencem à ARSALG, três obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 16,4% e 24,1% e um obteve uma taxa de adesão inferior a 15% (H1).

TABELA 6 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS HOSPITAIS POR DIMENSÃO (ARSALG)

Dimensões	Resultados (% positivas)					
	H1	H2	H3	H4	ARSALG	Nacional
1. Trabalho em equipa	66	84	75	72	74	71
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	47	81	69	49	62	59
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	28	71	73	62	59	49
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	56	87	69	55	67	65
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	40	81	69	60	63	53
6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro	44	60	57	38	50	52
7. Abertura na comunicação	49	58	55	43	51	52
8. Frequência da notificação de eventos	29	49	51	35	41	37
9. Trabalho entre unidades	38	80	67	60	61	48
10. Dotação de profissionais	29	22	28	29	27	34
11. Transições	46	78	62	58	61	53
12. Resposta ao erro não punitiva	23	45	31	23	31	26

No que diz respeito à análise dos hospitais por dimensão:

- **Trabalho em equipa** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2 apresenta respostas com valores superiores à média da região;

- **Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD** – H1/H4 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Apoio à SD pela gestão** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Aprendizagem organizacional-melhoria contínua** – H1/H4 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2 apresenta respostas com valores superiores à média da região;
- **Perceções gerais sobre a SD** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Feedback e comunicação acerca do erro** – H1/H4 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Abertura na comunicação** – H4 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2 apresenta respostas com valores superiores à média da região;
- **Frequência da notificação de eventos** – H1/H4 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Trabalho entre unidades** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;
- **Dotação de profissionais** – todos os hospitais se encontram dentro da normalidade;
- **Transições** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2 apresenta respostas com valores superiores à média da região;
- **Resposta ao erro não punitiva** – H1/H4 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2 apresenta respostas com valores superiores à média da região.

Temos a salientar que os hospitais H1 e H2 se destacam nesta região, na medida em que as médias das respostas foram todas mais baixas do que as da região no H1, à exceção da D10, que foi superior em 2%, enquanto no H2 as médias foram todas mais elevadas do que as da região, à exceção da D10 que foi inferior em 5% de variação em relação à média da região.

4. RECOMENDAÇÕES POR DIMENSÃO

As recomendações/sugestões que a seguir se apresentam pretendem contribuir para a reflexão a ser realizada pelas Comissão da Qualidade e Segurança e pelas ARS, com vista à implementação de ações de melhoria, a nível local e regional.

1. Trabalho em equipa

Itens que compõem a dimensão:

- 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.

Recomendações:

- Apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais e pessoal da saúde nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa; da liderança de equipas, da gestão/desempenho de equipas em situação de crise, entre outras;
- Reforçar a capacidade para tratar de questões de segurança, combinando as melhores práticas clínicas e a ciência da segurança, através de formação em gestão e trabalho em equipa;
- Usar a simulação como ferramenta para a aprendizagem em segurança do doente.

2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente

Itens que compõem a dimensão:

- B1. O seu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos.
- B2. O seu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente.
- B3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos.
- B4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente.

Recomendações:

- Incluir no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança as seguintes ações:
 - ✓ Nomear *focal points* (líderes séniores) ativos e dinâmicos com responsabilidades atribuídas para a segurança do doente nas unidades/serviços da instituição;
 - ✓ Eleger o “Campeão da Segurança do Doente” por unidade/serviço (mensal);
 - ✓ Aumentar o envolvimento das lideranças na melhoria da segurança do doente;
 - ✓ Realizar visitas formais aos serviços para os dirigentes interagirem com os profissionais e pessoal da saúde sobre situações diárias relacionadas com a segurança do doente;
 - ✓ Implementar estratégias locais para colocar o doente e família no centro da prestação de cuidados.

3. Apoio à segurança do doente pela gestão

Itens que compõem a dimensão:

F1. A direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de saúde / Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente.

F8. As ações da direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.

F9. A direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de saúde / Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade.

Recomendações:

- Incluir no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança as seguintes ações:
 - ✓ Eleger o “Campeão da Segurança do Doente” por Unidade/Serviço (mensal);
 - ✓ Realizar visitas formais aos serviços para os dirigentes interagirem com os profissionais e pessoal da saúde sobre situações diárias relacionadas com a segurança do doente;
 - ✓ Implementar estratégias locais para colocar o doente e família no centro da prestação de cuidados;
 - ✓ Dar formação em segurança do doente a todos os profissionais e pessoal da instituição de saúde;
 - ✓ Envolver todos os profissionais na melhoria da segurança do doente;
 - ✓ Motivar a troca de experiências entre unidades/serviços da instituição;
 - ✓ Incentivar os profissionais na integração de comportamentos seguros na prática;
 - ✓ Divulgar/implementar as Orientações e/ou Normas nacionais relativas à segurança do doente.

4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua

Itens que compõem a dimensão:

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

A9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas.

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

Recomendações:

- Incluir no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança, a avaliação/implementação de medidas e ações de melhoria para áreas problemáticas identificadas a nível local;
- Usar as notificações para a melhoria da SD e evidenciar essa melhoria;
- Desenvolver competências em gestão de risco (fatores humanos e sistémicos) e promover uma cultura não punitiva;
- Adotar técnicas para evitar a ocorrência de eventos adversos.

5. Perceções gerais sobre a segurança do doente

Itens que compõem a dimensão:

A10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade.

A15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho.

A17. Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente.

A18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer.

Recomendações:

- Incluir no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança ações de melhoria para áreas problemáticas identificadas na instituição;
- Fornecer ferramentas que facilitem a implementação de projetos de SD;
- Sensibilizar/dar formação a todos os profissionais e pessoal da saúde sobre a SD e a cultura de segurança de uma instituição.

6. Feedback e Comunicação acerca do erro

C1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função das notificações de eventos.

C2. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade.

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

Recomendações:

- Dar formação em SD e gestão do risco a todos os profissionais e pessoal da instituição de saúde;
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e familiares e entre os profissionais de saúde;
- Criar mecanismos de comunicação dentro da instituição;
- Fomentar a notificação, tanto dos profissionais, como dos doentes, de todo o tipo de eventos e o *feedback* do tratamento dos casos notificados.

7. Abertura na comunicação

- C2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente.
- C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos.
- C6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.

Recomendações:

- Incluir no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança ações de melhoria para áreas problemáticas identificadas a nível local;
- Fomentar a notificação, tanto dos profissionais, como dos doentes, de todo o tipo de eventos e o *feedback* do tratamento dos casos notificados;
- Dar formação em segurança do doente a todos os profissionais e pessoal da instituição de saúde;
- Desenvolver uma cultura não punitiva;
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação e sensibilizar sobre a importância do trabalho em equipa, da liderança e da comunicação;
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e familiares e dentro das equipas;
- Adotar medidas para evitar a ocorrência de eventos adversos.

8. Frequência da 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?

Recomendações:

- Criar e fomentar o *feedback* de um evento ou notificação;
- Incentivar o uso de evidências para gerar recomendações;
- Construir uma cultura não punitiva.

Para além destas, reforçar as recomendações identificadas nas Dimensões 4 e 6.

9. Trabalho entre unidades

- F2. Os serviços/unidades do hospital não se coordenam bem uns com os outros.
- F4. Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente.

- F6. 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.

Recomendações:

- Apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais e pessoal da saúde nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa; da liderança de equipas, da gestão/desempenho de equipas em situação de crise, entre outras;
- Criar redes e parcerias entre diferentes níveis de cuidados;
- Criar redes internas (dentro da instituição) para partilha da informação;
- Usar as Tecnologias de Informação (TI) como apoio ao trabalho desenvolvido pela equipa.

10. Dotação de Profissionais

- A2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido.
- A5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável.
- A7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável.
- A14. Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muito, demasiado depressa.

Recomendações:

- Gerir a dotação de profissionais por serviço e elaborar escalas das equipas tendo em atenção os limites mínimos que contribuam para a segurança do doente;
- Apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais e pessoal da saúde nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa; da liderança de equipas, da gestão/desempenho de equipas em situação de crise, entre outras.

11. Transições

- F3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro.
- F5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno.
- F7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do hospital.
- F11. As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente.

Recomendações:

- Apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais e pessoal da saúde nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa; da liderança de equipas, da gestão/desempenho de equipas em situação de crise, entre outras, incluindo especificamente estratégias/ferramentas:
 - de comunicação para as transições (turnos e serviços) e para as altas;

- de comunicação em momentos críticos de transições: reconciliação terapêutica na alta; aspetos da medicação a considerar nas transições.

12. Resposta ao erro não punitiva

A8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.

A12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.

A16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal.

Recomendações:

- Incluir no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança ações de melhoria para áreas problemáticas identificadas a nível local;
- Fomentar a notificação, tanto dos profissionais, como dos doentes, de todo o tipo de eventos e o *feedback* do tratamento dos casos notificados;
- Dar formação em SD a todos os profissionais e pessoal da instituição de saúde;
- Desenvolver competências em gestão de risco (fatores humanos e sistémicos) e promover uma cultura não punitiva;
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação e sensibilizar sobre a importância do trabalho em equipa, da liderança e da comunicação.
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e familiares;
- Adotar técnicas para evitar a ocorrência de eventos adversos.

5. CONCLUSÕES

A apresentação dos resultados da avaliação da cultura de segurança em ambiente hospitalar tem como objetivos, contribuir para o diagnóstico da sua cultura de segurança, identificando os pontos fortes e as áreas de melhoria; para a avaliação do impacto na segurança do doente, de intervenções e programas; para a monitorização das mudanças operadas ao longo do tempo; para a identificação de indicadores que ajudem a implementar, no hospital, projetos centrados na segurança dos doentes.

O presente estudo teve a participação de um número expressivo de hospitais públicos e, ainda que em menor número, de hospitais privados. Podemos considerar que a taxa de adesão nacional foi considerada baixa, podendo ser reveladora do fraco envolvimento dos profissionais e das instituições face às questões da segurança do doente.

De facto, quando observamos os resultados, por instituição, verifica-se que apenas 17 dos 55 hospitais obtiveram taxas de adesão que permitem apresentar recomendações robustas.

A ARS do Algarve é, em termos de região de saúde, a que apresenta uma adesão mais baixa, face à média nacional. A ARS de Lisboa e Vale do Tejo foi a região de saúde onde se verificou uma maior adesão.

Ao nível nacional, as dimensões que demonstram ser pontos fortes são o *Trabalho em Equipa*, a *Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua* e as *Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD*. Quanto às oportunidades de melhoria, foram identificadas as dimensões *Resposta ao erro não punitiva*, *Dotação* de profissionais e *Frequência da notificação*.

As dimensões, por ARS, onde foram registadas diferenças menos significativas foram as dimensões *Trabalho em equipa*, *Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua*, *Abertura na Comunicação* e *Resposta ao erro não punitiva*.

A variação dos resultados obtidos nas diferentes dimensões constitui uma oportunidade de aprendizagem entre hospitais e deve ser considerada um ponto de partida para futuras intervenções ao nível interno. Ou seja, a avaliação da cultura de segurança das organizações de saúde não é um fim em si mesmo mas, o início de um processo que se pretende que seja de melhoria contínua.

Este relatório permite a todas as organizações de saúde, num futuro próximo, adotar medidas para melhorar a cultura de segurança, fazendo face aos desafios que são colocados à moderna prestação de cuidados de saúde.

6. ANEXOS



Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais



	11%
--	-----

A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Com este questionário pretendemos conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente e a notificação de incidentes e de eventos adversos do Centro Hospitalar/Unidade Local de Saúde/Hospital onde trabalha.

A sua participação é fundamental para avaliar a Cultura de Segurança do Doente na sua Unidade. Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade, e os resultados apresentados de forma anónima.

Os dados constantes deste questionário serão inseridos num ficheiro informático da responsabilidade da Direção-Geral da Saúde. Ao seu titular é garantido o direito de acesso, retificação ou eliminação sempre que para isso se dirija por escrito ou pessoalmente ao responsável pelo tratamento. (art. 10º, 11º, 12º da Lei 67/98 de 26 de Outubro).

Um "evento" é definido como qualquer ocorrência que aconteceu ou que afecta um doente.

A "segurança do doente" é definida como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável.

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder.

Considere o Serviço/Unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.

Desde já agradecemos a sua participação.

Próxima

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

SECÇÃO A: O seu Serviço/Unidade de trabalho

22%

* 1. Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Serviço/Unidade onde trabalha.

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica
1. Neste Serviço/Unidade os profissionais ajudam-se	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Neste Serviço/Unidade as pessoas tratam-se com respeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dispono de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Aqui, os erros conduzem a 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 um evento é notificado, 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 crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem 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 que possam ocorrer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anterior Próxima

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

SECÇÃO B: O seu superior hierárquico



* 2. Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico.

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica
1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anterior

Próxima

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

SECÇÃO C: Comunicações



* 3. Com que frequência acontece este tipo de situações no Serviço/unidade onde trabalha?

	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica
1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função das notificações de eventos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta 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 ações dos superiores hierárquicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anterior

Próxima

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos



*** 4. No Serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados?**

	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica
1. Quando ocorre um evento, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Quando ocorre um evento, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quando ocorre um evento, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anterior

Próxima

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

SECÇÃO E: Grau de segurança do doente



*** 5. Por favor atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital, um grau sobre a segurança do doente**

- ☐ Excelente
- ☐ Muito Boa
- ☐ Aceitável
- ☐ Fraca
- ☐ Muito Fraca

Anterior

Próxima

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

SECÇÃO F: O seu Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital

75%

* 6. Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital.

	Disordo fortemente	Disordo	Não concordo nem disordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica
1. A Direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Os Serviços/unidades do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital não se coordenam bem uns com os outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / 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 Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. As ações da Direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. A Direção do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Os serviços/unidades do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. As mudanças de turno neste Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital são problemáticas para o doente	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anterior

Próxima

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

SECÇÃO G: Número de eventos notificados



*** 7. Nos últimos 12 meses, quantas notificações realizou?**

- ☐ Nenhuma
- ☐ 1 a 2 notificações
- ☐ 3 a 5 notificações
- ☐ 6 a 10 notificações
- ☐ 11 a 20 notificações
- ☐ 21 ou mais notificações

Anterior

Próxima

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

SECÇÃO H: Identificação



*** 8. Sexo:**

- ☐ Feminino
☐ Masculino

*** 9. Idade:**

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

*** 10. Alguma vez tinha respondido a este questionário?**

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

* 11. O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

* 12. Profissão:

- ☐ Administrador/Gestor
- ☐ Assistente operacional
- ☐ Assistente técnico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Farmacêutico
- ☐ Médico (Inclui internos)
- ☐ Psicólogo
- ☐ Técnico de diagnóstico e terapêutica
- ☐ Técnico superior
- ☐ Outro

Qual?

* 13. Qual é a sua unidade assistencial ou serviço neste hospital?

- ☐ Anestesia
- ☐ Bloco Operatório
- ☐ Dermatologia
- ☐ Cirurgia
- ☐ Cuidados Paliativos
- ☐ Farmácia

- ☐ Ginecologia / Obstetrícia
- ☐ Imunohemoterapia
- ☐ Informática
- ☐ Laboratório
- ☐ Medicina (não cirúrgica)
- ☐ Nefrologia
- ☐ Oncologia
- ☐ Pediatria
- ☐ Psiquiatria / Saúde Mental
- ☐ Radiologia
- ☐ Radioterapia
- ☐ Reabilitação
- ☐ Serviço de Urgência
- ☐ Serviços de Apoio e Administração
- ☐ Urologia
- ☐ Unidade de Cuidados Intensivos (todos os tipos)
- ☐ Outro

Por favor, especifique:

*** 14. 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.

*** 15. 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

*** 16. Experiência na Instituição:**

- ☐ < 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

*** 17. Centro Hospitalar/ Unidade Local de Saúde / Hospital onde trabalha**

- ☐ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais
- ☐ Centro Hospitalar Barreiro Montijo
- ☐ Centro Hospitalar Cova da Beira
- ☐ Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

- ☐ Centro Hospitalar de Leiria
- ☐ Centro Hospitalar de Lisboa Central
- ☐ Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- ☐ Centro Hospitalar de Lisboa Norte
- ☐ Centro Hospitalar de São João
- ☐ Centro Hospitalar de Setúbal
- ☐ Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
- ☐ Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho
- ☐ Centro Hospitalar do Algarve
- ☐ Centro Hospitalar do Alto Ave
- ☐ Centro Hospitalar do Baixo Vouga
- ☐ Centro Hospitalar do Médio Ave
- ☐ Centro Hospitalar do Médio Tejo
- ☐ Centro Hospitalar do Oeste
- ☐ Centro Hospitalar do Porto
- ☐ Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
- ☐ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- ☐ Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde
- ☐ Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
- ☐ Centro Hospitalar Tondela - Viseu
- ☐ Hospital Aroebeispo João Crisóstomo (Cantanhede)
- ☐ Hospital Beatriz Ângelo
- ☐ Hospital de Braga
- ☐ Hospital de Magalhães Lemos
- ☐ Hospital de Santarém



- ☐ Hospital Distrital da Figueira da Foz
- ☐ Hospital do Espírito Santo (Évora)
- ☐ Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar)
- ☐ Hospital Garcia de Orta
- ☐ Hospital José Luciano de Castro (Anadia)
- ☐ Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
- ☐ Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)
- ☐ Hospital Vila Franca de Xira
- ☐ HPP - Hospital de Albufeira
- ☐ HPP - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
- ☐ HPP - Hospital dos Lusíadas Porto
- ☐ HPP - Hospital Santa Maria de Faro
- ☐ HPP - Hospital São Gonçalo de Lagos
- ☐ Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto
- ☐ Instituto Português de Oncologia de Coimbra - Francisco Gentil
- ☐ Instituto Português de Oncologia de Lisboa - Francisco Gentil
- ☐ Instituto Português de Oncologia do Porto - Francisco Gentil
- ☐ Unidade Local de Saúde da Guarda
- ☐ Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
- ☐ Unidade Local de Saúde de Matosinhos
- ☐ Unidade Local de Saúde do Alto Minho
- ☐ Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
- ☐ Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém
- ☐ Unidade Local de Saúde do Nordeste
- ☐ Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
- ☐ Outro Hospital

Qual?

Muito obrigado pela sua participação!

Anterior

Concluir

Bibliografia

Arah OA e Klazinga NS. How safe is the safety paradigm? Qual Saf Health Care 2004;13:226-232.

Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks LB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Qual Saf Health Care 2005;14:364-366.

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA – Atos Legislativos e outros instrumentos, Bruxelas, 5 de junho de 2009. [Em linha], [Consult. 20/09/2009], Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_pt.pdf

EIRAS, M., ESCOVAL, A.; GRILO, I. M.; SILVA-FORTES, C. - The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals Instrument validity and reliability. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 27, n.º 2 (2014), p. 111-122.

EIRAS, M. - Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: investigação ação numa unidade de radioterapia. [s.n.], 2011. Tese de Doutoramento em Saúde Pública, especialidade de Política, Gestão e Administração da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa, 2013.

Flin R, Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. Saf Sci 2007; 45: 653-67.

Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: IOM; 2000.

Nieva NF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care 2003;12 (Suppl II):ii17-ii23

Pronovost P, Sexton S, Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Qual Saf Health Care 2005; 14: 231-233.

Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC, The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Qual Saf Health Care 2003;12:112-118.

União Europeia. Recomendação do Conselho, de 9 de junho de 1999, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Jornal Oficial da União Europeia, 2009.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY – WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2005. [Consult. 22/03/2009]. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. DGS: Lisboa, 2011

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Norma nº025/2013, Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. DGS: Lisboa, 2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de Hospitais portugueses. Resultados do estudo piloto. DGS: Lisboa, 2011.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - Improvement methods: the Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycle. Washington, 2006. Available at:

www.ihi.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove.

Sorra J, Famolaro T, Yount ND, et al. *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014 User Comparative Database Report*. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2014. AHRQ Publication No. 14-0019-EF.



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt