



**SCHOOL OF
ECONOMICS &
MANAGEMENT
LISBON**

MESTRADO
GESTÃO E ESTRATÉGIA INDUSTRIAL

TRABALHO FINAL DE MESTRADO
DISSERTAÇÃO

**A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS DE GESTÃO
DO RISCO NA SAÚDE: MELHORIA DA
QUALIDADE DO SERVIÇO E AVALIAÇÃO DA
CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE**

JOSÉ MIGUEL GOMES SARAIVA

SETEMBRO 2013



**SCHOOL OF
ECONOMICS &
MANAGEMENT
LISBON**

**MESTRADO EM
GESTÃO E ESTRATÉGIA INDUSTRIAL**

**TRABALHO FINAL DE MESTRADO
DISSERTAÇÃO**

**A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS DE GESTÃO
DO RISCO NA SAÚDE: MELHORIA DA
QUALIDADE DO SERVIÇO E AVALIAÇÃO DA
CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE**

JOSÉ MIGUEL GOMES SARAIVA

ORIENTAÇÃO:

PROF.^a DOUTORA CLÁUDIA S. SARRICO

SETEMBRO 2013

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	IV
ÍNDICE DE TABELAS	V
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VI
AGRADECIMENTOS	VII
RESUMO	VIII
ABSTRACT	IX
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	3
2.1. Gestão do Risco nas Organizações	3
2.2. Gestão do Risco Clínico	6
2.3. Erros em Medicina, Causas e Consequências	7
2.4. Estratégias de Prevenção e Controlo dos Erros	9
2.5. Qualidade dos Serviços: Satisfação e Segurança do Doente	11
3. METODOLOGIA.....	14
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	18
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
6. CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS	34
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
8. ANEXOS	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensão 1: Trabalho em equipa	19
Figura 2. Dimensão 2: Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente.....	20
Figura 3. Dimensão 3: Apoio à segurança do doente pela gestão	20
Figura 4. Dimensão 4: Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	21
Figura 5. Dimensão 5: Percepções gerais sobre segurança do doente.....	21
Figura 6. Dimensão 6: Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro.....	22
Figura 7. Dimensão 7: Abertura na comunicação	22
Figura 8. Dimensão 8: Frequência da notificação de eventos	23
Figura 9. Dimensão 9: Trabalho entre serviços/Unidades.....	23
Figura 10. Dimensão 10: Dotação de profissionais	24
Figura 11. Dimensão 11: Transições/passagens de turno.....	24
Figura 12. Dimensão 12: Resposta não punitivo ao erro.....	25

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Impacto da ocorrência de eventos adversos em pacientes internados	13
Tabela 2. Definição das dimensões de Cultura de Segurança	15
Tabela 3. Resultados das dimensões nos sete hospitais.....	19
Tabela 4. Comparação de respostas entre grupos profissionais	27
Tabela 5. <i>Benchmarking</i> internacional	28

LISTA DE ABREVIATURAS

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

IOM – Institute of Medicine

IPQ – Instituto Português da Qualidade

IRM – Institute of Risk Management

AGRADECIMENTOS

À Professora Cláudia Sarrico,

pela orientação e por toda a ajuda e disponibilidade demonstradas ao longo do desenvolvimento da presente tese.

À minha família,

pelo apoio incondicional e constante encorajamento.

RESUMO

A cultura de segurança do doente constitui um enorme desafio nos cuidados de saúde, tornando-se uma prioridade estratégica para todas as organizações de saúde.

Este trabalho pretende avaliar as práticas de gestão do risco clínico, em particular o nível da cultura de segurança do doente, em sete hospitais portugueses.

Foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, traduzido para português, que analisa doze dimensões da cultura de segurança do doente, numa perspectiva dos profissionais de saúde, permitindo identificar não só os pontos fortes, como também oportunidades de melhoria nos serviços prestados pelos hospitais.

Obtiveram-se 1 065 questionários preenchidos, provenientes de diferentes grupos profissionais incluindo médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores e farmacêuticos. Em relação à avaliação das dimensões estudadas, as que obtiveram melhores resultados (maior percentagem de respostas positivas) foram o “Trabalho em equipa” e o “Apoio à segurança do doente pela gestão”, sendo a “Frequência da notificação de eventos”, “Dotação de profissionais” e “Resposta não punitiva ao erro” as que apresentaram piores resultados e consideradas áreas prioritárias a melhorar. Percebemos também que a idade, ao contrário do grupo profissional dos respondentes, não influencia o número de eventos notificados nem a avaliação geral da segurança.

O trabalho em equipa, liderança, abertura na comunicação, notificação de erros e o apoio da gestão de topo, são fundamentais para promover a melhoria da cultura de segurança do doente. A gestão do risco clínico e a gestão da qualidade devem ser vistos como meios para garantir o sucesso e sustentabilidade das organizações de saúde.

ABSTRACT

Patient safety culture is a major challenge in health care services, becoming a strategic priority for all health care organizations.

The purpose of this study is to evaluate the practices of clinical risk management, in particular the level of patient safety culture, in seven portuguese hospitals.

It was used the *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, translated to portuguese, which analyzes twelve dimensions of patient safety culture, in a perspective of health professionals, allowing not only to identify the strengths as well as opportunities for improving the services provided by hospitals.

For this study, were collected 1 065 completed surveys from different health professional groups including doctors, nurses, operational assistants, technical assistants, diagnostic and therapeutic technicians, senior technicians and pharmacists. Regarding the assessment of the dimensions studied, those who performed better (higher percentage of positive responses) were "Teamwork" and "Hospital management support for patient safety," and those who showed worse results, considered priority areas to improve, were "Frequency of event reporting", "Staffing" and "Nonpunitive response to error". It was noted that the age, unlike the professional group of respondents, does not influence the number of reported events nor the overall perceptions of safety.

Teamwork, leadership, open communication, error notification and hospital management support are essential to promote the improvement of a patient safety culture. Clinical risk management and quality management should be seen as means to ensure the success and sustainability of health care organizations.

“We cannot change the human condition,

but we can change the conditions under which humans work”.

James Reason (2000)

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos tem-se observado uma evolução na medicina, tendo-se tornado extremamente complexa quer a nível de ambiente de trabalho e tecnologias, como também a nível do paciente e respectivas exigências e expectativas. Estes factores levam as organizações responsáveis a adoptarem novos processos que garantam o máximo de satisfação e qualidade em relação aos serviços prestados.

A **gestão do risco e da qualidade dos serviços clínicos** é uma temática que tem vindo a ganhar bastante importância e interesse, uma vez que se relaciona com umas das preocupações vitais de todas as pessoas – a saúde. A vida das pessoas está “entregue” aos profissionais de saúde e estes, como seres humanos, estão sujeitos a cometer erros. Um dos principais desafios para a redução da probabilidade de risco dentro das organizações de saúde é melhorar o nível da segurança do paciente e consequentemente, a qualidade dos serviços prestados.

O erro em medicina é um grande desafio das organizações de saúde. É necessário os hospitais apresentarem altos níveis de rigor, ética, fiabilidade, eficiência e qualidade. Existe uma preocupação para encontrar a melhor relação entre redução de custos e garantia de qualidade. O foco na segurança do paciente é um elemento fulcral para o bom desempenho destas organizações.

É neste contexto que surge a seguinte problemática: **de que forma a gestão do risco clínico e uma cultura de segurança do doente promovem a melhoria da qualidade e a redução de erros e falhas nos serviços de saúde?**

Desta forma, o presente estudo tem como principal objectivo **avaliar as práticas de gestão do risco na saúde**, numa amostra de sete hospitais portugueses e perceber quais

os problemas existentes na prestação dos serviços assim como a identificação de oportunidades de melhoria que visem a eliminação dos erros em medicina e respectivas consequências, contribuindo para melhorar os níveis de satisfação e segurança do doente.

Quanto à estrutura do trabalho, ele está dividido em oito capítulos:

- **Capítulo 1:** Onde é descrito o enquadramento do tema, assim como a definição dos objectivos do estudo;
- **Capítulo 2:** Revisão da literatura com vista a abordar os conteúdos mais relevantes na área de gestão do risco, qualidade do serviço médico e segurança do doente;
- **Capítulo 3:** Descrição da metodologia utilizada para a obtenção de dados;
- **Capítulo 4:** Apresentação dos resultados obtidos;
- **Capítulo 5:** Discussão e análise dos resultados;
- **Capítulo 6:** Conclusões dos resultados obtidos com sugestões de oportunidades de melhorias, de forma a promover benefícios na gestão do risco clínico e na qualidade do serviço prestado, bem como uma cultura de segurança mais eficaz, limitações do estudo e sugestões para trabalhos futuros.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 - Gestão do Risco nas Organizações

Hoje em dia, as organizações têm de estar preparadas para lidar com o risco e com ambientes de incerteza e constante mudança. Todas elas precisam de correr riscos para alcançarem os seus objectivos. É fundamental promover uma cultura de prevenção do risco dentro das empresas, ou seja, um conjunto de valores e princípios que, partilhados por todos, irão reduzir a sua ocorrência e respectivas consequências, contribuindo para a realização dos seus objectivos (Hopkin, 2010).

Nos últimos anos, a gestão do risco tem vindo a ganhar uma grande importância dentro da estratégia das empresas, no sentido de prevenir actividades e procedimentos que eventualmente levem a falhas ou eventos adversos (Dickinson, 2001).

No contexto organizacional, Hopkin (2010) interpreta o risco como a ocorrência de qualquer situação ou evento adverso que tenha impacto na realização dos objectivos.

Segundo o Instituto Português da Qualidade (IPQ), em 2012, todas as actividades de uma organização estão sujeitas a factores incertos que podem afectar a realização dos seus objectivos finais. A este nível de incerteza também podemos chamar de “risco”.

Para Hopkin (2010) as organizações estão sujeitas a três tipos de riscos: riscos de perigo que originam resultados negativos comprometendo a realização dos objectivos, riscos de controlo que dão origem a incerteza sobre o resultado de uma situação e consequente realização dos objectivos e risco de oportunidade cujo objectivo é atingir um resultado positivo, mas que nem sempre é garantido. Surgem porque a organização procura melhorar os seus resultados, no entanto pode não ter capacidades para suportar o risco.

Hoje em dia, mesmo com o desenvolvimento tecnológico e novas formas de trabalho, nada é totalmente fiável, existe sempre a possibilidade de ocorrência de falhas, ou seja, de qualquer coisa correr mal numa organização. Deste modo, é essencial que as empresas tenham uma gestão de risco incorporada na sua cultura organizacional, com o objectivo de identificar potenciais causas de falhas e tomar medidas preventivas e correctivas adequadas, com o intuito de minimizar as consequências das mesmas, contribuindo para um cultura de segurança e de melhoria contínua (Slack et al., 2010).

É neste contexto que o Institute of Risk Management (IRM) define gestão do risco como *“o processo que visa ajudar as organizações a compreender, avaliar e agir sobre todos os seus riscos, com vista a aumentar a probabilidade de seu sucesso e reduzir a probabilidade de falha”* (Slack et al., 2010).

Já Fragata e Martins (2005) definem gestão do risco como o *“conjunto de medidas que visam prever ameaças reais ou potenciais para a ocorrência de quaisquer tipos de danos – financeiros, acidentes, má prática médica, etc.”*.

A gestão do risco procura assim, através de uma boa gestão dos recursos e actividades, evitar possíveis desvios entre os objectivos alcançados e os esperados, promovendo a flexibilidade organizacional e aumentando a capacidade da empresa de lidar com situações de risco e, por sua vez, a ambientes de mudança e incerteza (Dickinson, 2001).

Hampton (2009) identifica como vantagens principais de uma boa gestão do risco a melhor capacidade de identificação, prevenção, mitigação e controlo dos riscos e suas consequências contribuindo para uma menor probabilidade de ocorrência de erros.

Hopking (2010) identifica quatro áreas numa empresa que beneficiam com uma boa gestão do risco integrada: financeira (redução de custos e maior rentabilidade), infra-

estruturas (eficiência e melhoria das actividades de trabalho), imagem (maior valor, reputação e percepção da organização) e mercado (menos erros e mais oportunidades).

Uma boa cultura de gestão do risco contribui para uma maior capacidade de tomada de decisões estratégicas e de resolução de problemas. Isto só é possível se houver o comprometimento e empenho por parte de todos os profissionais dentro da organização, com atitudes e comportamentos correctos no sentido de prevenir o risco (IRM, 2012). Slack et al. (2010) referem ainda que a gestão do risco contribui para a empresa fazer um processo de análise e aprendizagem da falha, de modo a perceber as suas causas e tomar as medidas correctas para que esta não volte a ocorrer – melhoria contínua.

Todos estes aspectos da gestão do risco contribuem para melhorar a fiabilidade organizacional. Organizações de alta fiabilidade são aquelas onde ocorrem menos erros, ou seja, estão melhor preparadas para lidar com o risco, tendo melhores capacidades de antecipação e recuperação de falhas e respectivas consequências. Para isso é necessário um conjunto de características incorporadas na organização, tais como o bom trabalho em equipa, boa comunicação, aprender com o erro, cultura de melhoria contínua, entre outras. As organizações fiáveis são aquelas que fazem esforços para estudar o que não sabem, ou seja, para estarem preparadas e prevenidas para potenciais erros. Prever o que já se sabe é fácil, o desafio é estar preparado para o imprevisível (Martins, 2005).

Resumidamente, uma boa cultura de risco integrada numa organização pode ser definida pela liderança, envolvimento, aprendizagem, responsabilidade e comunicação, sendo caracterizada por princípios de confiança mútua e uma percepção comum da importância da prevenção dos riscos e da satisfação do cliente. Todos estes factores

promovem uma cultura de segurança e melhoria contínua assim como a melhoria da imagem, competências, desempenho e resultados das organizações (Hopkin, 2010).

No caso das organizações de saúde, tendo em conta a sua complexidade de actividades e proximidade de contacto com o doente, é essencial garantir uma boa gestão do risco como forma de garantir qualidade e segurança dos serviços. Uma boa gestão do risco clínico é favorável para todos: pacientes, profissionais e para a própria organização (Oliveira, 2005).

2.2 - Gestão do Risco Clínico

A Organização Mundial de Saúde caracteriza um serviço de saúde de qualidade como aquele que utiliza os seus recursos de uma forma eficaz e eficiente, de forma a corresponder, com segurança e sem desperdícios, às necessidades e expectativas dos doentes (Mansoa et al., 2011).

Reason (2004) realça que os serviços de saúde são caracterizados por determinados aspectos que os diferenciam de outras áreas, tais como a enorme complexidade e variedade de operações, actividades, procedimentos, equipamentos e profissionais, assim como um elevado grau de incerteza e vulnerabilidade dos pacientes.

Estes factores são considerados propícios ao risco podendo afectar o desempenho e os objectivos da organização, pelo que devem ser controlados de forma a tornar a actividade médica mais segura. A gestão do risco clínico tem como objectivos e metas mais importantes, promover a qualidade dos serviços prestados e respectiva segurança do doente, procurando implementar métodos que permitam à organização prevenir potenciais erros, assim como a minimização dos seus efeitos (Fragata, 2009).

2.3 - Erros em Medicina, causas e consequências

Kohn et al. (2000) definem erro médico como a incapacidade de cumprir uma acção de acordo com o planeado ou a tomada de uma decisão errada para atingir um objectivo.

A possibilidade de ocorrência de eventos adversos leva a uma maior preocupação em relação à segurança dos doentes e à qualidade dos serviços médicos. A segurança do doente está relacionada com a capacidade da organização de saúde em prevenir a ocorrência de erros durante todo o serviço prestado (Mansoa et al., 2011).

Fragata e Martins (2005) definem eventos adversos como *“todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente”*. Rasmussen (1997) afirma que o “erro humano” é considerado um factor determinante na causa de falhas, sendo responsável por 70-80% dos casos.

Fragata e Martins (2005) identificam dois tipos de erros e duas formas de abordá-los dentro das organizações de saúde. Os tipos de erros são o “erro honesto” que surge do seguimento das regras normais de actuação e o “erro de negligência” que surge do não cumprimento das regras normais de actuação, estando ligado à ideia de culpa.

Em relação às abordagens ao erro são identificadas duas, a abordagem ao nível individual e ao nível do sistema. A abordagem individual tende a culpabilizar um indivíduo pelo erro, sendo pouca eficaz na prevenção da ocorrência de novos erros na organização, no sentido em que não há uma aprendizagem e consciencialização em grupo dos factores que levaram ao erro, podendo facilmente voltar a ocorrer. É importante perceber que todas as pessoas cometem erros, sendo mais eficaz melhorar o sistema em que se trabalham em vez da culpabilização individual do erro. Quando

ocorre o erro, culpar um indivíduo não contribui para tornar o sistema mais seguro e prevenir que outro profissional cometa o mesmo erro.

É neste contexto que a abordagem ao nível do sistema tende a ser mais eficaz, havendo um propósito de aprender com o erro e, em equipa, tomar medidas correctivas para que não volte a acontecer. A questão fundamental não é “quem é o culpado”, mas sim “porquê e como é que o erro aconteceu”. É importante perceber que o erro em medicina surge de um trabalho em equipa de profissionais de saúde, que actuam num ambiente de extrema complexidade e que têm todos diferentes responsabilidades, mas um objectivo em comum, a segurança do paciente.

Segundo o *Institute of Medicine* (IOM), um grande desafio na promoção da cultura de segurança é a passagem de uma cultura punitiva em relação ao erro, para uma em que os erros são tratados não como fracassos pessoais, mas como oportunidades para melhorar o desempenho médico e prevenir erros futuros (Sorra e Nieva, 2003).

Fragata (2011) define alguns cenários onde é mais frequente a ocorrência de erros, entre eles estão o bloco operatório, infecções, falhas de medicação e quedas dos doentes.

Neale et al. (2001) identificam como possíveis causas de eventos adversos a falta de formação ou experiência dos profissionais, falha no desempenho técnico, incapacidade de agir adequadamente, mau diagnóstico do doente ou falhas no controlo e vigilância.

Já Fragata (2011) apresenta outras potenciais causas de falhas, tais como a má relação entre profissionais contribuindo para um mau trabalho em equipa, falta de competências e de capacidades para lidar com situações adversas ou imprevistas, falta de liderança em gerir as responsabilidades de uma equipa, mau planeamento do serviço e factores como *stress*, cansaço ou fadiga. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare*

Organizations elege a má comunicação como maior causa de erros médicos (Rosenstein, 2010).

Os erros médicos têm consequências significativas a diversos níveis, não só pelo impacto no doente (consequências físicas e psicológicas), como também pelo impacto social, relacionado com a imagem pública e prestígio da organização e dos respectivos profissionais (levando a um declínio dos níveis de confiança e segurança) e pelo impacto financeiro, referente a elevados custos adicionais (necessidade adicional de recursos, aumento do tempo internamento, casos judiciais etc.) (Fragata, 2005).

Estas consequências fazem com que o bem-estar do doente se torne na prioridade principal dos serviços de saúde. Os elevados custos adicionais de eventos adversos leva as organizações a investirem na segurança e na melhoria contínua (Mello et al., 2007).

Martins (2005) refere que os erros transmitem ineficiências na organização pelo que é necessário implementar um conjunto de medidas com o objectivo de preveni-los de modo a melhorar a qualidade e segurança dos serviços prestados.

2.4 - Estratégias de Prevenção e Controlo dos Erros

A complexidade do funcionamento de um hospital leva a que uma cultura de segurança provenha de boas práticas de todos. Reason (2000) afirma que os profissionais devem ter noção de que podem cometer erros, sendo fundamental as organizações apostarem na sua formação e desenvolvimento de competências. Promover uma boa comunicação e trabalho em equipa é um factor fulcral para garantir elevados níveis de qualidade.

Hopkin (2010) dá ênfase à necessidade de reportar, de forma detalhada e precisa, qualquer situação inesperada ou fora do normal. É uma responsabilidade de todos os

profissionais de saúde, contribuindo para a percepção das causas das falhas e consequente aprendizagem e melhoria contínua, prevenindo futuras ocorrências. Segundo Fragata (2011) um sistema de reporte de eventos deve ser confidencial, não punitivo e analisado por especialistas, os quais avaliam as falhas e tomam medidas correctivas orientadas para melhorar o sistema.

Slack et al. (2010) identificam dois modelos da análise do erro. O *Failure Mode and Effects Analysis* que é uma ferramenta de avaliação de falhas e respectivas consequências, permitindo identificar possibilidades de melhoria do serviço e o diagrama de causa-efeito que permite perceber as causas que levaram a uma falha, de forma a poder implementar medidas correctivas para que esta não volte a ocorrer.

As certificações servem para garantir que as organizações cumprem todas as normas correctas de actuação, contribuindo para haver menos falhas (Hopkin, 2010). Estas fazem parte da estratégia das organizações como garantia de segurança e de boas práticas de trabalho assim como contributo para a melhoria contínua. A certificação da gestão do risco NP ISO 31000:2012, descreve um conjunto de procedimentos e práticas com o objectivo de identificar, analisar, avaliar, e controlar o risco, certificando que a organização tem uma correcta compreensão e gestão do mesmo (IPQ, 2012).

Neale et al. (2001) apresentam outra medida bastante importante para a prevenção de erros que consiste no apoio de sistemas informáticos. O investimento em sistemas de informação é essencial de forma a apoiar a estratégia de operações das organizações. É bastante importante haver registos electrónicos de toda a informação e historial do paciente, bem como de eventos adversos, de modo a não haver perda de informação e,

por outro lado, torná-la mais acessível, completa e rigorosa, permitindo também uma melhor análise dos erros.

2.5 - Qualidade dos Serviços de Saúde: Satisfação e Segurança do Doente

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) avaliam a qualidade de um serviço como a diferença entre a expectativa e a percepção do utilizador em relação a cinco dimensões: tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia.

Percebemos assim que a segurança é um dos componentes da qualidade dos serviços e que estes estão intimamente relacionados, pelo que é importante definir alguns conceitos de qualidade para perceber a sua ligação com a segurança e gestão do risco.

No Decreto-Lei nº 140/2004 de 8 de Junho, artigo 4º, alínea j, a qualidade é definida como *“o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade”*.

Slack et al. (2010) apresentam três possíveis resultados na percepção de qualidade de um serviço: se a percepção é menor que a expectativa a qualidade percebida é pobre, se a percepção iguala a expectativa a qualidade percebida é aceitável e, por fim, se a percepção supera as expectativas, a qualidade percebida é boa.

O IOM identifica seis factores de qualidade em saúde: segurança (serviços sem erros), acesso a tempo (evitar atrasos, demoras), eficácia (atingir objectivos), eficiência (sem desperdícios), equidade (sem discriminação de doentes) e orientação para o doente (satisfazer necessidades e expectativas) (Fragata, 2011).

Donabedian apresenta três dimensões de avaliação da qualidade em saúde: a qualidade estrutural, referente às condições do serviço (recursos, equipamentos e infra-estruturas

da organização), a qualidade do processo, referente aos modos de tratamento e todas as actividades relacionadas com o acto médico (atendimento, diagnóstico, tratamento) e por fim, a qualidade do resultado, referente às modificações do estado de saúde fruto do tratamento recebido (Romano et al. 2010).

O IOM (1990) define qualidade em saúde como o “*grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente*” (Fernandes et al., 2011).

A cultura de segurança tem vindo a ganhar forte importância no sentido de prevenir falhas e erros que causem consequências drásticas. Todos os factores de qualidade apresentados contribuem para melhorar a segurança do doente. Em 2000, o IOM definiu segurança do doente como “*freedom from accidental injury*” (Pedroto, 2006).

A qualidade e a segurança são áreas que têm cada vez maior impacto no desempenho das organizações, num ambiente em constante mudança e cada vez mais competitivo. Passaram a ser áreas estratégicas para fazer face à concorrência, com foco na orientação para o cliente, na satisfação das suas necessidades e na promoção de uma cultura de segurança e melhoria contínua, tornando-se assim factores de diferenciação e de vantagem competitiva (Júnior e Vieira, 2002).

Hoje em dia, a segurança do doente é um enorme desafio nos cuidados de saúde, sendo uma prioridade estratégica das organizações de saúde. Muitas vezes, para haver uma melhoria dos níveis de segurança e satisfação do paciente, é necessário mudar certas práticas e processos organizacionais, o que não é fácil. Percebemos assim a importância das avaliações de segurança para a melhoria do desempenho e da organização.

Com este estudo pretende-se promover uma boa cultura de gestão do risco e de qualidade, apontando estratégias e oportunidades de melhoria. A maior preocupação com estratégias de gestão do risco e de qualidade na saúde surgiu em 2000 com a publicação do livro “*To Err is Human*”, que mostra a complexidade de operações da actividade médica, assim como os seus riscos e possibilidades de falhas, e que afirmava que morriam entre 48000 e 98000 pessoas, anualmente, em hospitais nos Estados Unidos da América, em consequência de erros médicos (Kohn *et al.*, 2000).

Sorra e Nieva (2004) referem que uma cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e comportamentos individuais e de grupo que determinam o compromisso para uma boa gestão da segurança e dos serviços prestados nos hospitais, definindo o seu posicionamento no mercado e reforçando a importância de ter uma cultura forte, com profissionais especializados e não propícia ao erro.

Através de estudos internacionais (Tabela 1) podemos perceber a percentagem de pacientes internados que sofreram eventos adversos e as respectivas consequências. Reflectem o perfil dos cuidados de saúde de vários países, realçando a importância da cultura de segurança e da necessidade de boas práticas médicas para a qualidade dos serviços de saúde e segurança do doente.

	% Eventos Adversos	% Eventos Adversos evitáveis	Nº dias adicionais de internamento (em média)	Custos financeiros anuais (em milhões)
Espanha	8,4%	-	6 dias	-
Reino Unido	10,8%	48%	8,5 dias	£2 000
Dinamarca	9%	40%	7 dias	-
Holanda	2,3%	45%	-	335 €
Canadá	7,5%	37%	1,5 dias	-
Brasil	6,3%	64,1%	28,3 dias	-
E.U.A.	3%	-	-	\$17000 a 29000
Austrália	7%	-	10 dias	-
Nova Zelândia	10,7%	37,1%	6,7 dias	-

Tabela 1. Impacto da ocorrência de eventos adversos em pacientes internados (Fonte: Porto et al., 2010)

3. METODOLOGIA

De uma forma geral, este trabalho pretende avaliar as práticas de gestão de risco, particularmente naquilo que diz respeito à cultura de segurança do doente, num grupo seleccionado de sete hospitais portugueses.

Para efectuar este estudo e obter dados relevantes acerca da gestão de risco em ambiente hospitalar, foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Anexo 1) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), inicialmente elaborado por Sorra e Nieva, e traduzido para português em 2008 por Margarida Eiras, desenhado para ajudar os hospitais a avaliar a sua cultura de segurança, numa perspectiva dos profissionais de saúde, e promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, ajudando a perceber a percepção dos trabalhadores relativamente às práticas de gestão de risco nos seus hospitais.

Um questionário é um instrumento de recolha de informação, onde são apresentadas um conjunto de perguntas a uma determinada população. Este questionário pretende avaliar 12 dimensões (definidas na Tabela 2) relacionadas com a cultura de segurança do doente nos diversos hospitais, num total de 42 questões de resposta fechada, 18 das quais formuladas pela negativa (Anexo 2), avaliadas numa escala de Likert de cinco opções. A complementar as 42 questões, o questionário contém também algumas questões de identificação do profissional, uma questão relacionada com a percepção geral do grau de segurança do doente e outra relacionada com o número de eventos reportados. Com este questionário será possível identificar não só as dimensões mais fortes como também as áreas prioritárias a melhorar, de forma a minimizar as consequências da ocorrência de eventos adversos.

Dimensões de Cultura de Segurança	Definição
1 - Trabalho em equipa	Profissionais trabalham em equipa e com respeito
2 - Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovem a segurança do doente	Supervisores/gestores preocupam-se com os problemas de segurança do doente e consideram as sugestões dos profissionais para a sua melhoria
3 - Apoio à Segurança do Doente pela Gestão	Gestão do hospital oferece um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente, mostrando que é uma prioridade estratégica
4 - Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	Existe uma cultura de aprendizagem em que erros levam a alterações positivas, sendo estas avaliadas em relação à sua eficácia
5 - Percepções gerais sobre segurança do doente	Os procedimentos e os sistemas promovem a prevenção de erros, diminuindo os problemas de segurança do paciente
6 - Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	Os profissionais são informados acerca dos erros que acontecem, participando na análise dos mesmo e na implementação de medidas preventivas
7 - Abertura na comunicação	Os profissionais falam livremente e quando vêm algo que pode afectar negativamente o doente, não hesitam em comunicar
8 - Frequência da notificação de eventos	Número de erros reportados pelos profissionais de saúde
9 - Trabalho entre serviços/Unidades	Serviços/Unidades cooperam entre si para fornecer o melhor serviço ao doente
10 - Dotação de profissionais	Há profissionais suficientes para lidar com a carga de trabalho e as horas de trabalho são adequadas para prestar o melhor atendimento aos doentes
11 - Transições/passagens de turno	Importância da transferência da informação do doente de um turno para outro, ou de uma Unidade para outra
12 - Resposta não punitiva ao erro	Os profissionais sentem que os seus erros e o reporte de eventos não são analisados contra eles, e que os erros não são mantidos no seu arquivo pessoal

Tabela 2. Definição das dimensões de Cultura de Segurança (Fonte: *Agency for Healthcare Research and Quality* (Sorra e Nieva, 2007))

De referir que os sete hospitais estudados estão integrados no mesmo grupo de saúde, onde um dos principais objectivos dos responsáveis pela gestão do risco e da qualidade passa por consolidar uma cultura de segurança através de diversas medidas de identificação e prevenção do risco, assumindo a melhoria contínua do serviço prestado e a segurança do doente como prioridades para todos os hospitais.

Para a realização deste trabalho foram entregues 1 836 questionários nos sete hospitais. No mês de Janeiro de 2013, foram entregues, “em mão” aos gestores de risco de seis hospitais, 180 questionários para posterior distribuição pelos profissionais de saúde

(com o objectivo de englobar 30 profissionais das cinco principais categorias: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica). Circularam durante cerca de três semanas tendo depois sido recolhidos para posterior tratamento. A excepção foi o sétimo hospital, onde já estava a ser desenvolvido este questionário por iniciativa de um profissional. No entanto, como os questionários tinham sido entregues num período recente, ficou acordado que não valia a pena entregar outra vez os mesmos questionários, limitando-me a acrescentar os questionários recebidos à minha amostra, de forma a não excluir o respectivo hospital.

Para análise dos questionários foi construída uma base de dados em Excel com todas as respostas, tendo sido realizadas algumas mudanças no tratamento dos resultados. Foi seguida a metodologia da AHRQ (Sorra e Nieva, 2004), procedendo-se à recodificação da escala Likert passando de uma escala de cinco opções para três, agrupando as opções 1 e 2 como “negativas”, a opção 3 como “neutra” e as opções 4 e 5 como “positivas” (Anexo 3). Os valores obtidos, e principal indicador de avaliação de cada uma das doze dimensões estudadas, foram obtidos através da média de percentual de respostas positivas (opções 4 e 5) de cada uma das questões relacionadas com a respectiva dimensão (no caso das questões formuladas pela negativa, é considerado como percentual de respostas positivas as opções 1 e 2).

Para os resultados positivos obtidos em cada dimensão, foram consideradas para valores iguais ou superiores a 75% como dimensões fortes que não necessitam de melhorias no curto prazo, para resultados entre os 50% e os 75% dimensões boas, no entanto susceptíveis a melhorias e para valores inferiores a 50% como dimensões problemáticas e a melhorar no curto prazo (Anexo 3).

Foram definidas as seguintes hipóteses de estudo:

- H1: A tendência de respostas de cada dimensão difere de hospital para hospital.
- H2: A idade do respondente influencia o número de eventos notificados.
- H3: A idade do respondente influencia a avaliação geral da segurança.
- H4: O grupo profissional a que o respondente pertence influencia o número de eventos notificados.
- H5: O grupo profissional a que o respondente pertence influencia a avaliação geral da segurança.
- H6: A idade do respondente influencia a avaliação de cada dimensão.
- H7: O grupo profissional a que o respondente pertence influencia a avaliação de cada dimensão.
- H8: As dimensões estão correlacionadas entre si.

O tratamento dos questionários, assim como a análise das hipóteses definidas, foi realizado com a ajuda do programa informático de estatística SPSS versão 20.0, recorrendo aos testes ANOVA, *Kruskal-Wallis* e Qui-quadrado para avaliar os resultados de cada dimensão estudada e as respostas de diferentes grupos etários e profissionais, e recorrendo também ao coeficiente de correlação de forma a verificar se as dimensões estão correlacionadas entre si ou não.

Posteriormente serão analisados os resultados obtidos para cada dimensão, comparando os resultados de cada hospital, bem como as hipóteses em estudo. Irá também ser feita uma comparação de modo a analisar de que forma este estudo se relaciona com outros estudos semelhantes realizados quer em Portugal quer no estrangeiro. Devido a questões de confidencialidade, os hospitais serão designados por H1, H2, H3, H4, H5, H6 e H7.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a realização deste trabalho foram entregues 1 836 questionários nos sete hospitais e obtiveram-se 1 065 preenchidos, correspondendo a uma taxa de resposta geral de 58%. Em seis hospitais, onde foram entregues 180 questionários a cada, as taxas de resposta variaram entre 62% e 87%. No hospital H7 o número de questionários entregues foi de 756, quer via *online* quer via manual, com uma taxa de resposta de 37%.

Em relação aos dados de identificação pessoal, verificou-se que 78% dos respondentes são do sexo feminino, contra 22% do sexo masculino. Na amostra, 27% dos profissionais tem menos de 30 anos, 20% tem 30 a 34 anos, 16% tem 35 a 39 anos, 13% tem 40 a 44 anos e 24% tem 45 anos ou mais. Vemos também que 92% dos respondentes interage directamente com o doente.

O grupo profissional com maior número de respostas foi os enfermeiros com 29%, seguindo-se os assistentes operacionais (26%), os assistentes técnicos (15%), os médicos (14%), os técnicos de diagnóstico e terapêutica (12%) e por fim os técnicos superiores e farmacêuticos ambos com uma percentagem muito reduzida de 2% cada.

Em relação ao número de eventos/ocorrências reportados nos últimos 12 meses, verificou-se que 67% dos profissionais inquiridos não realizou qualquer notificação, 23% entregou um a dois reportes, 7% reportou três a cinco notificações, tendo os restantes 3% realizado seis ou mais notificações. Quanto à avaliação geral da segurança do doente, 9% dos profissionais classifica a segurança como “Excelente”, 50% como “Muito Boa”, 37% como “Aceitável” e 4% como “Fraca”.

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos através da percentagem de respostas positivas em cada uma das 12 dimensões (valores mais detalhados no Anexo 4).

Dimensões	Resultados (% de respostas positivas)							Média % Positivos	Desvio Padrão
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7		
1) Trabalho em equipa	79%	73%	77%	74%	75%	80%	75%	76%	29%
2) Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovem a segurança do doente	73%	62%	66%	67%	64%	76%	64%	67%	33%
3) Apoio à segurança do doente pela gestão	78%	69%	70%	74%	71%	88%	75%	75%	31%
4) Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	68%	45%	58%	60%	63%	76%	63%	62%	36%
5) Percepções gerais sobre segurança do doente	72%	45%	69%	65%	65%	81%	54%	64%	35%
6) Comunicação e feedback acerca do erro	67%	51%	67%	53%	53%	70%	54%	59%	41%
7) Abertura na comunicação	68%	51%	52%	53%	63%	67%	54%	58%	33%
8) Frequência da notificação de eventos	48%	41%	46%	42%	52%	53%	45%	47%	45%
9) Trabalho entre serviços/unidades	67%	48%	62%	58%	68%	76%	51%	61%	31%
10) Dotação dos profissionais	40%	29%	37%	35%	37%	57%	30%	38%	28%
11) Transições/passagens de turno	60%	43%	61%	57%	69%	79%	56%	61%	40%
12) Resposta não punitiva ao erro	42%	27%	25%	29%	33%	40%	27%	32%	33%

Tabela 3. Resultados das dimensões nos sete hospitais

Para a análise das respostas dos sete hospitais para cada dimensão, como não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições, o teste paramétrico ANOVA será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis.

1) Trabalho em equipa

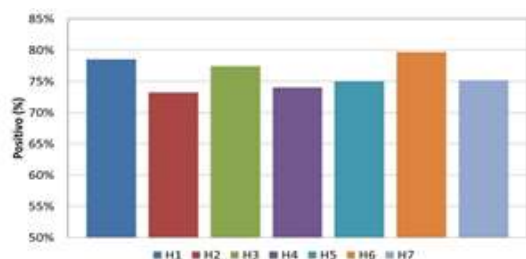


Figura 1. Dimensão 1: Trabalho em equipa

Na dimensão “Trabalho em equipa”, o valor da percentagem de positivos é superior para os hospitais H1, H3 e H6, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (valor-p = 0.363).

Dimensão que apresenta melhores resultados, ou seja, maior percentagem de respostas positivas (valor médio de 76%, superior a 75%), correspondendo a uma dimensão forte.

2) Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovem a segurança do doente

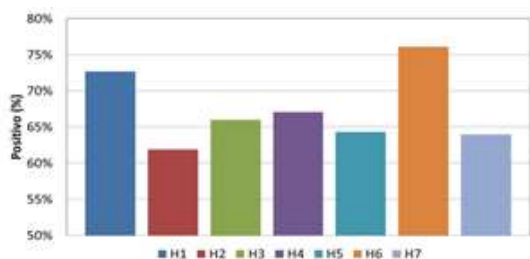


Figura 2. Dimensão 2: Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovem a segurança do doente

A percentagem de positivos desta dimensão é superior para o hospital H6 (76%), seguido do hospital H1 (73%) e inferior para o hospital H2 (62%). Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais (valor-p <0,01). Verificou-se que o H6 distingue-se estatisticamente do H2 e H7, com uma percentagem de positivos significativamente superior.

3) Apoio à segurança do doente pela gestão

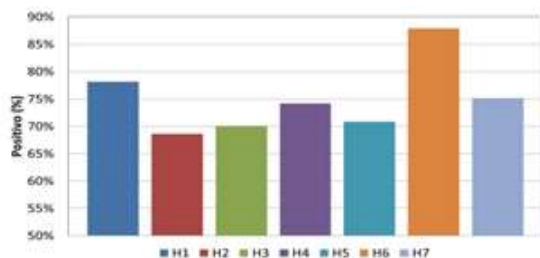


Figura 3. Dimensão 3: Apoio à segurança do doente pela gestão

Nesta dimensão, os resultados variam entre 69% no H2 e 88% na H6. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre hospitais (valor-p <0,01), sendo a percentagem de positivos significativamente superior para o hospital H6 em comparação com H2, H3, H4, H5 e H7. Dimensão com valor médio igual a 75%, correspondendo a uma dimensão forte.

4) Aprendizagem organizacional – melhoria contínua

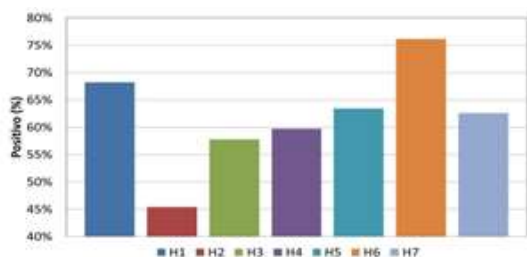


Figura 4. Dimensão 4: Aprendizagem organizacional – melhoria contínua

O valor da percentagem de positivos da dimensão 4 é superior para o hospital H6 (76%), seguido do hospital H1 (68%) e inferior para o hospital H2 (45%), sendo observadas diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais (valor-p <0,01).

O hospital H2 distingue-se com uma percentagem de positivos significativamente inferior em comparação com todos os restantes hospitais. Existe também diferenças significativas na comparação dos resultados de H6 com H3, H4 e H7, com o H6 a apresentar uma percentagem superior de respostas positivas.

5) Percepções gerais sobre segurança do doente

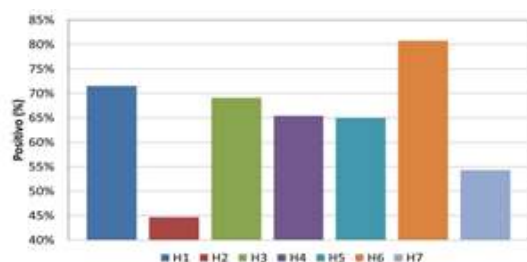


Figura 5. Dimensão 5: Percepções gerais sobre segurança do doente

Nesta dimensão, são apresentados valores pouco homogéneos à volta da média, variando entre 45% no H2 e 81% na H6, sendo observadas diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais (valor-p <0,01). O hospital H2 distingue-se, mais uma vez, com uma percentagem de positivos significativamente inferior em comparação com

os hospitais H1, H3, H4, H5 e H6. São também observadas diferenças estatísticas na comparação entre o hospital H7 em relação a H1, H3, H4 e H6 e também na comparação entre o hospital H6 em relação a H4 e H5.

6) Comunicação e feedback acerca do erro

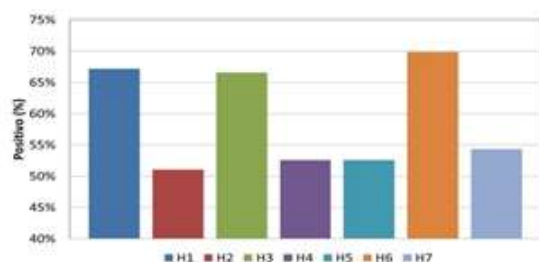


Figura 6. Dimensão 6: Comunicação e feedback acerca do erro

O valor da percentagem de positivos é superior para o hospital H6 (70%) e inferior para o hospital H2 (51%). São observadas diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais (valor-p <0,01). Registaram-se diferenças estatísticas no hospital H2 com uma percentagem significativamente inferior de positivos em comparação com os hospitais H1, H3 e H6. Observou-se também diferenças no hospital H6 com uma percentagem significativamente superior de positivos em relação a H4, H5 e H7.

7) Abertura na comunicação

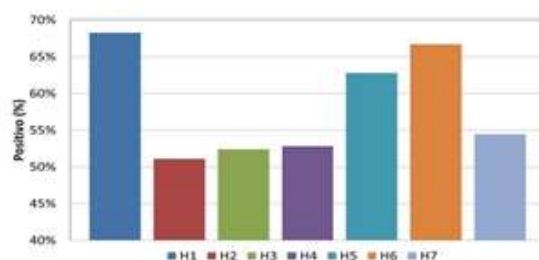


Figura 7. Dimensão 7: Abertura na comunicação

O valor da percentagem de positivos nesta dimensão é superior para o hospital H1, seguido dos H6 e H5 e inferior para o hospital H2, seguido de H3 e H4. São observadas diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais (valor-p <0,01), podendo-se

observar uma percentagem de positivos significativamente superior para os hospitais H1 e H6 em comparação com H2, H3, H4 e H7.

8) Frequência da notificação de eventos

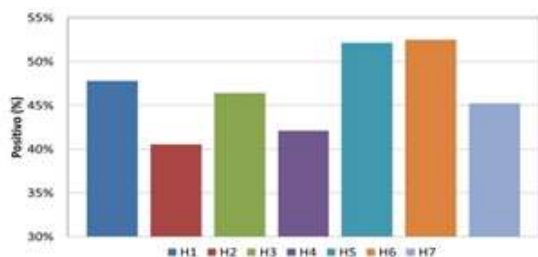


Figura 8. Dimensão 8: Frequência da notificação de eventos

O valor da percentagem de positivos da dimensão 8 é superior para os hospitais H5 e H6 e inferior para o hospital H2, seguido do hospital H4, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (valor-p = 0.238). Dimensão com valor médio inferior a 50%, correspondendo a uma dimensão fraca.

9) Trabalho entre serviços/unidades

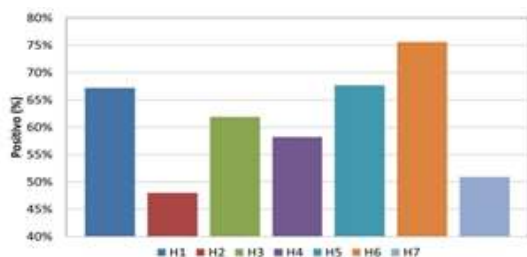


Figura 9. Dimensão 9: Trabalho entre serviços/unidades

Na dimensão 9, o valor da percentagem de positivos é superior para o hospital H6, seguido de H5 e H1 e inferior para o hospital H2, seguido de H7. Observou-se diferenças estatisticamente significativas entre hospitais (valor-p <0,01), registando-se uma percentagem de positivos significativamente inferior para os hospitais H2 e H7 em comparação com H1, H3, H5 e H6 e uma percentagem de positivos significativamente superior para o hospital H6 em comparação com H3 e H4.

10) Dotação dos profissionais

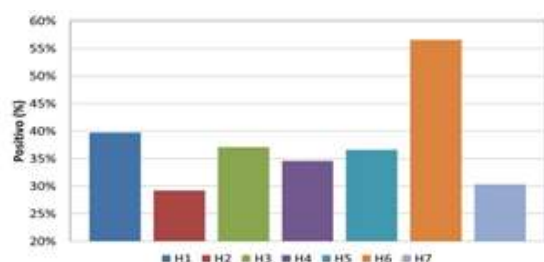


Figura 10. Dimensão 10: Dotação dos profissionais

Nesta dimensão, o valor da percentagem de positivos é superior para o hospital H6 e inferior para o hospital H2, seguido de H7. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre hospitais (valor-p <0,01), observando-se uma percentagem de positivos significativamente superior para o hospital H6 em comparação com todos os restantes, assim como uma percentagem de positivos significativamente inferior para o hospital H2 em comparação com H1. Dimensão com valor médio inferior a 50%, correspondendo a uma dimensão fraca.

11) Transições/passagens de turno

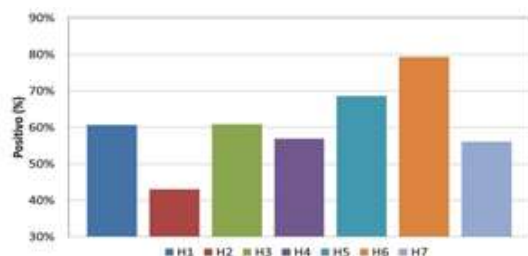


Figura 11. Dimensão 11: Transições/passagens de turno

O valor da percentagem de positivos da dimensão 11 é superior para o hospital H6, seguido do H5 e inferior para o hospital H2, seguido do H7. Existem diferenças estatisticamente significativas entre hospitais (valor-p <0,01), verificando-se uma percentagem de positivos significativamente inferior para o hospital H2 em comparação

com todos os restantes, bem como uma percentagem de positivos significativamente superior para o hospital H6 em comparação com H1, H3, H4 e H7.

12) Resposta não punitiva ao erro

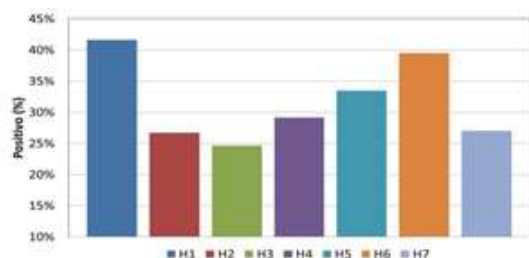


Figura 12. Dimensão 12: Resposta não punitiva ao erro

Dimensão com piores resultados, ou seja, com menor percentagem de respostas positivas. Valor médio inferior a 50%, correspondendo a uma dimensão fraca. A percentagem de positivos é superior para o hospital H1 e inferior para o hospital H3. Verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre hospitais (valor-p <0,01), registando-se uma percentagem de positivos significativamente superior para o hospital H6 em relação a H2, H3 e H7, tal como uma diferença na percentagem de positivos para o hospital H1 que é significativamente superior em relação a H2, H3, H4 e H7.

Avaliando os resultados de um modo geral, em relação à hipótese de estudo 1, rejeita-se a hipótese das respostas às dimensões estudadas terem a mesma tendência para todos os hospitais, ou seja, verificam-se diferenças significativas para as dimensões 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 e 12, Por outro lado, para as dimensões 1 e 8, aceita-se a hipótese da tendência ser igual em todos os hospitais, não havendo diferenças significativas.

Em relação às hipóteses de estudo 2, 3, 4, 5, 6 e 7:

Rejeita-se a hipótese H2 (teste estatístico Qui-Quadrado, com valor-p = 0,105), concluindo que a idade do respondente não influencia, de forma estatisticamente significativa, o número de eventos notificados (Anexo 5).

Rejeita-se a hipótese H3 (teste estatístico Kruskal-Wallis, com valor-p = 0,251), concluindo que a idade do respondente não influencia, de forma estatisticamente significativa, a avaliação geral da segurança (Anexo 6).

Confirma-se a hipótese H4 (teste estatístico Qui-Quadrado, com valor-p = 0,018), sendo o número de eventos notificados significativamente superior para os enfermeiros (Anexo 7).

Em relação à hipótese H5 (teste estatístico Kruskal-Wallis, com valor-p = 0,000), não se rejeita a hipótese, ou seja, verificam-se diferenças significativas, sendo a avaliação geral da segurança superior para os técnicos de diagnóstico e terapêutica (Anexo 8).

Para a hipótese H6 (teste estatístico Kruskal-Wallis), o valor de prova é superior a 5% para as dimensões 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11, rejeitando-se a hipótese da idade influenciar a avaliação de cada dimensão. Por outro lado, o valor de prova é inferior a 5% para as dimensões 1, 3, 10 e 12, pelo que a idade do respondente influencia a avaliação de cada dimensão, verificando-se as seguintes diferenças significativas:

- Para a dimensão 1, a percentagem de respostas positivas é significativamente inferior para 30 a 34 anos em comparação com 40 a 44 anos e 45 anos ou mais.
- Para a dimensão 3, a percentagem de positivos é significativamente superior para 45 anos ou mais em comparação com 30 a 34 anos e 40 a 44 anos.
- Para a dimensão 10, a percentagem de positivos é significativamente inferior para menos de 30 anos em comparação com 35 a 39 anos e 45 anos ou mais.

- Para a dimensão 12, a percentagem de positivos é significativamente inferior para menos de 30 anos em comparação com 45 anos ou mais.

Para a hipótese H7 (teste estatístico Kruskal-Wallis), o valor de prova é superior a 5% para a dimensão 2, rejeitando-se a hipótese do grupo profissional influenciar a avaliação de cada dimensão. Por sua vez, o valor de prova é inferior a 5% para as dimensões 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12, verificando-se diferenças significativas entre grupos profissionais, apresentadas na Tabela 4:

Dimensões	Comparação da percentagem de respostas positivas entre grupos profissionais
1. Trabalho em equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros > Assistentes operacionais
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Assistentes operacionais e Técnicos superiores > Enfermeiros • Técnicos superiores > Médicos
4. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	<ul style="list-style-type: none"> • Assistentes operacionais > Assistentes técnicos
5. Percepções gerais sobre segurança do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Assistentes operacionais, Médicos, Assistentes técnicos e Técnicos diagnóstico e terapêutica > Enfermeiros
6. Comunicação e feedback acerca do erro	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicos diagnóstico e terapêutica e Técnicos superiores > Assistentes operacionais e Médicos
7. Abertura na comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros, Médicos e Técnicos diagnóstico e terapêutica > Assistentes técnicos • Enfermeiros e Técnicos diagnóstico e terapêutica > Assistentes operacionais
8. Frequência da notificação de eventos	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicos superiores > Enfermeiros, Assistentes operacionais, Médicos e Assistentes técnicos.
9. Trabalho entre serviços/Unidades	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos e Técnicos diagnóstico e terapêutica > Enfermeiros
10. Dotação dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Assistentes Operacionais > Enfermeiros
11. Transições/passagens de turno	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros, Assistentes operacionais, Médicos e Assistentes técnicos > Farmacêuticos • Assistentes operacionais > Técnicos diagnóstico e terapêutica
12. Resposta não punitiva ao erro	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicos diagnóstico e terapêutica > Assistentes operacionais

Tabela 4. Comparação de respostas entre grupos profissionais

Em relação à hipótese 8, verifica-se uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre todas as dimensões, concluindo-se que a variação de uma dimensão corresponde à variação significativa de outra, excepto entre as dimensões “Frequência da notificação de eventos” e “Dotação Profissionais” (Anexo 9).

Os valores médios das percentagens de respostas positivas de cada dimensão são apresentados no Tabela 5, servindo de referência para comparações com outros estudos semelhantes realizados em diversos países, que utilizaram o mesmo questionário, entre 2008 e 2011, permitindo obter diferentes resultados.

Dimensões	Presente estudo (2013)	E.U.A. (2011)	Portugal (2011)	Reino Unido (2010)	Espanha (2008)
1. Trabalho em equipa	76%	80%	73%	75%	72%
2. Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovem a segurança do doente	67%	75%	62%	68%	62%
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	75%	72%	48%	45%	25%
4. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	62%	72%	68%	66%	54%
5. Percepções gerais sobre segurança do doente	64%	66%	59%	59%	48%
6. Comunicação e feedback acerca do erro	59%	64%	54%	56%	44%
7. Abertura na comunicação	58%	62%	52%	60%	48%
8. Frequência da notificação de eventos	47%	63%	44%	71%	47%
9. Trabalho entre serviços/unidades	61%	58%	51%	41%	42%
10. Dotação dos profissionais	38%	57%	47%	34%	28%
11. Transições/passagens de turno	61%	45%	59%	43%	54%
12. Resposta não punitiva ao erro	32%	44%	41%	31%	53%

Tabela 5. Benchmarking internacional.

Fontes: Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses. Estudo Piloto (2011) e Base de dados Agency for Healthcare Research and Quality

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os diferentes resultados obtidos na análise de cada dimensão representam uma forma de avaliar a percepção dos profissionais de saúde em relação à cultura de segurança, assim como uma possibilidade de identificar oportunidades de melhoria nos respectivos hospitais do universo estudado, contribuindo para uma compreensão geral das condições de trabalho e dos processos organizacionais. Este questionário serve como ferramenta de apoio à gestão do risco clínico de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Analisando a avaliação geral da segurança, reparamos que 59% dos respondentes avaliam a segurança como “Muito boa” ou “Excelente”, sendo que 37% avalia como “Aceitável” e 4% como “Fracá”, notando que ainda existe alguma margem de melhoria. Quando ao número de erros notificados vemos que cerca de 90% dos respondentes realizou duas ou menos notificações nos últimos 12 meses (sendo que 67% não realizou qualquer notificação), o que revela uma fraca cultura de notificação de erros, confirmados pelos resultados menos positivos obtidos na dimensão “Frequência da notificação de eventos”, confirmando a possibilidade de existência de uma cultura de culpabilização na abordagem ao erro, referida na revisão bibliográfica.

Em relação às dimensões estudadas verificamos que as que obtiveram melhores resultados são o “Trabalho em equipa” (76%) e o “Apoio à segurança do doente pela gestão” (75%). Por outro lado, as dimensões que apresentam piores resultados (percentagem de respostas positivas inferior a 50%), consideradas áreas prioritárias a melhorar por parte dos hospitais, são a “Frequência da notificação de eventos” (47%),

“Dotação dos profissionais” (38%) e “Resposta não punitiva ao erro” (32%), seguindo-se uma análise mais detalhada de cada uma destas três dimensões.

Em relação à dimensão “Frequência da notificação de eventos”, esta procura perceber quando ocorre um erro, que pode ou não pôr em causa a segurança do doente, com que frequência é notificado. Analisando os valores dos questionários, percebemos que nem sempre é realizado o reporte da falha quando esta ocorre, visto que a percentagem de respostas positivas a um nível geral dos hospitais apresenta um valor de apenas 47%, concluindo que ainda não existe uma cultura de notificação bem consolidada. Algumas razões que justificam os resultados menos positivos desta dimensão pode ser o medo de punição, de culpabilização ou mesmo de pôr em risco o seu posto de trabalho.

É necessário promover uma “organização segura”, com uma cultura aberta, justa e não punitiva, contribuindo para haver mais incentivos ao reporte com o intuito de aprender e perceber a origem dos erros, sem ter o enfoque na culpabilização ou punição individual.

Promover a formação no uso de *software* de notificação de eventos adversos assim como a elaboração periódica de relatórios, com a análise das falhas e sugestões correctivas, e respectiva comunicação e partilha dos resultados aos profissionais de saúde, de forma a envolver todas as pessoas e contribuir para uma aprendizagem colectiva acerca dos erros ocorridos, são algumas medidas que procuram, por um lado evitar que os erros voltem a ocorrer e, por outro, motivar os profissionais a reportarem mais, mostrando a importância da notificação dos erros para a melhoria da qualidade e prevenção do risco, eliminando custos adicionais inerentes aos erros.

A dimensão “Resposta não punitiva ao erro”, relacionada de certa forma com a dimensão anterior, procura perceber se os profissionais sentem que os seus erros, e o

respectivo reporte, são analisados contra si mesmo e se são mantidos no seu arquivo pessoal.

Esta dimensão é a que apresenta os resultados mais baixos o que significa que ainda existe um sentimento de insegurança por parte dos profissionais e um medo de culpabilização que pode levar à não notificação de eventos adversos, contrariando de certa forma o resultado positivo (62%) obtido na dimensão “Aprendizagem organizacional - melhoria contínua” que pretende avaliar a cultura de aprendizagem em que erros levam a alterações positivas.

Algumas das razões que contribuem para os valores menos positivos desta dimensão são, tais como os factores da dimensão anterior, o medo da punição e de culpabilização.

O envolvimento dos gestores, em conjunto com os profissionais de saúde, na adopção de novas medidas de prevenção do erro, é essencial no sentido de encontrar a melhor solução para a resolução dos problemas, sendo então possível implementar medidas correctivas eficazes e dar formação aos profissionais em áreas fundamentais da segurança em saúde.

É assim um grande desafio, tal como referido na revisão bibliográfica, procurar mudar esta cultura de medo e receio perante o reporte do erro e mostrar que é possível aprender com o mesmo sem haver necessariamente uma punição.

Por fim, a terceira dimensão com uma percentagem de respostas positivas inferior a 50% é a “Dotação profissionais”, que procura perceber se existem profissionais suficientes para lidar com a carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para prestar o melhor atendimento sem pôr em causa a segurança do doente.

Os resultados mostram que os profissionais acham que trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação do serviço e que trabalham em "modo crise", tentando "fazer muito, demasiado depressa". Outra questão que pode afectar esta dimensão são as elevadas exigências do trabalho, podendo gerar altos níveis de *stress* e fadiga que, segundo a literatura, são possíveis causas da ocorrência de eventos adversos.

Algumas medidas correctivas desta dimensão passam pela contratação de mais profissionais ou pela melhor gestão do trabalho e horários das equipas. A formação em áreas como o trabalho em equipa, liderança e comunicação são fundamentais para melhorar a produtividade do trabalho.

A realização de parcerias com faculdades de medicina e enfermagem no sentido de realizar estágios ou protocolos com outros hospitais, promovendo a troca de conhecimentos e métodos de trabalho, são outras medidas que podem contribuir para melhorar a qualidade e a segurança do serviço prestado.

Ao longo do trabalho é referida a importância de ver a cultura de segurança do doente como uma prioridade das organizações de saúde. Neste estudo verificamos que os profissionais de saúde percebem que os responsáveis pela gestão dos hospitais assumem a segurança do doente como uma prioridade estratégica, através dos resultados obtidas na dimensão "Apoio à segurança do doente pela gestão" (75% de positivos).

De salientar também que em relação à dimensão "Percepções gerais sobre segurança do doente", que procura perceber se os procedimentos existentes promovem a prevenção de erros contribuindo para a segurança do doente, obteve-se um resultado considerado bom de 64% de respostas positivas, sendo mais um factor optimista em relação à preocupação com a segurança do doente.

Por outro lado, quando comparamos a percentagem de respostas positivas das dimensões “Apoio à segurança do doente pela gestão” (75%) com “Dotação dos profissionais” (38%), verificamos uma incongruência. A percepção dos profissionais de saúde é de que existe uma grande preocupação com a segurança do doente, no entanto assumem que não existem meios e condições para prestar um serviço com máximo de qualidade e segurança.

Analisando os resultados obtidos neste estudo com os dos diferentes países apresentados na Tabela 5, verificamos que a dimensão que apresenta melhor resultado geral (maior taxa de respostas positivas) em todos os estudos é o “Trabalho em equipa”.

Ao confrontar os resultados dos diversos países, verificamos que o presente estudo apresenta percentagens de respostas positivas mais elevadas nas dimensões 3, 9 e 11, respectivamente “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Trabalho entre serviços / unidades” e “Transições / passagens de turno”, sendo que nas dimensões “Trabalho em equipa”, “Percepções gerais sobre segurança do doente” e “Comunicação e feedback acerca do erro” apenas é ultrapassado pelos resultados dos E.U.A. em 2011. Por outro lado, este estudo, juntamente com o do Reino Unido, são os que apresentam a menor taxa de respostas positivas na “Resposta não punitiva ao erro”. O estudo realizado em Espanha é que apresenta piores resultados, com sete dimensões abaixo dos 50%.

Comparando apenas com o estudo realizado só em hospitais portugueses em 2011, verificamos que o presente estudo obteve melhores resultados em todas as dimensões com excepção na “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Dotação dos profissionais” e “Resposta não punitiva ao erro”, sendo que as duas últimas, já discutidas anteriormente, apresentam valores negativos em ambos os estudos.

6. CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

A gestão do risco e a cultura de segurança são duas áreas muito importantes em diversas indústrias, pelo que no sector da saúde não é excepção, tendo um papel fundamental para o bom desempenho dos hospitais. O desafio das organizações é saber lidar com risco, promovendo estratégias de monitorização da qualidade, melhorando por sua vez a sua capacidade de antecipação e recuperação das falhas e respectivas consequências.

Este estudo permite recolher informação importante para responder à questão colocada no início do trabalho que consiste em perceber de que forma a gestão do risco clínico e uma cultura de segurança do doente podem promover a melhoria da qualidade e a redução de erros e falhas nos serviços de saúde.

Ao longo dos últimos anos, temos sido confrontados com inúmeras notícias acerca de erros médicos que afectam o bem-estar do paciente e o bom desempenho dos hospitais. Como tal, percebemos a necessidade de um maior investimento em medidas de melhoria dos processos das organizações de saúde, que passam pela melhoria das competências dos profissionais de saúde, das infra-estruturas e da utilização dos recursos disponíveis. A melhoria de todos estes processos em conjunto, permitirá não só melhorar o nível da qualidade dos serviços prestados, bem como diminuir o risco para o doente, inerente à actividade médica.

Analisando os resultados do questionário aplicado verificamos que das doze dimensões, apenas duas dimensões podem ser consideradas “fortes”, sendo que ainda existem dez áreas onde é necessário intervir de forma a melhorar o desempenho médico.

Questões como o trabalho em equipa, a abertura na comunicação, o controlo do percurso do doente, a notificação de erros e o apoio da gestão de topo, são fundamentais

para promover um ambiente seguro, assim como melhorar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde, ajudando os hospitais a fortalecer a sua cultura da segurança.

Destacar também a importância da realização de reuniões periódicas, quer entre os profissionais de um serviço, quer entre serviços ou mesmo entre hospitais, para discussão em conjunto de potenciais situações de risco e de possíveis oportunidades de melhoria. Campanhas de sensibilização e comunicação de boas práticas de trabalho, o uso de listas de verificação, manutenção dos equipamentos ou mesmo a maior vigilância e controlo dos pacientes são estratégias que permitem antecipar e prevenir os erros assim como as suas consequências, contribuindo para a melhoria da cultura de segurança e para a maior eficiência dos procedimentos e operações de um hospital.

Promover uma gestão de risco adequada e a melhoria contínua, através da aprendizagem com os erros e a procura permanente de soluções para responder às necessidades dos pacientes, leva à mitigação dos riscos e consequentemente a melhorias no desempenho, competências, imagem e resultados dos hospitais. É necessário sensibilizar os gestores hospitalares da importância do investimento em medidas de prevenção do risco e promoção da qualidade. Perceber que pequenas alterações nos processos organizacionais podem ter um grande impacto na melhoria do serviço médico prestado.

É necessário ter em conta que existe muita concorrência e que as exigências dos doentes são cada vez maiores, sendo as falhas nos hospitais vistas como fortes factores de insatisfação, tendo de ser mitigadas ao máximo. A gestão do risco clínico e a gestão da qualidade não podem ser vistas como um luxo nas organizações de saúde, mas sim como um meio para garantir sucesso e sustentabilidade, sendo obrigação de todos os profissionais contribuir para a melhoria dos serviços médicos prestados.

Ao longo do trabalho surgiram também algumas limitações. Em relação à definição do tamanho da amostra para cada hospital, foi resultado de reuniões conjuntas com os gestores de risco de cada hospital e, em função da sua disponibilidade, ficou decidido a entrega de um número de questionários igual para cada hospital (excepto no hospital 7 por razões previamente referidas), ainda que estes tenham diferentes populações. Esta técnica de amostragem, descrita na metodologia, seguiu o procedimento realizado num estudo semelhante efectuado também num grupo de hospitais portugueses (Eiras, M. et al. (2011)). Esta decisão leva a que os resultados tenham um significado estatisticamente diferente para hospitais com menor população comparando com outros com maior número de profissionais.

Quanto a sugestões para futuros trabalho, de referir que em Portugal ainda existe pouca informação científica em relação ao tema da cultura de segurança do doente, sendo necessário promover mais iniciativas nesta área.

Seria interessante avaliar a cultura de segurança do doente periodicamente, servindo de ferramenta de melhoria contínua, ajudando a fazer uma melhor análise do desempenho dos hospitais, tentando abranger um maior número de profissionais e de hospitais.

A preocupação em encontrar a melhor relação entre redução de custos e garantia de qualidade do serviço é um desafio diário das organizações de saúde, pelo que seria bastante interessante analisar os custos financeiros inerentes aos eventos adversos, ou seja, os custos da “não qualidade”. Perceber que os erros têm custos elevados para os hospitais, mostrando aos gestores, a importância do investimento na qualidade e na prevenção do risco.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dickinson, G. (2001). Enterprise Risk Management: Its Origins and Conceptual Foundation. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 26, N. 3, 360-366.
- Eiras, M., Escoval, A., Costa, A., Diniz, A., Fernandes, A., Bruno, P. e Gaspar, M. (2011). *Estudo Piloto da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente Numa Amostra de Hospitais Portugueses*. Direção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- Fernandes, A., Marques, C., Monteiro-Grillo, I., Pisco, L., Delgado, M., França, M. e Dotti, T. (2011). *A Qualidade em Saúde Face aos Novos Desafios do Sistema de Saúde*. Diário de Bordo.
- Fragata, J. (2009). Gestão do Risco. Em: Campos, L., Borges, M. e Portugal, R., *Governança dos Hospitais*. Casa das Letras, 75-105.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática*. Lidel.
- Fragata, J. e Martins, L. (2005). *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Almedina.
- Hampton, J. (2009). *Fundamentals of Enterprise Risk Management: How Top Companies Assess Risk, Manage Exposures, and Seize Opportunities*. American Management Association.
- Hopkin, P. (2010). *Fundamentals of Risk Management: Understanding, Evaluation and implementing effective risk management*. The Institute of Risk Management.
- Instituto Português da Qualidade (2012). NP ISO 31000:2012 Gestão do risco - Princípios e linhas orientadoras. IPQ.

- Júnior, G. e Vieira, M. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 7, N. 2, 325-334.
- Kohn, L., Corrigan, J. e Donaldson, M. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Institute Of Medicine.
- Mansoa, A., Vieira, C., Ferrinho, P., Nogueira, P. e Varandas, L. (2011). Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 29, N. 2, 116-122.
- Mello, M., Studdert, D., Thomas, E., Yoon, C. e Brennan, T. (2007). Who Pays for Medical Errors? An Analysis of Adverse Event Costs, the Medical Liability System, and Incentives for Patient Safety Improvement. *Journal of Empirical Legal Studies*, Vol. 4, N. 4, 835–860.
- Ministério da Economia (2004). Decreto-Lei n.º 140/2004 de 8 de Junho, Capítulo I, Secção I, Artigo 4º, alínea j). *Diário da República*.
- Neale, G., Woloshynowych, M. e Vincent, C. (2001) Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 94, N. 7, 322-330.
- Oliveira J. (2005). Gestão do risco Hospitalar: Perspectiva Multiprofissional. *Ordem dos enfermeiros*. N. 19, 12-15.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A.; Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64, N. 1, 12-37.
- Pedroto, I. (2006). Risco Clínico e segurança do doente. *Revista Nascer e Crescer*. Vol. XV, N. 3, 168-173.

- Porto, S., Martins, M., Mendes, W. e Travassos, C. (2010). A magnitude dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 10, 74-80.
- Rasmussen, J. (1997). Risk Management in a Dynamic Society: A Modelling Problem. *Safety Science*, Vol. 27, N. 2/3, 183-213.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, N. 320, 768-770
- Romano, P.; Hussey, P.; Ritley, D. (2010). Selecting Quality and Resource Use Measures: A Decision Guide for Community Quality Collaboratives. *Agency for Healthcare Research and Quality Publication*, N. 09(10)-0073.
- Rosenstein, A. (2010). Measuring and managing the economic impact of disruptive behaviors in the hospital. *Journal of Healthcare Risk Management*, Vol. 30, N. 2, 20-26.
- Singer, S., Gaba, D., Geppert, D., Sinaiko, A., Howard, S. e Park, K. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality Safety Health Care*, Vol. 12, N. 2, 112-118.
- Slack, N., Chambers, S. e Johnston, R. (2010). *Operations Management*. Sixth Edition. Prentice Hall.
- Sorra, J., Nieva, V. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality Safety Health Care*, Vol.12, N. 2, 17-23.
- Sorra, J., Nieva, V. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Agency for Healthcare Research and Quality*, N. 04-0041.

Sorra, J., Nieva, V. (2007). Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007

Comparative Database Report. *Agency for Healthcare Research and Quality*, N.
07-0025.

The Institute of Risk Management (2012). Risk culture Under the Microscope Guidance
for Board. The Institute of Risk Management.

8. ANEXOS

Anexo 1. Questionário

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 entresajudam-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 acontecer					
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo					

SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos/ocorrência

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, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?					
2. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?					
3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, 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 Direcção 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 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 acções da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades					
9. A Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade					
10. Os Serviços/Unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados de saúde					
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

- Menos de 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
- Obstetrícia
- Pediatria
- Psiquiatria / saúde Mental
- Radiologia
- Reabilitação
- Serviço de Urgência
- Unidade de Cuidados Intensivos
- 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:

- Menos de 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:

- Menos de 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)

- H1
- H2
- H3
- H4
- H5
- H6

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!

Anexo 2. Questões Organizadas em 12 Dimensões

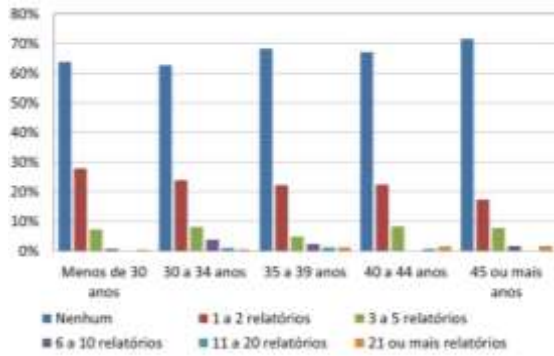
DIMENSÕES	DESCRIÇÃO
1. Trabalho em equipa	A1. Neste Serviço/Unidade os profissionais entreajudam-se A3. Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer A4. Neste Serviço/Unidade as pessoas tratam-se com respeito A11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio
2. Expectativas do supervisor/ gestor e e acções que promovam a segurança do doente	B1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos B2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente B3R. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos B4R. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	F1. A Direcção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente F8. As acções da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades F9R. A Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	A6. Estamos a trabalhar activamente 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
5. Percepções gerais sobre a segurança do doente	A10R. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/Unidade A15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho A17R. Neste Serviço/Unidade temos problemas com a segurança do doente A18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer
6. Comunicação e feedback e acerca do erro	C1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efectuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências C3. 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 acontecer
7. Abertura na comunicação	C2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos C6R. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo
8. Frequência da notificação de eventos	D1. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado? D2. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado? D3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?
9. Trabalho entre serviços/Unidades	F2R. Os Serviços/Unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros F4. Existe boa colaboração entre 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 de saúde
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 na prestação de cuidados A7R. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável A14R. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa
11. Transições / passagens de turno	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
12. Resposta não punitiva ao erro	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

Fonte: *Agency for Healthcare Research and Quality*

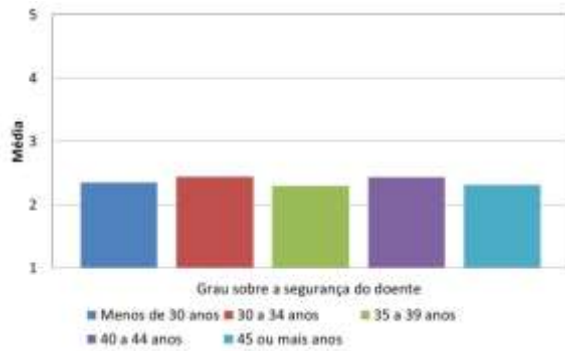
Anexo 4. Tabela análise de cada dimensão nos Hospitais

	Hospital	N	Média	Desvio padrão	Qui ² ₈ (KW)	p
1. Trabalho em equipa	H1	131	78,5%	28,4%	6,57	0,363
	H2	156	73,2%	28,6%		
	H3	139	77,4%	29,6%		
	H4	125	74,0%	28,3%		
	H5	112	75,1%	30,1%		
	H6	121	79,7%	23,1%		
	H7	281	75,2%	30,5%		
2. Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	H1	131	72,7%	31,5%	19,14	** 0,004
	H2	156	61,9%	36,2%		
	H3	138	66,0%	30,0%		
	H4	124	67,1%	35,3%		
	H5	110	64,3%	32,4%		
	H6	121	76,1%	27,3%		
	H7	281	64,0%	33,9%		
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	H1	131	78,1%	32,7%	36,63	** 0,000
	H2	156	68,6%	33,9%		
	H3	139	70,1%	32,6%		
	H4	125	74,2%	31,3%		
	H5	112	70,9%	32,1%		
	H6	121	87,9%	21,4%		
	H7	281	75,1%	30,1%		
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	H1	130	68,2%	38,9%	56,43	** 0,000
	H2	152	45,4%	41,4%		
	H3	139	57,8%	40,5%		
	H4	124	59,7%	40,6%		
	H5	112	63,4%	35,0%		
	H6	120	76,2%	31,8%		
	H7	281	62,6%	20,9%		
5. Percepções gerais sobre a segurança do doente	H1	131	71,5%	30,7%	110,78	** 0,000
	H2	156	44,7%	32,9%		
	H3	139	69,1%	32,5%		
	H4	125	65,4%	33,6%		
	H5	112	65,0%	33,5%		
	H6	121	80,8%	27,9%		
	H7	281	54,3%	35,3%		
6. Comunicação e feedback acerca do erro	H1	131	67,2%	36,6%	31,62	** 0,000
	H2	154	51,1%	40,1%		
	H3	138	66,6%	37,4%		
	H4	124	52,6%	38,3%		
	H5	111	52,6%	39,4%		
	H6	121	69,9%	36,9%		
	H7	279	54,3%	45,6%		
7. Abertura na comunicação	H1	131	68,3%	36,4%	48,23	** 0,000
	H2	155	51,1%	36,4%		
	H3	138	52,4%	35,4%		
	H4	125	52,8%	38,0%		
	H5	111	62,8%	34,8%		
	H6	121	66,7%	33,7%		
	H7	279	54,4%	17,8%		
8. Frequência da notificação de eventos	H1	129	47,8%	43,9%	8,01	0,238
	H2	147	40,5%	41,6%		
	H3	130	46,4%	45,0%		
	H4	114	42,1%	45,5%		
	H5	106	52,2%	42,5%		
	H6	112	52,5%	43,3%		
	H7	279	45,3%	48,2%		
9. Trabalho entre serviços/Unidades	H1	130	67,2%	31,8%	102,66	** 0,000
	H2	153	48,0%	35,2%		
	H3	139	61,9%	32,2%		
	H4	125	58,2%	36,3%		
	H5	112	67,6%	32,7%		
	H6	120	75,6%	33,6%		
	H7	281	50,9%	11,5%		
10. Dotação de profissionais	H1	131	39,8%	29,8%	77,28	** 0,000
	H2	156	29,2%	23,2%		
	H3	139	37,1%	28,2%		
	H4	125	34,6%	27,7%		
	H5	112	36,6%	27,7%		
	H6	121	56,5%	29,7%		
	H7	281	30,3%	25,7%		
11. Transições/passagens de turno	H1	130	60,6%	36,8%	65,35	** 0,000
	H2	151	43,0%	35,0%		
	H3	139	60,9%	35,1%		
	H4	125	56,9%	39,0%		
	H5	112	68,6%	33,5%		
	H6	120	79,4%	30,9%		
	H7	281	56,0%	46,3%		
12. Resposta não punitiva ao erro	H1	131	41,6%	35,6%	35,01	** 0,000
	H2	156	26,7%	32,2%		
	H3	139	24,7%	30,0%		
	H4	124	29,1%	33,5%		
	H5	111	33,5%	31,9%		
	H6	121	39,5%	33,2%		
	H7	281	27,0%	32,2%		

Anexo 5. Figura “Idade / % Número de eventos notificados”

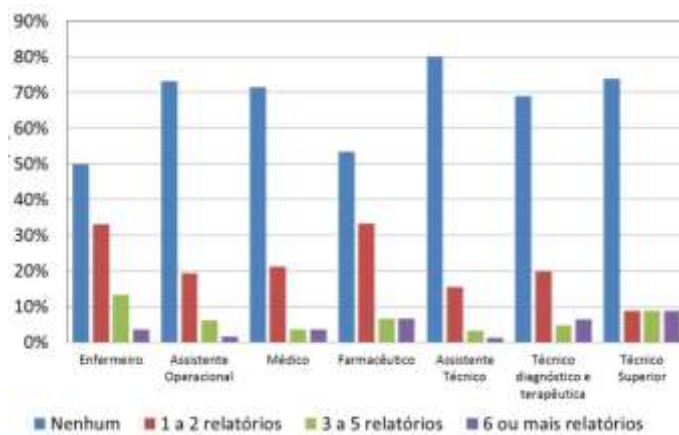


Anexo 6. Figura “Idade / Média da avaliação geral da segurança”

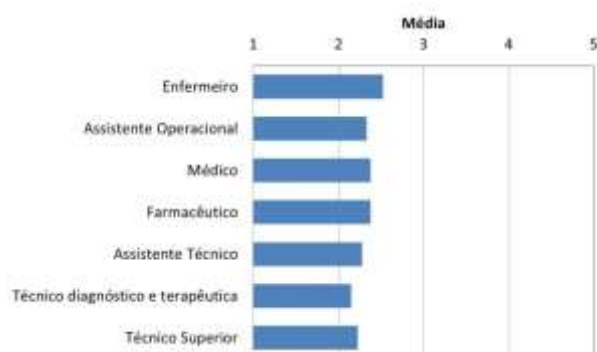


Legenda escala: 1. Excelente, 2. Muito Boa, 3. Aceitável, 4. Fraca, 5. Muito Fraca

Anexo 7. Figura “Grupo profissional / % Número de eventos notificados”



Anexo 8. Figura “Grupos profissionais / Média da avaliação geral da segurança”



Legenda escala: 1. Excelente, 2. Muito Boa, 3. Aceitável, 4. Fraca, 5. Muito Fraca

Anexo 9. Tabela Correlação

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Trabalho em equipa	Coef. Correlação	1										
	Valor de prova											
	N	1065										
2. Expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente	Coef. Correlação	,364(**)	1									
	Valor de prova	,000										
	N	1061	1061									
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	Coef. Correlação	,200(**)	,338(**)	1								
	Valor de prova	,000	,000									
	N	1058	1054	1058								
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	Coef. Correlação	,323(**)	,415(**)	,346(**)	1							
	Valor de prova	,000	,000	,000								
	N	1065	1061	1058	1065							
5. Percepções gerais sobre a segurança do doente	Coef. Correlação	,300(**)	,426(**)	,393(**)	,412(**)	1						
	Valor de prova	,000	,000	,000	,000							
	N	1065	1061	1058	1065	1065						
6. Feedback e Comunicação acerca do erro	Coef. Correlação	,224(**)	,296(**)	,320(**)	,248(**)	,208(**)	1					
	Valor de prova	,000	,000	,000	,000	,000						
	N	1058	1054	1054	1058	1058	1058					
7. Abertura na comunicação	Coef. Correlação	,259(**)	,367(**)	,246(**)	,248(**)	,216(**)	,589(**)	1				
	Valor de prova	,000	,000	,000	,000	,000	,000					
	N	1060	1056	1054	1060	1060	1058	1060				
8. Frequência da notificação de eventos	Coef. Correlação	,072(*)	,124(**)	,218(**)	,141(**)	,137(**)	,535(**)	,297(**)	1			
	Valor de prova	,022	,000	,000	,000	,000	,000	,000				
	N	1017	1014	1016	1017	1017	1017	1017	1017			
9. Trabalho entre as unidades	Coef. Correlação	,322(**)	,270(**)	,461(**)	,273(**)	,368(**)	,262(**)	,293(**)	,182(**)	1		
	Valor de prova	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000			
	N	1060	1056	1058	1060	1060	1054	1056	1016	1060		
10. Profissionais	Coef. Correlação	,211(**)	,286(**)	,285(**)	,247(**)	,420(**)	,135(**)	,174(**)	,060	,278(**)	1	
	Valor de prova	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,055	,000		
	N	1065	1061	1058	1065	1065	1058	1060	1017	1060	1065	
11. Transições	Coef. Correlação	,207(**)	,233(**)	,246(**)	,199(**)	,285(**)	-,119(**)	,096(**)	-,212(**)	,444(**)	,259(**)	1
	Valor de prova	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000	
	N	1058	1054	1056	1058	1058	1052	1054	1016	1058	1058	1058
12. Resposta ao erro não punitiva	Coef. Correlação	,260(**)	,321(**)	,247(**)	,268(**)	,306(**)	-,212(**)	,291(**)	,109(**)	,274(**)	,338(**)	,191(**)
	Valor de prova	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1063	1060	1057	1063	1063	1057	1058	1017	1058	1063	1056

** Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.

* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.