

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

NUMA AMOSTRA DE

HOSPITAIS PORTUGUESES

RESULTADOS DO ESTUDO PILOTO

DEZEMBRO 2011

INSTITUIÇÕES

Direção-Geral da Saúde, Ministério 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

Ana Cristina Costa, Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde

Margarida Eiras (Coordenadora Técnica)

António Fernandes, Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde

Paula Bruno, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

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

Este trabalho contou com a colaboração na componente estatística do Prof. Doutor Paulo Nogueira.

ÍNDICE

	págs.
RESUMO	3
1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA DO ESTUDO	9
3. RESULTADOS	14
4. CONCLUSÕES	34
5. RECOMENDAÇÕES	36
6. ANEXOS	38

RESUMO

Objetivo do Estudo

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

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

A Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, daí que as organizações responsáveis pela política nacional para a qualidade e segurança no sistema de saúde português promovam, a nível nacional, esta investigação, e a considerem imprescindível para direcionar intervenções de melhoria na cultura de segurança e monitorizar a evolução das mesmas.

O presente relatório visa apresentar e analisar os resultados do estudo piloto da avaliação de cultura de segurança realizado em sete Unidades Hospitalares em Portugal.

Metodologia

O estudo foi realizado a partir da aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPCS), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos da América, traduzido e adaptado ao contexto português por Margarida Eiras (dezembro de 2008).

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

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

Os dados são descritos e analisados por dimensão da escala (domínio de funcionalidade) e por itens (indicadores de funcionalidade). Para o tratamento estatístico, recorremos ao programa informático de estatística SPSS 18.0 for Windows.

O questionário foi aplicado a sete hospitais portugueses, distribuídos por diferentes localizações geo-administrativas, desde o norte ao sul de Portugal continental. A opção de preenchimento recaiu sobre um *survey on-line*. Foram enviados 21.985 links aos respetivos profissionais via e-mail.

Para maximizar a taxa de respostas, foram enviados lembretes com regularidade (periodicidade de 10 dias) e as pessoas de referência foram sendo contactadas no sentido de se disponibilizar ajuda por parte da equipa do projeto.

Resultados

Dos *links* enviados, para resposta ao questionário, obtiveram-se 2.449 questionários preenchidos, o que representa uma taxa de adesão de 11,13%.

Os resultados demonstram que existem vários aspetos importantes da cultura de segurança do doente que necessitam de melhoria nos hospitais objeto do presente estudo, que teremos oportunidade de constatar pelos resultados obtidos nas várias dimensões do estudo.

1 - INTRODUÇÃO

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

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

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

Quer a evidência científica, quer as organizações supra nacionais como a OMS e União Europeia, vêm recomendando aos Estados Membros que avaliem e monitorizem a cultura de segurança dos doentes nas unidades prestadores de cuidados de saúde.

Mercê dos vários estudos internacionais, temos consciência que o contexto organizacional, os fatores culturais nas práticas de gestão em geral e em particular nos cuidados de saúde prestados, assumem um papel preponderante, constituindo elementos diferenciadores nas organizações de saúde.

A cultura organizacional deve ser abordada sob varias perspetivas: sociológicas, antropológicas, psicológicas, de comportamento organizacional, umas mais centradas na descrição e explicitação do funcionamento organizacional e outras no comportamento organizacional.

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

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

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

Na área da saúde em Portugal, está-se a caminhar para uma cultura de segurança eficaz, que deverá passar pela implementação de sistemas de gestão de risco clínico e não clínico, de melhoria da qualidade e da segurança dos doentes, pela mudança de atitudes na forma como os profissionais vêm o seu trabalho, pela promoção do

trabalho em equipa, procurando em todas as fases da prestação de cuidados, envolver mais os doentes na tomada de decisões.

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

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

- i. Compromisso com a segurança ao mais elevado nível da organização, traduzido em valores, crenças e normas de comportamento, partilhados a todos os níveis;
- ii. Recursos necessários, incentivos e recompensas caso esse compromisso ocorra;
- iii. A segurança é uma prioridade, mesmo à custa da "produção" ou da "eficiência";
- iv. Comunicação frequente e sincera entre profissionais, a todos os níveis da organização;
- v. Atos inseguros são raros apesar dos elevados níveis de produção;
- vi. Falar sobre os erros e incidentes, os quais devem ser notificados quando ocorrem e
- vii. São valorizadas a aprendizagem organizacional para a conceção de sistemas seguros.

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

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

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

- 1) Diagnosticar a sua cultura de segurança, para identificar áreas de melhoria;
- 2) Avaliar o impacto, na segurança dos doentes, de intervenções e programas e monitorizar mudanças ao longo do tempo;
- 3) Efetuar *benchmarking* interno e externo;
- 4) Elaborar e/ou complementar relatórios, com vista aos processos de certificação e acreditação nos domínios da qualidade e segurança dos serviços de saúde;
- 5) Cumprir requisitos regulamentares ou diretivas, nomeadamente, as recomendações da União Europeia;

- 6) Identificar indicadores que ajudem a implementar, no hospital, projetos centrados na segurança dos doentes;
- 7) Identificar problemas na cultura de segurança dos doentes, a partir dos quais se possam determinar abordagens e métodos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- 8) Identificar e aperfeiçoar formas de cruzar e combinar os dados sobre a cultura de segurança com outras fontes de dados sobre a segurança dos doentes e qualidade dos serviços

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), contribuindo, assim, para a missão da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, designadamente a promoção e disseminação, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, de uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

O Protocolo de cooperação acima referido visa, de entre outros objetivos específicos, na área da Segurança do Doente, a avaliação e monitorização da cultura de segurança do doente nos serviços prestadores de cuidados do Sistema de Saúde. Inicialmente será avaliada a cultura de segurança nos hospitais e, posteriormente, esta avaliação será alargada aos outros níveis de cuidados.

2. - METODOLOGIA DO ESTUDO

Existem vários instrumentos internacionais disponíveis para avaliar a cultura de segurança de um hospital. O Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses utilizado no presente estudo foi um dos questionários recomendados no âmbito da “Avaliação da Cultura de Segurança” do projeto *European Network for Patient Safety* (EuNetPas), no qual Portugal participou. Para além disso este questionário já se encontra traduzido e validado para Portugal por Margarida Eiras (dezembro, 2008).

No presente estudo participaram sete hospitais públicos (de Norte a Sul do País) do Serviço Nacional de Saúde.

Os questionários estiveram disponíveis para preenchimento durante os meses de junho, julho, agosto e setembro de 2011.

O questionário foi distribuído a todos os profissionais de saúde que exercem as suas funções nas instituições hospitalares objeto do presente estudo piloto, com contacto direto ou indireto com os doentes e independentemente do vínculo contratual que mantém com a instituição.

Para a distribuição dos questionários pelos profissionais, foi privilegiada a via eletrónica, tendo sido enviado pela equipa técnica o questionário para o endereço eletrónico de cada profissional, com um pequeno texto elucidativo do objetivo do estudo, apelando ao preenchimento do questionário e que o mesmo se fizesse mediante a entrada de um *link*.

A fim de lembrar e incentivar os profissionais a colaborarem no estudo, foram enviados cinco lembretes, remetendo-os para o respetivo *link*, com espaço temporal de cerca de 10 dias.

A recolha e análise dos questionários foi feita pela equipa técnica, através do *link*, não permitindo qualquer acesso ou ligação à identificação dos participantes, ou seja todos os questionários foram analisados de forma anónima.

Na análise dos resultados, seguimos as recomendações dos autores (Sorra e Nieva, 2004), excluindo os questionários que apresentem: todos os itens da mesma secção, excetuando a secção (d), com a mesma resposta; secção (a), (c) ou (f) em branco; secção (b) e (d) simultaneamente em branco; mais de metade dos itens por responder, ao longo de todo o inquérito, em diferentes secções.

Para a leitura e interpretação dos dados, procedemos 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 (discordo fortemente/concordo fortemente ou nunca/raramente) e considerada negativa, o mesmo acontecendo com as duas respostas mais positivas (4 e 5), resultando numa só categoria (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes/sempre) considerada positiva, sendo o resultado final a soma das frequências. Os pontos médios das escalas representam uma terceira categoria (neutral).

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

Foram comparados os *scores* relativos de cada dimensão, testando a igualdade dos seus níveis médios e de localizações por hospital/centro hospitalar recorrendo ao teste de ANOVA a um fator e ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, respetivamente. Quando existiram evidências de diferenças entre grupos, foram usados os testes de comparações múltiplas (*post-hoc tests*) de Dunett T3 (quando não existiu homogeneidade de variâncias) e o teste Student-Newman-Keuls (quando não se rejeitou a homogeneidade das variâncias da dimensão por hospital/centro hospitalar).

Para a análise dos dados, recorremos ao programa informático de estatística SPSS versão 18.0 for Windows.

2. 1. - DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA

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

Item	Dimensão
1. Trabalho em equipa	
A1	Neste serviço/unidade os profissionais entreeajudam-se
A3	Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho muito rapidamente, trabalhamos juntos como uma equipa, para o conseguir fazer
A4	Neste serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito
A11	Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio
2. expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	
B1	O meu supervisor/diretor tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos
B2	O meu supervisor/diretor leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente
B3 R	Sempre que existe pressão, o meu supervisor/diretor quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso ponha em causa a segurança do doente
B4 R	O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	
F1	A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente
F8	As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade
F9 R	A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	
A6	Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente
A9	Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas
A13	Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente

Item	Dimensão
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	
A10 R	É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade
A15	Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho
A17 R	Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente
A18	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros/ocorrências
6. Feedback e Comunicação acerca do erro	
C1	É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências
C3	Somos informados acerca de erros/ocorrências que aconteçam neste Serviço/unidade
C5	Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros/ocorrências
7. Abertura na comunicação	
C2	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente
C4	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos
C6 R	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo
8. Frequência da notificação de eventos	
D1	Quando um erro/ocorrência é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado?
D2	Quando um erro/ocorrência é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é reportado?
D3	Quando um erro/ocorrência é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é reportado?
9. Trabalho entre as unidades	
F2 R	Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam muito bem uns com os outros
F4	Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente
F6 R	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital
F10	Os serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente
10. Profissionais	
A2	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido
A5 R	Os profissionais trabalham mais horas por turno, o que pode pôr em causa a segurança do doente
A7 R	Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente
A14 R	Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa

Item	Dimensão
	11. Transições
F3 R	A situação fica caótica quando se transferem doentes de um serviço/unidade para outro
F5 R	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno
F7 R	Ocorrem frequentemente problemas na segurança do doente aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital
F11 R	As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente
	12. Resposta ao erro não punitiva
A8 R	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles
A12 R	Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si
A16 R	Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal

3. – RESULTADOS DO ESTUDO

Foram enviados 21.985 *links* para resposta ao questionário e obtiveram-se 2.449 questionários preenchidos, o que representa uma taxa de adesão de 11,13%. A adesão mínima rondou os 4% e a adesão máxima 50%.

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

Em relação à *Acreditação do serviço/unidade em causa*, 57% confirma que é acreditada e 43% referem não ter sido submetida a processo de acreditação.

É importante verificar que, apesar de se ter optado por encontrar valor estatístico para as comparações entre hospitais, o número de respondentes por hospital impossibilita que se retirem conclusões acerca de alguns dos hospitais incluídos no estudo piloto, já que a taxa de respondentes foi muito baixa.

A análise, de carácter geral, teve por base 2449 indivíduos que responderam ao questionário, independentemente da representação dos hospitais que compõem a amostra.

Para salvaguardar o anonimato e a confidencialidade optou-se por identificar os hospitais através de um número.

I ANÁLISE DE CARÁTER GERAL

1. Características da amostra

Dos 2449 respondentes, os Hospitais 1 e 3 foram os que obtiveram uma representação mais elevada contribuindo com 25,98 e 24,64% da amostra (cfr. fig.1).

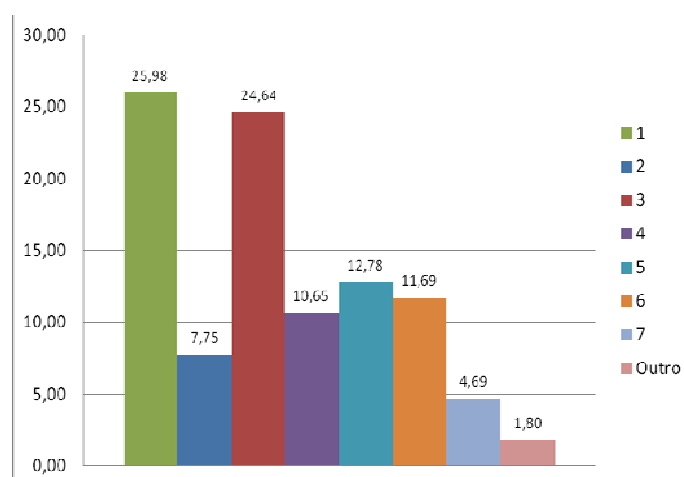


Fig 1 - distribuição total de respondentes por hospital (N=2449)

Considerando o total dos profissionais de cada hospital, podemos verificar que o Hospital 6 apresenta a mais elevada taxa de adesão ao questionário (50%), seguido dos

Hospitais 5, 2 e 1, respetivamente de 36%, 27% e 25,98%. No hospital 4, apenas 4% dos seus profissionais responderam ao questionário de avaliação da cultura de segurança do doente. (cfr. fig.2).

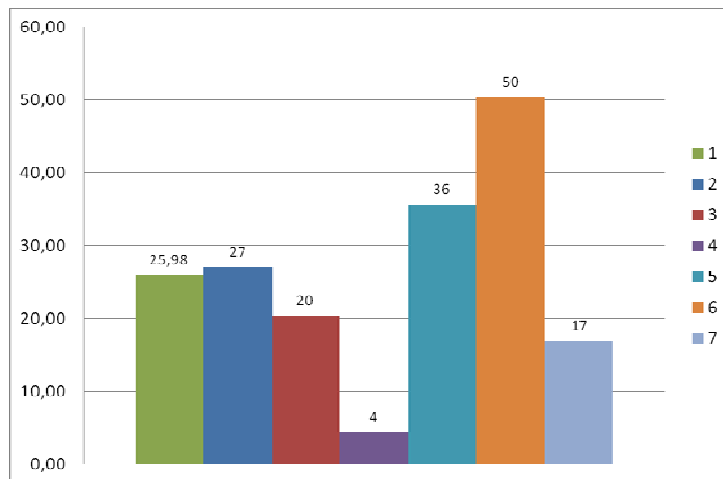


Fig 2- distribuição de respondentes por hospital (%)

Como seria de esperar, a amostra é maioritariamente feminina com 68,89%, o sexo masculino está representado com 31,11%. 82% dos inquiridos refere que interage diretamente com o doente, e apenas 18% refere não interagir diretamente com o doente (cfr. fig 3 e 4).

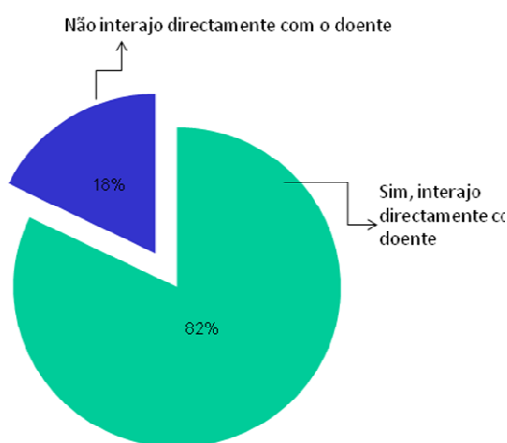


Fig 3- distribuição por interação direta com o doente

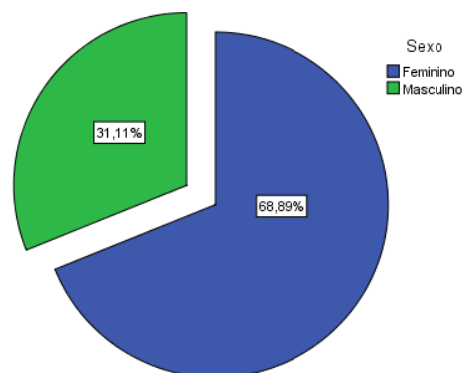


Fig 4 - distribuição por género

Na figura 5, em relação às idades dos inquiridos, constatamos que 31,9% dos profissionais apresentam 45 ou mais anos de idade, enquanto que 21,27% dos

profissionais inquiridos apresentam menos que 30 anos de idade e 18,61% entre 30 a 34 anos de idade.

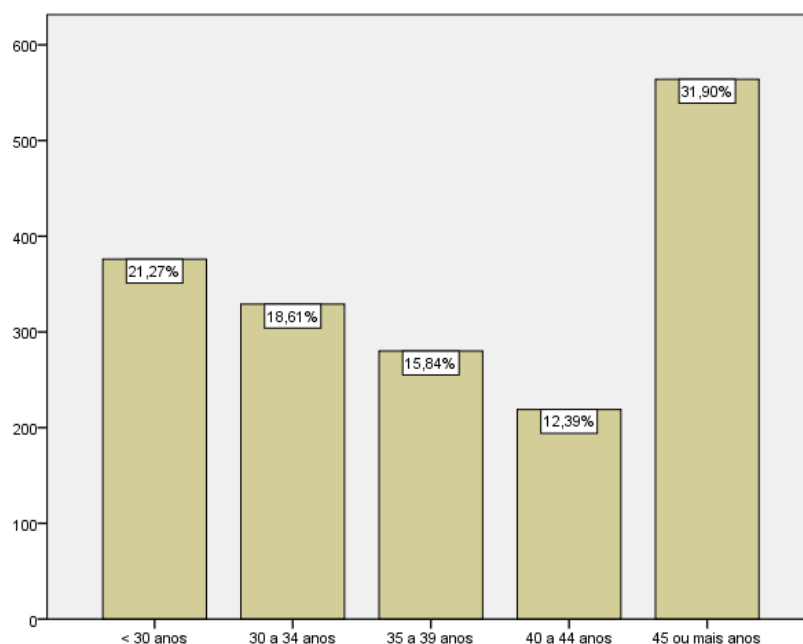


Fig 5 - distribuição pela faixa etária

O grupo profissional mais representado é o dos enfermeiros (39,76%), seguido de 21,32% de médicos (cfr. fig 6).

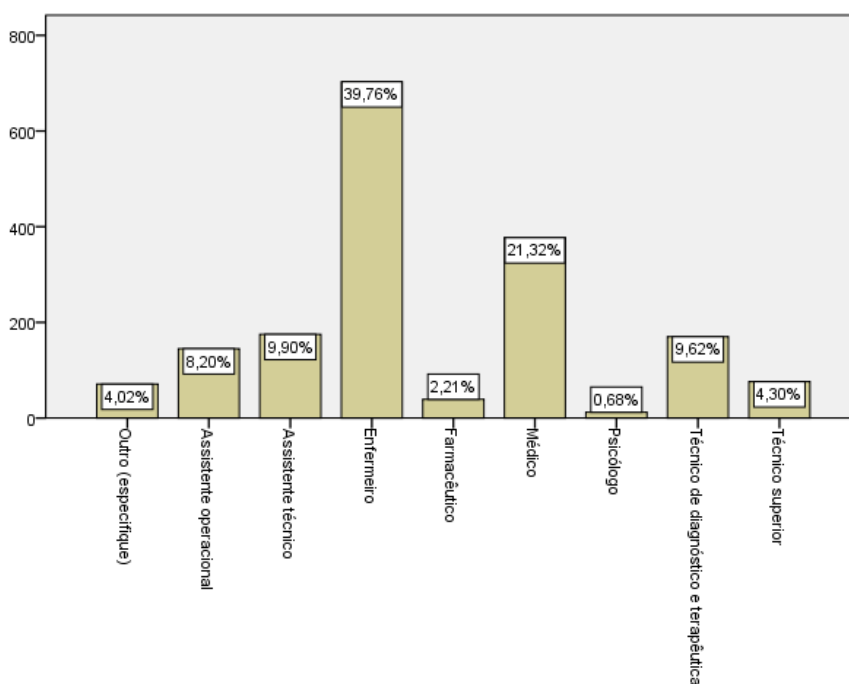


Fig 6 – distribuição por grupo profissional

Aparentemente a classificação dos serviços/unidades usada no questionário parece não ter ido ao encontro da realidade existente nos hospitais da amostra, uma vez que os respondentes optaram sobretudo por seleccionar a opção de resposta, “outros” (38,57%). Coloca-se aqui uma questão: será que os profissionais inquiridos, por receio de identificar o seu serviço/unidade, optaram por não o identificar, escolhendo “outros” (cfr. Fig. 7)?

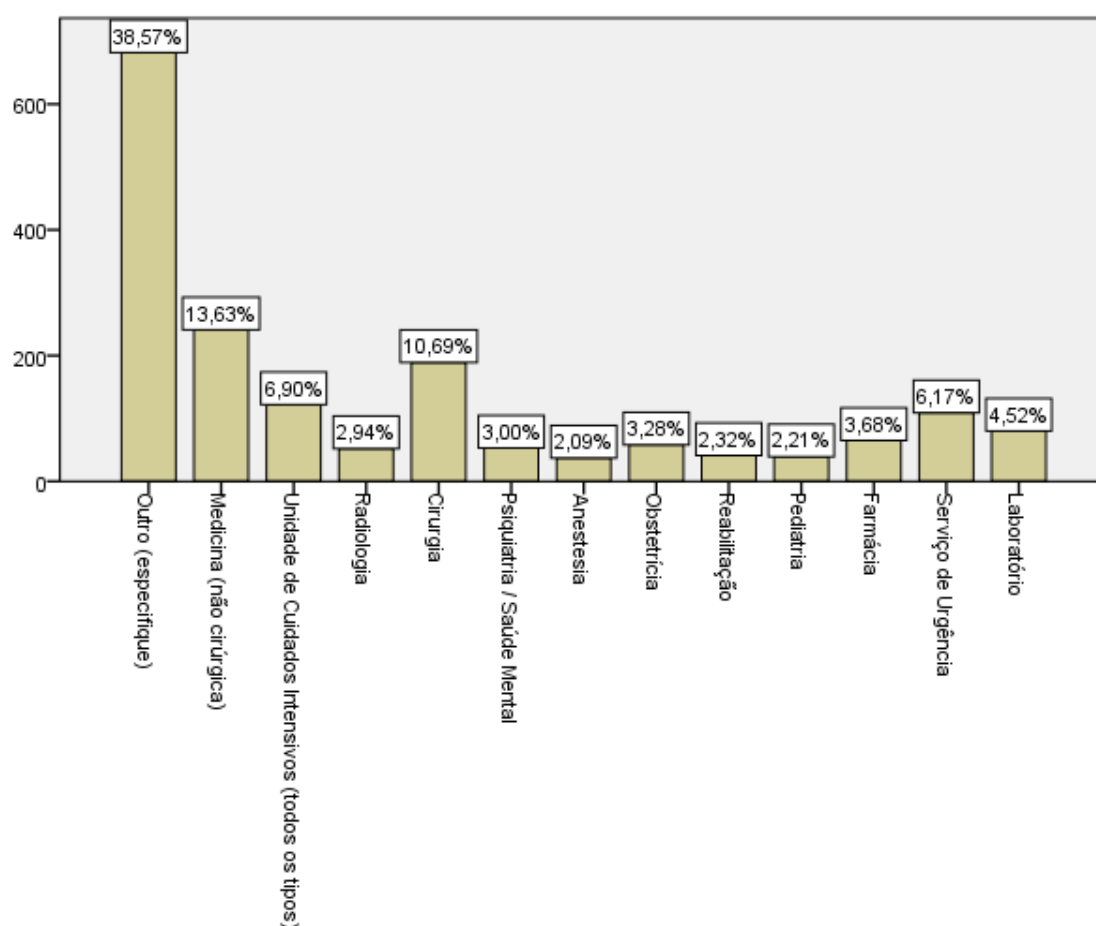


Fig 7 – distribuição por serviço/unidade

2. Avaliação das dimensões

Na figura 8 apresentamos os resultados das 12 dimensões da cultura de segurança do doente, sendo que o valor mais baixo de 41% corresponde à *Resposta ao erro não punitiva* e o mais elevado à *Abertura na comunicação* com 73%.

Refira-se que as dimensões *Frequência da notificação* com 44%, *Dotação de profissionais* com 47%, *Apoio à segurança do doente pela gestão* com 48%, são aquelas onde as ações de melhoria serão prioritárias.

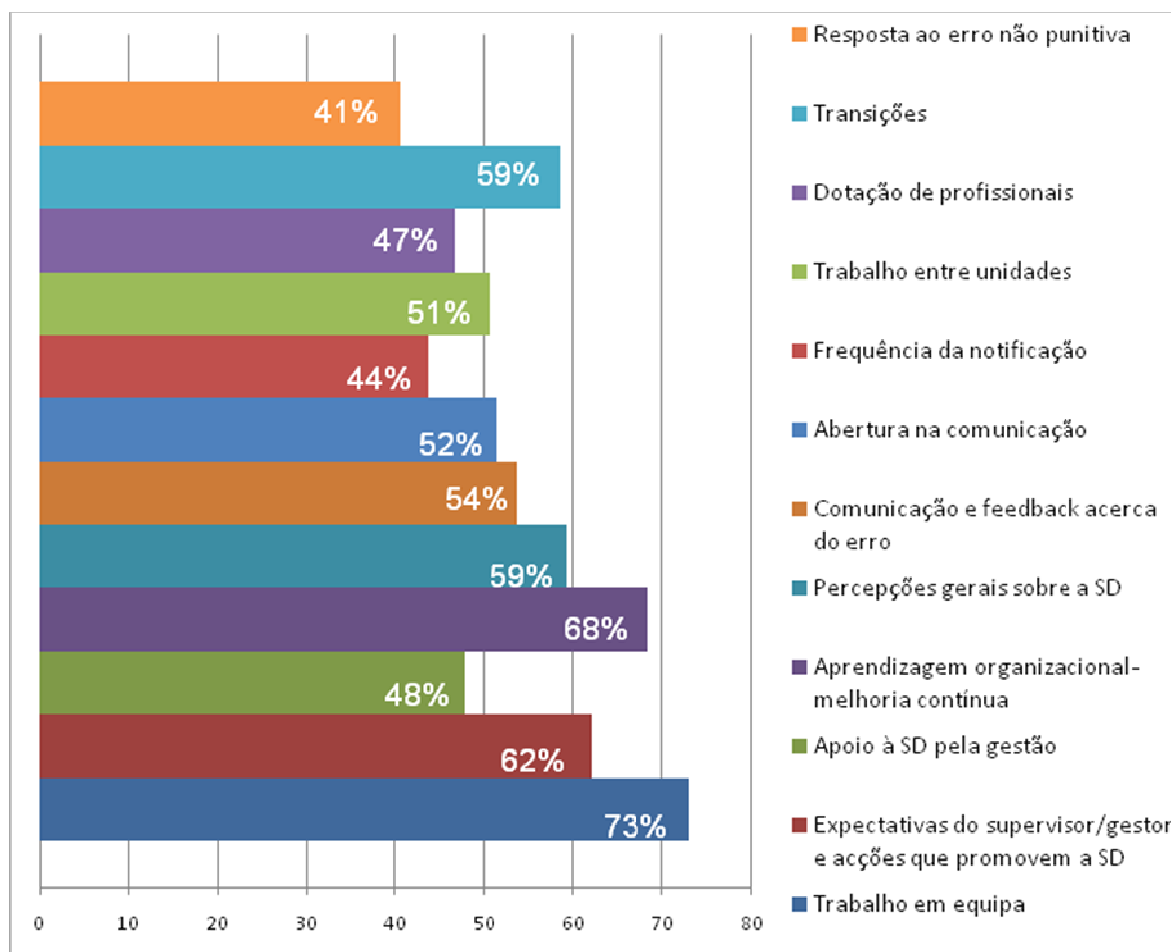


Fig 8 – distribuição pelas 12 dimensões da Cultura de Segurança do Doente

Número de eventos/ocorrências notificadas

Podemos verificar que 73% dos inquiridos refere não ter efetuado qualquer notificação nos últimos 12 meses, 17% notificou 1 a 2, 7% 3 a 5, 2% 6 a 10, sendo que apenas 1% dos inquiridos notificaram 11 a 20 eventos/ocorrências.

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

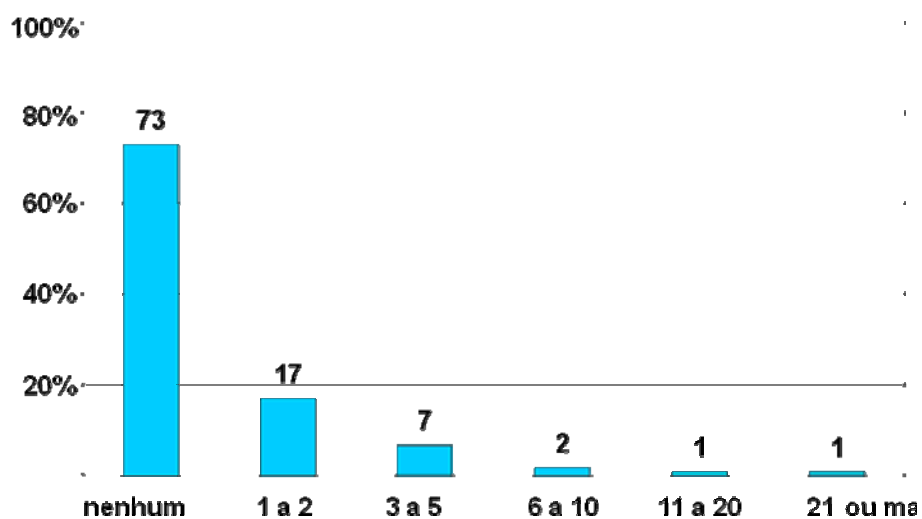


Fig 9 – distribuição pelos eventos notificados

Avaliação geral sobre a segurança do doente

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

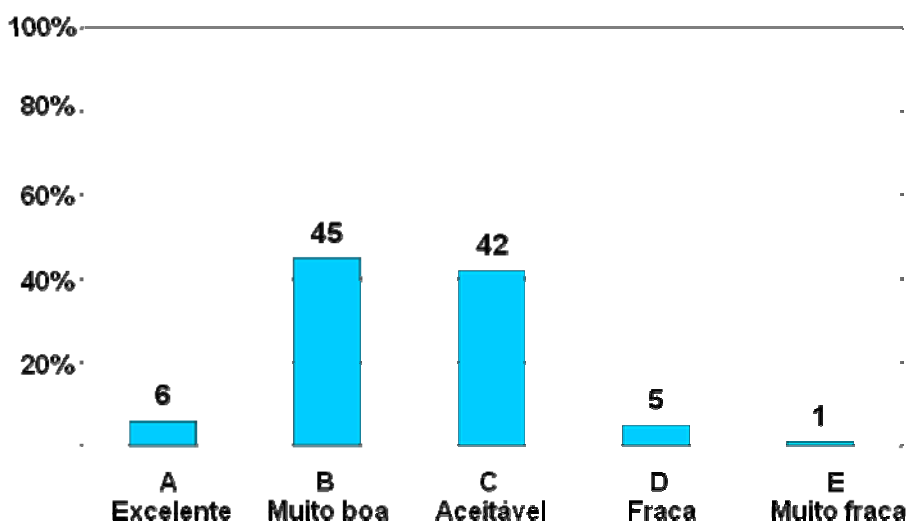


Fig 10 – distribuição pela avaliação geral sobre a segurança do doente

II ANÁLISE POR HOSPITAL

Apresentamos uma breve análise realizada por hospital bem como recomendações para implementação de melhorias ao nível nacional e local. Toda a análise foi feita com base no pressuposto de que diferenças superiores a 5%, são consideradas diferenças significativas (Sorra e Nieva, 2004).

1. Características da amostra

Como já foi referido, tendo em conta o total de profissionais de cada hospital (figura 2), podemos verificar que o Hospital 6 detém a taxa de adesão mais elevada ao questionário por parte dos seus profissionais (50%), seguido dos Hospitais 5, 2 e 1. De notar que no Hospital 4, apenas 4% dos seus profissionais responderam ao questionário de avaliação da cultura de segurança do doente.

2. Avaliação das dimensões

A letra e número referem-se ao número da questão conforme apresentada no questionário, por ex: A15. A letra R indica questões colocadas pela negativa.

Consideramos que existem diferenças observadas quando a variação é superior a 5%. Na tabela 1 apresentamos as médias de percentual positivo das 12 dimensões por hospital.

Tabela 1 - percentagem de respostas dos hospitais participantes por dimensão

DIMENSÕES		Resultados (% de positivos)							
		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	Geral
1	Trabalho em equipa	71	71	69	71	71	74	86	73
2	Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD	63	62	58	60	64	62	66	62
3	Apoio à SD pela gestão	36	55	38	53	38	62	55	48
4	Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	64	71	63	68	69	70	74	68
5	Percepções gerais sobre a SD	55	67	54	58	52	63	66	59
6	Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	53	54	44	48	56	56	63	54
7	Abertura na comunicação	52	52	48	50	51	52	56	52
8	Frequência da notificação	41	46	37	47	43	50	43	44
9	Trabalho entre unidades	42	51	49	50	49	58	56	51
10	Dotação de profissionais	35	48	50	49	53	42	50	47
11	Transições	57	62	52	51	59	62	68	59
12	Resposta ao erro não punitiva	22	40	46	44	44	40	49	41

1. Trabalho em equipa

Itens que compõem a dimensão:

A1. Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se.

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

A4. Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito

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

Quanto ao *Trabalho em equipa* verifica-se que a percentagem de respostas positivas é bastante homogénea, variando entre 69 e 74%, para os hospitais 1 a 6 e apenas no Hospital 7 se verifica uma percentagem de respostas positivas mais elevadas (86%). (cfr. fig 11). O Hospital 7 destaca-se do grupo ao obter um resultado notoriamente superior em relação à média da dimensão (73%).

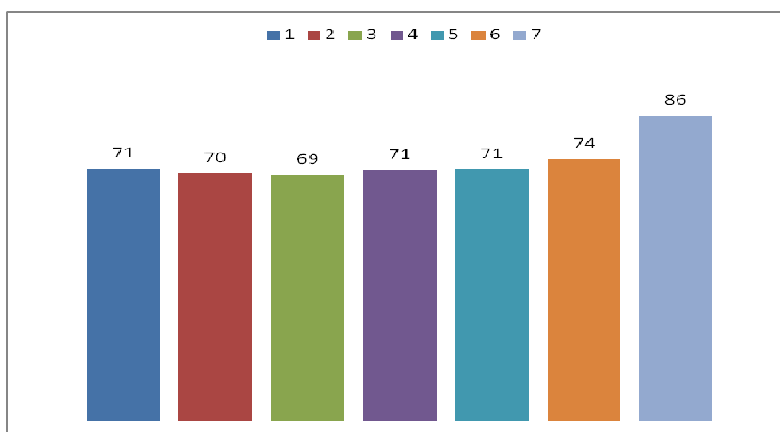


Fig 11 – percentagem de respostas positivas da dimensão Trabalho em equipa

Nesta dimensão observou-se evidência de diferenças de distribuição entre hospitais. Os testes de comparações múltiplas revelaram que o Hospital 7, que apresentou o valor médio mais elevado da dimensão, se distinguiu estatisticamente dos restantes hospitais ($p < 0,001$).

As recomendações de intervenção nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que preconize o trabalho em equipa enquanto competência basilar de todos os profissionais e pessoal da saúde.

Recomendações a nível local:

- Apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais e pessoal da saúde nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa; da liderança de equipas, da gestão/desempenho de equipas em situação de crise, etc.

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

Itens que compõem a dimensão:

B1. O seu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos.

B2. O seu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente.

B3R. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos.

B4R. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente.

A dimensão *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente* foi avaliada com respostas positivas que variaram entre 57%, no Hospital 1 e 66%, no Hospital 7. Os valores mais elevados registam-se nos Hospitais 7 com 66%, 5 com 64%, e hospitais 2 e 6 com 62%.

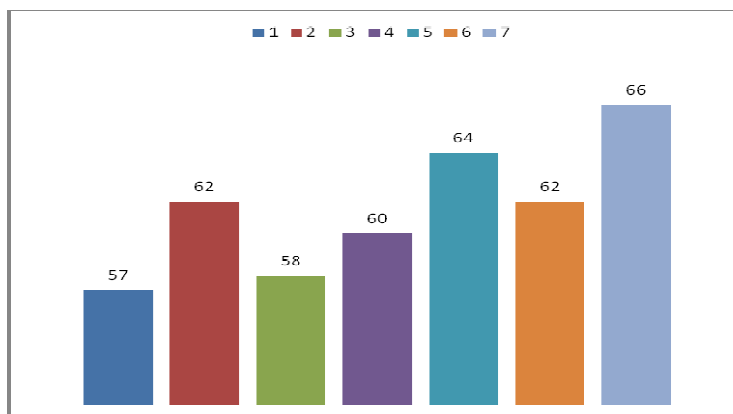


Fig 12 – percentagem de respostas positivas da dimensão *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente*

Nesta dimensão não foram observadas evidências de diferenças entre hospitais/centros hospitalares ($p = 0,755$).

As recomendações de intervenção nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que institua estruturas de gestão do risco e segurança do doente em todas as instituições de saúde e a implementação de planos de ação no âmbito da Segurança do Doente.

Recomendações a nível local:

- Implementar um plano de ação para a segurança do doente, que inclua a:
 - Nomeação do *focal point* da instituição para a Segurança do Doente;
 - Constituição de estrutura de gestão do risco;
 - Nomeação de *focal points* (líderes séniores) para a segurança do doente nas Unidade/Serviços da instituição;
 - Eleição mensal do “Campeão da Segurança do Doente” por Unidade/Serviço

(mensal);

- Realização de visitas aos Serviços/Unidades para falar diretamente com os profissionais e pessoal da saúde sobre segurança do doente e para identificar riscos existentes;
- Implementação de estratégias locais para colocar o doente e família no centro da prestação de cuidados.

3. Apoio à segurança do doente pela gestão

Itens que compõem a dimensão:

F1. A direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente.

F8. As ações da direção do hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.

F9R. A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade.

Na dimensão *Apoio à segurança do doente pela gestão* registam-se valores bastante diferentes entre os Hospitais da amostra, que variam entre 32% de respostas positivas no Hospital 1, e 62% no Hospital 6.

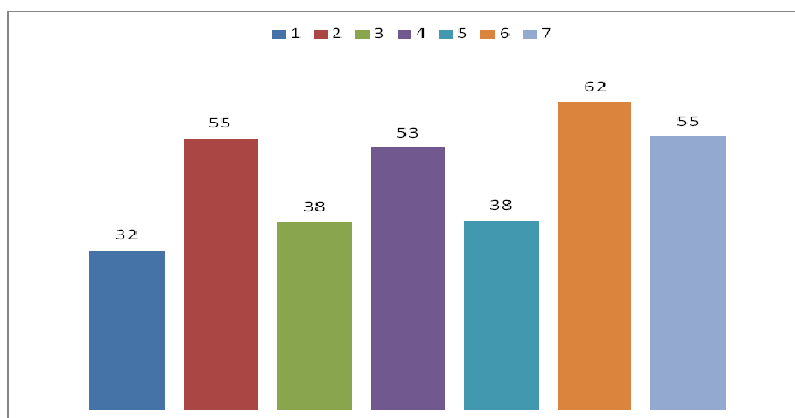


Fig 13 – percentagem de respostas positivas da dimensão *Apoio à segurança do doente pela gestão*

Nesta dimensão observou-se evidência de diferenças de distribuição entre hospitais, pelo menos um hospital tem uma distribuição distinta dos restantes ($p < 0,001$). Os testes de comparações múltiplas revelaram que o Hospital 1 que apresentou o valor mais baixo desta dimensão se distinguiu estatisticamente dos Hospitais 4, 2, 6 e 7. Por sua vez, o Hospital 6 apresentou o valor extremo mais elevado desta dimensão. Globalmente, definiram-se três grupos: 1) os Hospitais 1, 5 e 3 com os valores mais baixos; 2) os Hospitais 2 e 6 no outro extremo; e, 3) os restantes Hospitais/Centros Hospitalares com valores mais ou menos sobreponíveis.

Os Hospitais 2 e 7 registam valores de 55%, considerados acima da média da dimensão (48%) e o Hospital 1 regista um valor abaixo (37%).

As recomendações para as intervenções nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que preconize o/a:
- Reforço da articulação entre os níveis nacional, regional e local e a criação de estruturas regionais/locais onde não existam;
- Formação das competências basilares para a segurança do doente (Gestão do risco, Comunicação e Trabalho em equipa, Transições, etc...);
- Implementação /desenvolvimento de sistema de notificação para fomentar a aprendizagem;
- Adoção de indicadores associados ao contrato-programa da instituição;
- Elaboração e/ou atualização de Orientações e Normas nacionais;
- Avaliação e *feedback* às instituições, através de relatório anual.

Recomendações a nível local:

- Implementar um plano de ação para a segurança do doente, que inclua a:
 - Nomeação do *focal point* da instituição para a Segurança do Doente;
 - Constituição de estrutura de gestão do risco;
 - Nomeação de *focal points* (líderes séniores) para a SD nas Unidade/Serviços da instituição;
 - Eleição mensal do “Campeão da Segurança do Doente” por Unidade/Serviço (mensal);
 - Realização de visitas aos Serviços/Unidades para falar diretamente com os profissionais e pessoal da saúde sobre segurança do doente e para identificar riscos existentes;
 - Implementação de estratégias locais para colocar o doente e família no centro da prestação de cuidados.
 - Dar formação sobre segurança do doente e gestão do risco a todos os profissionais e pessoal da instituição de saúde;
 - Divulgar/implementar as Orientações e/ou Normas nacionais relativas à segurança do doente.

4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua

Itens que compõem a dimensão:

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

A9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas.

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

Na dimensão *Aprendizagem organizacional - melhoria contínua* registam-se valores que variam entre 63% de respostas positivas no Hospital 3 e 74% no Hospital 7, apresentando uma oscilação superior a 5% face à média geral obtida (68%). Os Hospitais 7, 2, 6 e 5 são os que registam as percentagens de valores positivos mais elevados.

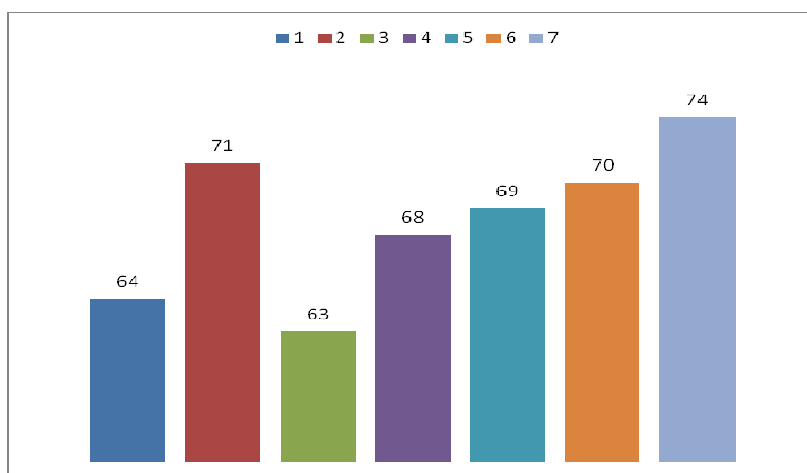


Fig 14 – percentagem de respostas positivas da dimensão *Aprendizagem organizacional - melhoria contínua*

Nesta dimensão observou-se evidência de diferenças de distribuição entre hospitais, pelo menos um hospital tem uma distribuição distinta dos restantes ($p = 0,002$). Os testes de comparações múltiplas permitiram estabelecer, no essencial três grupos. 1) O Hospital 3 com o valor mais baixo da dimensão; 2) os Hospitais 6 e 7 com os valores mais elevados; 3) Todos os restantes hospitais com valores que não se distinguiram daqueles outros.

As recomendações de intervenção nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que preconize a avaliação da cultura de segurança das instituições de saúde (e respetivo *feedback*) e a formação contínua dos profissionais de forma a potenciar a antecipação, o reconhecimento e a gestão de situações que ponham em risco a segurança do doente.

Recomendações a nível local:

- Implementar plano de ação para a SD (que inclua avaliação/implementação de medidas / avaliação...), que inclua plano de melhoria para áreas problemáticas identificadas a nível local;
- Implementar e/ou Desenvolver Sistemas de Notificação;
- Desenvolver competências em gestão de risco (fatores humanos e sistémicos) e promover uma cultura não punitiva;
- Adotar técnicas para evitar a ocorrência de eventos adversos.

5. Perceções gerais sobre a segurança do doente

Itens que compõem a dimensão:

A10R. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade

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

A17R. Neste Serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente

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

Na dimensão *Perceções gerais sobre a segurança do doente* registam-se valores que variam entre 52% de respostas positivas no Hospital 5 e 67% no Hospital 2. Os Hospitais 2, 7 e 6 registam as percentagens de valores positivos mais elevados.

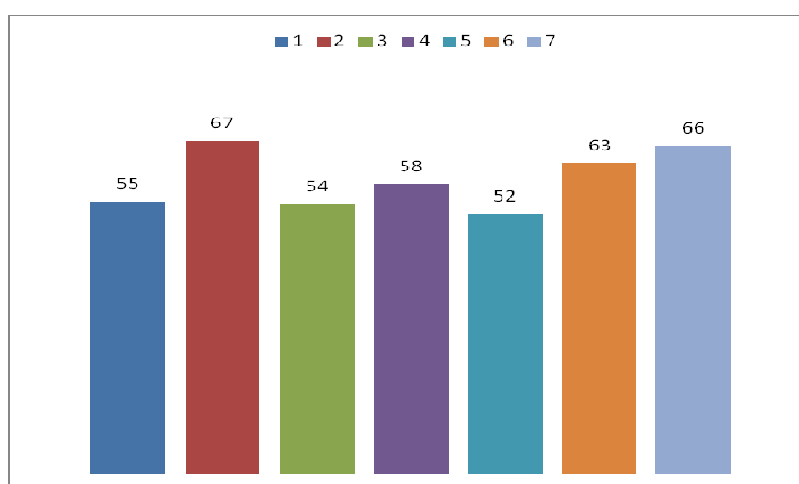


Fig 15 – percentagem de respostas positivas da dimensão *Perceções gerais sobre a segurança do doente*

Mais uma vez os Hospitais 2 e 7 registam valores acima da média da dimensão (59%), enquanto que o Hospital 5 abaixo (52%).

As recomendações de intervenção nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que preconize a avaliação da cultura de segurança das instituições de saúde (e respetivo *feedback*) e a sensibilização e formação dos profissionais e pessoal da saúde em segurança do doente.

Recomendações a nível local:

- Implementar plano de ação para a segurança do doente, que inclua medidas de melhoria para áreas problemáticas identificadas na instituição;
- Sensibilizar/dar formação a todos os profissionais e pessoal da saúde sobre a segurança do doente e a cultura de segurança de uma instituição.

6. Comunicação e feedback acerca do erro

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

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

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

Na dimensão *Comunicação e feedback acerca do erro* registam-se valores que variam entre 44% de respostas positivas no Hospital 3 e 63% no Hospital 7. Este valor distancia-se bastante dos restantes Hospitais (> 5 pontos), seguido dos Hospitais 5 e 6 com 56% de percentagem de respostas positivas. Os Hospitais 3 e 4 são os que registam percentagens de respostas positivas mais baixas, com 44% e 48% respetivamente.

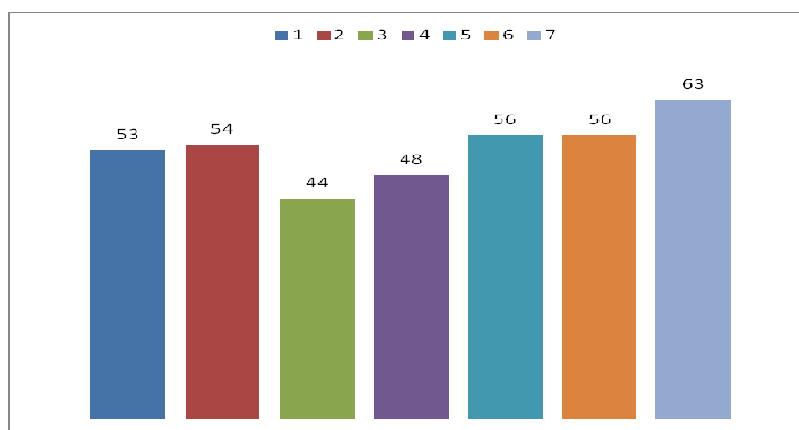


Fig 16 – percentagem de respostas positivas da dimensão *Comunicação e feedback acerca do erro*

Nesta dimensão observou-se evidência de diferenças de distribuição entre hospitais, pelo menos um hospital tem uma distribuição distinta dos restantes ($p < 0,001$). Os testes de comparações múltiplas permitiram estabelecer dois grupos homogêneos quase completamente sobreponíveis. Os dois grupos foram distinguidos pelos hospitais/Centros hospitalares 7 e 3. O hospital 7 teve os valores mais elevados desta dimensão e distinguiu-se estatisticamente do Hospital 3 que se situou no extremo oposto desta dimensão.

As recomendações de intervenção nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que preconize a criação de uma cultura institucional de segurança do doente e a sensibilização e formação dos profissionais e pessoal da saúde em segurança do doente;
- Emitir diploma legal que proteja os notificadores, para fomentar a adesão ao sistema de notificação;
- Elaborar e divulgar relatório anual com os eventos adversos mais notificados e com as medidas de intervenção preconizadas.

Recomendações a nível local:

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

7. Abertura na comunicação

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

C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade.

C6R. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.

Na dimensão *Abertura na comunicação* registam-se valores que variam entre 48% de respostas positivas no Hospital 3 e 56% no Hospital 7. (cfr. fig. 17)

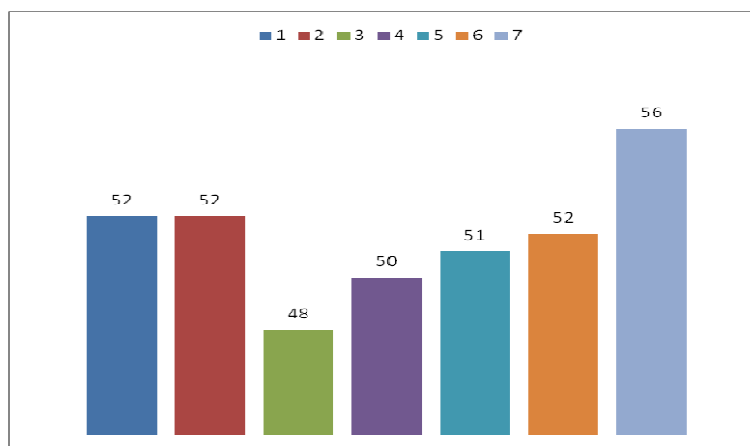


Fig 17 – percentagem de respostas positivas da dimensão *Abertura na comunicação*

Nesta dimensão observou-se que o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* revelou evidências de diferenças de distribuição entre hospitais ($p = 0,029$). No entanto, não foi vislumbrada diferença de médias. Os testes de comparações múltiplas mostraram-se inconclusivos, não evidenciando grupos distintos. Apenas se podendo apontar que os Hospitais 3 e 7 se situaram em posições extremas opostas desta dimensão.

As recomendações para as intervenções nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que preconize a criação de uma cultura institucional de segurança do doente e a sensibilização e formação dos profissionais e pessoal da saúde em segurança do doente.

Recomendações a nível local:

- Implementar plano de ação para a segurança do doente (que inclua avaliação/implementação de medidas / avaliação...), que inclua plano de melhoria para áreas problemáticas identificadas a nível local;
- Implementar e/ou desenvolver Sistema de Notificação;
- Fomentar a notificação, tanto dos profissionais, como dos doentes, de todo o tipo de eventos e o *feedback* do tratamento dos casos notificados;
- Dar formação sobre segurança do doente a todos os profissionais e pessoal da instituição de saúde;
- Desenvolver competências em gestão de risco (fatores humanos e sistémicos) e promover uma cultura não punitiva;
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação e sensibilizar sobre a importância do trabalho em equipa, da liderança e da comunicação.
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e familiares;
- Adotar técnicas para evitar a ocorrência de eventos adversos.

8. Frequência da notificação

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

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

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

Na dimensão *Frequência da notificação* registam-se valores que variam entre 37% de respostas positivas no Hospital 3 e 50% no Hospital 6. A percentagem de respostas positivas do Hospital 3 distancia-se dos restantes, já que registam valores entre os 41% e 50%. Esta dimensão assume valores baixos.

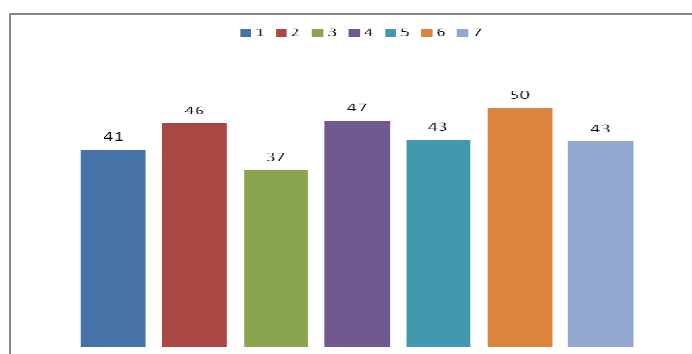


Fig 18 – percentagem de respostas positivas da dimensão *Frequência da notificação*

Nesta dimensão observou-se evidência de diferenças de distribuição entre hospitais, pelo menos um hospital tem uma distribuição distinta dos restantes ($p = 0,002$). Os testes de comparações múltiplas permitiram estabelecer dois grupos homogéneos quase completamente sobreponíveis. Os dois grupos foram distinguidos pelos hospitais/Centros hospitalares 6 e 3. O Hospital 6 apresentou os valores mais elevados e distinguiu-se estatisticamente do Hospital 3 que se situou no extremo oposto desta dimensão.

As recomendações de intervenção que se propõem para esta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que preconize a criação de uma cultura institucional de segurança do doente e a sensibilização e formação dos profissionais e pessoal da saúde em segurança do doente;
- Emitir diploma legal que proteja os notificadores, para fomentar a adesão ao sistema de notificação;
- Elaborar e divulgar relatório anual com os eventos mais notificados e com as medidas de intervenção preconizadas.

Recomendações a nível local:

Para além das recomendações das Dimensões 4 e 6:

- Fomentar o *feedback* de um evento ou notificação.

9. Trabalho entre unidades

F2R. Os Serviço/unidades do hospital não se coordenam bem uns com os outros.

F4. Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente.

F6R. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do hospital.

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

Na dimensão *Trabalho entre unidades* registam-se valores que variam entre 42% de respostas positivas no Hospital 1 e 58% no Hospital 6.

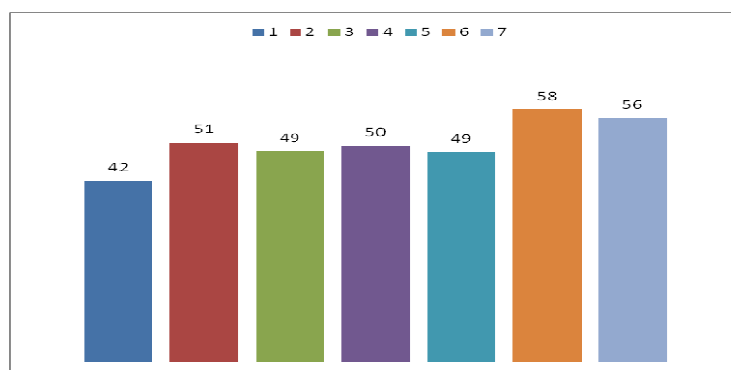


Fig 19 – percentagem de respostas positivas da dimensão *Trabalho entre unidades*

Nesta dimensão observou-se que o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis revelou evidência de diferenças de distribuição entre hospitais ($p = 0,009$). No entanto, não foi vislumbrada diferença de médias. Os testes de comparações múltiplas mostraram-se inconclusivos, não evidenciando grupos distintos. Apenas se podendo indicar que o Hospital 3 e o Hospital 6 se situaram em posições extremas opostas desta dimensão.

As recomendações para as intervenções nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que preconize o trabalho em equipa enquanto competência basilar de todos os profissionais e pessoal da saúde.

Recomendações a nível local:

- Apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais e pessoal da saúde nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa; da liderança de equipas, da gestão/desempenho de equipas em situação de crise, etc.

10. Dotação de Profissionais

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

A5R. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável.

A7R. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável.

A14R. Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muito, demasiado depressa.

Na dimensão *Dotação de Profissionais* registam-se valores que variam entre 42% de respostas positivas no Hospital 6 e 53% no Hospital 5.

Esta dimensão assume valores baixos em todos os Hospitais.

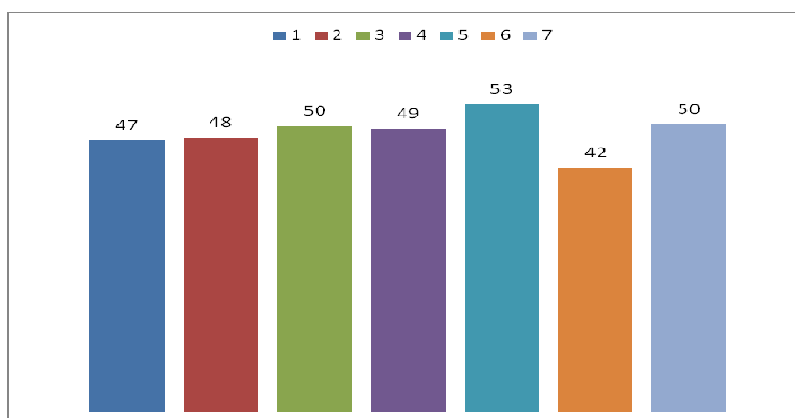


Fig 20 – percentagem de respostas positivas da dimensão *Dotação de Profissionais*

Nesta dimensão não foram observadas evidências de diferenças entre Hospitais/centros hospitalares ($p = 0,327$).

As recomendações para as intervenções nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- A contratação de profissionais e pessoal da saúde deve contemplar as necessidades relativas à segurança do doente (mínimo de profissionais/serviço).

Recomendações a nível local:

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

11. Transições

F3R. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro.

F5R. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno.

F7R. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do hospital.

F11R. As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente.

Na dimensão *Transições* registam-se valores que variam entre 51% de respostas positivas no Hospital 4 e 68% no Hospital 7.

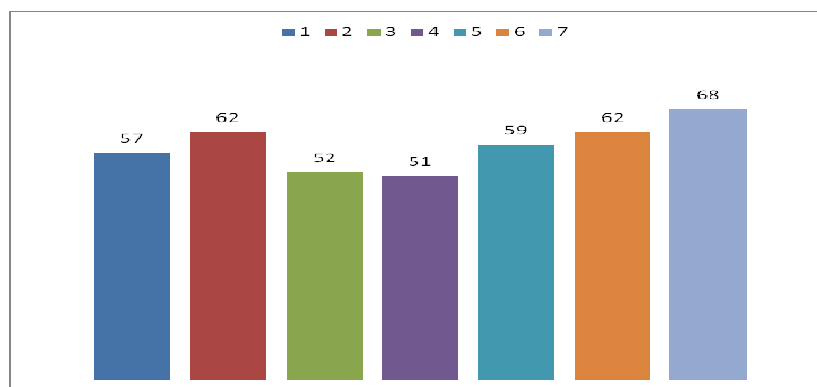


Fig 21 – percentagem de respostas positivas da dimensão *Transições*

Nesta dimensão observou-se evidência de diferenças de distribuição entre hospitais, pelo menos um hospital tem distribuição distinta dos restantes ($p < 0,001$). Os testes de comparações múltiplas permitiram perceber a existência de dois grupos bastante sobreponíveis em que o Hospital 3 apresentou o valor mais elevado e se distinguiu estatisticamente dos Hospitais 1, 2 e 6.

As recomendações de intervenção nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que preconize a formação em segurança do doente a todos os profissionais e pessoal da saúde.

Recomendações a nível local:

- Apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais e pessoal da saúde nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa; da liderança de equipas, da gestão/desempenho de equipas em situação de crise, etc., incluindo especificamente:
 - estratégias de comunicação para as transições (turnos e serviços) e para as altas;
 - estratégias de comunicação em momentos críticos de transições: reconciliação terapêutica na alta; aspetos da medicação a considerar nas transições e
 - estratégias/ferramentas para apoiar as transições.

12. Resposta ao erro não punitiva

A8R. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.

A12R. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.

A16R. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal.

Na dimensão *Resposta ao erro não punitiva* registam-se valores que variam entre 22% de respostas positivas no Hospital 1 e 49% no Hospital 7. Apesar do valor máximo ser muito baixo, existe uma diferença muito elevada entre a percentagem de valores positivos registados no Hospital 1 em relação a todos os outros hospitais.

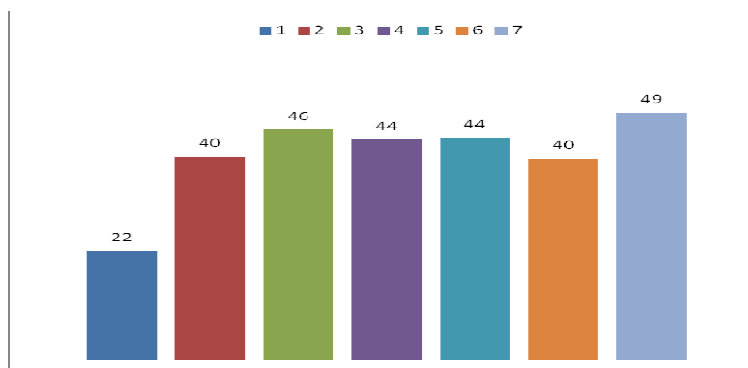


Fig 22 – percentagem de respostas positivas da dimensão *Resposta ao erro não punitiva*

Nesta dimensão observou-se evidência de diferenças de distribuição entre hospitais, pelo menos um hospital tem distribuição distinta dos restantes ($p < 0,001$). Os testes de comparações múltiplas permitiram perceber a existência de dois ou três grupos bastante sobreponíveis em que o Hospital 6 com o valor médio mais baixo se distinguiu estatisticamente dos Hospitais 1, 3, 4 e 5, e a variação observada nos restantes hospitais não permitiu distingui-los de todos aqueles.

As recomendações que se propõem para as intervenções nesta Dimensão são as seguintes:

Recomendações a nível nacional:

- Desenvolver uma política para a segurança do doente que preconize a criação de uma cultura institucional de segurança do doente e a sensibilização e formação dos profissionais e pessoal da saúde em segurança do doente;
- Emitir diploma legal que proteja os notificadores, para fomentar a adesão ao sistema de notificação.

Recomendações a nível local:

- Implementar plano de ação para a segurança do doente (que inclua avaliação/implementação de medidas / avaliação...), que inclua plano de melhoria para áreas problemáticas identificadas a nível local;
- Implementar e/ou Desenvolver Sistema de Notificação;
- Fomentar a notificação, tantos dos profissionais, como dos doentes, de todo o tipo de eventos e o *feedback* do tratamento dos casos notificados;
- Dar formação sobre segurança do doente a todos os profissionais e pessoal da instituição de saúde;
- Desenvolver competências em gestão de risco (fatores humanos e sistémicos) e promover uma cultura não punitiva;
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação e sensibilizar sobre a importância do trabalho em equipa, da liderança e da comunicação.
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e familiares;
- Adotar técnicas para evitar a ocorrência de eventos adversos.

Para além das 12 dimensões avaliadas pelo questionário, são colocadas duas questões:

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

Podemos verificar que as percentagens dos inquiridos que não efetuaram nenhuma notificação nos últimos 12 meses, se situa entre 53% no hospital 7 e 78% no hospital 6.

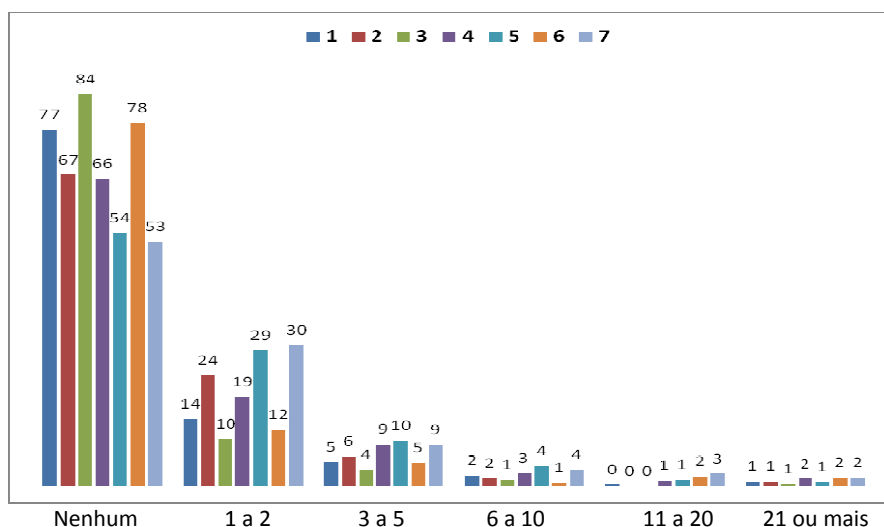


Fig 23 – percentagem de respostas de número de relatórios de eventos/ocorrências preenchidos

Solicitou-se que os profissionais avaliassem a segurança do doente do seu serviço/hospital, atribuindo um grau que podia variar entre muito fraco e excelente.

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

Conforme se pode verificar na figura 24, a maioria dos profissionais classifica a segurança do doente do seu serviço/unidade como “muito boa” ou “aceitável”.

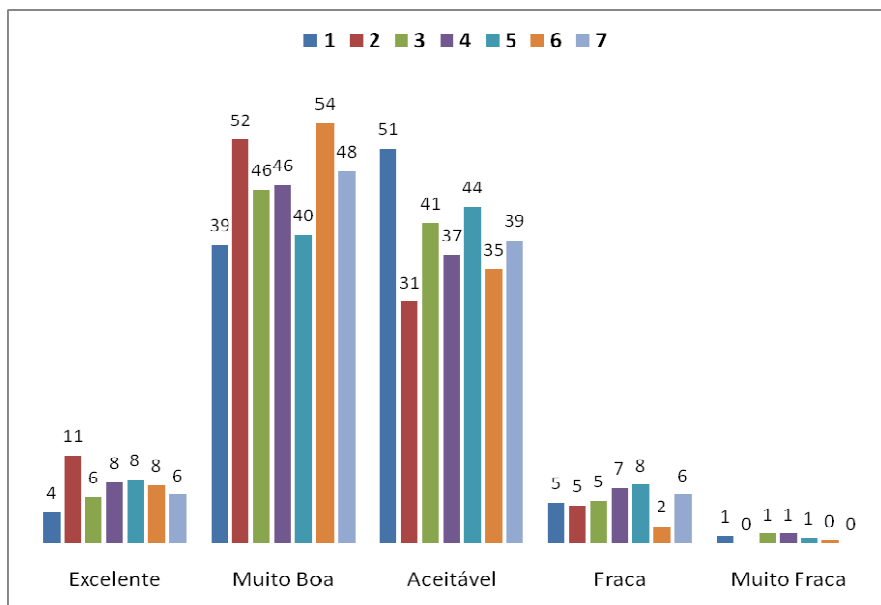


Fig 24 – percentagem de respostas do grau sobre a segurança do doente

4. CONCLUSÕES

Apesar do presente estudo constituir uma experiência piloto da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPCS) em 7 instituições hospitalares portuguesas, não pode deixar de ser referida a baixa taxa de adesão verificada (11,13%), consequência, ou não, do fraco envolvimento dos profissionais e das organizações face às questões da segurança do doente e do período em que o questionário foi aplicado (junho a setembro). De salientar que, se observarmos as taxas de adesão por instituição, verifica-se que quatro hospitais obtiveram taxas de adesão superiores a 25%, e um hospital atingiu uma taxa de adesão de 50%.

Refira-se que a variação dos resultados das diferentes dimensões obtidos constitui uma oportunidade de aprendizagem entre instituições e os resultados obtidos são um ponto de partida para as intervenções nas instituições participantes.

Se verificarmos os resultados obtidos pelo grupo de hospitais da amostra piloto nas dimensões propostas, resumidos na tabela 1 (pag. 18), e considerarmos que as dimensões que atingem percentuais abaixo dos 60% apontam para oportunidades de melhoria com intervenção a curto/médio prazo, e que as dimensões com percentuais acima dos 60% indicam oportunidades de melhoria com intervenção a longo prazo, em Portugal, os resultados podem ser analisados da seguinte forma:

a) Dimensões com intervenção a curto/médio prazo:

Dimensão 12 *Resposta ao erro não punitiva* (41%), Dimensão 8 *Frequência da notificação* (44%), Dimensão 10 *Dotação de profissionais* (47%), Dimensão 3 *Apoio à Segurança do Doente pela gestão* (48%), Dimensão 9 *Trabalho entre unidades* (51%), Dimensão 7 *Abertura na Comunicação* (52%), Dimensão 6 *Comunicação e feedback acerca do erro* (54%), Dimensão 5 *Perceções gerais sobre a Segurança do Doente* (59%), Dimensão 11 *Transições* (59%).

b) Dimensões com intervenção a longo prazo:

Dimensão 1 *Trabalho em Equipa* (73%), Dimensão 4 *Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua* (68%) e Dimensão 2 *Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a Segurança do Doente* (62%).

Ao utilizarmos a regra do polegar sugerida pelos autores do questionário (2004, Sorra e Nieva), que indica que diferenças superiores a 5% são consideradas significativas, verificamos que são 9 as dimensões que se enquadram nesta categoria: Dimensão 1 *Trabalho em equipa*; Dimensão 3, *Apoio à SD pela gestão*; Dimensões 5 *Perceções gerais sobre a segurança do doente*; Dimensão 6 *Comunicação e feedback acerca do erro*; Dimensão 8, *Frequência da notificação*; Dimensão 9, *Trabalho entre unidades*, Dimensão 10, *Dotação de profissionais*; Dimensão 11 *Transições* e Dimensão 12, *Resposta ao erro não punitiva*.

Por último, refira-se, que os resultados do estudo piloto nas 12 dimensões da cultura de segurança propostas não são muito díspares daqueles obtidos, em 2004, nos

Estados Unidos da América, em 2008, em Espanha, e, em 2010, no Reino Unido, como se pode verificar na Tabela 2, que a seguir se apresenta:

Tabela 2 – *Benchmarking* internacional

Dimensões – definidas com base no documento da AHRQ – Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ Publication No. 04-0041, September 2004)	Resultados (% de positivos)			
	EUA (2004)	ES (2008)	R Unido (2010)	PT (2011)
1. Trabalho em equipa	74	72	75	73
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	71	62	68	62
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	60	25	45	48
4. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	71	54	66	68
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	56	48	59	59
6. Comunicação e feedback acerca do erro	52	44	56	54
7. Abertura na comunicação	61	48	60	52
8. Frequência da notificação	52	47	71	44
9. Trabalho entre unidades	53	42	41	51
10. Dotação de profissionais	50	28	34	47
11. Transições	45	54	43	59
12. Resposta ao erro não punitiva	43	53	31	41

5. RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se, por um lado, a implementação sistemática da avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais, para se obter uma visão nacional e, por outro, os resultados obtidos apontam para as seguintes recomendações a nível nacional e local:

Recomendações Nacionais:

Incrementar uma política para a segurança do doente que permita:

- 1) Reforçar a articulação entre os níveis nacional, regional e local e criar estruturas regionais/locais onde não existam;
- 2) Aperfeiçoar competências basilares para a segurança do doente e gestão do risco (Cultura de segurança, Gestão do risco, Comunicação e Trabalho em equipa, Transições, etc...);
- 3) Implementar/desenvolver o sistema de notificação para estimular a aprendizagem;
- 4) Adotar indicadores associados ao contrato-programa da instituição, que permitam acompanhar o desenvolvimento da segurança do doente ao nível nacional, regional e local, e facilitem a identificação das intervenções necessárias;
- 5) Envolver e informar o doente/familiar sobre a segurança do doente;
- 6) Criar e promover redes de conhecimento sobre a segurança do doente;
- 7) Motivar a investigação na área da segurança do doente (potenciando linhas de financiamento).

Recomendações Locais:

- 1) Nomear *focal point* da instituição/serviços para a segurança do doente e constituir a estrutura de gestão do risco;
- 2) Implementar plano de ação para a segurança do doente (que inclua as ações da política nacional, as áreas problemáticas identificadas a nível local e estratégias para envolver e informar o doente/família);
- 3) Implementar e/ou desenvolver o Sistema de Notificação;
- 4) Promover a formação interna para sensibilizar e desenvolver competências em segurança do doente e gestão de risco;
- 5) Criar mecanismos de comunicação organizacional eficazes.

6. ANEXOS



- Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais -

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

A sua participação vai contribuir para um estudo desenvolvido pelo Departamento da Qualidade, Direção-Geral da Saúde, em parceria com a APDH (Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar), sobre avaliação da cultura de Segurança do Doente.

Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião, sendo que a mesma é facultativa.

Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e serão usados apenas no âmbito deste estudo, sendo sempre divulgados de forma anónima.

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

Um "evento/ocorrência" é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.

A "segurança do doente" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder.

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

Pedimos-lhe que assinala a resposta que considere mais correcta colocando uma cruz na opção por si escolhida.

**SECÇÃO A: O seu Serviço/Unidade de trabalho**

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

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. Neste Serviço/Unidade os profissionais entreajudam-se					
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido					
3. Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer					
4. Neste Serviço/Unidade as pessoas tratam-se com respeito					
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados					
6. Estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente					
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável					
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles					
9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas					
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/Unidade					
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio					
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si					
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente					
14. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa					
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho					
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal					
17. Neste Serviço/Unidade temos problemas com a segurança do doente					
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer					

**SECÇÃO B: O seu superior hierárquico**

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

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

SECÇÃO C: Comunicações

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

	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre
1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efectuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências					
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente					
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade					
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos					
5. Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer					
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo					



SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos/ocorrências

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

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

SECÇÃO E: Grau de segurança do doente

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

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

**SECÇÃO F: O seu Hospital**

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

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente					
2. Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros					
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro					
4. Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente					
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno					
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital					
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital					
8. As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades					
9. A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade					
10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente					
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente					

**SECÇÃO G: Número de eventos/ocorrências notificadas**

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou? (Escolha apenas **UMA** resposta)

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

SECÇÃO H: Identificação

1 - Sexo:

- ☐ Feminino ☐ Masculino

2 - Idade:

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

3 - Alguma vez tinha respondido a este questionário?

- ☐ Sim ☐ Não



4 - O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado?

☐ Sim

☐ Não

5 – Profissão:

- ☐ Assistente operacional
- ☐ Assistente técnico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Farmacêutico
- ☐ Médico
- ☐ Psicólogo
- ☐ Técnico de diagnóstico e terapêutica
- ☐ Técnico superior

☐ Outro. Qual? _____

6 – Qual é a sua unidade assistencial ou serviço neste hospital?

- ☐ Anestesia
- ☐ Cirurgia
- ☐ Farmácia
- ☐ Laboratório
- ☐ Medicina (não cirúrgica)
- ☐ Obstetrícia
- ☐ Pediatria
- ☐ Psiquiatria / saúde Mental
- ☐ Radiologia
- ☐ Reabilitação



- ☐ Serviço de Urgência
- ☐ Unidade de Cuidados Intensivos (todos os tipos)
- ☐ Outro, por favor especifique:

7 – No âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contacto directo com doentes?

- ☐ SIM, usualmente interajo ou contacto directamente com doentes.
- ☐ NÃO, usualmente não interajo ou contacto directamente com doentes.

8 - Experiência no serviço/unidade:

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

9 - Experiência na Instituição:

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



10 - Hospital onde trabalha (independentemente do nome do Centro Hospitalar):

- ☐ Centro Hospitalar da Cova da Beira
- ☐ Centro Hospitalar do Porto/H Geral de Santo António
- ☐ Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
- ☐ Centro Hospitalar Lisboa Norte/H Santa Maria
- ☐ H da Universidade de Coimbra
- ☐ Hospital de Escala Braga
- ☐ Hospital de S. João
- ☐ Hospital do Litoral Alentejano
- ☐ Unidade Local de Saúde do Alto Minho
- ☐ Outro. Qual? _____

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

Muito obrigado pela sua participação!

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHO. 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

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

WHO. WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY – Who Patient safety Curriculum guide for Medical Schools, First Edition Draft (2008) 6.151-164 [Em linha]. [Consul. 03/03/09] Disponível em http://www.who.int/patientsafety/education/medical_curriculum_form/en/index.html

EUNeTPaS. European Network for Patient Safety - Use of Patient Safety Culture – Instruments and Recommendations. [Em linha]. [Consul. 00/00/00] Disponível em http://90plan.ovh.net/extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april8-2010.pdf