

Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários

Relatório Segurança do Doente 2015

Fevereiro 2017

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

Carina Silva, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

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

ÍNDICE DE FIGURAS.....	iv
ÍNDICE DE TABELAS	v
LISTA DE ACRÓNIMOS	vi
SUMÁRIO EXECUTIVO	1
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO 2. METODOLOGIA	4
CAPÍTULO 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	6
3.1. TAXA DE ADESÃO.....	6
3.2. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES RESPONDENTES	9
3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS RESPONDENTES	11
3.4. RESULTADOS GLOBAIS E PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES.....	14
3.5. RESULTADOS POR GRUPOS DE ACES	32
3.6. RESULTADOS REGIONAIS.....	35
CAPÍTULO 4. CONCLUSÕES.....	40
ANEXO A: QUESTIONÁRIO	41
ANEXO B: DEFINIÇÃO DAS DIMENSÕES	51
ANEXO C: IDENTIFICAÇÃO E TAXA DE ADESÃO DAS UNIDADES RESPONDENTES	52
ANEXO D: RESULTADOS DO TESTE DE ALFA CRONBACH.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição por Taxa de Adesão	6
Figura 2 - Distribuição por Respondentes (N=54)	6
Figura 3 - Distribuição da Taxa de Adesão por Grupos de ACeS do Continente	7
Figura 4 - Distribuição da Taxa de Adesão por Região	7
Figura 5 - Distribuição das Unidades por Número (N=54)	9
Figura 6 - Distribuição das Unidades por Tipologia	9
Figura 7 - Distribuição das Unidades por Grupos de ACeS	10
Figura 8 - Distribuição das Unidades por Regiões de Saúde (ARS).....	10
Figura 9 - Distribuição dos Profissionais por Número previsto e real de profissionais	11
Figura 10 - Distribuição por Grupo Profissional.....	11
Figura 11 - Distribuição por Experiência no Serviço / Unidade.....	12
Figura 12 - Distribuição por Horas trabalhadas por semana	12
Figura 13 - Distribuição por Gestor ou Cargo de Direção.....	13
Figura 14 - Distribuição por Faixa Etária	13
Figura 15 - Distribuição pelas 10 dimensões da cultura de segurança do doente	14
Figura 16 - D1 Trabalho em equipa	15
Figura 17 - D2 Seguimento do doente.....	15
Figura 18 - D3 Aprendizagem organizacional.....	16
Figura 19 - D4 Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente	17
Figura 20 - D5 Formação e treino dos profissionais.....	18
Figura 21 - D6 Apoio pela gestão de topo.....	18
Figura 22 - D7 Comunicação acerca do erro	19
Figura 23 - D8 Abertura na comunicação.....	19
Figura 24 - D9 Processos administrativos e uniformização de procedimentos	20
Figura 25 - D10 Pressão e ritmo de trabalho.....	20
Figura 26 - Acesso aos Cuidados (A1)	21
Figura 27 - Identificação do Doente (A2).....	21
Figura 28 - Registos e Processos clínicos (A3).....	22
Figura 29 - Registos e Processos Clínicos (A4).....	22
Figura 30 - Equipamento Médico (A5)	23
Figura 31 - Medicamentos (A6) *	23
Figura 32 - Medicamentos (A7) *	24
Figura 33 - Diagnósticos e Exames Complementares (A8) *	24
Figura 34 - Diagnósticos e Exames Complementares (A9) *	25
Figura 35 - Laboratórios ou Centros de Imagem Externos (B1).....	26
Figura 36 - Outros Consultórios Médicos ou Médicos Externos (B2)	26
Figura 37 - Farmácias (B3) *	27
Figura 38 - Hospitais (B4).....	27
Figura 39 - Outro (B5).....	28
Figura 40 - Centralização no Doente (G1a.) *	29
Figura 41 - Eficácia (G1b.)	29

Figura 42 - Oportunidade (G1c.).....	30
Figura 43 - Eficiência (G1d.) *.....	30
Figura 44 - Equidade (G1e.).....	31
Figura 45 - Avaliação sobre a Segurança do Doente (G2).....	31
Figura 46 - Percentagem de respostas às dimensões ao nível nacional e por grupos.....	32
Figura 47 - Percentagem de respostas às dimensões ao nível nacional e regional.....	35

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Unidades por taxa de adesão (Grupos de ACeS).....	7
Tabela 2 - Distribuição das Unidades por taxa de adesão (ARS).....	8
Tabela 3 - Benchmarking Unidades do Grupo 1.....	33
Tabela 4 - Benchmarking Unidades do Grupo 2.....	33
Tabela 5 - Benchmarking Unidades do Grupo 3.....	34
Tabela 6 - Benchmarking Unidades do Grupo 4.....	34
Tabela 7 - Benchmarking Unidades da ARSN.....	36
Tabela 8 - Benchmarking Unidades da ARSC.....	36
Tabela 9 - Benchmarking Unidades da ARSLVT.....	37
Tabela 10 - Benchmarking Unidades da ARSALE.....	38
Tabela 11 - Benchmarking Unidades da ARSALG.....	38
Tabela 12 - Benchmarking das Unidades da RAA.....	39

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
N	Amostra
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAA	Região Autónoma dos Açores
SD	Segurança do Doente
TI	Tecnologias de Informação
US	Unidades de Saúde

SUMÁRIO EXECUTIVO

Objetivo do estudo

O Questionário da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários é uma extensão do Questionário da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais e avalia as dimensões da cultura de segurança do doente nas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários.

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 relatório visa apresentar e analisar os resultados do estudo realizado em 54 Unidades de saúde em Portugal Continental e na Região Autónoma dos Açores, no ano de 2015, no âmbito da Norma n.º 003/2015, de 11 de março, “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários”.

Metodologia

O Questionário contém 52 itens que avaliam dez dimensões da cultura segurança do doente:

1. Trabalho em equipa (D1)
2. Seguimento do doente (D2)
3. Aprendizagem organizacional (D3)
4. Perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente (D4)
5. Formação e treino dos profissionais (D5)
6. Apoio pela gestão de topo (D6)
7. Comunicação acerca do erro (D7)
8. Abertura na comunicação (D8)
9. Processos administrativos e uniformização de procedimento (D9)
10. Pressão e ritmo do trabalho (D10)

Através do referido questionário os profissionais avaliam, ainda, a sua Unidade em cinco áreas da qualidade dos cuidados de saúde (centralização no doente, eficácia, oportunidade, eficiência e equidade), bem como os sistemas e procedimentos clínicos que a sua Unidade tem estabelecido para prevenir, detetar e corrigir problemas que tenham potencial para afetar os doentes.

As Unidades formalizaram a sua inscrição através do preenchimento de uma ficha de inscrição *on-line*, na qual foi necessário identificar o tipo de Unidade e quantificar o número de profissionais em funções na instituição, por grupo profissional.

O Questionário foi respondido por 4596 profissionais de 54 Unidades, por via eletrónica, entre 5 de maio e 31 de julho de 2015.

As Unidades de Saúde foram caracterizadas com o número de profissionais e categoria profissional.

Caracterização da Amostra

O questionário foi distribuído a 62 Unidades inscritas e respondido por 54 Unidades de Saúde.

Do total das Unidades respondentes, 48 pertencem ao Continente e estão distribuídas por quatro grupos de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e por cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) e seis são designadas Unidades de Saúde de Ilha e pertencem à Região Autónoma dos Açores.

O questionário foi respondido por 4 596 profissionais de Saúde, dos diferentes grupos profissionais, tendo sido o grupo dos Enfermeiros mais participativo, com 40%, seguido do grupo dos Médicos com 31% e dos Assistentes Técnicos com 17%.

Resultados

A taxa de adesão nacional foi de 20%, com uma variação entre 1,9% e 74,5%, tendo 63% das Unidades atingido uma taxa de adesão superior a 15%.

A taxa de adesão do Continente foi de 20%, com uma variação de 1,9% e 50,6% e a taxa de adesão da Região Autónoma dos Açores foi de 39%, com uma variação de 4,8% e 74,5%.

Dimensões positivas

Neste estudo as dimensões que obtiveram melhores percentagens foram: D2 *Seguimento do Doente* (77%), D1 *Trabalho em equipa*, (76%) e D3 *Aprendizagem Organizacional* (72%).

Dimensões com potencial de melhoria

As dimensões D10 *Pressão e ritmo de trabalho* com 21%, D6 *Apoio pela gestão de topo* com 29% e D5 *Formação e treino dos profissionais* com 46% são aquelas onde as ações de melhoria são prioritárias.

Conclusão

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 nas unidades de saúde de cuidados primários é fraca.

Recomendações

Tanto as ARS como os dirigentes das Unidades de Saúde e as 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.

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

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.

As Unidades de Cuidados de Saúde Primários, 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, na Unidade, 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 a avaliação da cultura de segurança do doente nas instituições hospitalares, resultado da Norma n.º 025/2013, de 24 de dezembro, instituiu-se a Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, com a publicação da Norma n.º 003/2015, de 11 de março.

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.

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir da aplicação do *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos da América, sendo uma expansão do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPCS), e foi traduzido e adaptado ao contexto português por Margarida Eiras para “Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários” (Anexo A).

Através do referido questionário, os profissionais avaliam a cultura de segurança da sua Unidade em dez dimensões (Anexo B) e ainda em cinco áreas da qualidade dos cuidados de saúde (centralização no doente, eficácia, oportunidade, eficiência e equidade) bem como os sistemas e procedimentos clínicos, que a sua Unidade tem estabelecido para prevenir, detetar e corrigir problemas que tenham potencial para afetar os doentes.

A Norma nº 03/2015, de 11 de março, define as fases do processo da avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários, bem como os critérios, a avaliação e a sua fundamentação. Os Presidentes das Comissões da Qualidade e Segurança das Unidades 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 das Unidades processou-se em duas fases:

Numa primeira fase, 62 Unidades formalizaram a sua inscrição através do preenchimento de uma ficha de inscrição *on-line*, na qual foi necessário identificar o tipo de Unidade e quantificar o número de profissionais por grupo profissional em funções na instituição.

Numa segunda fase, procedeu-se à aceitação, independentemente do seu estatuto, da totalidade das Unidades inscritas (de norte a sul do país e Região Autónoma dos Açores). Destas, 52 eram Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do Continente e 10 eram Unidades de Saúde de Ilhas (USI), da Região Autónoma dos Açores.

O questionário esteve disponível *on-line*, na plataforma *SurveyMonkey*, para preenchimento entre maio e julho de 2015.

Os *links* de acesso ao questionário foram enviados às 62 unidades, para distribuição interna a todos os profissionais e colaboradores de todas as unidades de cuidados de saúde primários que exercessem funções na instituição há, pelo menos, três meses.

Para a disponibilização dos questionários às Unidades, 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 relembrar e incentivar os profissionais a colaborarem no estudo, foi enviado às Unidades um ponto de situação, a meio 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.

Numa primeira fase, as 62 Unidades inscritas foram distribuídas por 3 grupos, conforme a sua taxa de adesão, o que também contribuiu para a garantia do anonimato dos profissionais:

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

- Grupo C (> 50%).

Do Universo (62 Unidades inscritas), resultou a amostra global constituída por 54 unidades respondentes, sendo que 48 pertencem aos ACeS do Continente e 6 às USI da Região Autónoma dos Açores (Anexo C).

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. Para garantir o anonimato, a caracterização dos profissionais (Secção H do Questionário) não foi considerada de resposta obrigatória.

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 ou 5 e 6), 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.

Este relatório apresenta as respostas positivas, em percentagem, de cada item que compõe as dimensões.

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 a unidade de análise é a média de respostas positivas.

Devido ao arredondamento dos resultados, os somatórios das percentagens apresentadas podem ser diferentes de 100%.

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

No final, as Unidades com uma taxa de adesão igual ou superior a 15% receberam um relatório detalhado em formato *PowerPoint* com apresentação das médias de cada dimensão em análise, variáveis sociodemográficas e *benchmarking* nacional, permitindo uma análise das dimensões em estudo adequada à realidade da instituição.

Neste relatório, as 34 unidades com taxa de adesão igual ou superior a 15% são alvo de uma análise mais detalhada no que se refere às dimensões, quando comparadas as unidades por grupo de ACeS e por ARS.

Os resultados foram sujeitos a um tratamento estatístico, nomeadamente ao teste de *Alfa de Cronbach* para analisar a consistência interna das variáveis, tendo-se obtido um resultado superior a 0,8, mais especificamente de 0,888, ou seja os resultados apresentam uma consistência interna muito elevada (Anexo D).

Por último, importa referir que na análise estatística descritiva dos dados foi utilizado, como ferramenta, o programa informático Microsoft Excel 2013 e SPSS versão 21.

CAPÍTULO 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1. TAXA DE ADESÃO

A taxa de adesão nacional foi de 20%, com uma variação entre 1,9% e 74,5%, tendo 34 unidades (63%) atingido uma taxa de adesão superior a 15% (Figura 1). A taxa de adesão do Continente foi de 20% e a da Região Autónoma dos Açores foi de 39%.

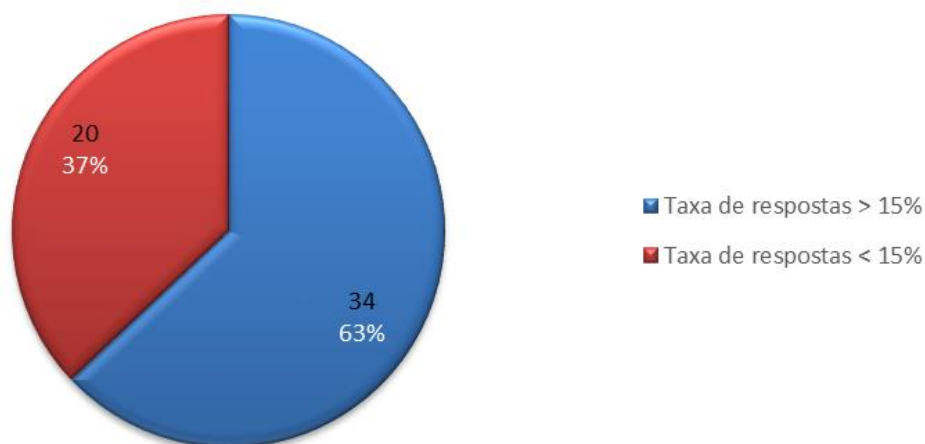


FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO POR TAXA DE ADESÃO

Das 54 instituições respondentes, 2 (4%) apresentaram uma taxa de adesão superior a 50%, 17 (31%) obtiveram taxas de adesão situadas entre os 26% e os 50% e 35 (65%) alcançaram uma taxa de adesão abaixo dos 25% (Figura 2).

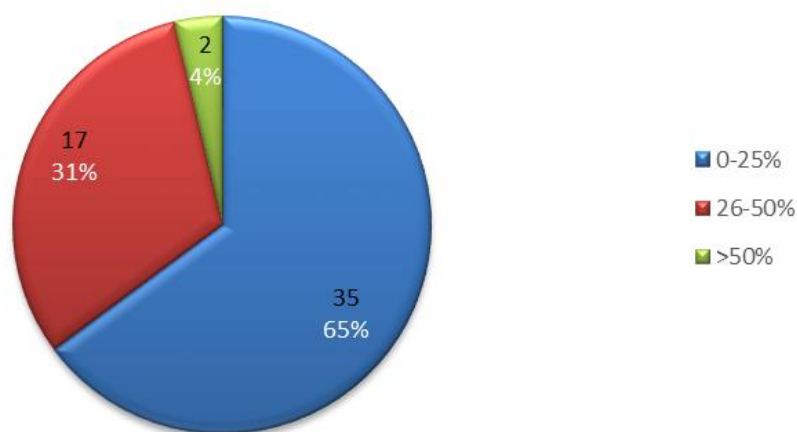


FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO POR RESPONDENTES (N=54)

O Grupo de ACeS com a taxa de adesão mais elevada foi o Grupo 4, com 23%, e o Grupo com a taxa de adesão mais baixa foi o Grupo 2, com 18% (Figura 3).

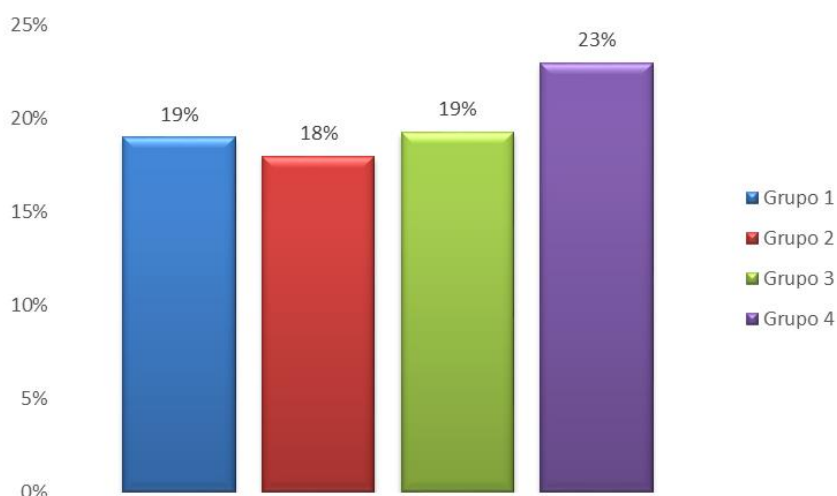


FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA TAXA DE ADESÃO POR GRUPOS DE ACES DO CONTINENTE

Na Tabela 21 é apresentada a distribuição das referidas Unidades, por Grupo de ACeS, de acordo com a taxa de adesão obtida.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES POR TAXA DE ADESÃO (GRUPOS DE ACES)

Grupo	Taxa de adesão > a 15%	Taxa de adesão < a 15%
1	U3, U4, U7, U9, U10, U13, U14	U1, U2, U5, U6, U8, U11, U12
2	U15, U17, U19, U20, U22, U23, U25, U26, U27, U29, U30	U16, U18, U21, U24, U28, U31
3	U32, U33, U34, U36	U35, U37
4	U38, U40, U41, U44, U45, U47, U48	U39, U42, U43, U46

A Região com a taxa de adesão mais elevada foi a Região Autónoma dos Açores com 39%. No Continente a tendência da taxa de adesão foi de 20% (Figura 4).

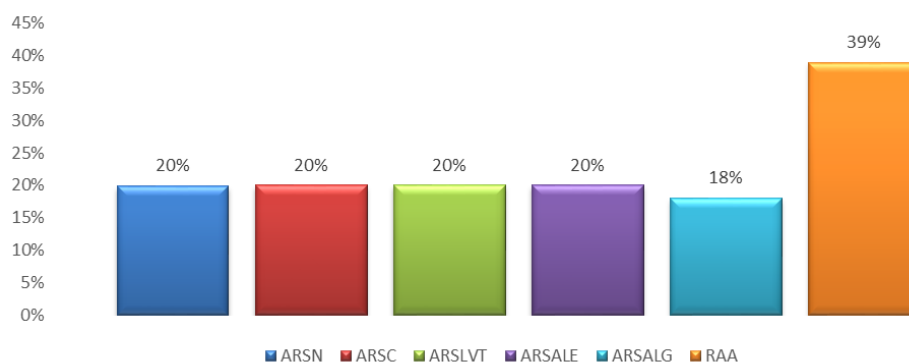


FIGURA 4 - DISTRIBUIÇÃO DA TAXA DE ADESÃO POR REGIÃO

Das 24 unidades que pertencem à ARSN, 15 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, com variação entre 18,5% e 35,2%, e 9 obtiveram uma taxa inferior a 15%.

Relativamente à ARSC, das 8 unidades respondentes 6 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, com variação entre 17,1% e 36,9%, sendo que 2 unidades obtiveram uma taxa inferior a 15%.

A ARSLVT participou na resposta ao questionário com 11 unidades. Destas, 6 obtiveram taxa de adesão superior a 15%, tendo esta variado entre 17,4% e 50,6%, e as restantes 5 obtiveram taxa inferior a 15%.

Quanto à ARSALE, das 2 unidades respondentes, 1 obteve uma taxa de adesão superior a 15%, de 27,9%.

Das 3 unidades que pertencem à ARSALG, 1 obteve uma taxa de adesão superior a 15%, de 36,4%.

Relativamente à Região Autónoma dos Açores, das 6 unidades respondentes, 5 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%.

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição das referidas Unidades de acordo com a taxa de adesão obtida (Tabela 2).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES POR TAXA DE ADESÃO (ARS)

Região	Taxa de adesão > a 15%	Taxa de adesão < a 15%
ARSN	U7, U9, U10, U19, U20, U22, U23, U25, U26, U27, U29, U30, U36, U47, U48	U8, U12, U18, U21, U24, U28, U31, U35, U37
ARSC	U3, U4, U14, U15, U17, U40	U11, U16
ARSLVT	U32, U33, U34, U41, U44, U45	U5, U6, U42, U43, U46
ARSALE	U13	U1
ARSALG	U38	U2, U39
RAA	U49, U50, U51, U52, U54	U53

3.2. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES RESPONDENTES

No presente estudo, numa primeira fase, inscreveram-se 62 Unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, e dessas, 54 Unidades responderam ao Questionário.

Das oito unidades que não responderam ao questionário, quatro pertencem ao Continente - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo; ACES Oeste Sul; ACES Lezíria ACES Loures e Odivelas - e a outra metade pertence à Região Autónoma dos Açores - Unidade de Saúde de São Miguel; Unidade de Saúde do Pico; Unidade de Saúde das Flores e Unidade de Saúde do Corvo.

3.2.1. Número de Unidades

Do total das Unidades respondentes, 48 (89%) pertencem ao Continente e estão distribuídas por quatro grupos de ACES e por cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), 6 (11%) são designadas Unidades de Saúde de Ilha e pertencem à Região Autónoma dos Açores. (Figura 5)

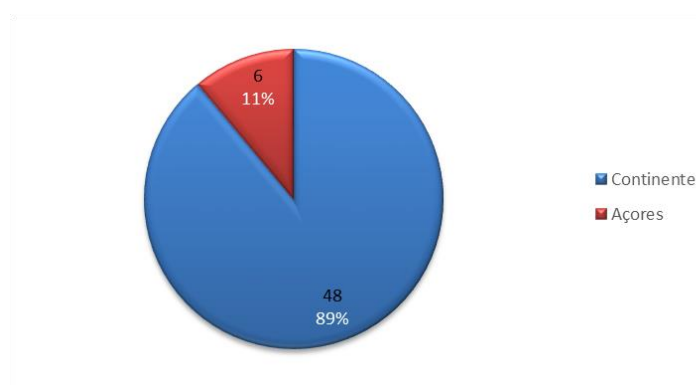


FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADE POR NÚMERO (N=54)

3.2.2. Tipo de Unidade

A Figura 6 representa a amostra por tipo de Unidade, sendo que 43% das Unidades que aderiram ao presente estudo são Unidades de Saúde Familiares (USF), seguidas das Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) com 33%; e 21% representam outro tipo de Unidade (Figura 6).

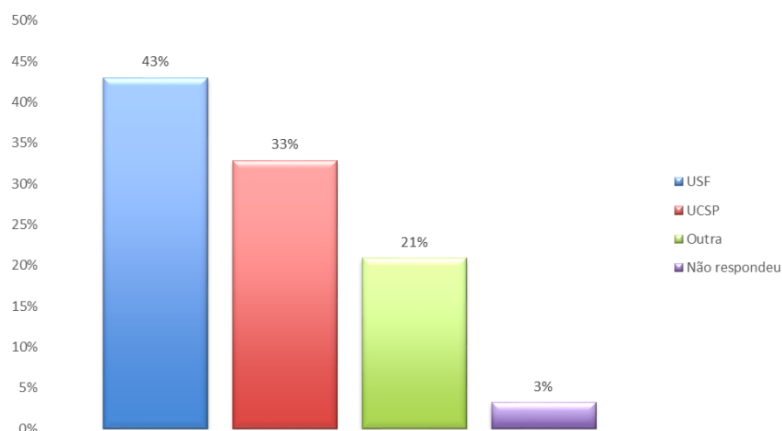


FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES POR TIPOLOGIA

3.2.3. Grupos de ACES

As Unidades integradas nos ACES (48) foram agrupadas de acordo com o *benchmarking* dos ACES para 2015, no âmbito da Monitorização do SNS, realizado pela ACSS (disponível em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/aces-benchmarking/enquadramentoaces/gruposaces.aspx>). O Grupo 2 representa 35% dos ACES que responderam ao questionário; o Grupo 1 representa 29%; o Grupo 4 representa 23% e o Grupo 3 representa 13% (Figura 7).

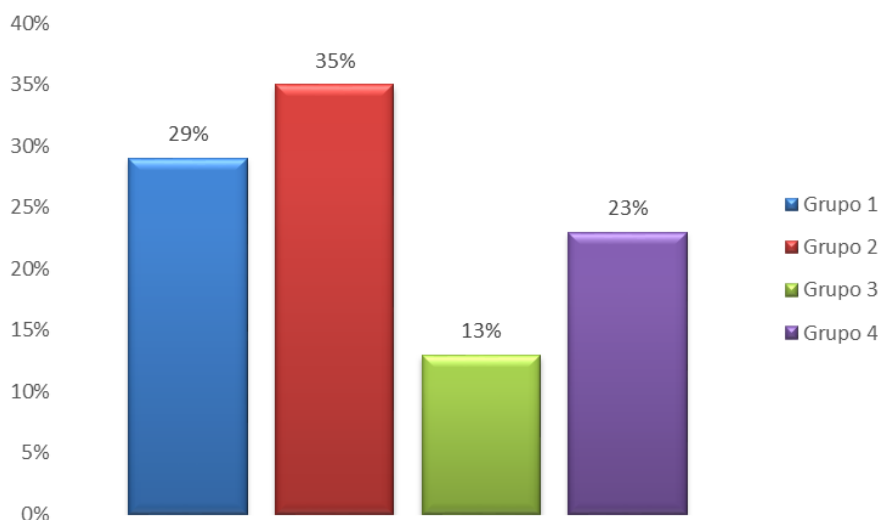


FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES POR GRUPOS DE ACES

3.2.4. Regiões de Saúde

Do total das Unidades respondentes (54), 24 (44%) pertencem à ARSN; 11 (20%) pertencem à ARSLVT; 8 (15%) à ARSC; 6 (11%) pertencem à Região Autónoma dos Açores; 3 (6%) à ARSALG; e 2 (4%) à ARSALE (Figura 8).

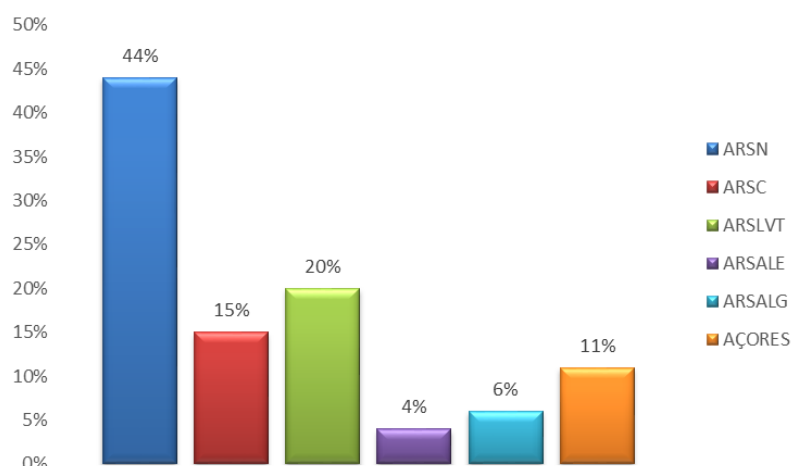


FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES POR REGIÕES DE SAÚDE (ARS)

3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS RESPONDENTES

Tendo por base o número de profissionais que as Unidades identificaram na inscrição, o número de respostas previsto era 22 835, tendo sido submetidas 4 596 respostas completas (Figura 9), o que demonstra uma taxa de adesão global de 20%.

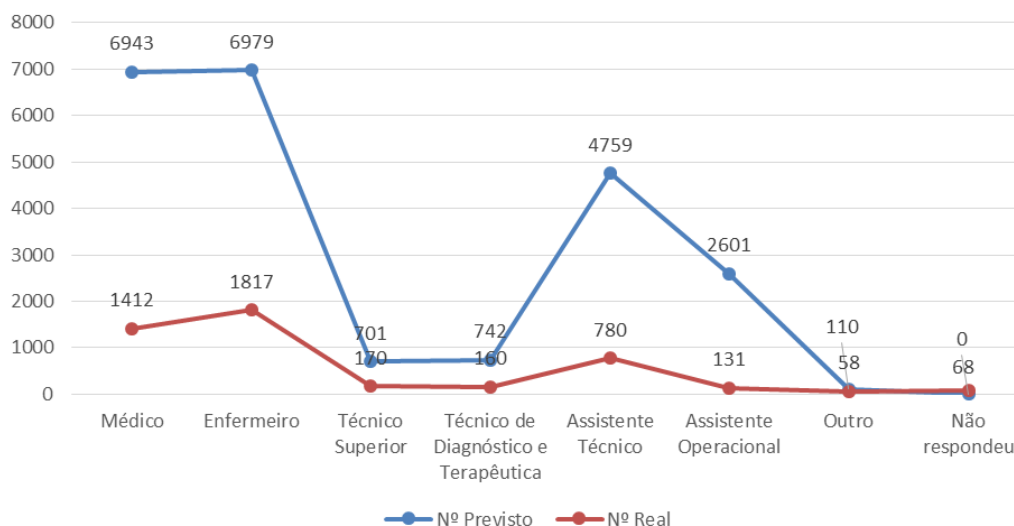


FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR NÚMERO PREVISTO E REAL DE PROFISSIONAIS

3.3.1. Grupo Profissional

O grupo profissional com maior representatividade é o dos enfermeiros (40%), seguido do dos médicos com 31% (Figura 10).

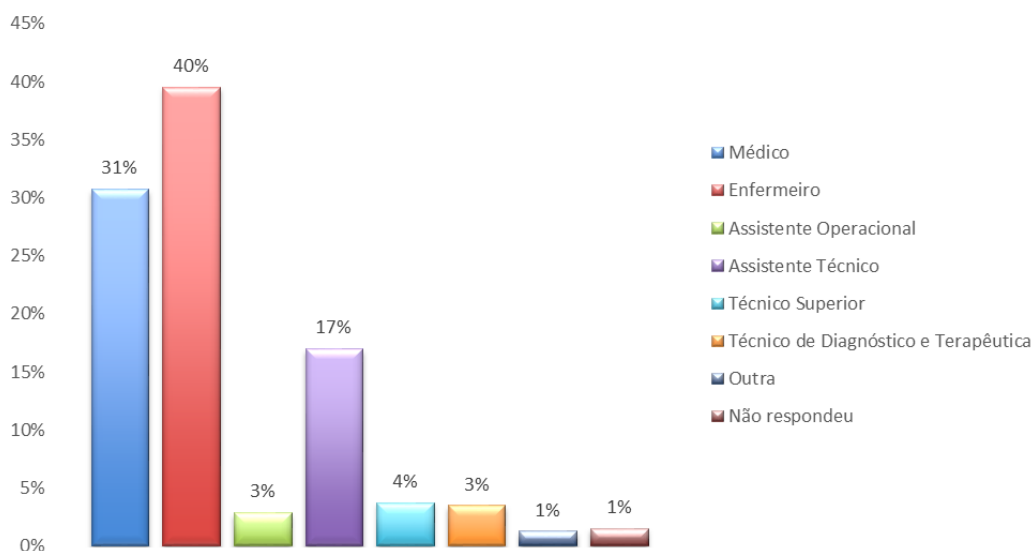


FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO PROFISSIONAL

3.3.2. Características adicionais dos Respondentes

Ao nível da experiência no serviço/unidade, verificou-se que cerca de 80% dos profissionais desempenhava funções na Unidade há mais de 3 anos (Figura 11).

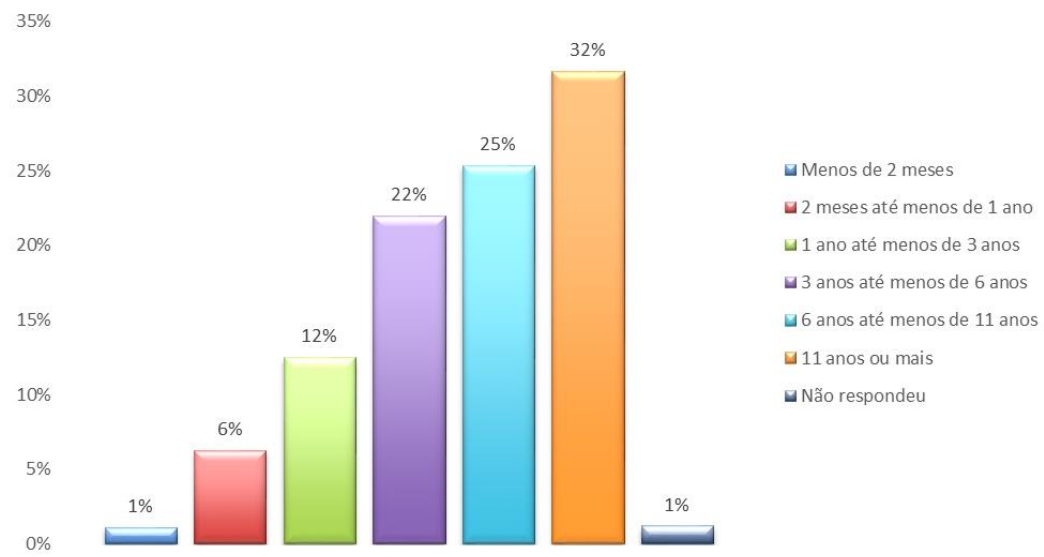


FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO POR EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO / UNIDADE

Relativamente às horas trabalhadas, 95% dos inquiridos indicaram que trabalham 33 ou mais horas por semana (Figura 12).

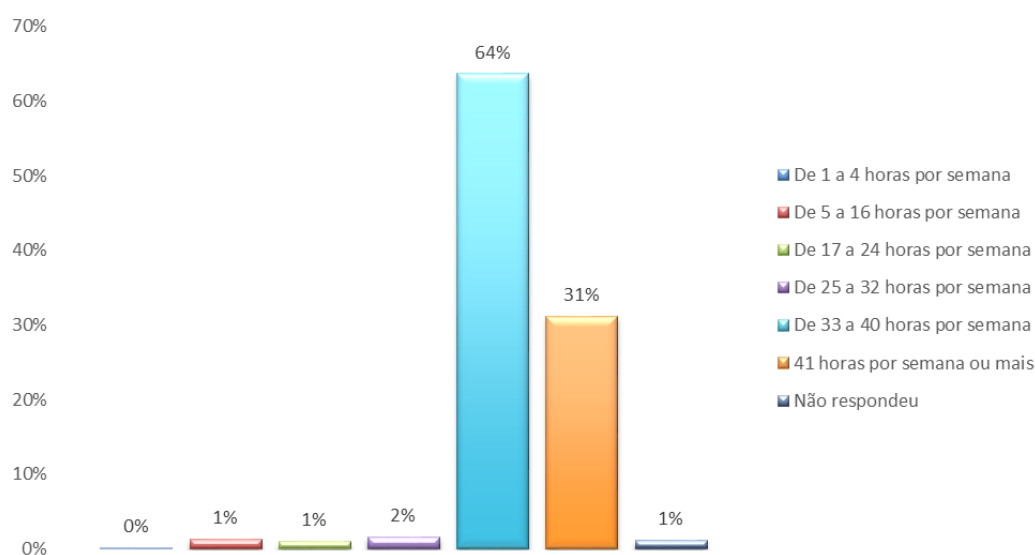


FIGURA 12 - DISTRIBUIÇÃO POR HORAS TRABALHADAS POR SEMANA

À pergunta “É gestor de topo ou ocupa algum cargo de direção, ou tem a responsabilidade de tomar decisões de ordem económica?” 8% dos inquiridos responderam afirmativamente (Figura 13).

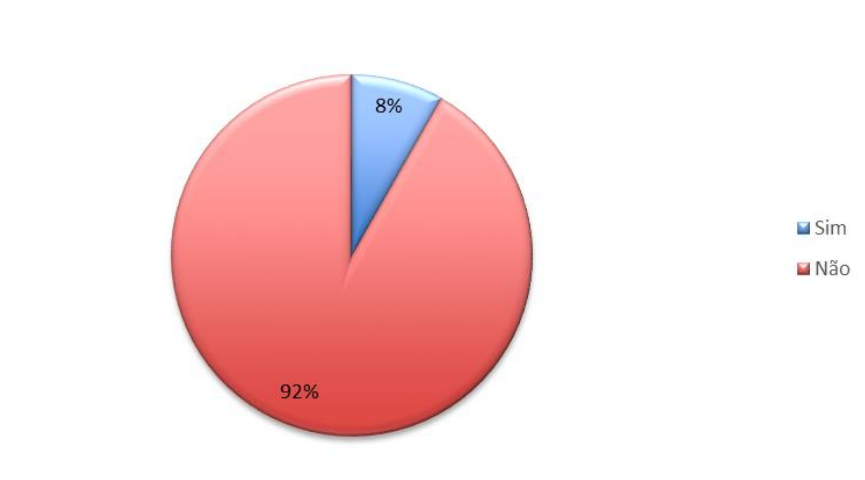


FIGURA 13 - DISTRIBUIÇÃO POR GESTOR OU CARGO DE DIREÇÃO

Em relação à idade, constata-se que 31% dos profissionais tem entre 36 e 45 anos de idade; 24% tem entre 46 e 55 anos de idade; 23% entre 25 e 35 anos de idade e 20% apresenta 56 ou mais anos de idade (Figura 14).

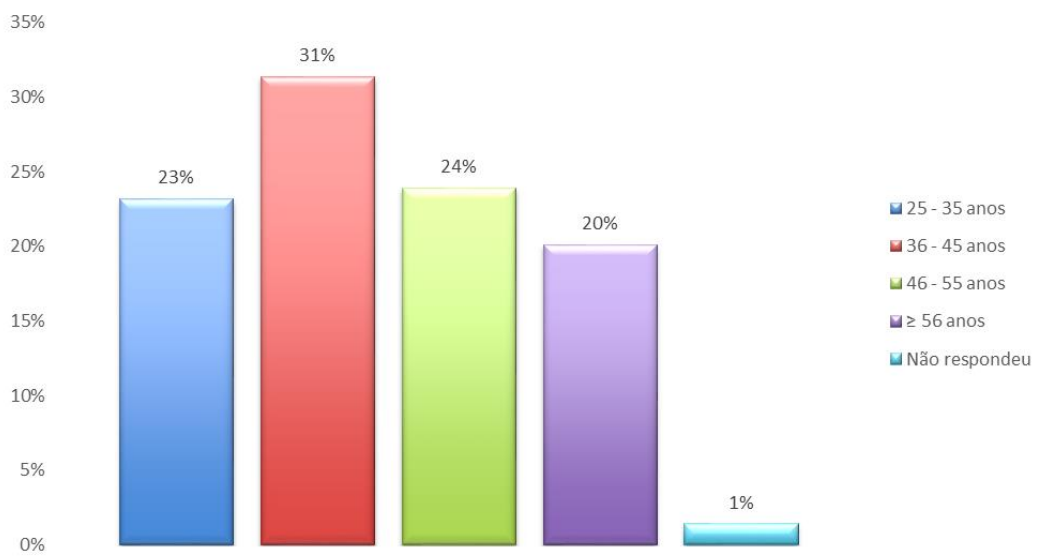


FIGURA 14 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

3.4. RESULTADOS GLOBAIS E PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES

Nesta secção é feita uma análise dos resultados por dimensão e por item que compõe cada dimensão.

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 a unidade de análise é a média de respostas positivas.

3.4.1. Análise por dimensão

Na Figura 15 são apresentados os resultados das dez dimensões da cultura de segurança do doente a nível nacional, correspondendo o valor mais baixo (21%) à dimensão D10 *Pressão e ritmo de trabalho* e o mais elevado (77%) à dimensão D2. *Seguimento do doente* (Figura 15).

As dimensões D10 *Pressão e ritmo de trabalho* com 21%, D6 *Apoio pela gestão de topo* com 29% e D5. *Formação e treino dos profissionais* com 46% são aquelas onde as ações de melhoria deverão ser prioritárias, pelo facto de apresentarem percentagens inferiores a 50%.



FIGURA 15 - DISTRIBUIÇÃO PELAS 10 DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

3.4.2. Análise e principais recomendações por item

De seguida apresentam-se os resultados em percentagem dos itens que integram cada uma das dez dimensões em estudo (da Figura 16 à Figura 25), bem como recomendações/sugestões para a implementação de ações de melhoria, a nível local e regional.

Relativamente à dimensão D1 *Trabalho em equipa*, verifica-se que o item C13 - “A ênfase para o trabalho em equipa, de forma a atender aos utentes” é significativamente diferente dos restantes, tendo 11% a menos dos itens C1 e C2 e 15% do item C5, pelo que deverá ser alvo de ações de melhoria.

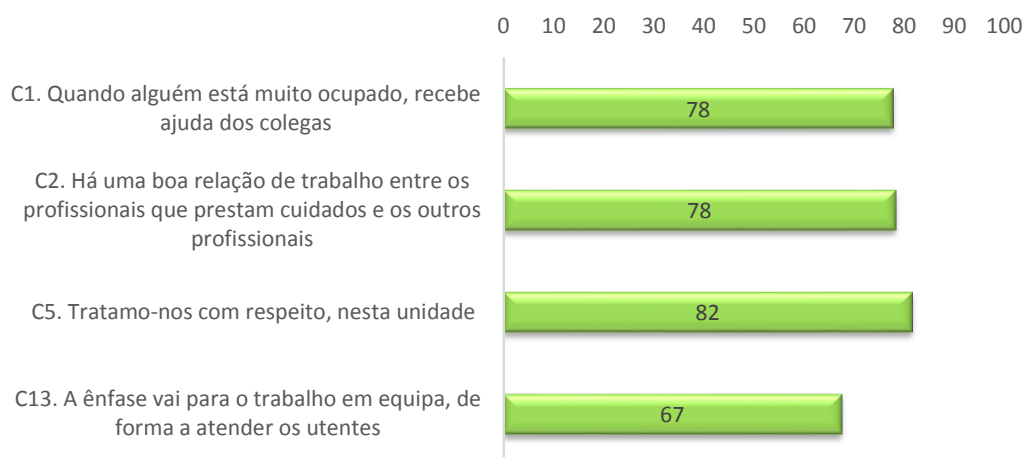


FIGURA 16 - D1 TRABALHO EM EQUIPA

Recomendação de ação de melhoria:

- Desenvolver ações de formação em Comunicação e Trabalho em Equipa.

Na dimensão D2 *Seguimento do doente* verifica-se que o item D9 “Fazemos seguimento aos doentes que necessitam de monitorização”, que obteve 88%, foi identificado como ponto forte.

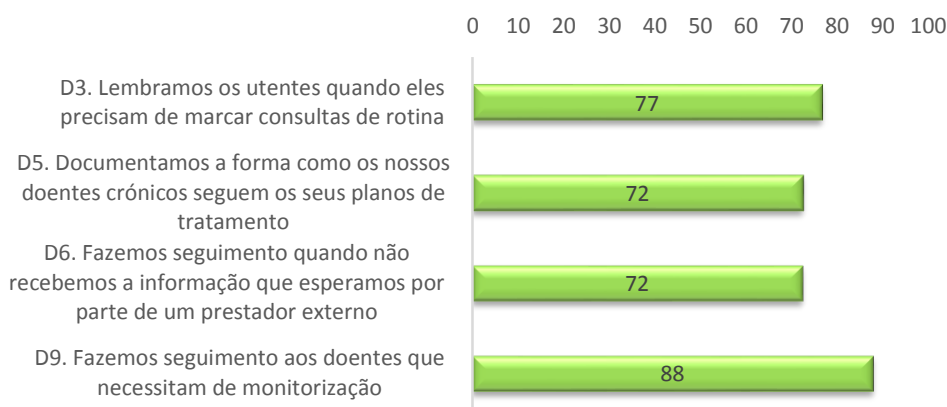


FIGURA 17 - D2 SEGUIMENTO DO DOENTE

Recomendações de ação de melhoria:

- Utilizar meios de comunicação diferenciados de acordo com os vários públicos (telefone, SMS, email, etc.), para assegurar o seguimento do doente.
- Criar redes entre diferentes níveis de cuidados.
- Garantir a articulação com os cuidados domiciliários, bem como com os cuidados continuados.
- Criar parcerias/protocolos com entidades locais para promover o acompanhamento de pessoas idosas/em domicílio.
- Informar e envolver os doentes nos cuidados.

Quanto à dimensão D3 *Aprendizagem organizacional* verifica-se que os itens F5 - “Esta unidade é boa a adequar os procedimentos, de forma a assegurar que os erros não se repitam” e F7 - “Depois de fazermos mudanças para melhorar os procedimentos da prestação de cuidados, procedemos à avaliação para verificar se as mudanças funcionam” devem ser alvo de ação de melhoria.

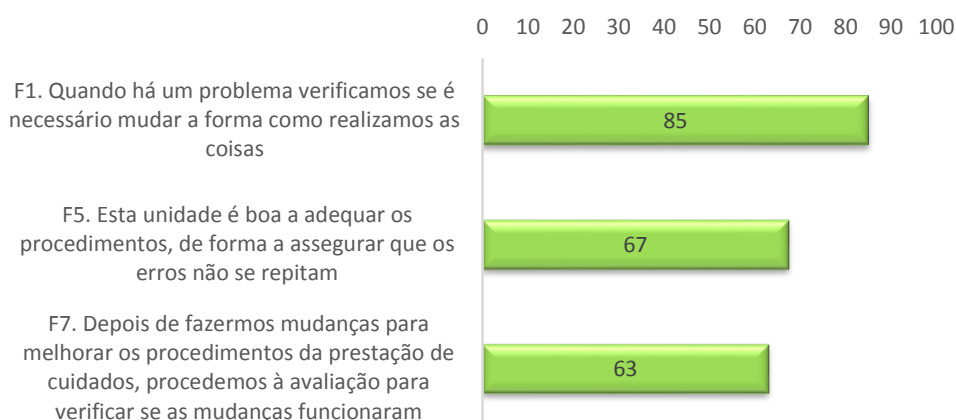


FIGURA 18 - D3 APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

Recomendações de ação de melhoria:

- Introduzir inovação, aprendizagem e trabalho em rede, na identificação e resolução de problemas e erros.
- Desenvolver competências em gestão de risco (fatores humanos e sistémicos) e promover uma cultura não punitiva, privilegiando a aprendizagem com a notificação.

Na dimensão D4 *Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente*, os itens F3R¹ - "Cometemos mais erros do que devíamos", com 63%, e F6R1 - "A quantidade de trabalho é mais importante que a qualidade dos cuidados", com 69%, apresentam percentagens inferiores em 14% e 8%, respetivamente, face ao item F2, sendo considerados itens com oportunidades de melhoria.

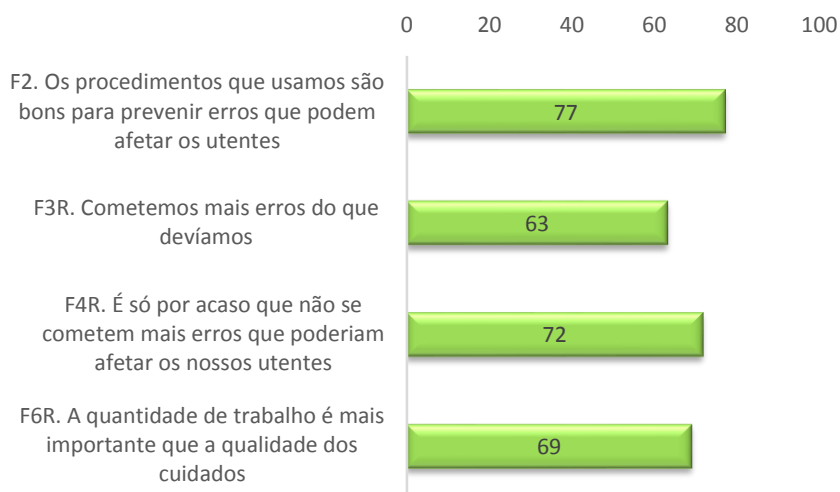


FIGURA 19 - D4 PERCEÇÕES GERAIS SOBRE A QUALIDADE E A SEGURANÇA DO DOENTE

Recomendações para ações de melhoria:

- Criar estratégias para a divulgação e disponibilização de materiais sobre práticas seguras. Ex: Guia de acolhimento do doente na instituição.
- Sensibilizar/dar formação a todos os profissionais e pessoal da saúde sobre a Segurança do Doentes e a cultura de segurança de uma instituição.
- Informar e envolver os doentes nas estratégias de promoção da segurança do doente.

Relativamente à dimensão D5 *Formação e treino dos profissionais*, os três itens que a compõem apresentam percentagens baixas, pelo que nesta dimensão existem oportunidades de melhoria. No entanto, o item C7 destaca-se positivamente com 16% de diferença face ao item C4 e com 17% face ao item C10R¹.

¹ Um "R" indica um item colocado pela negativa, onde o percentual de respostas positivas é baseado nas respostas "discordo fortemente" ou "discordo" ou "nunca" ou "raramente" (dependendo da escala usada).

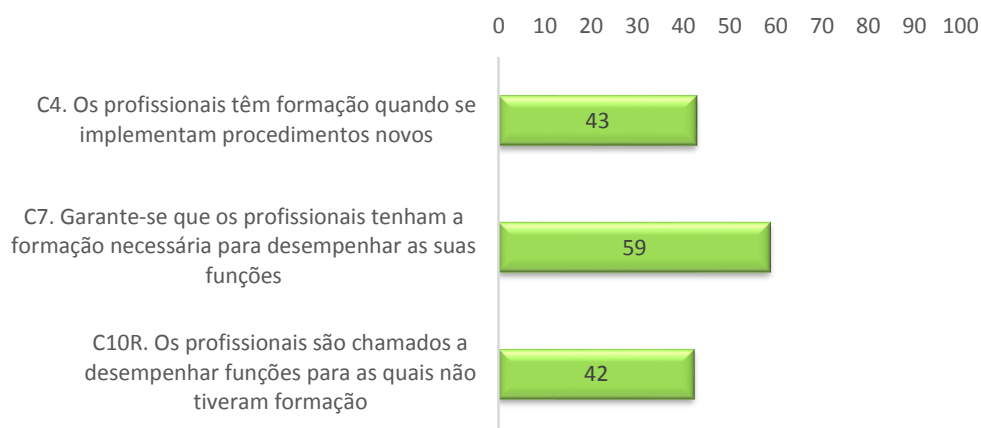


FIGURA 20 - D5 FORMAÇÃO E TREINO DOS PROFISSIONAIS

Recomendações para ações de melhoria:

- Atualizar o Guia de integração de novos profissionais.
- Adotar um programa para a educação e formação em Segurança do Doente, envolvendo os grupos profissionais.

Quando observadas as percentagens obtidas em cada item que compõe a dimensão D6 *Apoio pela gestão de topo*, verifica-se que são muito baixas, resultando numa média de 29%, pelo que esta dimensão é considerada prioritária no que se refere às ações de melhoria.

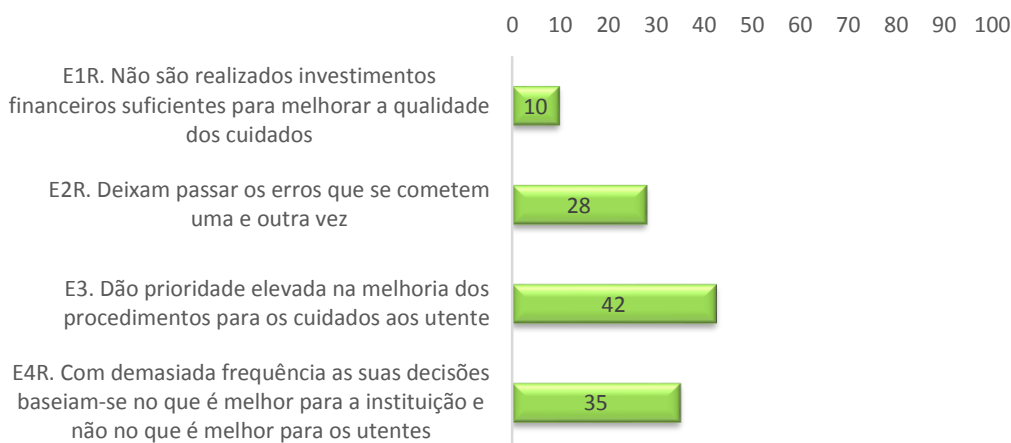


FIGURA 21 - D6 APOIO PELA GESTÃO DE TOPO

Recomendações para ações de melhoria:

- Designar um facilitador de segurança por cada unidade.
- Envolver os coordenadores na implementação de ações que demonstrem o seu compromisso com a segurança do doente (por exemplo, incluindo indicadores associados com a cultura de segurança nos processos de contratualização interna).

A dimensão D7 *Comunicação acerca do erro*, que obteve uma média de 55%, apresenta um item (D7R¹) com percentagem inferior a 50%, com 22 pontos percentuais de diferença em relação ao item D11, que obteve a melhor percentagem (63%) nesta dimensão.

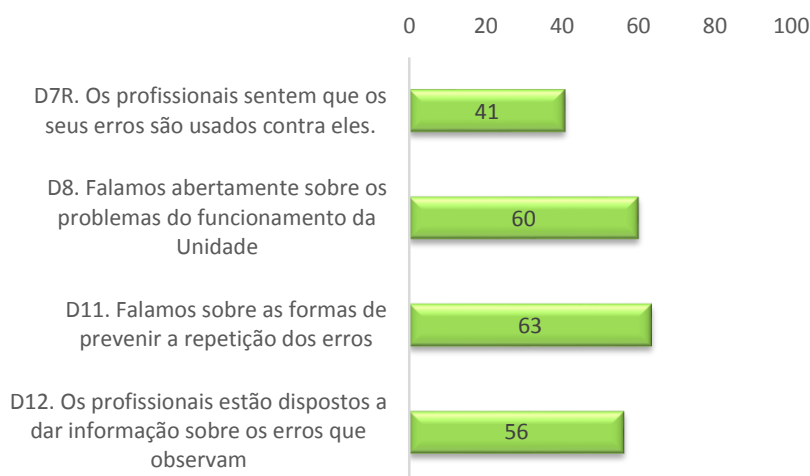


FIGURA 22 - D7 COMUNICAÇÃO ACERCA DO ERRO

Recomendações para ações de melhoria:

- Fomentar a notificação de incidentes, tanto dos profissionais, como dos cidadãos, e assegurar que é dado feedback ao notificador sobre as melhorias institucionais implementadas como resultado da notificação realizada.
- Criar mecanismos de comunicação dentro da instituição.

Relativamente à dimensão D8 *Abertura na Comunicação*, verifica-se que o item D2 - “Os funcionários são incentivados a expressar outros pontos de vista” é inferior ao item D4R¹, em 10%, pelo que deverá ser alvo de ações de melhoria.

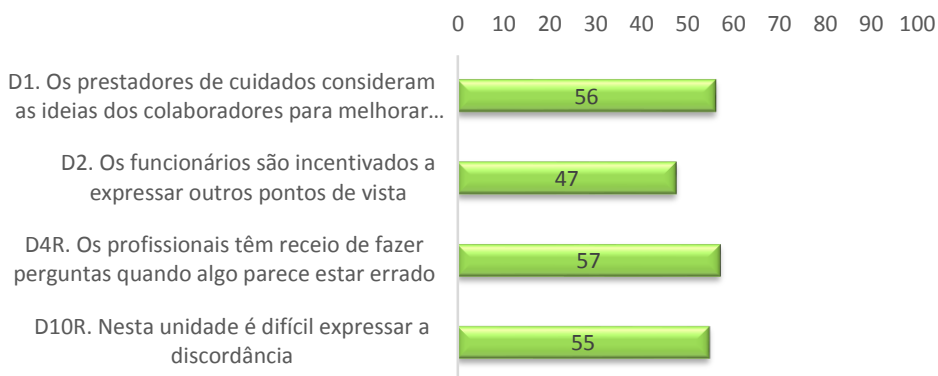


FIGURA 23 - D8 ABERTURA NA COMUNICAÇÃO

Recomendações para ações de melhoria:

- Realizar visitas e reuniões entre as direções intermédias e os profissionais de saúde para promover o diálogo.

A dimensão D9 *Processos administrativos e uniformização de procedimentos*, que obteve uma média de 54%, é composta por quatro itens. O item C15 - “Os profissionais seguem procedimentos normalizados no seu trabalho” é considerado ponto forte dado que obteve 72%, enquanto o item C12R¹ - “Temos problemas com o fluxo de trabalho” deverá ser alvo de ações de melhoria pois obteve 26%.

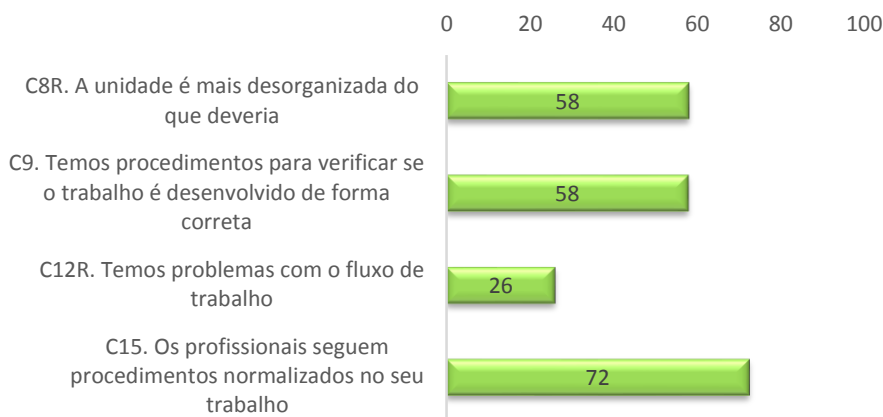


FIGURA 24 - D9 PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Recomendações para ações de melhoria:

- Criar/desenvolver competências em gestão por processos.
- Criar planos de contingência.

A dimensão D10 *Pressão e ritmo de trabalho*, que obteve a classificação mais baixa (21%) é constituída por quatro itens que apresentam percentagens inferiores a 50%, tendo o item C3R¹ - “Muitas vezes sentimos pressão quando estamos a atender os utentes” obtido 9% e o item C11 - “Temos Profissionais suficientes para dar resposta à quantidade de utentes” obtido 33%.

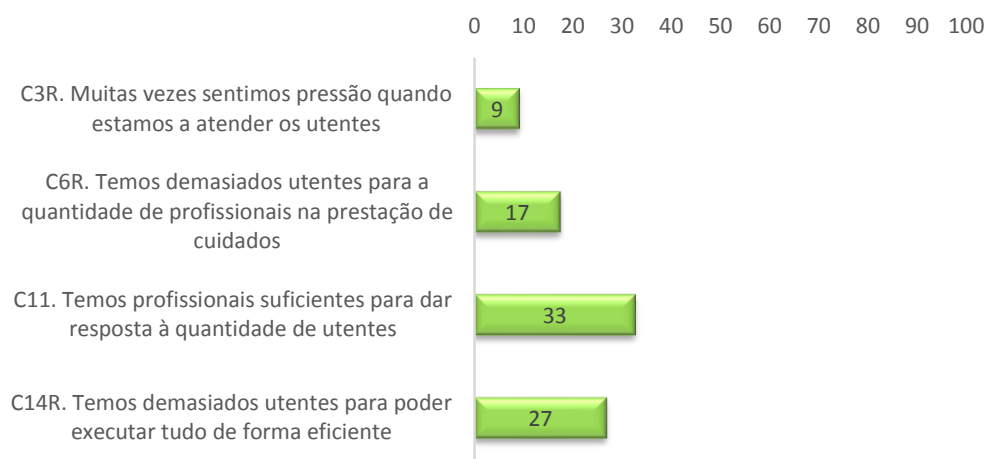


FIGURA 25 - D10 PRESSÃO E RITMO DE TRABALHO

Recomendações para ações de melhoria:

- Prever as necessidades dos doentes e ajustar a capacidade de resposta dos profissionais, adequando os períodos de trabalho assistencial e as modalidades de marcação de consulta.

Na secção A do questionário, onde são efetuadas questões relativas à **qualidade e segurança dos doentes**, questiona-se sobre a frequência com que ocorreram, **nos últimos 12 meses**, situações relacionadas com o acesso aos cuidados, a identificação do doente, os registos e os processos clínicos, os equipamentos médicos, os medicamentos e os diagnósticos e exames complementares.

Acesso aos cuidados (A1)

Cerca de metade dos respondentes (57%) indicaram que, nos últimos 12 meses, não aconteceu a nenhum doente a não marcação de uma consulta num prazo de 48 horas quando se tratou de um problema grave ou sério (Figura 26).

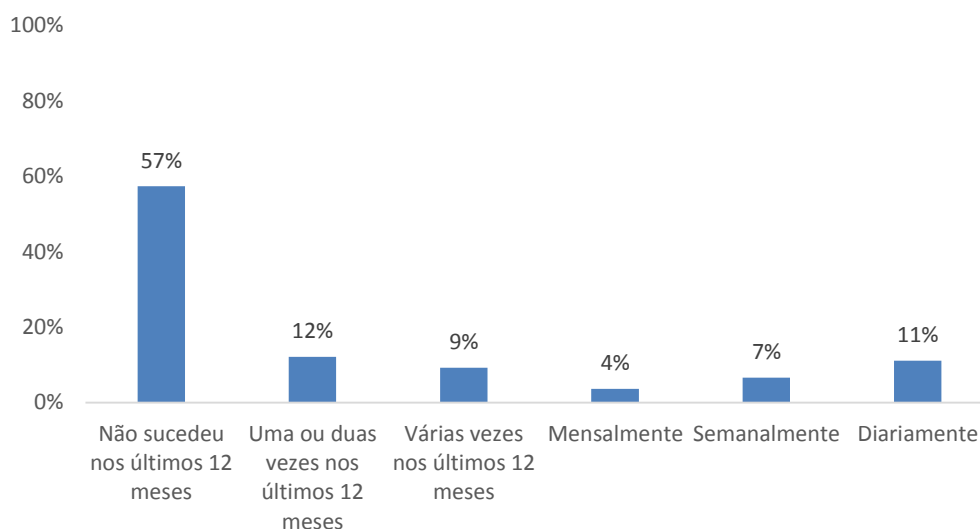


FIGURA 26 - ACESSO AOS CUIDADOS (A1)

Identificação do doente (A2)

No que diz respeito à identificação do doente, 73% expressou que, nos últimos 12 meses, não foi utilizado um processo clínico que não correspondia ao do doente (Figura 27).

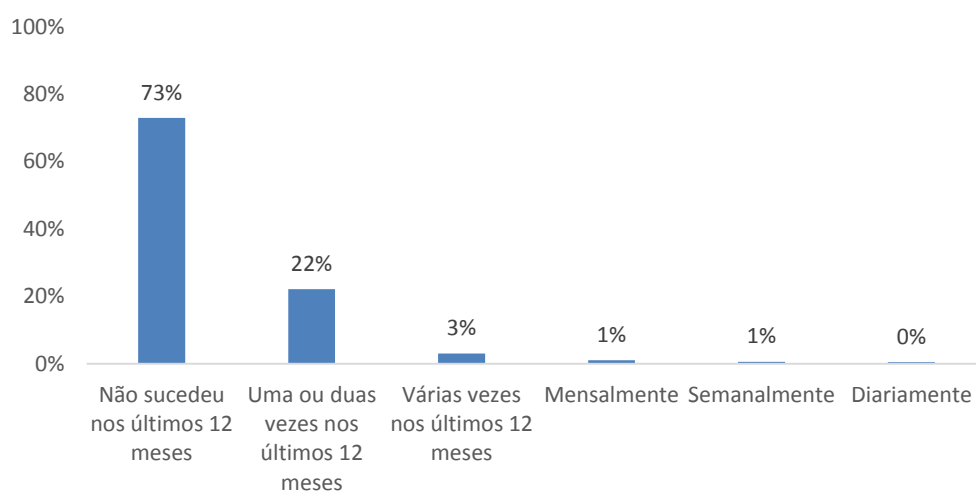


FIGURA 27 - IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (A2)

Registos e processos clínicos (A3 e A4)

No que diz respeito à disponibilidade dos processos clínicos, 50% dos respondentes indicaram que, nos últimos 12 meses, não aconteceu um processo clínico não estar disponível quando era necessário (Figura 28).

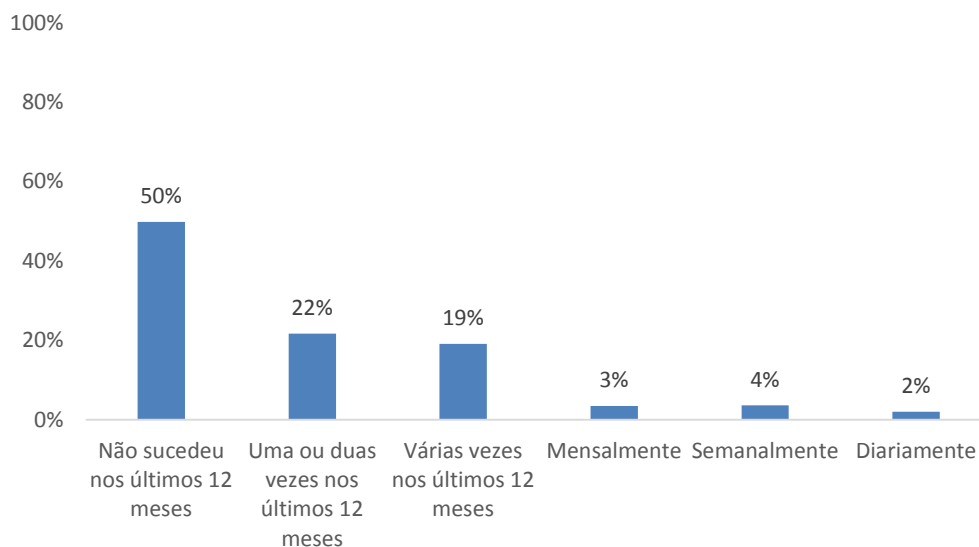


FIGURA 28 - REGISTOS E PROCESSOS CLÍNICOS (A3)

Cerca de 71% dos respondentes expressaram que, nos últimos 12 meses, não aconteceu o arquivo, a digitalização ou a introdução de informação clínica no processo clínico que não corresponder ao do doente (Figura 29).

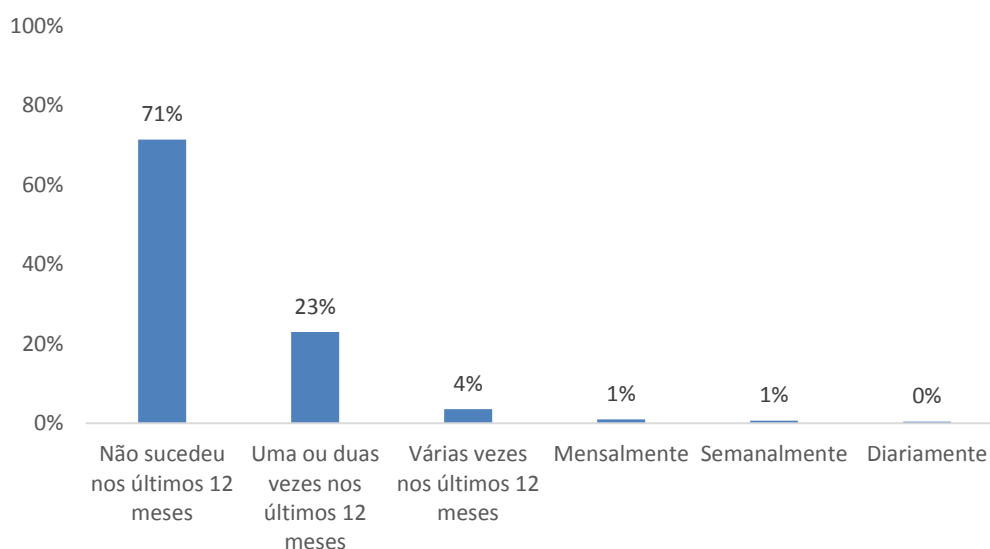


FIGURA 29 - REGISTOS E PROCESSOS CLÍNICOS (A4)

Equipamento médico (A5)

No que diz respeito ao equipamento médico, apenas 15% dos inquiridos indicaram que, nos últimos 12 meses, o equipamento médico não funcionava adequadamente ou necessitava de substituição (Figura 30).

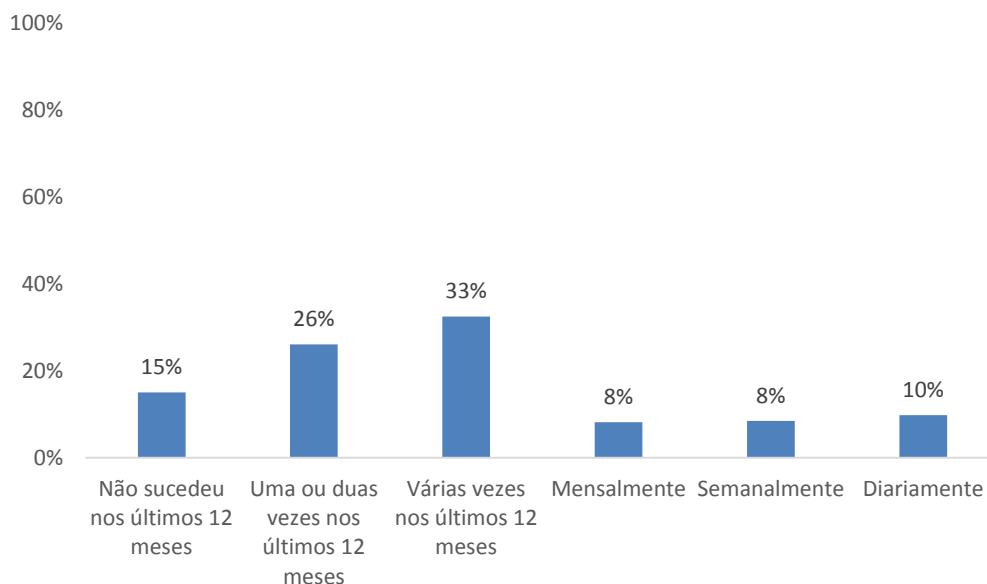


FIGURA 30 - EQUIPAMENTO MÉDICO (A5)

Medicamentos (A6 e A7)

Na área dos medicamentos, apenas 30% dos respondentes indicaram que, nos últimos 12 meses, não ocorreu o contacto de uma farmácia para clarificar ou corrigir uma receita (Figura 31).

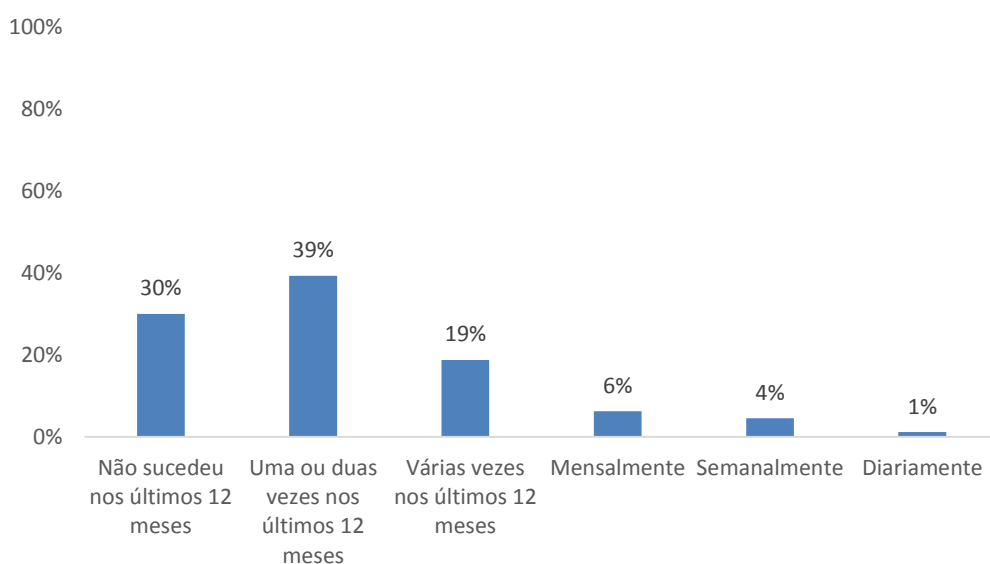


FIGURA 31 - MEDICAMENTOS (A6)*

* Devido aos arredondamentos, o somatório das percentagens poderá ser diferente de 100.

Ainda na área do medicamento, 28% dos respondentes indicaram que, nos últimos 12 meses, a lista de medicamentos do doente não foi atualizada durante a sua consulta (Figura 32).

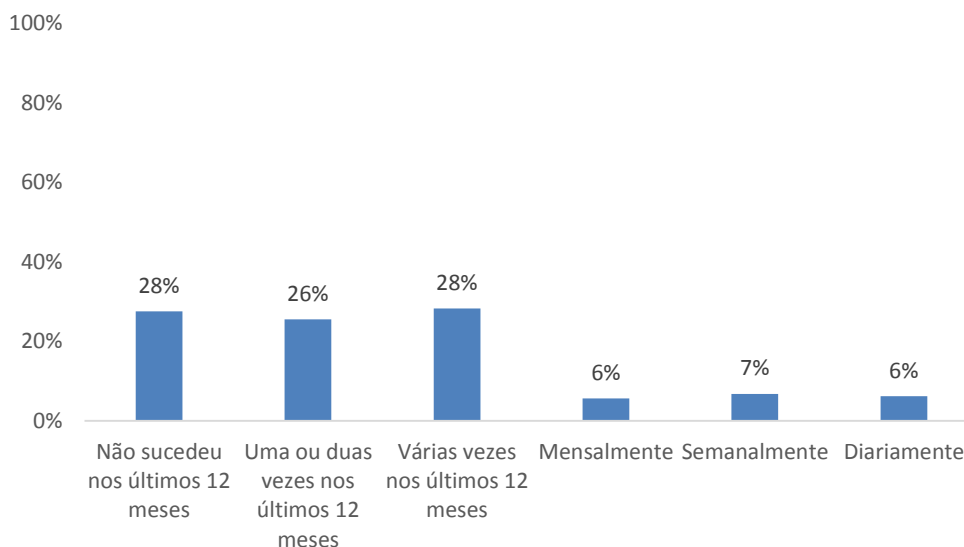


FIGURA 32 - MEDICAMENTOS (A7)*

Diagnósticos e exames complementares (A8 e A9)

Na área dos diagnósticos e exames complementares, 25% dos respondentes indicaram que, nos últimos 12 meses, não sucedeu os resultados dos exames laboratoriais ou de imagem não estarem disponíveis quando foi necessário (Figura 33).

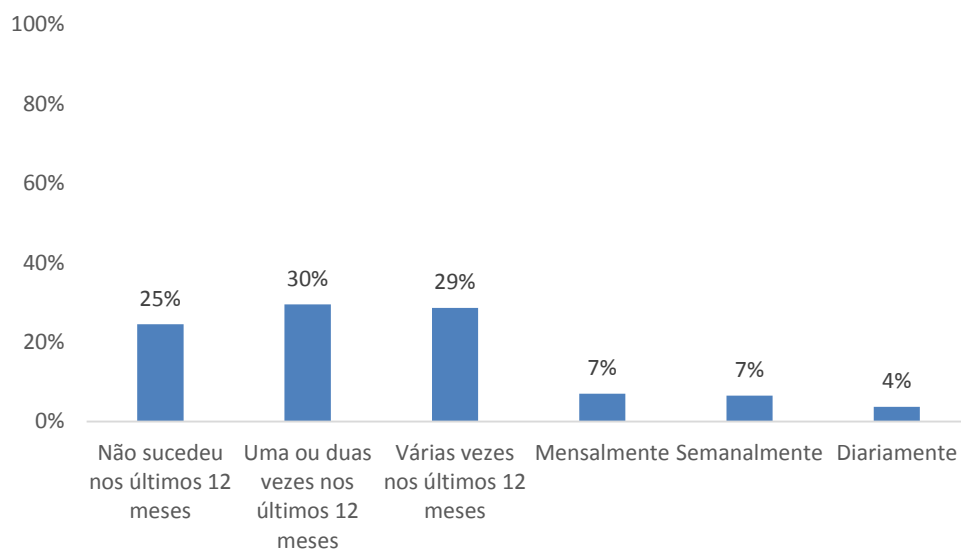


FIGURA 33 - DIAGNÓSTICOS E EXAMES COMPLEMENTARES (A8)*

* Devido aos arredondamentos, o somatório das percentagens poderá ser diferente de 100.

Cerca de metade dos respondentes (59%) indicaram que, nos últimos 12 meses, não sucedeu não ter sido dado seguimento, no prazo de 1 dia útil, a um resultado anormal de laboratório ou de imagem (Figura 34).

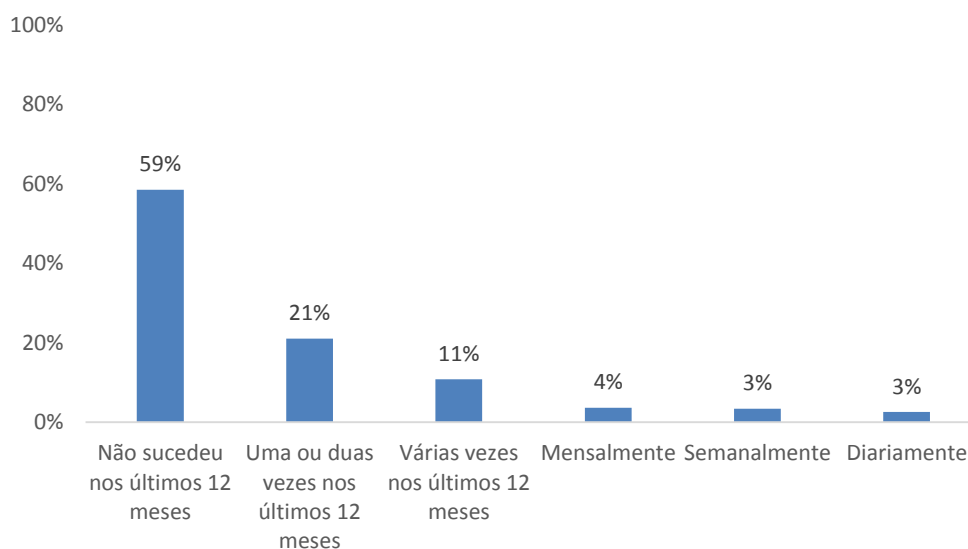


FIGURA 34 - DIAGNÓSTICOS E EXAMES COMPLEMENTARES (A9)*

As áreas com maior potencial de melhoria são as relacionadas com o funcionamento dos equipamentos médicos (A5), a clarificação ou correção de receituário (A6), a atualização da lista de medicamentos do doente (A7) e a indisponibilidade dos resultados de exames laboratoriais ou de imagem (A8).

Na secção B do questionário, os respondentes pronunciaram-se acerca da frequência com que ocorreram, nos últimos 12 meses, problemas com a gestão e troca da informação com laboratórios ou centros de imagem externos, outros consultórios médicos ou médicos externos, com farmácias, hospitais, etc. (B1 a B5).

Laboratórios ou centros de imagem externos (B1)

Quase metade dos respondentes (44%) expressaram que, nos últimos 12 meses, não se verificaram problemas na troca de informação precisa, completa e atempada com laboratórios ou centros de imagem externos (Figura 35).

* Devido aos arredondamentos, o somatório das percentagens poderá ser diferente de 100.

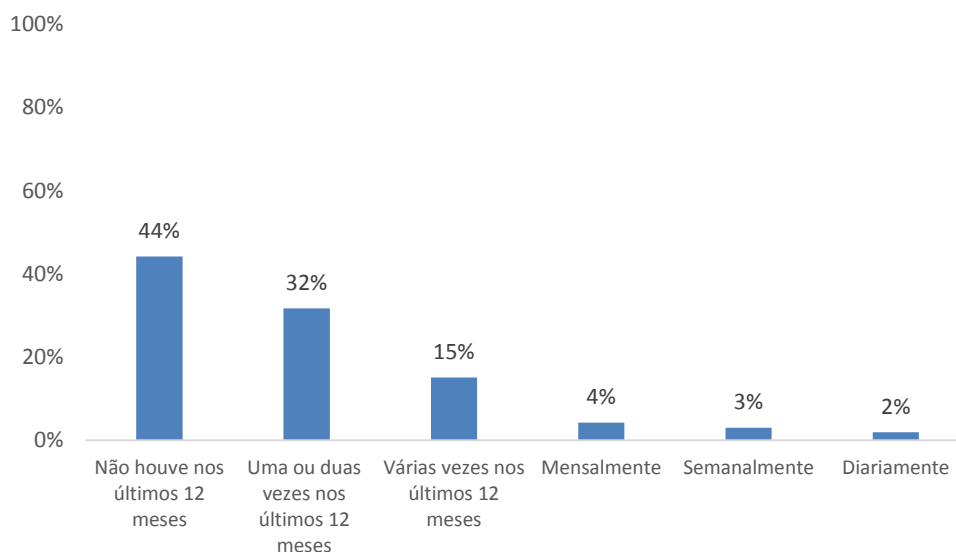


FIGURA 35 - LABORATÓRIOS OU CENTROS DE IMAGEM EXTERNOS (B1)

Outros consultórios médicos ou médicos externos (B2)

Quase metade dos respondentes (43%) indicaram que, nos últimos 12 meses, não se verificaram problemas na troca de informação precisa, completa e atempada com outros consultórios médicos ou médicos externos (Figura 36).

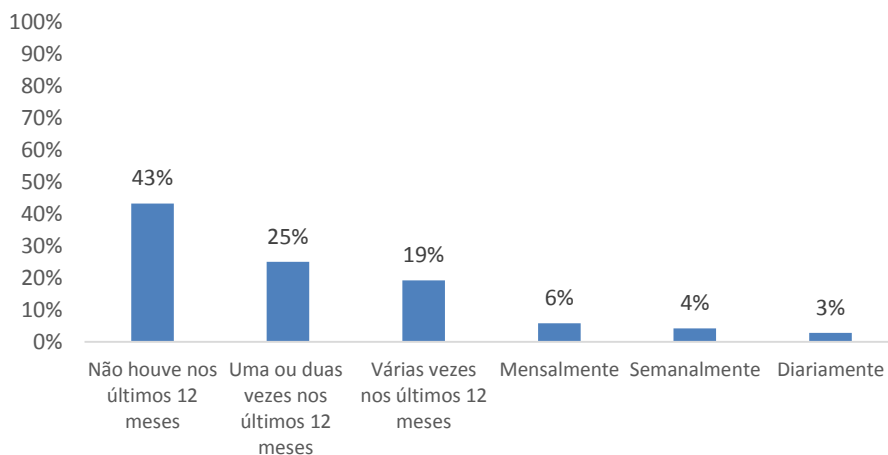


FIGURA 36 - OUTROS CONSULTÓRIOS MÉDICOS OU MÉDICOS EXTERNOS (B2)

Farmácias (B3)

Cerca de metade dos respondentes (47%) indicaram que, nos últimos 12 meses, não se verificaram problemas na troca de informação precisa, completa e atempada com farmácias (Figura 37).

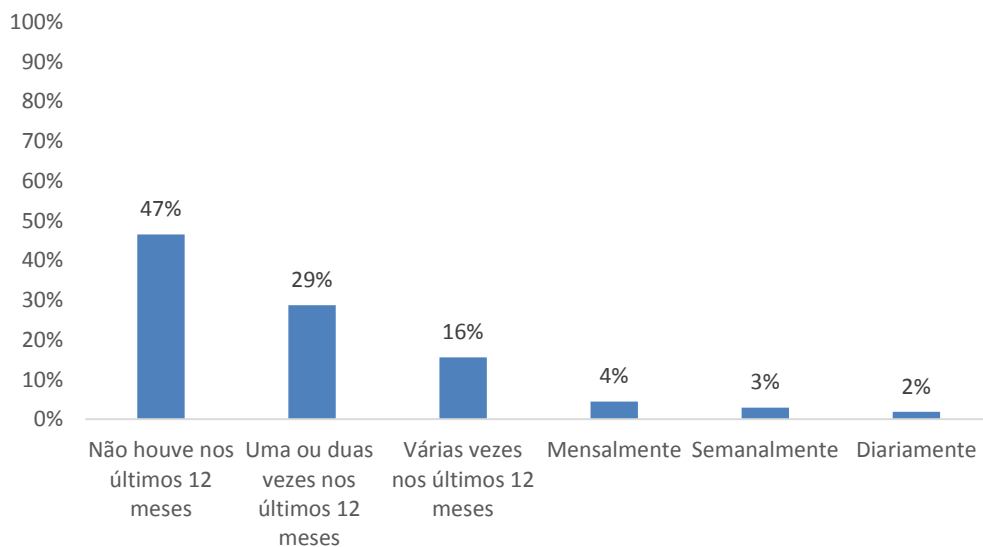


FIGURA 37 - FARMÁCIAS (B3)*

Hospitais (B4)

Apenas 30% dos respondentes indicaram que, nos últimos 12 meses, não se verificaram problemas na troca de informação precisa, completa e atempada com hospitais (Figura 38).

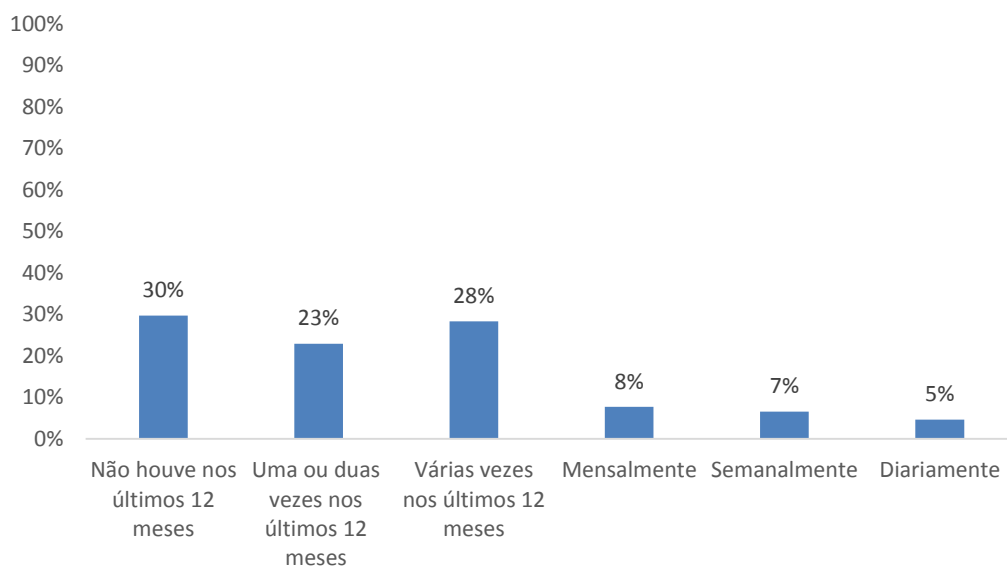


FIGURA 38 - HOSPITAIS (B4)*

* Devido aos arredondamentos, o somatório das percentagens poderá ser diferente de 100

Outro (B5)

Mais de metade dos respondentes (66%) indicou que, nos últimos 12 meses, não se verificaram problemas na troca de informação precisa, completa e atempada com outras instituições (Figura 39).

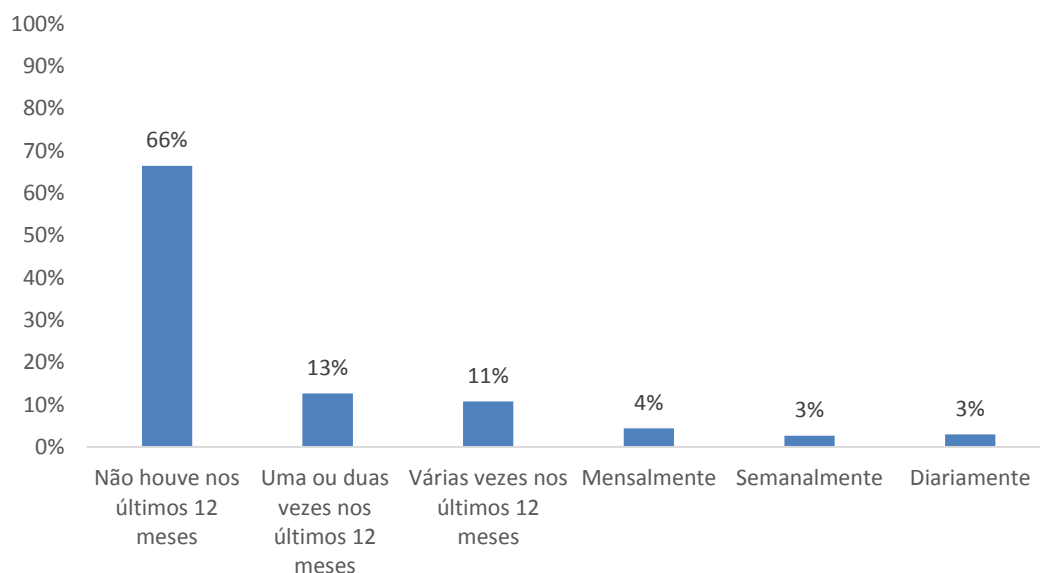


FIGURA 39 - OUTRO (B5)

Na secção G1, quando questionados sobre a qualidade dos cuidados de saúde da sua unidade em cinco áreas - centralização no doente, eficácia, oportunidade, eficiência e equidade - a área melhor classificada é a equidade (G1e) com 78% dos profissionais a considerarem ser "excelente" (39%) ou "muito boa" (38%).

As áreas com maior potencial de melhoria são a da **oportunidade** (G1c) com 52% dos profissionais a considerarem que é "excelente" (11%) ou "muito boa" (41%) e a da **eficiência** (G1d) com 53% dos profissionais a considerarem que é "excelente" (12%) ou "muito boa" (41%).

Em média, 59% dos profissionais deu uma classificação geral para a Segurança do Doente de "excelente" (17%) ou "muito boa" (42%).

G1a. Centralização no doente

Responde às preferências, necessidades e valores de cada doente

Relativamente à Centralização no doente, 58% dos respondentes considerou que a sua Unidade responde às preferências, necessidades e valores de cada doente.

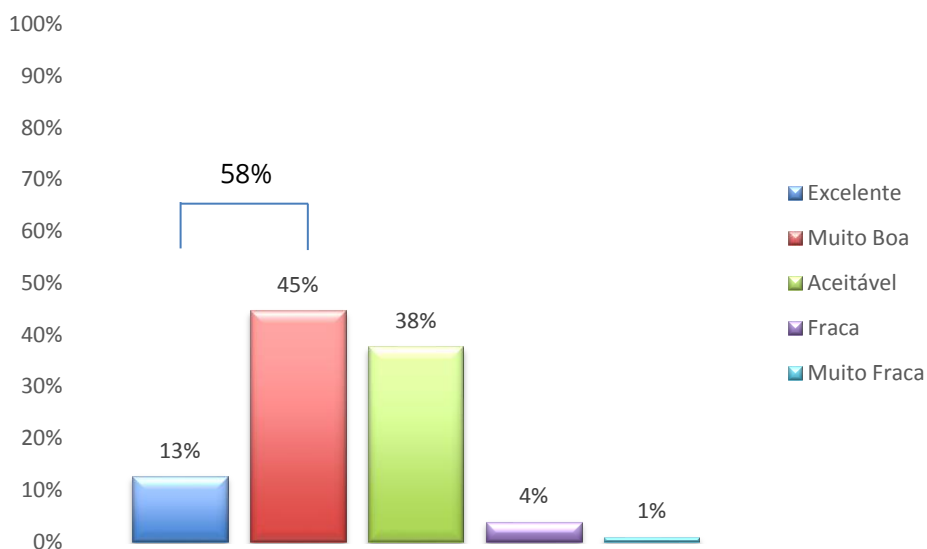


FIGURA 40 - CENTRALIZAÇÃO NO DOENTE (G1a.)*

G1b. Eficácia

Baseia-se na evidência

Quanto à eficácia, 55% dos respondentes expressou que a sua Unidade tem um desempenho baseado na evidência, excelente ou muito bom.

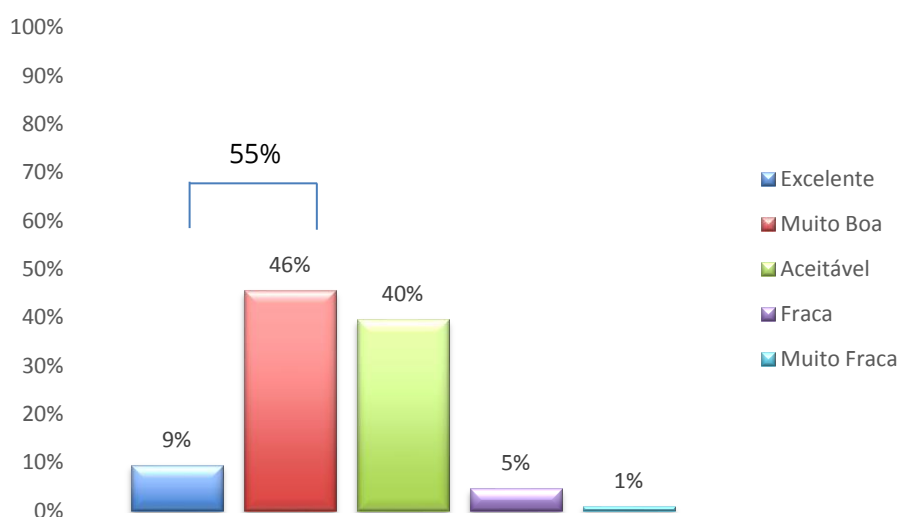


FIGURA 41 - EFICÁCIA (G1b.)*

* Devido aos arredondamentos, o somatório das percentagens poderá ser diferente de 100

G1c. Oportunidade

Minimiza as esperas e os atrasos potencialmente causadores de danos

Quanto à área da oportunidade, verificou-se que 52% considera que a sua unidade minimiza, de forma excelente ou muito boa, as esperas e os atrasos potencialmente causadores de danos.

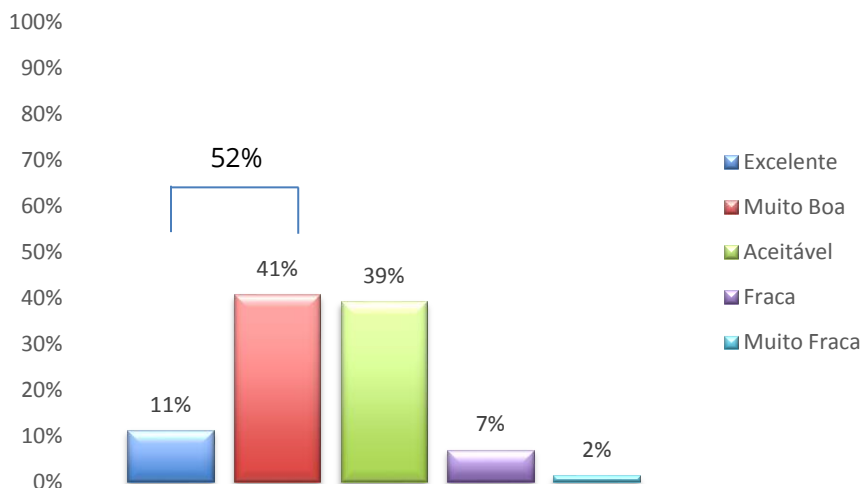


FIGURA 42 - OPORTUNIDADE (G1c.)

G1d. Eficiência

Assegura uma prestação rentável (evita desperdício, abuso e uso incorreto de serviços)

Relativamente à eficiência, constatou-se que 53% considerou que a sua Unidade assegura, de forma excelente ou muito boa, uma prestação que evita desperdício, abuso e uso incorreto de serviços.

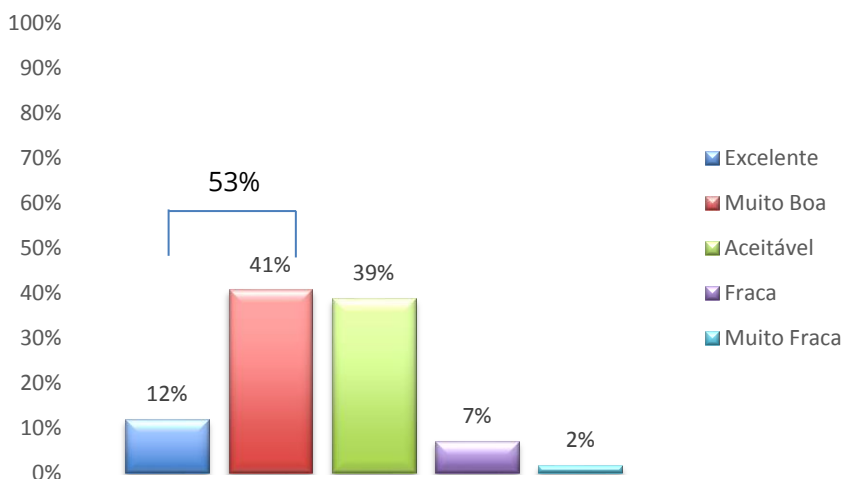


FIGURA 43 - EFICIÊNCIA (G1d.)*

* Devido aos arredondamentos, o somatório das percentagens poderá ser diferente de 100

G1e. Equidade

Administra a mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas sem privilegiar o género, a raça, a etnia, o nível socioeconómico, idioma, etc.

Relativamente à Equidade, 77% dos respondentes considerou que a sua unidade é excelente ou muito boa na prestação da mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas sem privilegiar o género, a raça, a etnia, o nível socioeconómico, idioma, etc.

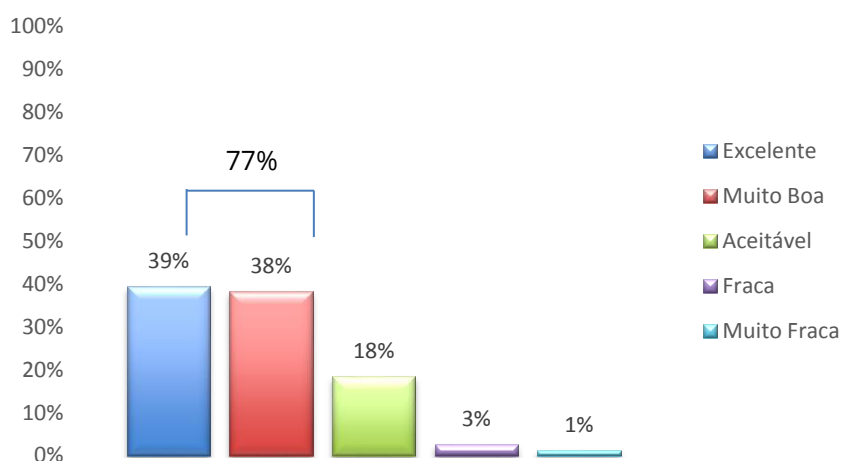


FIGURA 44 - EQUIDADE (G1e.)

Relativamente à classificação geral sobre a segurança do doente, 51% dos profissionais considerou que os sistemas e procedimentos clínicos, que a sua Unidade tem estabelecido para prevenir, detetar e corrigir problemas que tenham potencial para afetar os doentes (Figura 45) são “excelentes” ou “muito bons”.

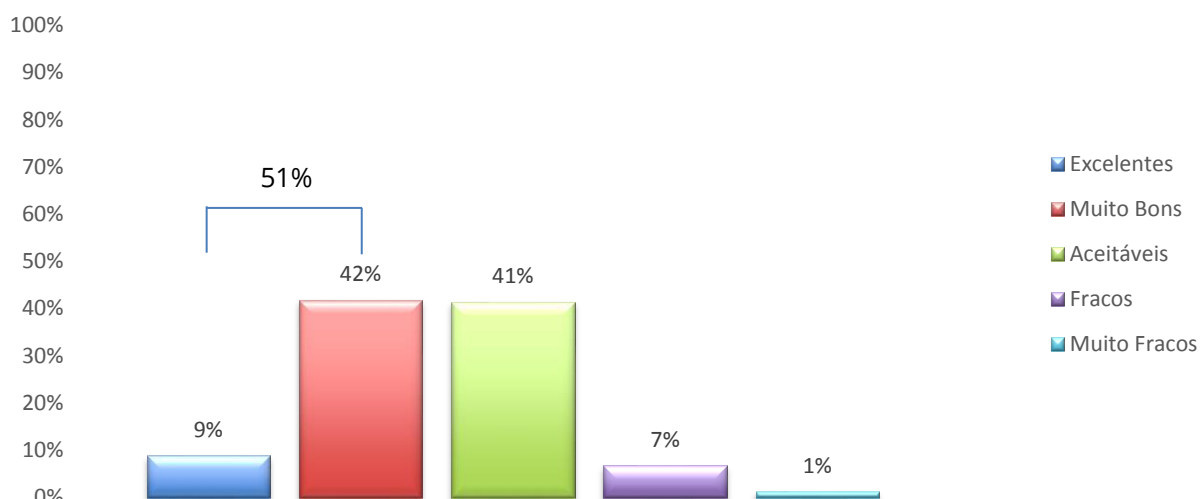


FIGURA 45 - AVALIAÇÃO SOBRE A SEGURANÇA DO DOENTE (G2)

3.5. RESULTADOS POR GRUPOS DE ACES

Na análise por grupos de ACeS são consideradas as 48 Unidades de Portugal Continental e distribuídas por 4 grupos.

Quando comparados os resultados por Grupos de ACeS, conforme *benchmarking* da ACSS para 2015, verificamos que o Grupo 2 apresenta duas dimensões – D7 *Comunicação acerca do erro* e D8 *Abertura na Comunicação* - com percentagens superiores às percentagens nacionais, enquanto o Grupo 1 apresenta, nas mesmas dimensões, percentagens inferiores às nacionais. O Grupo 3 e o Grupo 4 apresentam percentagens inferiores às nacionais numa dimensão, designadamente na D10 *Pressão e Ritmo de trabalho* e na D6 *Apoio pela Gestão de Topo*. (Figura 46).

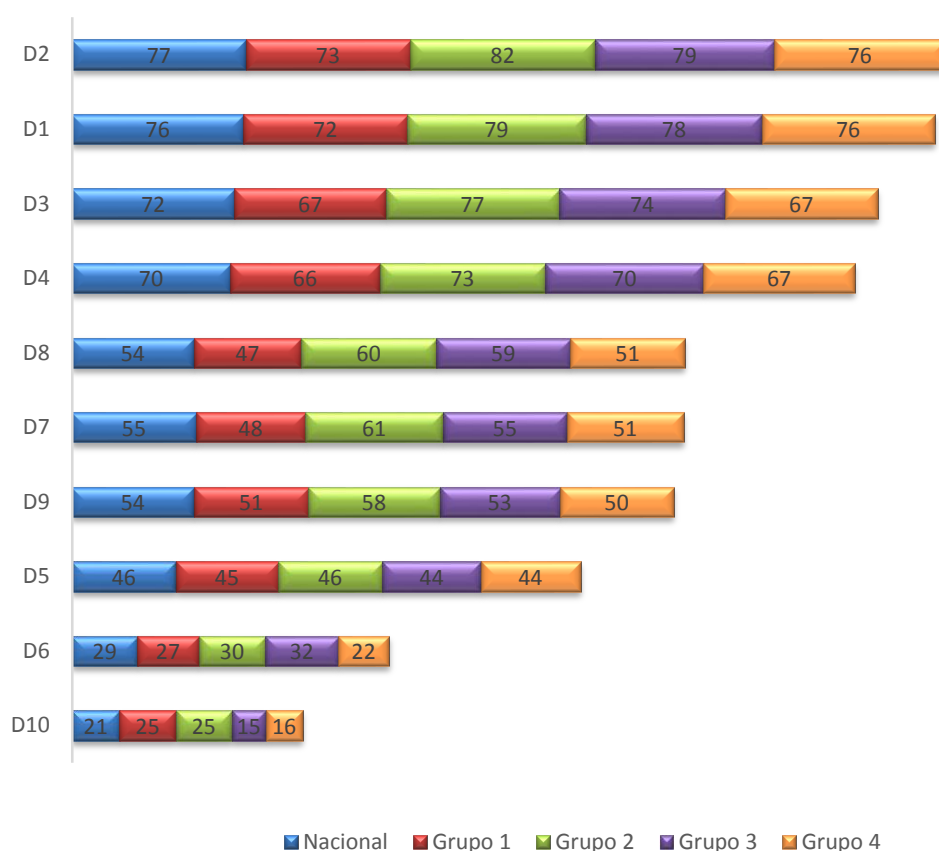


FIGURA 46 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS ÀS DIMENSÕES AO NÍVEL NACIONAL E POR GRUPOS

Nas tabelas seguintes (da Tabela 3 à Tabela 6) apresentam-se as médias das respostas às dimensões da cultura de segurança do doente, nas Unidades que constituem cada grupo de ACeS e serão apenas objeto de análise as 29 unidades com taxa de adesão igual ou superior a 15%.

Na Tabela 3, verifica-se que 7 unidades de saúde que pertencem ao Grupo 1 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 18,5% e 36,9%.

Podemos ainda constatar que a U13, que obteve uma taxa de adesão de 27,9%, apresenta duas dimensões com percentagens superiores às percentagens nacionais e oito dimensões com

percentagens iguais ou superiores a 50%. Por outro lado, a U3 obteve percentagens inferiores a 50% em seis dimensões (Tabela 3).

TABELA 3 - BENCHMARKING UNIDADES DO GRUPO 1

Dimensões	Resultados (Média em %)								
	U3	U4	U7	U9	U10	U13	U14	Grupo 1	Nacional
1. Trabalho em equipa	58	75	71	62	73	80	77	72	76
2. Seguimento do doente	62	75	74	69	72	66	73	73	77
3. Aprendizagem organizacional	53	71	61	64	67	75	71	67	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente	57	68	68	63	69	72	68	66	70
5. Formação e treino dos profissionais	39	45	43	46	48	52	41	45	46
6. Apoio pela gestão de topo	29	28	21	26	34	23	30	27	29
7. Comunicação acerca do erro	36	53	38	41	47	55	51	48	55
8. Abertura na comunicação	36	52	37	38	43	50	47	47	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	37	52	53	49	50	55	51	51	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	23	28	30	27	27	27	20	25	21

Quanto às oportunidades de melhoria, no Grupo 1 foram identificadas cinco dimensões que obtiveram percentagens inferiores a 50%, nomeadamente as dimensões D10 - *Pressão e ritmo de trabalho* (25%); D6 *Apoio pela gestão de topo* (27%); D5 *Formação e treino dos profissionais* (45%); D8 *Abertura na comunicação* (47%) e D7. *Comunicação acerca do erro* (48%).

Na Tabela 4 verifica-se que onze unidades de saúde que integram o Grupo 2 obtiveram taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 17,1% e 31,3%.

A unidade que apresenta percentagens superiores às nacionais, em todas as dimensões é a U29, seguida da U19, em oito dimensões, e da U20 em sete dimensões. As Unidades U22, U27, U29 e U30 obtiveram percentagens iguais ou superiores a 50% em oito dimensões (Tabela 4).

Quanto às oportunidades de melhoria, no Grupo 2 foram identificadas três dimensões que obtiveram percentagens inferiores a 50%, nomeadamente as dimensões D10 *Pressão e ritmo de trabalho* (25%); D6 *Apoio pela gestão de topo* (30%); D5 *Formação e treino dos profissionais* (46%).

TABELA 4 - BENCHMARKING UNIDADES DO GRUPO 2

Dimensões	Resultados (Média em %)												
	U15	U17	U19	U20	U22	U23	U25	U26	U27	U29	U30	Grupo 2	Nacional
1. Trabalho em equipa	82	72	88	80	83	79	81	81	80	84	76	79	76
2. Seguimento do doente	80	74	85	84	83	87	79	85	90	89	82	82	77
3. Aprendizagem organizacional	78	66	88	83	71	71	74	78	78	83	75	77	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do Doente	75	67	83	81	70	72	73	78	75	81	69	73	70
5. Formação e treino dos profissionais	48	41	47	45	50	46	47	49	50	53	52	46	46
6. Apoio pela gestão de topo	30	27	36	32	27	25	30	32	36	39	26	30	29
7. Comunicação acerca do erro	63	53	71	69	61	51	61	64	58	69	55	61	55
8. Abertura na comunicação	64	53	69	66	64	54	59	62	57	67	52	60	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	57	49	64	68	56	54	59	58	62	66	60	58	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	26	20	26	37	21	21	30	21	25	31	15	25	21

Na Tabela 5, verifica-se que quatro unidades de saúde que pertencem ao Grupo 3 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 17,4% e 32,7%.

Verifica-se, ainda, que a U36, com uma taxa de adesão de 32,7%, apresenta sete dimensões com percentagens superiores às percentagens nacionais e sete dimensões com percentagens iguais ou superiores a 50%. A U32 obteve em quatro dimensões percentagens inferiores às percentagens nacionais (Tabela 5).

No Grupo 3 foram identificadas três dimensões como oportunidades de melhoria pelo facto de terem obtido percentagens inferiores a 50%, nomeadamente as dimensões D10 *Pressão e ritmo de trabalho* (15%); D6 *Apoio pela gestão de topo* (32%) e D5 *Formação e treino dos profissionais* (44%).

TABELA 5 - BENCHMARKING UNIDADES DO GRUPO 3

Dimensões	Resultados (Média em %)					
	U32	U33	U34	U36	Grupo 3	Nacional
1. Trabalho em equipa	80	74	77	87	78	76
2. Seguimento do doente	79	76	75	76	79	77
3. Aprendizagem organizacional	74	73	74	80	74	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do Doente	60	70	67	80	70	70
5. Formação e treino dos profissionais	51	43	41	41	44	46
6. Apoio pela gestão de topo	19	36	20	41	32	29
7. Comunicação acerca do erro	55	57	51	64	55	55
8. Abertura na comunicação	58	57	61	61	59	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	46	51	54	60	53	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	6	14	14	19	15	21

Na Tabela 6 verifica-se que sete unidades de saúde que pertencem ao Grupo 4 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 21,5% e 50,6%.

No Grupo 4 destaca-se positivamente a U44, que obteve uma taxa de adesão de 34,7%, pelo facto de apresentar quatro dimensões com percentagens superiores às percentagens nacionais e sete dimensões com percentagens iguais ou superiores a 50%. A U48 obteve percentagens iguais ou superiores a 50% em oito dimensões (Tabela 6).

À semelhança dos Grupos 2 e 3, também no Grupo 4 foram identificadas três dimensões com oportunidades de melhoria, pelo facto de terem obtido percentagens inferiores a 50%, nomeadamente as dimensões D10 *Pressão e ritmo de trabalho* (16%); D6 *Apoio pela gestão de topo* (22%); D5 *Formação e treino dos profissionais* (44%).

TABELA 6 - BENCHMARKING UNIDADES DO GRUPO 4

Dimensões	Resultados (Média em %)								
	U38	U40	U41	U44	U45	U47	U48	Grupo 4	Nacional
1. Trabalho em equipa	69	83	80	82	83	67	81	76	76
2. Seguimento do doente	72	75	79	82	80	70	83	76	77
3. Aprendizagem organizacional	61	75	77	78	81	61	77	67	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do Doente	65	73	73	79	72	63	72	67	70
5. Formação e treino dos profissionais	46	39	49	46	43	38	51	44	46
6. Apoio pela gestão de topo	21	28	32	26	30	24	13	22	29
7. Comunicação acerca do erro	42	56	59	61	65	50	64	51	55
8. Abertura na comunicação	41	53	60	59	58	46	58	51	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	45	52	56	59	55	44	60	50	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	19	18	15	15	10	20	20	16	21

3.6. RESULTADOS REGIONAIS

Os resultados obtidos nas dez dimensões da cultura de segurança do doente demonstram que a ARSN e a ARSC obtiveram percentagens mais aproximadas às nacionais em todas as dimensões; a ARSALE obteve percentagem superior à nacional na dimensão D10 e inferior na D2; a ARSALG obteve percentagens inferiores às nacionais em sete dimensões (D1, D3, D4, D6, D7, D8 e D9); e a RAA obteve percentagens inferiores às nacionais em cinco dimensões (D1, D3, D7, D8 e D9) e percentagem superior à nacional na dimensão D6 (Figura 47).

Verificamos, ainda, que a ARSN, a ARSC e a ARSLVT obtiveram uma percentagem igual ou superior a 50% em sete dimensões, a ARSALE em oito dimensões e a ARSALG e a RAA em quatro dimensões.

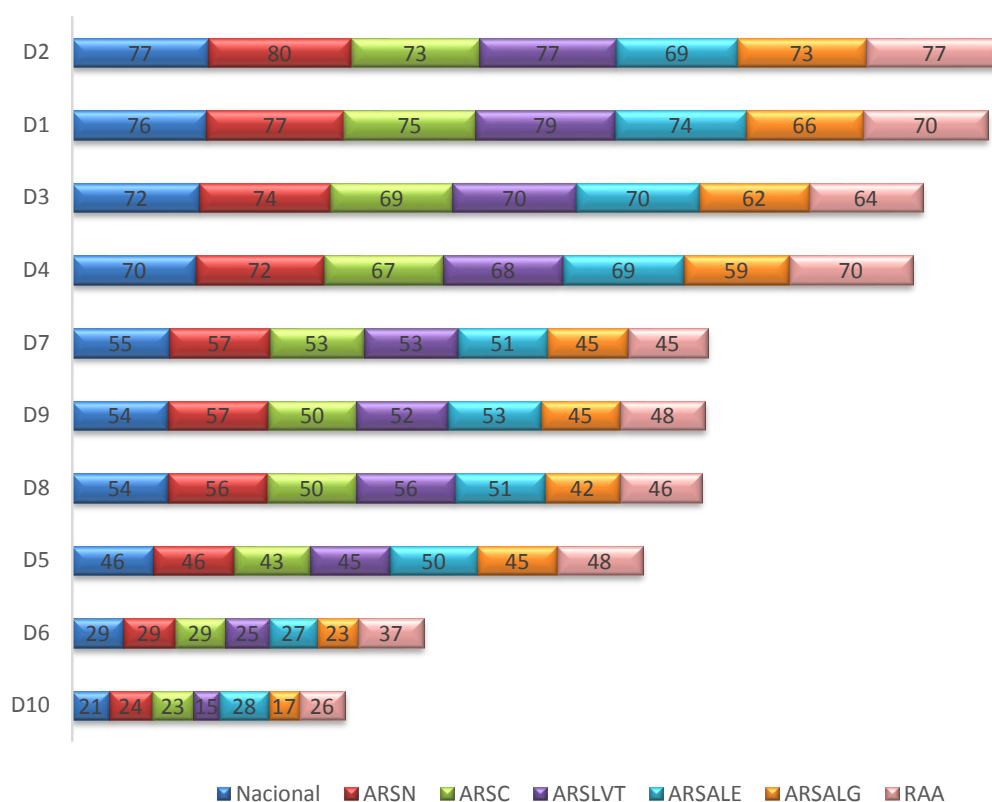


FIGURA 47 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS ÀS DIMENSÕES AO NÍVEL NACIONAL E REGIONAL

Nas tabelas seguintes (da Tabela 7 à Tabela 12) apresentam-se os resultados às dimensões das 34 unidades que obtiveram taxa de adesão igual ou superior a 15%, agrupadas por regiões de saúde.

Na Tabela 7, verifica-se que 15 unidades de saúde que pertencem à ARSN obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 18,5% e 35,2%.

Das 15 unidades apresentadas, 5 (U22, U27, U29, U30 e U48) obtiveram percentagens iguais ou superiores a 50% em oito dimensões, 6 unidades (U19, U20, U23, U25, U26 e U36) obtiveram percentagens iguais ou superiores a 50% em sete dimensões, 3 (U7, U10 e U47) obtiveram

percentagens iguais ou superiores 50% em cinco dimensões e a restante (U9) obteve percentagem igual ou superior a 50% em quatro dimensões.

Na ARSN, destaca-se positivamente a U29, que obteve uma taxa de adesão de 29,8%, pelo facto de apresentar todas as dimensões com percentagens superiores às percentagens nacionais e oito dimensões com percentagens superiores a 50%. A U19, apesar de ter uma taxa de adesão de 20,1%, obteve percentagens superiores às nacionais em oito dimensões e percentagens superiores a 50% em sete dimensões.

A U47 foi identificada como unidade com potencial de melhoria, pois apresenta sete dimensões com percentagens abaixo das percentagens nacionais e apenas metade das dimensões com percentagens iguais ou superiores a 50%.

TABELA 7 - BENCHMARKING UNIDADES DA ARSN

Dimensões	Resultados (Média em %)																
	U7	U9	U10	U19	U20	U22	U23	U25	U26	U27	U29	U30	U36	U47	U48	ARSN	Nacional
1. Trabalho em equipa	71	62	73	88	80	83	79	81	81	80	84	76	87	67	81	77	76
2. Seguimento do doente	74	69	72	85	84	83	87	79	85	90	89	82	76	70	83	80	77
3. Aprendizagem organizacional	61	64	67	88	83	71	71	74	78	78	83	75	80	61	77	74	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente	68	63	69	83	81	70	72	73	78	75	81	69	80	63	72	72	70
5. Formação e treino dos profissionais	43	46	48	47	45	50	46	47	49	50	53	52	41	38	51	46	46
6. Apoio pela gestão de topo	21	26	34	36	32	27	25	30	32	36	39	26	41	24	13	29	29
7. Comunicação acerca do erro	38	41	47	71	69	61	51	61	64	58	69	55	64	50	64	57	55
8. Abertura na comunicação	37	38	43	69	66	64	54	59	62	57	67	52	61	46	58	56	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	53	49	50	64	68	56	54	59	58	62	66	60	60	44	60	57	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	30	27	27	26	37	21	21	30	21	25	31	15	19	20	20	24	21

Na Tabela 8 verifica-se que 6 unidades de saúde que pertencem à ARSC obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 17,1% e 36,9%.

TABELA 8 - BENCHMARKING UNIDADES DA ARSC

Dimensões	Resultados (Média em %)							
	U3	U4	U14	U15	U17	U40	ARSC	Nacional
1. Trabalho em equipa	58	75	77	82	72	83	78	76
2. Seguimento do doente	62	75	73	80	74	75	77	77
3. Aprendizagem organizacional	53	71	71	78	66	75	73	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente	57	68	68	75	67	73	70	70
5. Formação e treino dos profissionais	39	45	41	48	41	39	44	46
6. Apoio pela gestão de topo	29	28	30	30	27	28	29	29
7. Comunicação acerca do erro	36	53	51	63	53	56	58	55
8. Abertura na comunicação	36	52	47	64	53	53	56	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	37	52	51	57	49	52	53	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	23	28	20	26	20	18	22	21

Das 6 unidades apresentadas, 3 (U4, U15 e U40) obtiveram percentagens iguais ou superiores a 50% em sete dimensões, 2 unidades (U14 e U17) obtiveram percentagens iguais ou superiores a 50% em seis dimensões e a restante (U3) obteve percentagem igual ou superior a 50% em quatro dimensões.

Na ARSC, destaca-se positivamente a U15, que apesar de ter obtido uma taxa de adesão de 20,1%, apresenta quatro dimensões com percentagens superiores às percentagens nacionais e sete dimensões com percentagens iguais ou superiores a 50%.

A Unidade U3, que obteve uma taxa de adesão de 36,9%, apresenta oito dimensões com percentagens inferiores às nacionais e seis dimensões com percentagens inferiores a 50% pelo que deve ser alvo de ações de melhoria.

Na Tabela 9, verifica-se que 6 unidades de saúde que pertencem à ARSLVT obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 17,4% e 50,6% e todas obtiveram percentagens iguais ou superiores a 50% em sete dimensões.

Na ARSLVT, destaca-se positivamente a U44, que obteve uma taxa de adesão de 34,7%, pelo facto de apresentar quatro dimensões com percentagens superiores às percentagens nacionais e sete dimensões com percentagens superiores a 50%.

Quanto às oportunidades de melhoria, identifica-se a U32, que obteve uma taxa de adesão de 23,2%, e em quatro dimensões obteve percentagens inferiores às percentagens nacionais.

TABELA 9 - BENCHMARKING UNIDADES DA ARSLVT

Dimensões	Resultados (Média em %)							
	U32	U33	U34	U41	U44	U45	ARSLVT	Nacional
1. Trabalho em equipa	80	74	77	80	82	83	79	76
2. Seguimento do doente	79	76	75	79	82	80	77	77
3. Aprendizagem organizacional	74	73	74	77	78	81	70	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente	60	70	67	73	79	72	68	70
5. Formação e treino dos profissionais	51	43	41	49	46	43	45	46
6. Apoio pela gestão de topo	19	36	20	32	26	30	25	29
7. Comunicação acerca do erro	55	57	51	59	61	65	53	55
8. Abertura na comunicação	58	57	61	60	59	58	56	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	46	51	54	56	59	55	52	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	6	14	14	15	15	10	15	21

Na Tabela 10 verifica-se que a unidade de saúde que pertence à ARSALE obteve uma taxa de adesão de 27,9%, e alcançou percentagens iguais ou superiores a 50% em oito dimensões.

A U13 obteve em duas dimensões percentagens superiores às percentagens nacionais, no entanto também esta unidade obteve percentagens inferiores em duas dimensões que devem ser vistas como oportunidades de melhoria - D2 *Seguimento do Doente* (66%) e D6 *Apoio pela gestão de topo* (23%).

TABELA 10 - BENCHMARKING UNIDADES DA ARSALE

Dimensões	Resultados (Média em %)		
	U13	ARSALE	Nacional
1. Trabalho em equipa	80	74	76
2. Seguimento do doente	66	69	77
3. Aprendizagem organizacional	75	70	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente	72	69	70
5. Formação e treino dos profissionais	52	50	46
6. Apoio pela gestão de topo	23	27	29
7. Comunicação acerca do erro	55	51	55
8. Abertura na comunicação	50	51	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	55	53	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	27	28	21

Na Tabela 11, verifica-se que a unidade de saúde que pertence à ARSALG e obteve uma taxa de adesão superior a 15%, de 36,4%, alcançou percentagens iguais ou superiores a 50% em quatro dimensões.

A U38 obteve percentagens inferiores às percentagens nacionais em seis dimensões que devem ser vistas como oportunidades de melhoria, sendo que as dimensões que devem ser alvo de ações de melhoria prioritária são: D6 *Apoio pela gestão de topo* (21%); D8 *Abertura na comunicação* (41%); D7 *Comunicação acerca do erro* (42%) e D9 *Processos administrativos e uniformização de procedimentos* (45%).

TABELA 11 - BENCHMARKING UNIDADES DA ARSALG

Dimensões	Resultados (Média em %)		
	U38	ARSALG	Nacional
1. Trabalho em equipa	69	66	76
2. Seguimento do doente	72	73	77
3. Aprendizagem organizacional	61	62	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente	65	59	70
5. Formação e treino dos profissionais	46	45	46
6. Apoio pela gestão de topo	21	23	29
7. Comunicação acerca do erro	42	45	55
8. Abertura na comunicação	41	42	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	45	45	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	19	17	21

Na Tabela 12, verifica-se que 5 unidades de saúde que pertencem à RAA obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 15,2% e 74,5%.

Das 5 unidades apresentadas, 1 (U54) obteve percentagens iguais ou superiores a 50% em todas as dimensões, 2 unidades (U50 e U52) obtiveram percentagens iguais ou superiores a

50% em seis dimensões, e as restantes (U49 e U51) obtiveram percentagem igual ou superior a 50% em quatro dimensões.

Na RAA a U54, apesar de ter uma taxa de adesão de 15,2%, destaca-se positivamente pelo facto de ter obtido todas as dimensões com percentagens iguais ou superiores a 50% e todas as dimensões com percentagens superiores às percentagens nacionais.

A U49, com 45,3% de taxa de adesão, obteve percentagens inferiores às percentagens nacionais em sete dimensões e quatro dimensões com percentagens iguais ou superiores a 50%.

TABELA 12 - BENCHMARKING DAS UNIDADES DA RAA

Dimensões	Resultados (Média em %)						
	U49	U50	U51	U52	U54	RAA	Nacional
1. Trabalho em equipa	68	70	77	70	100	70	76
2. Seguimento do doente	69	64	73	58	95	77	77
3. Aprendizagem organizacional	57	68	62	60	87	64	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente	64	70	63	66	100	70	70
5. Formação e treino dos profissionais	45	58	44	50	60	48	46
6. Apoio pela gestão de topo	30	42	25	39	69	37	29
7. Comunicação acerca do erro	46	45	33	41	95	45	55
8. Abertura na comunicação	37	37	36	47	90	46	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	38	59	39	58	79	48	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	17	23	18	46	50	26	21

CAPÍTULO 4. CONCLUSÕES

A apresentação dos resultados da Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários tem como objetivos contribuir para o diagnóstico da cultura de segurança institucional, a avaliação do impacto de intervenções e programas na segurança do doente, a monitorização das mudanças operadas ao longo do tempo e a identificação de indicadores que ajudem a implementar projetos centrados na segurança dos doentes.

A variação dos resultados obtidos nas diferentes dimensões constitui uma oportunidade de aprendizagem entre as Unidades de Saúde 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 e que permita, a todas as organizações de saúde, fazer face aos desafios da moderna prestação de cuidados de saúde.

Considerando os resultados da primeira avaliação nacional, é de concluir o seguinte:

- 1) A taxa de adesão nacional foi baixa, apesar do número expressivo de Unidades de Saúde participantes, podendo ser reveladora do fraco envolvimento dos profissionais e das instituições face às questões da segurança do doente;
- 2) Tendo como referência o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, as três dimensões com maiores oportunidades de melhoria são: D10 *Pressão e ritmo de trabalho* (21%); D6 *Apoio pela gestão de topo* (29%) e D5 *Formação e treino dos profissionais* (46%).

Assim, recomenda-se que:

- 1) A média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente seja incluída nos contratos programa das instituições.
- 2) As ARS, os dirigentes das Unidades de Saúde e as respetivas Comissões da Qualidade e Segurança evidenciem junto dos seus profissionais, os ganhos, promovendo a sua adesão;
- 3) As unidades devem melhorar as capacidades de resposta face às necessidades dos doentes e devem incluir os indicadores associados à cultura de segurança nos processos de contratualização interna;
- 4) Todos os profissionais devem ser envolvidos na formação em Segurança do Doente.

ANEXO A: QUESTIONÁRIO



Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários



A segurança do doente é uma preocupação crescente nas Instituições de Cuidados de Saúde Primários 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 ACES 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).

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

O "Doente" é a pessoa que recebe os cuidados de saúde, independentemente dos mesmos serem de promoção, manutenção, monitorização ou restabelecimento de saúde.

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

Um "Prestador de Cuidados" é um profissional de saúde que faz diagnóstico, e/ou trata os doentes e/ou prescreve medicamentos.

Um "Colaborador" é um profissional que trabalha numa instituição de saúde mas não presta cuidados de saúde.

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder.

Desde já agradecemos a sua participação.

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

SECÇÃO A: Questões relativas à segurança dos doentes e à qualidade

Os pontos seguintes descrevem situações que podem ocorrer nos cuidados de saúde primários, e que afetam a segurança dos doentes e a qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

Na sua opinião, com que frequência ocorreram as seguintes situações NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Acesso aos cuidados

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
1. Um doente não pode marcar uma consulta num prazo de 48 horas quando se trata de um problema grave ou sério	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificação do doente

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
2. Foi utilizado um processo clínico que não correspondia ao do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Registos e processos clínicos

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
3. O processo clínico não estava disponível quando foi necessário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Foi arquivada, digitalizada ou introduzida informação clínica no processo clínico que não correspondia ao do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Equipamento médico

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
5. O equipamento médico não funcionava adequadamente ou necessitava de substituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência ocorreram as seguintes situações NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Medicamentos

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
1. Uma farmácia comunicou com o nosso centro para clarificar ou corrigir uma receita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. A lista de medicamentos do doente não foi atualizada durante a sua consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

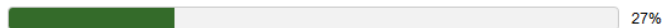
Diagnósticos e exames complementares

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
3. Os resultados dos exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando foi necessário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Não se deu seguimento, no prazo de 1 dia útil, a um resultado anormal de laboratório ou de imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

SECÇÃO B: Gestão e troca da informação



Nos últimos 12 meses, com que frequência SE VERIFICAM PROBLEMAS NA TROCA DE INFORMAÇÃO PRECISA, COMPLETA E ATEMPADA COM:

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não houve nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
1. Laboratórios ou centros de imagem externos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Outros consultórios médicos ou médicos externos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Farmácias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hospitais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Outro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro, especifique:

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

SECÇÃO C: Trabalho na sua unidade



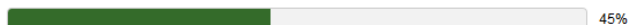
Expresse o seu grau de concordância com as seguintes afirmações

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não se aplica/não sei
1. Quando alguém fica muito sobrecarregado, os colegas ajudam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Há uma boa relação de trabalho entre os profissionais que prestam cuidados e os outros profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Muitas vezes sentimos pressão quando estamos a atender os doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Os profissionais têm formação quando se implementam procedimentos novos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Nesta Unidade tratamo-nos com respeito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Temos demasiados doentes para a quantidade de profissionais que prestam cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Garante-se que os profissionais tenham a formação necessária para desempenhar as suas funções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Esta Unidade é mais desorganizada do que deveria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Temos procedimentos para verificar se o trabalho é desenvolvido de forma correta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Os profissionais são chamados a desempenhar funções para as quais não tiveram formação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Temos profissionais suficientes para dar resposta à quantidade de doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temos problemas com o fluxo de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A ênfase vai para o trabalho em equipa, de forma a atender os doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Temos demasiados doentes para poder executar tudo de forma eficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Os profissionais seguem procedimentos normalizados no seu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

SECÇÃO D: Comunicação e seguimento



Com que frequência acontecem as seguintes situações?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sabe
1. Os prestadores de cuidados consideram as propostas de melhoria dos procedimentos administrativos vindas dos colaboradores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os funcionários são incentivados a expressar outros pontos de vista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Lembramos os doentes quando eles precisam de marcar consultas de rotina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Os profissionais têm receio de fazer perguntas quando algo parece estar errado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Documentamos a forma como os nossos doentes crónicos seguem os seus planos de tratamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Fazemos seguimento quando não recebemos a informação que esperamos por parte de um prestador externo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Os profissionais sentem que os seus erros são usados contra eles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Falamos abertamente sobre os problemas do funcionamento da Unidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Fazemos seguimento aos doentes que necessitam de monitorização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nesta Unidade é difícil expressar a discordância.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Falamos sobre as formas de prevenir a repetição dos erros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Os profissionais estão dispostos a dar informação sobre os erros que observam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

SECÇÃO E: Apoio da gestão de topo



É gestor de topo ou ocupa algum cargo de direção, ou tem a responsabilidade de tomar decisões de ordem económica?

- Sim. Se respondeu "Sim", passe à SECÇÃO F.
- Não. Se respondeu "Não", complete todas as perguntas do questionário.

Expresse o seu grau de concordância sobre as afirmações acerca do(s) gestor(s) de topo

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não se aplica/não sei
1. Não são realizados investimentos financeiros suficientes para melhorar a qualidade dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Deixam que os erros continuem a acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Dão prioridade elevada na melhoria dos procedimentos para os cuidados aos doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Com demasiada frequência as suas decisões baseiam-se no que é melhor para a instituição e não no que é melhor para os doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

SECÇÃO F: A Unidade Prestadora de Cuidados



Expresse o seu grau de concordância com as afirmações

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não se aplica/não sei
1. Quando há um problema verificamos se é necessário mudar a forma como realizamos as coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os procedimentos que usamos são bons para prevenir erros que podem afetar os doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cometemos mais erros do que devíamos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. É só por acaso que não se cometem mais erros que poderiam afetar os nossos doentes.

5. Esta Unidade é boa a adequar os procedimentos, de forma a assegurar que os erros não se repitam.

6. A quantidade de trabalho é mais importante do que a qualidade dos cuidados.

7. Depois de fazermos mudanças para melhorar os procedimentos da prestação de cuidados, procedemos à avaliação para verificar se as mudanças funcionaram.

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

SECÇÃO G: Classificações gerais



Classificação Geral da Qualidade

Em geral, como classificaria a sua Unidade em cada uma das seguintes áreas da qualidade dos cuidados de saúde?

a. Centralização no doente

	Excelente	Muito Boa	Aceitável	Fraca	Muito Fraca
Responde às preferências, necessidades e valores de cada doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. Eficácia

	Excelente	Muito Boa	Aceitável	Fraca	Muito Fraca
Baseia-se na evidência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c. Oportunidade

	Excelente	Muito Boa	Aceitável	Fraca	Muito Fraca
Minimiza as esperas e os atrasos potencialmente causadores de danos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

d. Eficiência

	Excelente	Muito Boa	Aceitável	Fraca	Muito Fraca
Assegura uma prestação rentável (evita desperdício, abuso e uso incorreto de serviços)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

e. Equidade

	Excelente	Muito Boa	Aceitável	Fraca	Muito Fraca
Administra a mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas sem privilegiar o género, a raça, a etnia, o nível socioeconómico, idioma, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Classificação Geral da Segurança do Doente

Em geral, como classificaria os sistemas e procedimentos clínicos, que a sua Unidade tem estabelecido para prevenir, detetar e corrigir problemas que tenham potencial para afetar os doentes?

- Excelentes
- Muito Bons
- Aceitáveis
- Fracos
- Muito Fracos

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

SECÇÃO H: Informação geral



Há quanto tempo trabalha nesta Unidade?

- a. Menos de 2 meses
- b. 2 meses até menos de 1 ano
- c. 1 anos até menos de 3 anos
- d. 3 anos até menos de 6 anos
- e. 6 anos até menos de 11 anos
- f. 11 anos ou mais

Usualmente, quantas horas por semana trabalha nesta Unidade?

- a. De 1 a 4 horas por semana
- b. De 5 a 16 horas por semana
- c. De 17 a 24 horas por semana
- d. De 25 a 32 horas por semana
- e. De 33 a 40 horas por semana
- f. 41 horas por semana ou mais

Qual é a sua função? Marque a função que melhor descreva o seu trabalho.

- a. Médico
- b. Enfermeiro
- c. Assistente Operacional
- d. Assistente Técnico
- e. Técnico Superior
- f. Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

g. Outra (especifique)

A Unidade onde trabalha é uma:

- a. USF
- b. UCSP

c. Outra (especifique)

Qual a sua idade?

- a. 25 - 35 anos
- b. 36 - 45 anos
- c. 46 - 55 anos
- d. ≥ 56 anos



OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO! Clique em "Concluir" para submeter o seu questionário.

Ant.

Concluir

ANEXO B: DEFINIÇÃO DAS DIMENSÕES

Dimensão	Definição: até que ponto.....
1. Trabalho em equipa	Existe uma cultura de trabalho em equipa, de respeito mútuo e de relações de proximidade entre o pessoal e os prestadores.
2. Seguimento do doente	Os doentes são lembrados das marcações, a forma como os doentes cumprem os planos de tratamento é documentada, faz-se o seguimento de doentes com necessidades de monitorização e faz-se o seguimento, sempre que os relatórios de um prestador externo não são rececionados.
3. Aprendizagem organizacional	Existe uma cultura de aprendizagem que facilita as alterações processuais de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e avaliar as mudanças geradoras de eficácia.
4. Perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente	A qualidade dos cuidados prestados ao doente é mais importante do que a realização de maior volume de trabalho, e os processos existentes são úteis para evitar erros, que por sua vez, só devem ocorrer quando forem inevitáveis.
5. Formação e treino dos profissionais	O pessoal recebe formação relevante, durante o período laboral, e recebe formação sobre novos processos e o pessoal não fica incumbido de tarefas para as quais não tenha tido formação.
6. Apoio pela gestão de topo	A gestão de topo apoia ativamente a qualidade da segurança do doente, e prioriza os processos de cuidado do doente; não negligencia os erros e as decisões têm por base o que é melhor para os doentes.
7. Comunicação acerca do erro	O pessoal está disposto a reportar os erros cometidos e sente que estes não lhes são apontados. Os prestadores e o pessoal falam abertamente sobre os problemas existentes e como evitar a ocorrência de erros.
8. Abertura na comunicação	Os prestadores estão abertos às ideias de melhoria dos processos internos transmitidos pelo pessoal e este é encorajado a expressar opiniões alternativas e não tem dificuldade em verbalizar o seu desacordo.
9. Processos administrativos e uniformização de procedimento	O local de trabalho está organizado, tem um circuito eficaz, os processos para a execução das funções estão normalizados e os procedimentos para verificar a precisão do trabalho realizado são adequados.
10. Pressão e ritmo do trabalho	O pessoal e os prestadores são em número suficiente para gerir o volume de doentes e o ritmo de trabalho não é agitado.

ANEXO C: IDENTIFICAÇÃO E TAXA DE ADESÃO DAS UNIDADES RESPONDENTES

#	Grupo	Nº	Instituição	% respostas
1	Grupo 1	U1	ACES Alentejo Central	13,5
2		U2	ACES Sotavento	12,6
3		U3	ACES Cova da Beira	36,9
4		U4	ACES Pinhal Interior Norte	27,6
5		U5	ACES Médio Tejo	12,3
6		U6	ACES Oeste Norte	13,1
7		U7	ACES de Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso	18,5
8		U8	ACES do Cávado II - Gerês/Cabreira	6,5
9		U9	ACES do Douro I – Marão e Douro Norte	35,2
10		U10	ACES do Douro II – Douro Sul	31,6
11		U11	Unidade Local de Saúde da Guarda	10,2
12		U12	ULS do Nordeste	10,8
13		U13	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	27,9
14		U14	ULS de Castelo Branco	33,6
15	Grupo 2	U15	ACES Baixo Mondego	20,1
16		U16	ACES Baixo Vouga	8,3
17		U17	ACES Dão-Lafões	17,1
18		U18	ACES de Entre o Douro e Vouga I – Feira/Arouca	13,2
19		U19	ACES de Entre o Douro e Vouga II – Aveiro Norte	20,1
20		U20	ACES do Alto Ave - Guimarães/Vizela/Terras de Basto	21,4
21		U21	ACES do Ave - Famalicão	10,7
22		U22	ACES do Cávado I - Braga	19,3
23		U23	ACES do Cávado III – Barcelos/Esposende	19,3
24		U24	ACES do Grande Porto I – Stº Tirso/Trofa	8,7
25		U25	ACES do Grande Porto II – Gondomar	23,4
26		U26	ACES do Grande Porto III – Maia/Valongo	31,3
27		U27	ACES do Grande Porto IV – Póvoa Varzim/Vila do Conde	21,9
28		U28	ACES do Grande Porto VIII – Espinho/Gaia	14,2
29		U29	ACES do Tâmega II – Vale do Sousa Sul	29,8

30		U30	ULS de Matosinhos	25,6
31		U31	ULS do Alto Minho	9,6
32	Grupo 3	U32	ACES Amadora	23,2
33		U33	ACES Lisboa Norte	18,8
34		U34	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	17,4
35		U35	ACES do Grande Porto V – Porto Ocidental	13,2
36		U36	ACES do Grande Porto VI – Porto Oriental	32,7
37		U37	ACES do Grande Porto VII – Gaia	10,4
38		Grupo 4	U38	ACES Barlavento
39	U39		ACES Algarve Central	9,6
40	U40		ACES Pinhal Litoral	30,0
41	U41		ACES Almada e Seixal	50,6
42	U42		ACES Arco Ribeirinho	11,8
43	U43		ACES Arrábida	4,6
44	U44		ACES Cascais	34,7
45	U45		ACES Estuário do Tejo	22,0
46	U46		ACES Sintra	1,9
47	U47		ACES do Tâmega I – Baixo Tâmega	21,5
48	U48		ACES do Tâmega III – Vale do Sousa Norte	29,5
49	Açores	U49	Unidade de Saúde da Ilha Terceira	45,3
50		U50	Unidade de Saúde da Ilha do Faial	74,5
51		U51	Unidade de Saúde da Ilha de Santa Maria	37,0
52		U52	Unidade de Saúde da Graciosa	27,9
53		U53	Unidade de Saúde de São Jorge	4,8
54		U54	Centro de Oncologia dos Açores	15,2

ANEXO D: RESULTADOS DO TESTE DE ALFA CRONBACH

Dimensões	Escala	Itens	Alfa Cronbach
1. Trabalho em equipa	Discordo fortemente/ Concordo fortemente	C1-C2-C5-C13	0,83
2. Seguimento do doente	Nunca/sempre	D3-D5-D6-D9	0,78
3. Aprendizagem organizacional	Discordo fortemente/ Concordo fortemente	F1-F5-F7	0,82
4. Perceções gerais sobre a qualidade e segurança do doente	Discordo fortemente/ Concordo fortemente	F2-F3R-F4R-F6R	0,79
5. Formação e treino dos profissionais	Discordo fortemente/ Concordo fortemente	C4-C7-C10R	0,80
6. Apoio pela gestão de topo	Discordo fortemente/ Concordo fortemente	E1R-E2R-E3-E4R	0,76
7. Comunicação acerca do erro	Nunca/sempre	D7R-D8-D11-D12	0,75
8. Abertura na comunicação	Nunca/sempre	D1-D2-D4R-D10R	0,81
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	Discordo fortemente/ Concordo fortemente	C8R-C9-C12R-C15	0,77
10. Pressão e ritmo de trabalho	Discordo fortemente/ Concordo fortemente	C3R-C6R-C11-C14R	0,76

BIBLIOGRAFIA

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL do SISTEMA de SAÚDE [homepage na internet]. Monitorização do Serviço Nacional de Saúde. Benchmarking ACES [Consult. 12/11/2015], Disponível em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/aces-benchmarking/enquadramentoaces/gruposaces.aspx>

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

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

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

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Norma nº03/2015, Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários. DGS: Lisboa, 2015.

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.

EIRAS, M., ESCOVAL, A.; GRILLO, 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.

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

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - Improvement methods: the Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycle. Washington, 2006. Available at: www.ihc.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove.

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

Medical Office Survey on Patient Safety Culture. June 2014. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/2014/index.html>

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

Portugal. Despacho nº 1400-A de 2 de fevereiro de 2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República 10 fev 2015; Parte C: 3882: 2-10.

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.

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. HHS 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2014. AHRQ Publication No. 14-0019-EF.

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



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