

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALGARVE**

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM MEIO
HOSPITALAR: ADAPTAÇÃO DA NOVA VERSÃO DO *HOSPITAL SURVEY ON
PATIENT SAFETY CULTURE* PARA A CULTURA PORTUGUESA**

ELSA MARIZA RIBEIRO DE FREITAS

PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA EIRAS, ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

PROFESSORA DOUTORA CARINA SILVA, ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA
DA SAÚDE DE LISBOA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2023

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALGARVE**

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM MEIO
HOSPITALAR: ADAPTAÇÃO DA NOVA VERSÃO DO *HOSPITAL SURVEY ON
PATIENT SAFETY CULTURE* PARA A CULTURA PORTUGUESA**

ELSA MARIZA RIBEIRO DE FREITAS

ORIENTADORES:

PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA EIRAS, ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

PROFESSORA DOUTORA CARINA SILVA, ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA
DA SAÚDE DE LISBOA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

JÚRI:

PROFESSOR DOUTOR LUÍS RIBEIRO – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE –
UNIVERSIDADE DO ALGARVE

PROFESSORA LEILA SALES, ESPECIALISTA – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA DE LISBOA

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2023



ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE
DE LISBOA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA



POLITÉCNICO
DE LISBOA

Mestrado em Gestão e
Avaliação de Tecnologias
em Saúde

AVALIAÇÃO DA
CULTURA DE
SEGURANÇA DO
DOENTE EM MEIO
HOSPITALAR:
ADAPTAÇÃO DA NOVA
VERSÃO DO *HOSPITAL
SURVEY ON PATIENT
SAFETY CULTURE*
PARA A CULTURA
PORTUGUESA

Elsa Freitas

2023

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta tese de mestrado foi um processo longo e desafiador, que não teria sido possível sem o apoio e contribuição de diversas pessoas.

Gostaria, em primeiro lugar, de agradecer às orientadoras Professora Doutora Margarida Eiras e Professora Doutora Carina Silva pela disponibilidade, orientação, comentários e sugestões que ajudaram ao longo do desenvolvimento do presente trabalho.

Depois, agradecer aos meus amigos e colegas de trabalho que estiveram sempre presentes para partilhar conhecimentos e experiências, bem como oferecer suporte emocional e motivacional durante todo este período.

Também não poderia deixar de agradecer à toda a minha família pelo amor, apoio, compreensão e incentivo ao longo de todo o meu percurso académico e de todo este processo.

Gostaria ainda de agradecer à Técnica Coordenadora do Serviço onde exerço a minha atividade profissional, Teresa Geada, pelo apoio, incentivo, compreensão e flexibilidade que me proporcionou. Foram essenciais para a conclusão desta pesquisa. Estou grata pelo suporte e confiança e por ter uma líder tão compreensiva e inspiradora na minha vida profissional.

Por fim, gostaria de agradecer à todas as instituições e pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta pesquisa, nomeadamente ao Hospital Santa Luzia de Elvas, ao Hospital Amato Lusitano, ao Hospital Pedro Hispano, à Unidade Hospitalar de Bragança, à Unidade Hospitalar de Portimão, ao Hospital Infante D. Pedro, e ao Hospital Distrital de Santarém, em especial ao Enfermeiro Diretor João Formiga, que incansavelmente partilhou e apelou a participação de todos os colaboradores. Quero ainda expressar o meu agradecimento aos participantes do estudo, cuja colaboração foi essencial para o sucesso desta pesquisa. Sem a sua disposição em partilhar as suas perspetivas e experiências, este trabalho não teria sido possível. Agradeço por terem dedicado algum tempo para participar neste estudo, e por terem fornecido informações valiosas que contribuíram significativamente para o resultado final. Espero que este trabalho possa trazer benefícios para a sociedade e para a compreensão da temática abordada.

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

Introdução: A Avaliação da Cultura de Segurança do Doente [ACSD] é o ponto de partida para que as organizações de saúde possam desenvolver, monitorizar e avaliar intervenções e ações de melhoria para a segurança do doente. Tal como outros países, Portugal tem como prioridade reforçar a Cultura de Segurança do Doente para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. O *Hospital Survey on Patient Safety* [HSOPS] é aplicado internacionalmente na ACSD. Em 2019, foi lançada uma segunda versão: HSOPS 2.0. O objetivo deste estudo é avaliar e caracterizar a cultura de segurança do doente, em hospitais portugueses, com recurso ao HSOPS 2.0.

Metodologia: O estudo enquadra-se no tipo observacional transversal. A tradução foi feita seguindo guidelines internacionais. Foi utilizado o coeficiente *Alpha de Cronbach* e *Average Inter-Item Correlation* na análise da consistência interna do inquérito. A validade foi determinada com base nos Modelos de Equações Estruturais (Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória).

Resultados: O inquérito foi aplicado numa amostra de 2.604 inquiridos (taxa de resposta de 32%) composta por funcionários de sete hospitais portugueses. As propriedades psicométricas da versão portuguesa mostraram-se satisfatórias, demonstrando boa consistência interna e validade de construto. As dimensões com resultados menos positivos foram a notificação de eventos e o apoio da gestão hospitalar para a segurança do doente.

Conclusão: Os resultados sugerem a necessidade de implementar medidas para melhorar a cultura de segurança do doente, nomeadamente a implementação de uma cultura justa, o incentivo a notificação e o envolvimento dos gestores e líderes.

Palavras-chave: Cultura de Segurança do Doente; HSOPS 2.0; validade, propriedades psicométricas

ABSTRACT AND KEY WORDS

Introduction: To assess Patient Safety Culture [PSC] is the starting point for health organizations to develop, monitor and evaluate interventions and improvement actions. Like several countries, Portugal too has the priority of strengthening the PSC to improve the quality and safety of health care. The *Hospital Survey on Patient Safety* [HSOPS] is a globally applied strategy. In 2019, a new version was launched: the HSOPS 2.0. The aim of this study is to evaluate and characterize PSC in Portuguese hospitals, using the new version of HSOPS.

Methodology: It is a cross-sectional observational study. The translation was done following international guidelines. Cronbach's Alpha coefficient and *Average Inter-Item Correlation were used to analyze* the internal consistency of the survey. Validity was determined based on structural equation models (Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis).

Results: The survey was applied to a sample of 2,604 respondents (32% response rate) comprising staff of seven Portuguese hospitals. The psychometric properties of the Portuguese version were satisfactory, demonstrating good internal consistency and construct validity. The dimensions with fewer positive results were Reporting patient safety events and Hospital management support for patient safety.

Conclusion: The results suggest the need to implement measures to improve the patient safety culture, including the implementation of a fair culture, the encouragement of reporting and the involvement of managers and leaders.

Key words: Patient safety culture; HSOPS 2.0; validity; psychometric properties

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO E PALAVRAS-CHAVE	ii
<i>ABSTRACT AND KEY WORDS</i>	iii
ÍNDICE GERAL	iv
ÍNDICE DE QUADROS	vi
ÍNDICE DE TABELAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	x
INTRODUÇÃO	1
Apresentação do tema	1
Pertinência e justificação da escolha do tema	2
Questões de investigação	3
Objeto e objetivos de investigação	4
Conteúdo e esquema concetual do trabalho	5
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
Cultura de Segurança – compreender melhor para agir melhor	6
Porquê preocupar-se com a cultura de segurança do doente?	6
Definição e dimensões da cultura de segurança do doente	7
Relação entre cultura de segurança do doente e segurança do doente	7
Importância da avaliação da cultura de segurança do doente	8
Metodologias na avaliação da cultura de segurança do doente	9
Porque razão a AHRQ lançou uma nova versão do HSOPS?	10
Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais em Portugal	11
Cultura de segurança do doente e certificação de organizações de saúde	12
METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	13
Desenho do estudo	13
Tipo de estudo	13
População alvo e amostragem	13
Variáveis	15
Métodos e ferramentas de inquirição	15
1.ª Fase – Processo de Tradução e adaptação transcultural do inquérito HSOPS 2.0 para a cultura portuguesa	17
2.ª Fase – Aplicação do inquérito para ACSD-H v2.0 numa amostra da população-alvo e avaliação das suas propriedades psicométricas	19
Apresentação do inquérito	20

Estratégias para tratamento e análise dos dados	21
Questões éticas e de confidencialidade	22
APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	23
Quais as dimensões da cultura de segurança avaliadas HSOPS 2.0?	23
Quais as diferenças do HSOPS 2.0 em comparação com o HSOPS 1.0?	24
O que mudou no HSOPS 2.0, comparativamente à versão original?	24
Análise da validade e fiabilidade do questionário ACSD-H v2.0	28
Fiabilidade Fatorial	28
Validade Fatorial	29
Validade de Construto	29
Validade Convergente	31
Validade Divergente	32
Qual a cultura de segurança do doente dos profissionais dos hospitais portugueses em estudo?	33
Caracterização dos hospitais que compõem a amostra	33
Resultados do estudo ACSD-H v2.0	36
Caracterização sociodemográfica da amostra.....	36
Avaliação global da Cultura de Segurança do doente nos hospitais da amostra.	42
Avaliação das dimensões por hospital.....	44
Apreciação da cultura de segurança do doente	48
CONCLUSÃO	50
Conclusões finais	50
Contributo da investigação para o progresso do conhecimento científico	50
Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS/APENDICES	57

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 - Descrição do método PICO para Q11 e Q12	3
Quadro 1.2 - Descrição do método PICO para Q13	3
Quadro 1.3 - Estrutura do trabalho de investigação	5
Quadro 3.1 - Dimensões do HSOPS 2.0	15
Quadro 3.2 - Fases do estudo e tipos de pesquisa de acordo com a abordagem do problema	16
Quadro 3.3 - Etapas a considerar na primeira fase da tradução e adaptação cultural de um inquérito	17
Quadro 3.4 - Concretização das etapas da tradução e adaptação cultural do inquérito	19
Quadro 3.5 - Codificação das respostas	21
Quadro 4.1 - Dimensões do HSOPS 2.0	23

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 4.1 - Valores de <i>alfa de Cronbach</i> e fiabilidade compósita	29
Tabela 4.2 - Comparação valores de <i>alfa de Cronbach</i> entre versão portuguesa (ACSD-H v2.0) e versão original americana (HSOPS 2.0)	29
Tabela 4.3 - Saturação fatorial cada item na respetiva dimensão	31
Tabela 4.4 - Valores de VEM - validade convergente	32
Tabela 2.5 - Valores VEM – validade divergente	33
Tabela 4.6 - Distribuição por categoria profissional	40
Tabela 4.7 - Dimensões da cultura segurança vs acreditação/certificação	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 - Abordagens da avaliação da cultura de segurança	9
Figura 3.1 - Esquematização do processo de tradução e adaptação cultural do inquérito ACSD 2.0	18
Figura 4.1 - Principais diferenças entre as versões do HSOPS	25
Figura 4.2 - Análise Fatorial Confirmatória do ASCD-H v2.0	30
Figura 4.3 - Novo modelo de Análise Fatorial Confirmatória do ASCD-H v2.0	30
Figura 4.4 - Caracterização dos hospitais que compõem a amostra	34
Figura 4.5 - Distribuição de taxas de resposta final por hospital	37
Figura 4.6 - Número de inquéritos válidos por hospital	37
Figura 4.7 - Distribuição por género	38
Figura 4.8 - Distribuição pela faixa etária	38
Figura 4.9 - Distribuição por resposta ao inquérito	38
Figura 4.10 - Distribuição por certificação/acreditação do Serviço/Unidade	38
Figura 4.11 - Distribuição por tempo de serviço na instituição	39
Figura 4.12 - Distribuição por tempo de serviço no Serviço/Unidade	39
Figura 4.13 - Distribuição por horas de trabalho semanais	39
Figura 4.14 - Distribuição por interação com o doente	39
Figura 4.15 - Distribuição do número de profissionais respondentes por categoria profissional	40
Figura 4.16 - Distribuição do número de profissionais respondentes por Unidade/Serviço	41
Figura 4.17 - Distribuição da opção “outro” Serviço/Unidade	42
Figura 4.18 - Percentagens de respostas positivas das dimensões	42
Figura 4.19 - Distribuição das percentagens de respostas positivas das dimensões em função do Serviço/Unidade ser certificado/acreditado	44
Figura 4.20 - Percentagem de respostas positivas das dimensões por hospital	44
Figura 4.21 - Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D1 por hospital	45
Figura 4.22 - Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D2 por hospital	45
Figura 4.23 - Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D3 por hospital	46
Figura 4.24 - Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D4 por hospital	46

Figura 4.25 - Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D5 por hospital	46
Figura 4.26 - Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D6 por hospital	46
Figura 4.27 - Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D7 por hospital	47
Figura 4.28 - Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D8 por hospital	47
Figura 4.29 - Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D9 por hospital	47
Figura 4.30 - Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D10 por hospital	47
Figura 4.31 - Distribuição pelo número de notificações realizadas	48
Figura 4.32 - Distribuição pela avaliação geral do Serviço/Unidade sobre segurança do doente	48
Gráfico 4.33 - Número de comentários à questão de resposta aberta, por hospital	49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSA - *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*
- ACSD - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente
- ACSD-H - Inquérito Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais
- AFC - Análise Fatorial Confirmatória
- AFE - Análise Fatorial Exploratória
- AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*
- ARS - Administração Regional de Saúde
- CHBV - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
- CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve
- DGS - Direção Geral da Saúde
- EUNetPAS - European Union Network for Patient Safety*
- GATS - Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde
- HDS - Hospital Distrital de Santarém
- HSOPS - *Hospital Survey on Patient Safety*
- IOM - *Institute of Medicine*
- ISQUA - *International Society for Quality in Health Care*
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OE - Objetivo Específico
- OG - Objetivo Geral
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PICO - *Patients, Intervention, Comparison, Outcome*
- PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
- QI - Questão de Investigação
- RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SINAS - Sistema de Avaliação Nacional em Saúde

SNS - Sistema Nacional Saúde

SSL/TLS - *Secure Sockets Layer / Transport Layer Security*

ULSCB - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ULSN - Unidade Local de Saúde do Nordeste

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

v - Versão

VEM - Variância Extraída Média

INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação do tema

A expressão “Cultura de Segurança” apareceu pela primeira vez em 1988 no relatório do *International Nuclear Safety Advisory Group*, a propósito do acidente nuclear de Chernobyl e desde logo impôs-se nas agendas de todas as indústrias e organizações que se preocupam com a segurança. Chegou ao domínio da saúde e tornou-se num tema central e determinante da qualidade em saúde após a divulgação do relatório *To Err is Human* do *Institute of Medicine* [IOM], em 1999 (Halligan & Zecevic, 2011).

O desenvolvimento de uma cultura de segurança do doente torna-se, portanto, fundamental para minimizar erros e eventos adversos e a Avaliação da Cultura de Segurança do Doente [ACSD] é uma ferramenta necessária e indispensável para favorecer a compreensão da cultura de segurança do doente nas organizações de saúde e assim fomentar e melhorar a segurança do doente. A ACSD pode ser entendida como o ponto de partida a partir do qual as organizações de saúde poderão planear, desenvolver, monitorizar e avaliar as intervenções e ações de melhoria para a segurança do doente (Nieva & Sorra, 2003).

O método de avaliação mais utilizado pelas organizações de saúde, para a avaliação da segurança e da qualidade dos seus serviços é o método quantitativo, através da aplicação de inquéritos quantitativos e anónimos que combinam as diferentes dimensões da cultura de segurança do doente (Halligan & Zecevic, 2011). O *Hospital Survey on Patient Safety* [HSOPS] da *Agency for Healthcare Research and Quality* [AHRQ] é um desses instrumentos e é recomendado pela *European Union Network for Patient Safety* [EUNetPAS] aos seus Estados-Membros (European Society for Quality in Healthcare, 2010).

O HSOPS foi desenvolvido por investigadores americanos (Sorra & Nieva, 2004), a partir de uma revisão da literatura e de pesquisas sobre cultura de segurança, seguidas de entrevistas à funcionários de instituições hospitalares. Este questionário foi desenvolvido com objetivo de permitir às organizações prestadoras de cuidados de saúde avaliar a sua própria cultura de segurança, acompanhar as mudanças/progressos ao longo do tempo e avaliar o impacto das intervenções adotadas (European Society for Quality in Healthcare, 2010).

Em Portugal, e acompanhando as tendências e boas práticas internacionais ao nível da segurança do doente, a Direção Geral da Saúde [DGS] tem vindo a avaliar a cultura de segurança dos hospitais portugueses com recurso ao questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses” [ACSD-H], traduzido e validado para Portugal por Eiras *et al.* (2014) a partir do HSOPS 1.0. Eiras *et al.* (2014) verificaram que as doze dimensões da cultura de segurança do doente presentes no

HSOPS 1.0 eram adequadas para a população portuguesa e que a informação adquirida a partir de ferramentas de avaliação da cultura hospitalar é importante no desenvolvimento de estratégias e projetos eficazes para a segurança do doente nas organizações prestadoras de cuidados de saúde (Eiras *et al.*, 2014). Desde então, o questionário ACSD-H tem sido utilizado pela DGS para avaliar a cultura de segurança dos hospitais portugueses (DGS, 2018).

Em 2019, e utilizando os *feedbacks/sugestões* de vários países que implementaram o HSOPS 1.0, a AHRQ lançou uma nova versão: o HSOPS 2.0. O HSOPS 2.0 avalia algumas das mesmas áreas da cultura de segurança do doente que o HSOPS 1.0. No entanto, a AHRQ introduziu importantes alterações na nova versão do inquérito, tendo referido ainda que, a partir de 2020, os *benchmarks* 1.0 não seriam atualizados e que não seria possível comparar diretamente as pesquisas 1.0 e 2.0, recomendando a transição das pesquisas aos seus utilizadores (Sorra *et al.*, 2019).

1.2. Pertinência e justificação da escolha do tema

A segurança do doente é uma componente fundamental da qualidade em saúde, pois a prestação de cuidados de saúde não poderá ser de qualidade se for insegura ou se permitir a possibilidade de erros ou complicações (Fragata, 2011). Por seu turno, a ACSD, para além de ser recomendada pela Organização Mundial da Saúde [OMS] e pelo Conselho da União Europeia, é reconhecida, internacionalmente, como promotora de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações de saúde, permitindo identificar oportunidades de melhoria e alcançar melhores níveis de segurança e qualidade nos cuidados de saúde prestados (DGS, 2018).

Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 [PNSD 2021-2026], decretado pelo Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, inclui a Cultura de Segurança como primeiro pilar e apresenta a ACSD como um dos seus objetivos estratégicos, tendo definido a atualização do atual modelo de Avaliação da Cultura de Segurança como ação a desenvolver para o cumprimento do referido objetivo (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro).

Desta forma, o presente trabalho de investigação que se propõe desenvolver, no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde [GATS], para além de ter uma componente de investigação aplicada à área da Qualidade e Segurança em Saúde (uma das áreas específicas do mestrado GATS, que o plano de estudos permite desenvolver e aprofundar através da Unidade Curricular Segurança dos Cuidados de Saúde), segue ainda as recomendações da AHRQ e o PNSD 2021-2026 no que a ACSD diz respeito, uma vez que pretende atualizar a versão portuguesa do inquérito, traduzido e validado por Eiras *et al.* (2014) e atualmente

utilizado pela DGS. A atualização desse inquérito irá permitir continuar a avaliar e monitorizar o estado em que se encontram os hospitais portugueses relativamente à cultura de segurança do doente e contribuir para o aumento da consciencialização dos profissionais de saúde sobre a segurança do doente.

1.3. Questões de investigação

A formulação de Questões de Investigação [QI] adequadas (bem construídas) é um dos princípios fundamentais do pensamento crítico e reflexivo no âmbito da prática baseada na evidência e deve exprimir de forma clara, precisa e objetiva o objeto da investigação. Neste sentido, existem diversas estratégias que guiam na formulação das questões de investigação, permitindo evidenciar os elementos-chave e orientar a estratégia de investigação (Sousa, 2018). O método *Patients, Intervention, Comparison, Outcome* [PICO] pode ser utilizado para construir diferentes tipos de questões de investigação, nomeadamente nas investigações que procuram instrumentos de avaliação, permitindo ajudar a definir e refinar o problema em investigação, evitando assim pesquisas desnecessárias (Santos, 2007).

Assim, e considerando a temática em estudo, as questões de investigação formuladas foram elaboradas utilizando o método PICO (quadro 1.1 e 1.2), tendo-se obtido as questões de investigação a seguir enunciadas.

Quadro 1.1 - Descrição do método PICO para QI1 e QI2

P	Patients or Problem	Inquérito HSOPS (versão 1.0 e 2.0)
I	Intervention	Tradução e adaptação cultural do HSOPS 2.0 e consequente análise às alterações do instrumento e análise psicométrica
C	Comparison	Comparação das versões
O	Outcome	Validação do instrumento de ACSD-H v2.0 e suas dimensões

Questão de Investigação 1 [QI1]: Quais as dimensões da cultura de segurança do doente avaliadas HSOPS 2.0?

Questão de Investigação 2 [QI2]: Quais as diferenças do HSOPS 2.0 em comparação com o HSOPS 1.0?

Quadro 1.2 - Descrição do método PICO para QI3

P	Patients or Problem	Profissionais de hospitais portugueses
I	Intervention	Aplicação do inquérito ACSD-H v2.0
C	Comparison	Avaliação e comparação dos resultados
O	Outcome	Caracterização da cultura de segurança do doente em hospitais portugueses

Questão de Investigação 3 [QI3]: Qual a cultura de segurança do doente dos profissionais dos hospitais portugueses em estudo?

1.4. Objeto e objetivos de investigação

A definição do objeto e objetivos de uma investigação revela o que se é proposto desenvolver e fazer para responder às questões de investigação, representando as estratégias e metas a serem alcançadas para evidenciar quais os resultados da investigação (Reis, 2018).

Desta forma, a definição do objeto e objetivos deste trabalho de investigação é coerente com a pertinência e justificação do tema, sendo que o objeto de estudo desta investigação prende-se com a atualização da versão portuguesa do HSOPS e com a ACSD nos hospitais portugueses, tendo-se estabelecido, como objetivo geral, o seguinte:

Objetivo Geral [OG]: Avaliar e caracterizar a cultura de segurança do doente, em hospitais de diferentes Administrações Regionais de Saúde [ARS] em Portugal, com recurso a nova versão do HSOPS.

De forma a explicitar o objetivo geral desta investigação, definiram-se diferentes pontos a serem abordados e que estão traduzidos nos seguintes objetivos específicos, determinados de forma a dar resposta às questões de investigação anteriormente formuladas:

Objetivo Específico 1 [OE1]: Atualizar a versão portuguesa do HSOPS da versão 1.0 para a versão 2.0;

Objetivo Específico 2 [OE2]: Determinar a validade e fiabilidade do questionário "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses" – versão 2.0;

Objetivo Específico 3 [OE3]: Comparar as duas versões do questionário;

Objetivo Específico 4 [OE4]: Identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria em relação à cultura de segurança em hospitais de diferentes ARS.

1.5. Conteúdo e esquema concetual

O presente trabalho de investigação está estruturado e dividido em sete capítulos, conforme o quadro 1.3, que apresenta as diferentes partes do trabalho e uma breve descrição/sinopse de cada uma delas.

Quadro 1.3 – Estrutura do trabalho de investigação

Capítulos	Breve descrição/sinopse
Introdução	Engloba a apresentação e a justificação do tema, bem como a definição das questões de investigação e apresentação dos objetivos e, por último, a descrição da estrutura do presente trabalho.
Enquadramento teórico	Apresenta o estado da arte, onde a abordagem da temática em estudo é concretizada mediante a apresentação e desenvolvimento de alguns pontos que pretendem melhorar o entendimento sobre o conceito de cultura de segurança do doente e ainda a relação entre certificação e segurança do doente.
Metodologia de Investigação	Apresenta o desenho e tipo de estudo desenvolvido, as variáveis do estudo, a população-alvo, a amostragem, os métodos e o instrumento de recolha de dados, bem como as estratégias para a análise dos mesmos.
Apresentação e Interpretação dos resultados	Apresenta os resultados e respetiva descrição e a interpretação dos dados do presente trabalho de investigação, nomeadamente a comparação de ambas as versões do HSOPS, a avaliação psicométrica da nova versão do inquérito e a ACSD nos hospitais da amostra.
Conclusão	Apresenta as conclusões do presente trabalho de investigação, bem como as limitações da investigação e as perspetivas de trabalhos futuros.
Bibliografia	Apresenta todas as publicações que são citadas e que serviram de apoio no desenvolvimento do presente trabalho de investigação.
Anexos / Apêndices	Incluem os documentos que fundamentam a elaboração do presente trabalho de investigação.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A segurança do doente é definida como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2011). E é precisamente para melhorar a segurança do doente e reduzir o risco de danos durante a prestação de cuidados de saúde que é fundamental desenvolver-se uma cultura de segurança (Bienassis & Klazinga, 2022). É neste sentido que o presente enquadramento teórico se propõe a apresentar apenas um entendimento sobre o conceito de “cultura de segurança” do doente e não aborda outras estratégias de segurança do doente ou outros fatores que convergem para a ocorrência de eventos adversos. Como tal, neste capítulo serão respondidas algumas questões e serão desenvolvidos alguns pontos que irão permitir compreender melhor o conceito de “cultura de segurança” e o que o mesmo envolve.

2. Cultura de segurança – Compreender melhor para agir melhor

2.1. Porquê preocupar-se com a cultura de segurança do doente?

O tema da segurança do doente tornou-se numa questão central e determinante da qualidade em saúde nas agendas de muitos países, um pouco por todo o mundo, desde que o IOM publicou o relatório *To Err is Human* (Halligan & Zecevic, 2011). Esse relatório revelou que, por ano, cerca de 44000 a 98000 pessoas morreram nos hospitais dos Estados Unidos da América por causa de erros médicos (El-Jardali, 2011). O desenvolvimento de uma cultura de segurança do doente é uma das recomendações que o IOM refere para favorecer a melhoria da segurança do doente nos hospitais, sendo a ACSD existente na organização a primeira etapa para o desenvolvimento de uma cultura de segurança voltada para o doente (El-Jardali, 2011; Nieva & Sorra, 2003).

Também o Plano de Ação para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS apresenta alguns estudos de investigação que referem que, nos países desenvolvidos, em média, um em cada dez doentes está sujeito a um evento adverso enquanto recebe cuidados hospitalares. Nos países em desenvolvimento, estima-se que um em cada quatro doentes está sujeito a um evento adverso quando procura cuidados de saúde, com 134 milhões de eventos adversos a ocorrerem anualmente nos hospitais, devido a prestação de cuidados de saúde inseguros, contribuindo para cerca de 2,6 milhões de mortes (OMS, 2021).

Na Europa, as investigações sugerem que os erros médicos e eventos adversos ocorrem entre 8% a 12% das hospitalizações (Conklin, 2009). O Departamento de Saúde do Reino Unido, no seu relatório *An organisation with a memory* previu cerca de 850000 eventos por ano, ou seja 10% das admissões hospitalares (*United Kingdom Department of Health*, 2000).

Face a esses números, a melhoria da segurança na prestação de cuidados de saúde é então um desafio para todos os sistemas e organizações de saúde no mundo que, para ser superado, requer não só a implementação de processos de melhoria contínua de qualidade e segurança dos cuidados de saúde, mas também o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da segurança do doente (OMS, 2021). Sobretudo, porque a cultura de segurança do doente tem sido, cada vez mais, uma estratégia eficiente para melhorar a segurança do doente e é uma componente essencial na prestação de cuidados de saúde seguros (Bienassis & Klazinga, 2022).

2.2. Definição e dimensões da cultura de segurança do doente

Cultura de segurança do doente é um conceito multidimensional definido, em Portugal, pelo Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021), que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Este despacho apresenta a definição da OMS, que designa a cultura de segurança nos cuidados de saúde como um conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e organizacionais que determinam o compromisso, o estilo e a ação, contribuindo para a segurança do doente.

Quanto às dimensões da cultura de segurança do doente, a literatura aponta vários fatores preditores para uma cultura positiva de segurança do doente nos hospitais (El-Jardali, 2011), não havendo, no entanto, um consenso sobre o número definido de dimensões que compõem a cultura de segurança do doente (Halligan & Zecevic, 2011). Contudo, os investigadores parecem concordar que alguns atributos culturais ou dimensões contribuem para a segurança do doente (Nieva & Sorra, 2003). Assim, as dimensões citadas com mais frequência incluem o trabalho em equipa; a aprendizagem organizacional; o comprometimento e apoio dos órgãos de gestão e da liderança para com a segurança do doente; uma abordagem não punitiva na notificação de erros e eventos adversos; a abertura na comunicação; e a partilha por parte dos profissionais da perceção da importância da segurança do doente na prestação de cuidados de saúde (El-Jardali, 2011; Halligan & Zecevic, 2011).

2.3. Relação entre cultura de segurança do doente e segurança do doente

Uma vez que a ACSD é aconselhada na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados nas organizações de saúde (OMS, 2021), o pressuposto é que, ao serem desenvolvidas as dimensões da cultura da segurança do doente, a segurança do doente deve também melhorar.

Apesar de ainda não se encontrarem na literatura muitos estudos sobre a relação entre a cultura de segurança do doente, avaliada através de questionários, e a

segurança do doente, têm havido cada vez mais investigadores a estudarem a relação entre a cultura de segurança do doente e a prestação de cuidados de saúde seguros, tendo conseguido demonstrar uma relação positiva entre ambos, onde uma maior cultura de segurança do doente está associada a melhores *outcomes* para o doente (Thomas *et al.*, 2012; Titlestad *et al.*, 2018). Também Bienassis e Klazinga (2022) referem uma revisão da *Health Foundation* onde foram avaliadas as relações entre os *outcomes* dos doentes e a cultura de segurança, encontrando associações positivas entre uma boa cultura de segurança e a redução de reinternamentos, tempo de internamento e erros de medicação. Bonner *et al.* (2009) desenvolveram um estudo onde o principal objetivo era examinar se as perceções dos enfermeiros sobre cultura de segurança do doente estavam correlacionadas com a segurança do doente. O estudo incluiu 72 residências para idosos dos Estados Unidos, e com recurso a uma metodologia que combinou diversas estratégias, entre as quais a aplicação do inquérito desenvolvido pela AHRQ, o *Nursing Home Survey on Patient Safety*, os autores conseguiram associar uma maior cultura de segurança à notificação de quedas, concluindo que existe uma relação entre cultura de segurança do doente e segurança dos cuidados de saúde. Noutro estudo de Hofmann e Mark (2006), os resultados revelaram que quanto maior a cultura de segurança, menos erros de medicação e infeções urinárias ocorreram naquelas instituições de saúde. Também Fan *et al.* (2016) concluíram, com um estudo realizado às cirurgias ao colón, em sete unidades cirúrgicas hospitalares, que uma maior cultura de segurança traz consigo uma menor taxa de infeção. Por sua vez, Mardon *et al.* (2010), efetuaram um estudo em 179 hospitais e também concluíram que uma cultura de segurança do doente mais positiva está associada a menos eventos adversos nos hospitais.

2.4. Importância da avaliação da cultura de segurança do doente

Como já referido, nos cuidados de saúde, o desenvolvimento de uma cultura de segurança é o elemento essencial para a concretização de ações que melhorem a segurança do doente.

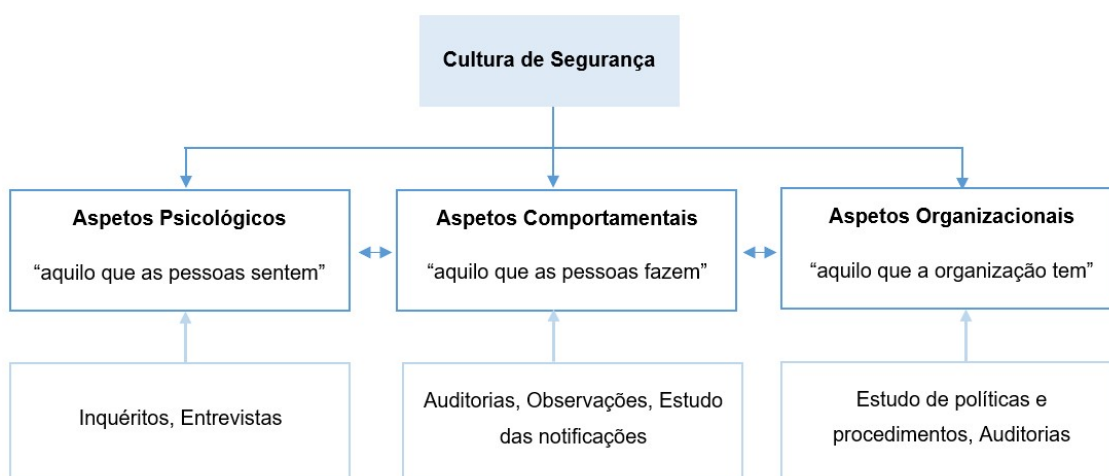
O Plano de Ação de Segurança do Doente da OMS para 2021-2030 encoraja todos os governos e organizações de saúde a “adotar abordagens globais para o estabelecimento de uma cultura de segurança nos seus sistemas de saúde”, pedindo aos hospitais que realizem regularmente avaliações da cultura de segurança do doente para poder “identificar lacunas e introduzir abordagens inovadoras para construir uma cultura de segurança, em linha com a experiência internacional e as melhores práticas.” (Bienassis & Klazinga, 2022). Adicionalmente à identificação dos pontos fortes e áreas de melhoria relativamente à segurança do doente, a avaliação da cultura de segurança

do doente tem então múltiplas utilizações: i) sensibilização e consciencialização dos profissionais para a segurança do doente; ii) compreensão global das perceções relacionadas com a segurança e atitudes dos colaboradores; iii) avaliação do estado atual da cultura de segurança do doente; iv) avaliação do impacto de ações e iniciativas implementadas para a segurança do doente; v) análise da evolução da cultura de segurança do doente; vi) comparações entre os serviços de uma organização ou até mesmo *benchmarking* nacional e/ou internacional entre diferentes organizações de saúde (Reis *et al.*, 2018).

2.5. Metodologias na avaliação da cultura de segurança do doente

Antes de serem definidas e implementadas ações para desenvolver a cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, é necessário avaliar o seu nível. A avaliação da cultura de segurança nos cuidados de saúde baseia-se em diferentes métodos (quantitativo e/ou qualitativo), que possibilitam a avaliação de diferentes aspetos (psicológicos, comportamentais e organizacionais) (Figura 2.1). Os métodos quantitativos recaem sob a utilização de questionários que possibilitam, por exemplo, descobrir "aquilo que as pessoas sentem" sobre a segurança dos cuidados de saúde, ou ainda sob a monitorização de indicadores de segurança dos cuidados de saúde para medir "aquilo que a organização tem". Os métodos qualitativos referem-se, entre outros, a realização de entrevistas (em grupo ou individuais) para perceber "aquilo que as pessoas sentem" relativamente a segurança dos cuidados de saúde, ou ainda o estudo das políticas e procedimentos das organizações de saúde para medir "aquilo que a organização tem" (HSE, 2005).

Figura 2.1 – Abordagens da avaliação da cultura de segurança (adaptado e traduzido livremente de HSE, 2005).



Na saúde, a abordagem de avaliação mais utilizada na avaliação da cultura de segurança do doente é a quantitativa, através da utilização de inquéritos ou questionários individuais e anónimos aos profissionais de saúde com o objetivo de explorar as suas atitudes e a forma como percebem a segurança do doente (Halligan & Zecevic, 2011). E esta é a abordagem que será desenvolvida no presente trabalho de investigação.

Existem vários questionários ou inquéritos que permitem avaliar a cultura de segurança de doente. Estas ferramentas de avaliação diferem entre si no número de dimensões de cultura de segurança exploradas, mas também no tipo de organização a que se destinam, seja por exemplo um hospital, uma unidade de cuidados primários ou uma instituição residencial para idosos. Outro critério importante a ter em consideração é a evidência sobre a validade e fiabilidade do instrumento (Nieva & Sorra, 2003).

O inquérito HSOPS é uma ferramenta de avaliação da cultura de segurança do doente, desenvolvido pela AHRQ, em 2004. A AHRQ é uma agência com sede no Estados Unidos da América, cuja missão é a de produzir evidências para tornar os cuidados de saúde mais seguros e mais acessíveis e equitativos, trazendo mais qualidade e segurança ao doente (Ulrich & Kear, 2014). O HSOPS explora de que forma os profissionais percebem a segurança do doente nos cuidados de saúde que prestam nos seus serviços ou unidades e/ou instituições, através das dimensões da cultura de segurança do doente presentes no inquérito (*European Society for Quality in Healthcare*, 2010). O HSOPS foi amplamente utilizado a nível internacional, tendo sido objeto de diversas traduções e adaptações culturais e de vários estudos de revisão que compararam as suas características gerais e examinaram as suas propriedades psicométricas (Waterson *et al.*, 2019), tendo sido recomendado e considerado um importante instrumento na ACSD (*European Society for Quality in Healthcare*, 2010).

2.5.1. Porque que razão a AHRQ lançou uma nova versão do HSOPS?

Desde a criação da primeira versão do inquérito em 2004, os vários utilizadores do HSOPS (nacionais e internacionais) forneceram *feedbacks* e sugestões de alterações ao inquérito. Foi com base nesse retorno que, em 2019, a AHRQ lançou a nova versão do inquérito HSOPS: o HSOPS 2.0 (Sorra *et al.*; 2019; Westat *et al.*, 2019).

Desta forma, e antes de apresentar a nova versão do HSOPS, importa enumerar as sugestões de alteração enviadas à AHRQ. As propostas apresentadas incluíram: um pedido para reformular os itens mais complexos e difíceis de traduzir; a inclusão da opção "Não se aplica ou não sei" às opções de resposta; mudar para um quadro de *Just Culture* (isto é, de cultura justa) na avaliação da resposta ao erro; a revisão das categorias profissionais e serviços/unidades do hospital e por último, a redução do

número de itens negativos. Esses *feedbacks* levaram então ao desenvolvimento da nova versão do HSOPS (Sorra *et al.* 2019).

Para além dos Estado Unidos da América utilizarem essa nova versão, também outros países começaram a traduzir esta nova ferramenta, incluindo Austrália, Israel, Holanda e Polónia (Bienassis & Klazinga, 2022) e ainda Brasil (Reis, 2023), China (Wu, 2022), Coreia (Lee, 2021), Indonésia (Suryani, 2022) e Turquia (Filiz, 2022).

Com base no teste piloto, a AHRQ refere que podem ser esperadas melhores percentagens de respostas positivas nas dimensões do HSOPSC 2.0, comparativamente a primeira versão, embora essa diferença varie dependendo do item e da dimensão (Westat *et al.*, 2019).

2.6. Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais em Portugal

Em Portugal, Eiras *et al.* (2014) traduziram e avaliaram a validade e fiabilidade do HSOPS para os contextos hospitalares portugueses, verificando que as doze dimensões da cultura de segurança do doente avaliadas na primeira versão do HSOPS eram adequadas para a população portuguesa e que a informação adquirida a partir de ferramentas de avaliação da cultura hospitalar é importante no desenvolvimento de estratégias e projetos eficazes para a segurança do doente nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Desde então, o questionário "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses" (Eiras *et al.*, 2014) tem sido utilizado pela DGS para avaliar a cultura de segurança dos hospitais portugueses (DGS, 2018).

Até o ano de 2020, a avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais decorreu numa base bianual, conforme decretado no Despacho n.º 1400-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [PNSD 2015-2020]. O PNSD 2015-2020 inclui a melhoria da cultura de segurança do doente como o primeiro objetivo estratégico, ambicionando atingir uma média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário $\geq 50\%$. O mesmo despacho refere ainda a importância da promoção da adesão às iniciativas de ACSD. Quanto aos resultados, o PNSD 2015-2020 menciona que, de acordo com um relatório preliminar da ACSD nos hospitais portugueses, as dimensões com maior potencial de melhoria são o apoio à segurança do doente pela gestão; a frequência da notificação; o trabalho entre unidades; a dotação de profissionais e a resposta ao erro não punitiva.

Em 2021, é aprovado o PNSD 2021-2026, que mantém o mesmo compromisso com a melhoria da cultura de segurança do doente, que o PNSD anterior (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro).

3. Cultura de segurança do doente e certificação de organizações de saúde

A certificação é uma importante ferramenta no desenvolvimento da cultura de segurança nas instituições de cuidados de saúde, permitindo o reconhecimento do cumprimento dos requisitos necessários à prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade (Bienassis & Klazinga, 2022).

Em Portugal, o modelo de certificação recomendado pela DGS é o Modelo Nacional de Acreditação em Saúde (da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* [ACSA]), modelo esse acreditado pela *International Society for Quality in Health Care* [ISQUA]. O seu principal objetivo é a propagação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde (DGS, 2009).

O modelo ACSA está de acordo e utiliza diversas referências, como a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, o Plano Nacional de Saúde, os Programas Nacionais de Saúde, orientações e recomendações da DGS e/ou OMS, incluindo as que se referem à segurança do doente e às boas práticas clínicas e organizacionais, e ainda outras normas técnicas ou legislação relevantes. Este modelo constitui-se num conjunto de padrões de referência, denominados de *standards*, que constituem um referencial de padrões de qualidade na prestação de cuidados de saúde (DGS, 2009), (DQS, 2016).

No que a segurança do doente diz respeito, os *standards* do Manual de *Standards* dos Hospitais contemplam, entre outros aspetos, os direitos dos cidadãos; os aspetos relacionados com a segurança do utente; os princípios éticos que devem orientar todas as ações do Hospital e a avaliação do grau de satisfação dos utentes. O Manual de *Standards* dos Hospitais preconiza assim a implementação de um sistema de identificação e análise dos riscos relacionados com incidentes na segurança do doente; a incorporação de boas práticas na prevenção de incidentes de segurança; a notificação dos riscos, incidentes e eventos adversos; a monitorização de indicadores da qualidade e segurança do doente; a definição de uma estratégia para sensibilizar e envolver os profissionais na qualidade e segurança dos cuidados de saúde; a partilha informações e *feedback* sobre a evolução dos elementos-chave da segurança e ainda a gestão e implementação de medidas de controlo para minimizar os riscos para o doente. Existem ainda outros requisitos definidos neste manual de certificação que contribuem para o desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, nomeadamente a definição dos valores, missão e estratégia da instituição ou unidade de saúde (DQS, 2016). Neste sentido, a certificação pode tornar-se numa estratégia para incentivar a ACSD, principalmente a nível organizacional.

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.1. Desenho do estudo

A metodologia deste estudo dividiu-se em duas partes.

A primeira parte contemplou a fase de tradução e adaptação cultural do HSOPS 2.0, desenvolvido pela AHRQ, para a língua e cultura portuguesa, que após a tradução e adaptação para a língua e cultura portuguesa ficou com a denominação de ACSP-H v2.0.

A segunda parte do estudo consistiu na aplicação da versão traduzida do inquérito HSOPS 2.0, a fim de possibilitar a avaliação das características psicométricas do inquérito e permitir ainda a ACSD dos hospitais participantes (enumerados adiante).

3.2. Tipo de estudo

É possível encontrar na literatura várias formas de classificar as tipologias de um trabalho de investigação, dependendo dessa classificação de diferentes critérios. A intervenção do investigador ou o alcance temporal são duas dessas perspetivas de classificação. Assim, do ponto de vista da intervenção do investigador, figuram os estudos do tipo experimental ou observacional. Quanto ao alcance temporal, os estudos podem classificar-se de transversais ou longitudinais.

Um estudo é de cariz observacional quando o investigador não manipula ou intervém no fator principal do estudo. Os estudos transversais são aqueles que recolhem os dados dos participantes, num determinado momento, sem nenhum tipo de seguimento. São úteis para avaliar as necessidades e o planeamento dos cuidados de saúde (Vilelas, 2020).

O presente estudo enquadra-se, desta forma, no tipo observacional transversal, uma vez que é baseado na observação dos factos que existem independentemente do investigador, num dado momento.

3.3. População alvo e amostragem

A população alvo corresponde ao universo, isto é, à totalidade dos indivíduos na investigação. No entanto, nem sempre é possível abranger a totalidade dos elementos da população pelo que se opta por seleccionar um subconjunto desses indivíduos, isto é uma amostra. A investigação por amostragem consiste então em estudar uma parte da população que interessa à investigação, sempre que não é possível estudar a totalidade dos indivíduos, sendo que a definição da amostra deve ser tão representativa quanto possível da população que se pretende estudar (Reis, 2018; Vilelas, 2020).

Os mesmos autores, Reis e Vilelas (2018; 2020), explicam ainda que as amostras do tipo não-probabilística consistem numa amostragem em que há uma

seleção intencional dos elementos que constituem a amostra, dependendo dos critérios do investigador. A amostragem por conveniência (onde são selecionados os elementos disponíveis para participar no estudo) é uma das técnicas utilizada para a seleção de amostras neste tipo de amostragem.

Assim, e considerando os objetivos desta investigação, a população-alvo deste trabalho de investigação constituiu-se dos funcionários dos hospitais das ARS portuguesas que consentiram participar livremente no estudo “Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: adaptação da nova versão do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*”. O preenchimento do questionário foi considerado indicador de concordância de participação voluntária no estudo.

A amostragem incluiu a seleção dos hospitais que participaram no estudo e a seleção dos funcionários seguiu uma amostragem de resposta voluntária, sendo assim uma amostragem por conveniência, do tipo não-probabilística.

Os hospitais portugueses de diferentes ARS, onde a investigação decorreu foram os seguintes:

- i. ARS Norte – Unidade Hospitalar de Bragança
- ii. ARS Norte – Hospital Pedro Hispano
- iii. ARS Centro – Hospital Infante D. Pedro
- iv. ARS Centro – Hospital Amato Lusitano
- v. ARS Lisboa e Vale do Tejo – Hospital Distrital de Santarém
- vi. ARS Alentejo – Hospital Santa Luzia de Elvas
- vii. ARS Algarve – Hospital de Portimão

Os critérios de inclusão definidos para participação na presente investigação foram os seguintes:

- i. Exercer funções num dos hospitais que acederam participar no estudo;
- ii. Encontrar-se a realizar serviço efetivo no período de recolha da informação, que decorreu no período de 18 de janeiro à 08 de fevereiro de 2023.
- iii. Foram excluídos do estudo os profissionais que, durante o período de recolha de dados, se encontravam ausentes do serviço.

Quanto ao tamanho da amostra, Vilelas (2020) ao citar Kermarrec (2006) refere que a literatura recomenda que um estudo de validação de instrumento deve conter um mínimo de 10 respondentes por item para sua validação. Logo, seguindo essa perspetiva, para o presente trabalho de investigação, ficou definido que seria necessário uma amostra total de 400 respondentes no mínimo, uma vez que o inquérito é composto por 40 itens.

3.4. Variáveis

A noção de variável refere-se a uma propriedade que varia e é uma característica observável e mensurável. Tem de estar em consonância com a problemática em estudo e com os objetivos da investigação (Vilelas, 2020).

O HSOPS 2.0 (anexo A) tem, na sua versão original americana, 10 dimensões e 40 itens:

- i. 32 itens do inquérito referem-se as 10 dimensões e estão agrupados em dois ou mais itens que avaliam a mesma área de cultura de segurança do doente;
- ii. 6 itens do inquérito referem-se às características dos respondentes (posição, unidade/área de trabalho, tempo de permanência no hospital, tempo de permanência na unidade/serviço, horas de trabalho, interação com doentes);
- iii. 1 item do inquérito questiona o número de eventos notificados pelo respondente;
- iv. 1 item do inquérito pede aos respondentes que forneçam uma classificação geral sobre a segurança dos doentes para a sua unidade/área de trabalho.

As variáveis do estudo correspondem então as dimensões e aos itens que compõem as dimensões obtidas da tradução do questionário (quadro 3.1).

Quadro 3.1– Dimensões do HSOPS 2.0

Dimensões da versão portuguesa do HSOPSC 2.0	N.º de itens
Trabalho em equipa	3 itens
Dotação de profissionais e Local de Trabalho	4 itens
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	3 itens
Resposta ao erro	4 itens
Apoio do superior hierárquico ou responsável clínico para a segurança do doente	3 itens
Comunicação acerca do erro	3 itens
Abertura na comunicação	4 itens
Notificação	2 itens
Apoio de gestão hospitalar para segurança do doente	3 itens
Transições de cuidados e trocas de informações	3 itens
TOTAL	10 dimensões
	32 itens

3.5. Métodos e ferramentas de inquirição

Existem diferentes tipos de métodos, como os métodos de investigação qualitativa e os métodos de investigação quantitativa. Na investigação qualitativa, o

investigador analisa os dados de forma indutiva e descritiva, tornando-se fundamental que a descrição seja profunda e rigorosa. Por sua vez, a investigação quantitativa considera que todos os dados são quantificáveis, recorrendo à utilização de diferentes testes estatísticos. Diversos autores consideram que, caso a investigação o exija, é possível combinar estes dois métodos de investigação (qualitativa e quantitativa), permitindo uma melhor compreensão da problemática em estudo e tornando a investigação mais consistente (Sousa & Baptista, 2014).

O processo de tradução e adaptação cultural de um questionário é um desses casos e deve compreender os dois métodos (qualitativo e quantitativo), distribuídos em duas fases distintas. A fase qualitativa envolve a tradução, comparação das versões, retroversão, análise pelo grupo de peritos e pré-teste. A fase quantitativa envolve a validação dessa versão traduzida para verificar se a mesma mantém a precisão daquilo a que o instrumento se propõe medir. Isto é conseguido através da aplicação dessa versão traduzida à uma amostra da população alvo, para se avaliarem as propriedades psicométricas do instrumento criado (Vilelas, 2020).

Assim, e de acordo com o método de investigação, o presente estudo irá desenvolver-se em duas fases, conforme quadro 3.2.

Quadro 3.2 – Fases do estudo e tipos de pesquisa de acordo com a abordagem do problema

Fases do estudo	Tipo de pesquisa	Descrição do problema em estudo
1.ª Fase	Pesquisa qualitativa	Tradução e adaptação transcultural do inquérito HSOPS 2.0 para a cultura portuguesa.
2.ª Fase	Pesquisa quantitativa	Aplicação do inquérito ACSD-H v2.0 numa amostra da população-alvo e avaliação das suas propriedades psicométricas.

A primeira fase é então qualitativa e inclui a tradução e a adaptação transcultural do inquérito HSOPS 2.0 para a cultura portuguesa. Nesta fase, é feita uma análise mais descritiva, que não pode ser traduzida em números e não requer a utilização de métodos estatísticos. Foi nesta fase, que se pretendeu garantir a validação do processo de tradução e adaptação cultural do inquérito, através da prossecução de um conjunto de procedimentos que integram as diferentes etapas de validação de um instrumento (Néné & Sequeira, 2022), (Ribeiro, 2010), conforme quadro 3.3.

Quadro 3.3 – Etapas a considerar na primeira fase da tradução e adaptação cultural de um inquérito

Etapas de tradução e adaptação cultural do inquérito - 1.ª fase	Descrição
Equivalência conceptual	Refere-se à validade dos conceitos em termos de domínios incluídos e a sua interpretação nas duas versões
Equivalência de itens	Obtém-se com a estima do mesmo parâmetro do domínio em avaliação, sendo relevante e aceitável nas duas versões
Equivalência semântica	Refere-se a equivalência ou variação de significado das palavras utilizadas nas duas versões
Equivalência funcional	Obtém-se quando o formato, o método de aplicação ou as instruções não afetam os resultados

Para a validação do processo de tradução e adaptação cultural ficar completa os autores Néné e Sequeira (2022) e Ribeiro (2010) defendem ser ainda necessário, como última etapa, proceder-se a equivalência de mensuração.

A equivalência de mensuração refere-se ao grau ou a extensão em que as propriedades psicométricas são semelhantes nas duas versões. Esta equivalência engloba processos tais como a análise da fiabilidade, validade de conteúdo, validade de construto e consistência interna, entre outros (Vilelas, 2020). Esta etapa faz parte da segunda fase do estudo que corresponde à fase quantitativa. Nesta fase, os dados são quantificáveis e recorre-se a utilização de métodos estatísticos, conforme descrito mais a frente neste capítulo.

De seguida, apresenta-se uma descrição detalhada dos métodos presentes em ambas as fases do presente trabalho de investigação, bem como do instrumento de recolha de dados (HSOPS 2.0).

3.5.1. 1.ª Fase – Processo de tradução e adaptação transcultural do inquérito HSOPS 2.0 para a cultura portuguesa

A AHRQ disponibiliza *guidelines* para a tradução dos seus inquéritos, no entanto, e como não prevê a retroversão ou a análise com recurso a um painel de peritos, optou-se por seguir o processo de tradução e adaptação de instrumentos descrito por Vilelas (2020), que segue as *guidelines* internacionais para a tradução e adaptação de instrumentos de pesquisa.

Segundo Vilelas (2020), a utilização de instrumentos em populações de outros países consiste num processo complexo se quisermos assegurar a medida do mesmo construto no instrumento criado na nova língua, devendo-se obedecer a diferentes

etapas no processo de tradução e validação de um instrumento para um novo idioma. Assim, e seguindo a perspectiva do autor, foram adotadas as seguintes etapas na adaptação transcultural do inquérito HSOPS 2.0 para a cultura portuguesa, conforme figura 3.1:

i. Obtenção de autorização à AHRQ para a tradução e utilização do inquérito (Apêndice A).

ii. Tradução inicial – foram realizadas duas traduções do inquérito por dois tradutores bilingues portugueses independentes, de língua materna portuguesa, mas com domínio da língua inglesa, um com conhecimento sobre a temática e o outro não. Posteriormente, as traduções foram comparadas e as diferenças encontradas foram resolvidas mediante consulta com os tradutores, resultando na redação de uma única versão do inquérito em língua portuguesa (versão conciliada).

iii. Retroversão – um tradutor nativo da língua inglesa efetuou uma nova tradução da versão conciliada obtida (versão em português), para a língua inglesa. Esta retroversão foi comparada com a versão original (Apêndice B).

iv. Revisão da tradução por grupo de especialistas – onde foram realizadas revisões das traduções (versão original e versão conciliada) recorrendo a um grupo de sete peritos, formado por especialistas bilingues com experiência na área da qualidade e segurança do doente. Este grupo de peritos avaliou a equivalência semântica, cultural e concetual da tradução do inquérito (Apêndice C).

v. Pré-teste – o inquérito foi avaliado qualitativamente, mediante a sua aplicação a um grupo de pessoas, para se apurar a compreensibilidade, pertinência e relevância cultural (Apêndice D). A realização do pré-teste permitiu ainda verificar a acessibilidade do inquérito em diferentes dispositivos eletrónicos (computador, *tablet*, *smartphone*) e diferentes navegadores de internet (*Google Chrome*, *Internet Explorer*, *Microsoft Edge*,

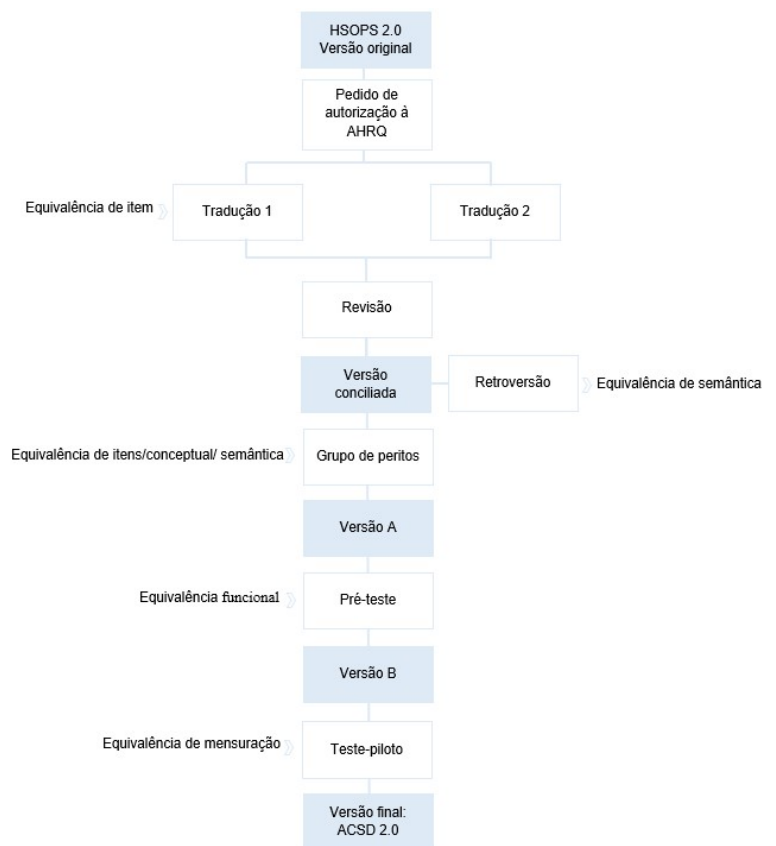


Figura 3.1 - Esquematização do processo de tradução e adaptação cultural do inquérito ACSD 2.0, adaptado de Manso & Capelas (2021).

etc.); verificar se as respostas introduzidas são capturadas com precisão, isto é, se os dados do inquérito *web* coincidem com os dados introduzidos no inquérito; e, por último, verificar se as respostas introduzidas têm os valores corretos, isto é, se estão bem codificadas, garantindo-se assim a funcionalidade do inquérito.

Desta forma, as diferentes etapas de validação para a tradução e adaptação cultural do HSOPS 2.0 foram todas alcançadas ao longo do processo de tradução e adaptação cultural do referido inquérito, conforme quadro 3.4.

Quadro 3.4 – Concretização das etapas da tradução e adaptação cultural do inquérito

Etapas de tradução e adaptação cultural de um inquérito	Concretização
Equivalência conceptual	Alcançadas com a tradução e posterior revisão da tradução por grupo de especialistas
Equivalência de itens	
Equivalência semântica	Obtida com a retroversão do inquérito
Equivalência funcional	Alcançada com a execução de um pré-teste
Equivalência da mensuração	Desenvolvida na segunda fase do estudo

3.5.2. 2.^a Fase – Aplicação do inquérito ACSD-H v2.0 numa amostra da população-alvo e avaliação das suas propriedades psicométricas

Findo o processo de adaptação transcultural, é necessário determinar a validade do inquérito, da qual faz parte a avaliação das propriedades psicométricas.

Vilelas (2020) define validade de um instrumento como a capacidade que um instrumento possui em avaliar exatamente aquilo a que se propõe medir. Este processo possui determinadas etapas, entre as quais a fiabilidade, a validade do conteúdo e a validade de construto. A fiabilidade diz respeito à consistência interna do instrumento e pode ser realizada através da execução do teste *alfa de Cronbach*. Considera-se que um valor de *alfa de Cronbach* é aceitável quando se situa entre 0.7 e 0.9 (Vilelas, 2020). A validade do conteúdo analisa o grau em que o conteúdo do instrumento reflete adequadamente o construto em estudo. Por sua vez, a validade do construto refere-se ao grau em que a medida corresponde ao domínio/conceitos teóricos da problemática em estudo. Existem vários testes e técnicas estatísticas passíveis de serem utilizadas. A Análise Fatorial Exploratória [AFE] é um dos processos mais utilizado. A AFE permite medir se o instrumento se correlaciona com as variáveis espectáveis. Quando se pretende efetuar uma adaptação cultural, é ainda importante utilizar a Análise Fatorial Confirmatória [AFC]. A AFC irá permitir garantir que o instrumento adaptado segue o mesmo modelo estrutural proposto pelos autores do instrumento (Néné & Sequeira, 2022).

A criação do inquérito *online* foi realizada mediante recurso ao *software SurveyMonkey*. Este *software* é uma ferramenta que, para além de permitir elaborar o inquérito de forma simples, num *layout* agradável e gerir e exportar todos os dados da pesquisa, também permite garantir a confidencialidade dos dados, incluindo criptografia e mantém ainda a conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados [RGPD].

Com o objetivo de se proporcionar um ambiente virtual seguro, na configuração do inquérito *online* foram garantidos os protocolos SSL/TLS (*Secure Sockets Layer / Transport Layer Security*) para a proteção dos dados e cada instituição hospitalar foi identificada de forma a tornar o *link* para aceder ao inquérito único para cada instituição.

Para a aplicação do inquérito, o mesmo foi distribuído eletronicamente (via *email*) nas instituições após parecer favorável das Comissões de Ética e respetivas autorizações por parte dos órgãos de gestão dos hospitais da amostra em estudo. O inquérito foi apresentado no idioma português e a configuração informática do inquérito permitiu ainda um *design* compatível com os diferentes dispositivos móveis, tendo ainda fornecido uma página de agradecimento. Todos os itens do inquérito apresentaram-se como sendo de resposta obrigatória a exceção da pergunta de resposta aberta. Cada inquérito era anónimo, tornando impossível o rastreamento dos respondentes.

Na administração do inquérito *web*, foram seguidas as seguintes etapas:

- i. Envio de uma pré-notificação a divulgar o estudo;
- ii. Envio do convite de participação no estudo;
- iii. Envio de lembretes semanais comunicando a importância da participação, bem como o período de participação no estudo.

Com o objetivo de se acompanhar o progresso das respostas, a taxa de resposta preliminar foi calculada semanalmente, através da divisão do número de inquéritos devolvidos (numerador) pelo número de funcionários elegíveis que receberam o inquérito (denominador) (Apêndice E).

3.6. Apresentação do inquérito

A versão portuguesa do HSOPS 2.0, denominada de inquérito para a “*Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses 2.0*” [ACSD-H v2.0] (Apêndice F), avalia as dez dimensões da cultura de segurança do doente e é constituída, tal como a versão original por um total de quarenta itens (menos 11 itens, quando comparado com a primeira versão). A maioria dos itens são apresentados sob a forma de escala de *Likert* com 5 pontos. No fim, o inquérito inclui ainda uma secção

opcional para comentários abertos. Demora aproximadamente 10-15 minutos para ser concluído.

Como explicado e defendido pelos autores, não foi feita nenhuma alteração ao número ou ao conteúdo dos itens e dimensões do inquérito, em relação a versão original americana. No entanto, e por sugestão dos peritos, mantiveram-se quatro questões de contexto geral presentes na primeira versão portuguesa do inquérito. Essas questões fazem parte da secção das características dos respondentes, uma vez que os autores mencionam que esta secção é a única secção do inquérito que pode ser alterada, sem prejudicar os resultados da pesquisa. Essas questões referem-se a características sociodemográficas dos respondentes e instituição (como certificação do serviço, sexo e idade do respondente).

As dimensões e diferenças do inquérito ACSD-H v2.0, relativamente à primeira versão, são apresentadas no próximo capítulo.

3.7. Estratégias para análise dos dados

A investigação foi desenvolvida com base nos resultados obtidos no inquérito ACSD 2.0 e seguiu a metodologia proposta pela AHRQ.

Assim, de acordo com as recomendações da AHRQ, antes de se proceder à análise estatística dos inquéritos, foram realizados os seguintes procedimentos:

- i. Identificação dos inquéritos incompletos e ilegíveis;
- ii. Cálculo da taxa de resposta final;
- iii. Análise dos comentários abertos.

O quadro 3.5 mostra a codificação para a maioria das opções de resposta encontradas no inquérito.

Quadro 3.5 - Codificação das respostas

Opções de resposta por escala	Valor Numérico
Concordo fortemente / Sempre	5
Concordo / A maioria das vezes	4
Não concordo nem discordo / Por vezes	3
Discordo fortemente / Nunca	2
Discordo / Raramente	1
Não se aplica ou Não sei	6
Valores omissos	9

No cálculo da frequência de resposta para cada item do inquérito e para facilitar a visualização dos resultados, a AHRQ recomenda ainda a combinação das duas

categorias de resposta mais baixa (Discordo fortemente/discordo e Nunca/Raramente), agrupando-as na categoria Negativa enquanto que as duas categorias de resposta mais elevadas (Concordo fortemente/Concordo e a Maioria das vezes/ Sempre) foram agrupadas na categoria Positiva. Os pontos médios das escalas (Não concordo nem discordo e A maioria das vezes) foram considerados na categoria Neutra (AHRQ, 2021).

Para analisar a consistência interna do inquérito foram utilizados os coeficientes *Alpha de Cronbach* e *Average Inter-Item Correlation*. A validade do inquérito foi determinada com base nos Modelos de Equações Estruturais, em particular na Análise Fatorial Exploratória e na Análise Fatorial Confirmatória. Os dados foram analisados com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics® V.26 e ao *software* R, em particular às bibliotecas *psych* and *polycor*. A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. Os resultados são apresentados em termos de média de percentual de valores positivos e não serão feitas comparações de resultados com outros estudos, nacionais ou internacionais, relativamente à avaliação da cultura de segurança.

3.8. Questões éticas e de confidencialidade

Toda a investigação que envolve seres humano obriga ao respeito e à proteção dos direitos e liberdades dos participantes (Vilelas, 2020).

Por conseguinte, o presente trabalho de investigação respeitou:

- i. O direito à autodeterminação, respeitando e garantindo os direitos daqueles que consentiram participar no estudo.
- ii. O direito à intimidade, assegurando a proteção da intimidade daqueles que consentiram participar no estudo.
- iii. O direito ao anonimato e à confidencialidade, garantindo que as repostas ao inquérito não possam identificar aqueles que consentiram participar no estudo.

Toda a informação prestada pelos participantes foi tratada confidencialmente e não é identificável. Na apresentação dos resultados e de forma a mantermos a confidencialidade em relação aos resultados da ACSD dos hospitais participantes, a identificação dos hospitais foi codificada, tendo sido atribuído a cada hospital um código de identificação alfanumérico: H1 a H7.

Todos os dados recolhidos no âmbito do presente estudo serão mantidos e armazenados de forma segura, por um período de cinco anos, após os quais serão destruídos, de acordo com os requisitos éticos e legais aplicáveis.

APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados será feita, seguindo a ordem da metodologia apresentada no capítulo anterior, para dar resposta às QI e aos objetivos delineados. Assim, numa primeira fase, apresentar-se-á a versão portuguesa do HSOPS 2.0. Numa segunda fase, serão descritos os resultados obtidos da análise psicométrica ao inquérito ACSD-H v2.0. Por último, proceder-se-á a apresentação e análise dos resultados do estudo sobre a ACSD, realizado em sete hospitais do país.

A resposta às **QI1** e **QI2** serão apresentadas, respetivamente, no ponto 4.1 e 4.2 do presente capítulo e resposta a **QI3** será apresentada no ponto 4.3, permitindo cumprir o objetivo geral e os objetivos específicos do presente trabalho.

4.1. QI1: Quais as dimensões da cultura de segurança avaliadas HSOPS 2.0?

O HSOPS 2.0 avalia dez dimensões, descritas no quadro 4.1

Quadro 4.1 Dimensões do HSOPS 2.0

Dimensão	Definição / Medida em que...
Trabalho em equipa	Os profissionais trabalham em conjunto de forma eficaz como uma equipa, entreadjudam-se durante os períodos de maior atividade e respeitam-se mutuamente.
Dotação de profissionais e Local de trabalho	Existem recursos humanos suficientes para corresponder ao trabalho que é exigido; a carga horária e o ritmo de trabalho são adequados e o Serviço/Unidade não depende excessivamente de colaboradores temporários.
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Os processos de trabalho são revistos regularmente, são feitas alterações para evitar que os erros se repitam e as ações de melhoria são monitorizadas e avaliadas.
Resposta ao erro	Os profissionais são tratados de forma justa quando cometem erros. Existe uma preocupação em aprender com os erros e dar apoio aos profissionais envolvidos.
Apoio do superior hierárquico ou responsável clínico para a segurança do doente	Os superiores hierárquicos ou responsáveis clínicos consideram as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente, não encorajam os “atalhos” e tomam medidas para abordar todas as preocupações sobre a segurança do doente que lhe são apresentadas.
Comunicação acerca do erro	Os profissionais são informados quando ocorrem erros, discutem formas de os prevenir e são informados das ações de melhoria.
Abertura na comunicação	Os profissionais falam se observarem algo inseguro e têm abertura para questionar.
Notificação	São notificados os seguintes tipos de erro: (1) evento detetado e corrigido antes de atingir o doente e (2) eventos que poderiam ter afetado o doente, mas não chegou a prejudica-lo.
Apoio da gestão hospitalar para segurança do doente	A gestão hospitalar mostra que a segurança do doente é uma prioridade e providencia os recursos adequados para a segurança do doente.
Transições e trocas de informações	A informação importante sobre cuidados aos doentes é transmitida entre unidades hospitalares e durante as mudanças de turno.

Para além dos itens que compõem estas dimensões e dos itens de contexto, o inquérito inclui ainda dois itens individuais: um que questiona o número de eventos de segurança do doente que os inquiridos notificaram e outro onde é solicitado que o inquirido classifique o seu Serviço/Unidade quanto à segurança do doente.

4.2. QI2: Quais as diferenças do HSOPS 2.0 em comparação com o HSOPS 1.0?

A resposta a esta questão de investigação será desenvolvida nos dois próximos pontos. No primeiro, apresentar-se-ão as diferenças através de uma análise descritiva às duas versões do inquérito. No segundo, apresentar-se-á a análise da validade e fiabilidade do questionário ACSD-H v2.0 e as diferenças da análise psicométrica de ambas as versões do instrumento.

4.2.1. O que mudou no HSOPS 2.0, comparativamente à versão original (HSOPS 1.0)?

O HSOPS 2.0 avalia algumas das mesmas áreas da cultura de segurança do doente que o HSOPS 1.0. No entanto, a AHRQ introduziu importantes alterações no novo inquérito (figura 4.1): i) o HSOPS 2.0 tem 40 itens, enquanto que o HSOPS 1.0 é composto por 51 itens. No que às alterações aos itens do inquérito diz respeito: cinco itens da pesquisa HSOPS 1.0 foram mantidos inalterados no HSOPS 2.0, mas 21 foram eliminados; 25 itens da pesquisa HSOPS 1.0 foram reformulados ou as opções de resposta foram alteradas e 10 novos itens foram adicionados ao novo HSOPS 2.0. Ainda relativamente aos itens, resta referir que, tal como no HSOPS 1.0, também o HSOPS 2.0 inclui uma mistura de itens redigidos positivamente e negativamente; ii) O HSOPS 2.0 inclui uma opção de resposta "Não aplica/Não sei", enquanto que na versão anterior os participantes podiam deixar a pergunta em branco quando se deparavam com uma situação à qual não sabiam responder ou onde não se enquadravam; iii) o HSOPS 2.0 avalia 10 dimensões da cultura de segurança do doente em comparação à sua versão anterior, tendo sido eliminadas duas dimensões (Perceções gerais sobre a segurança do doente e Trabalho entre unidades); por último, verifica-se ainda que o nome de algumas das dimensões também foram alteradas para se alinhar com o conteúdo avaliado no inquérito. Na versão portuguesa, observaram-se as mesmas alterações, estando as diferenças, no que às dimensões e número de itens diz respeito, descritas no quadro 4.2.





HSOPS 1.0	HSOPS 2.0
<p># 51 itens</p> <p> Os participantes deixam a pergunta em branco quando não sabem responder ou não se aplica a sua situação</p> <p> 12 dimensões</p>	<p># 40 itens</p> <p> Escala de resposta com opção para “Não se aplica ou Não sei”</p> <p> 10 dimensões</p>

Figura 4.1 – Principais diferenças entre as versões do HSOPS

Quadro 4.2 – Comparação das dimensões e itens em ambas as versões do ACSD-H

Dimensões		N.º itens	
ACSD-H v1.0	ACSD-H v2.0	ACSD-H v1.0	ACSD-H v2.0
Trabalho em equipa	Trabalho em equipa	4 itens	3 itens
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Apoio do superior hierárquico ou responsável clínico para a segurança do doente	4 itens	3 itens
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	3 itens	3 itens
Apoio à segurança do doente pela gestão	Apoio de gestão hospitalar para segurança do doente	3 itens	3 itens
Perceções gerais sobre a segurança do doente	---- (Dimensão eliminada)	4 itens	0 item
Feedback e Comunicação acerca do erro	Comunicação acerca do erro	3 itens	3 itens
Abertura na comunicação	Abertura na comunicação	3 itens	4 itens
Frequência da notificação de eventos	Notificação	3 itens	2 itens
Trabalho entre unidades	---- (Dimensão eliminada)	4 itens	0 item
Dotação de profissionais	Dotação de profissionais e Local de Trabalho	4 itens	4 itens
Transições	Transições e trocas de informações	4 itens	3 itens
Resposta ao erro não punitiva	Resposta ao erro	3 itens	4 itens

O HSOPS 2.0 inclui, portanto, trinta e dois itens que questionam sobre as 10 dimensões que o questionário avalia e que estão distribuídos por seções e distribuídos em grupos de 2 a 4 itens. Desses itens, 13 estão redigidos negativamente e 19 positivamente; existem ainda duas seções de um único item cada, onde um dos itens questiona quantos eventos de segurança do doente o inquirido notificou, enquanto que o outro item solicita aos inquiridos uma classificação geral sobre a segurança do doente no seu serviço/unidade. O HSOPS 2.0 contém ainda seis itens onde é pedida alguma informação geral e de contexto, nomeadamente, categoria profissional, serviço/unidade, tempo de serviço, contacto com o doente, entre outros (quadro 4.3).

Quadro 4.3 – Diferenças da distribuição dos itens em ambas as versões do HSOPS

HSOPS 1.0		HSOPS 2.0	
42 itens distribuídos em grupo de 3 a 4 itens	18 negativos	32 itens distribuídos em grupo de 3 a 4 itens	13 negativos
	24 positivos		19 positivos
2 questões compostas de um único item		2 questões compostas de um único item	
7 questões de contexto		6 questões de contexto	
TOTAL	51		40

De seguida, apresentam-se as dimensões presentes no inquérito ACSD-H v2.0 e respetivos itens que compõem cada uma delas, fazendo-se ainda a distinção dos itens de redação negativa, através da aposição da letra *r* junto ao número do respetivo item.

Dimensão 1 - Trabalho em equipa	3 itens
A1	Neste Serviço/Unidade, trabalhamos em conjunto de forma eficaz como uma equipa.
A8	Durante os períodos de maior atividade, os profissionais deste Serviço/Unidade entreajudam-se.
A9r	Existe um problema de comportamento desrespeitoso por parte de quem trabalha neste Serviço/Unidade.
Dimensão 2 - Dotação de profissionais e Local de Trabalho	4 itens
A2	Neste Serviço/Unidade, existem recursos humanos suficientes para corresponder ao trabalho que é exigido.
A3r	Os profissionais deste Serviço/Unidade trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados.
A5r	Este Serviço/Unidade depende excessivamente de trabalhadores temporários.
A11r	O ritmo de trabalho neste Serviço/Unidade é tão intenso que afeta negativamente a segurança do doente.

Dimensão 3 - Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	3 itens
---	----------------

- A4 Este Serviço/Unidade revê regularmente os processos de trabalho para determinar se são necessárias ações de melhoria para a segurança do doente.
- A12 Neste Serviço/Unidade, as ações de melhoria para a segurança do doente são avaliadas para verificar o seu impacto.
- A14r Este Serviço/Unidade permite que os mesmos problemas de segurança do doente continuem a acontecer repetidamente.

Dimensão 4 - Resposta ao erro	4 itens
--------------------------------------	----------------

- A6r Neste Serviço/Unidade os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra si.
- A7r Neste Serviço/Unidade, quando um evento é notificado, parece que é a pessoa que está a ser reportada e não o problema.
- A10 Quando um profissional comete erros, este Serviço/Unidade foca-se em aprender com os erros em vez de colocar a culpa neste.
- A13r Neste Serviço/Unidade, existe falta de apoio para os profissionais envolvidos em erros relativos à segurança do doente.

Dimensão 5 - Apoio do superior hierárquico ou responsável clínico para a segurança do doente	3 itens
---	----------------

- B1 O meu superior hierárquico ou responsável clínico tem em consideração as sugestões da equipa para melhorar a segurança do doente.
- B2r O meu superior hierárquico ou responsável clínico quer que trabalhemos mais rapidamente durante os períodos de maior atividade, mesmo que isso signifique enveredar por desvios.
- B3 O meu superior hierárquico ou responsável clínico toma medidas para responder às preocupações relativas à segurança do doente que lhe são apresentadas.

Dimensão 6 - Comunicação acerca do erro	3 itens
--	----------------

- C1 Somos informados acerca de erros que acontecem neste Serviço/Unidade.
- C2 Quando ocorrem erros neste Serviço/Unidade, discutimos sobre formas de os prevenir os erros.
- C3 Neste Serviço/Unidade, somos informados acerca de alterações feitas baseadas na notificação de eventos.

Dimensão 7 - Abertura na comunicação	4 itens
---	----------------

- C4 Neste Serviço/Unidade, os profissionais manifestam-se se observarem algo que possa afetar negativamente a prestação de cuidados ao doente.
- C5 Os profissionais deste Serviço/Unidade manifestam-se quando veem alguém com mais autoridade a fazer algo que põe em risco a segurança do doente
- C6 Quando os profissionais deste Serviço/Unidade falam, os que detêm mais autoridade estão disponíveis para ouvir as suas preocupações relacionadas com a segurança do doente.

C7r Neste Serviço/Unidade, os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar bem.

Dimensão 8 – Notificação	2 itens
---------------------------------	---------

D1 Quando um evento/ocorrência é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?

D2 Quando um doente é alvo de um evento/ocorrência que poderia tê-lo afetado, mas não o fez, com que frequência é notificado?

Dimensão 9 - Apoio da gestão hospitalar para segurança do doente	3 itens
---	---------

F1 As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.

F2 A Direção do Hospital faculta recursos adequados de forma a melhorar a segurança do doente.

F3r A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade.

Dimensão 10 - Transições e trocas de informações	3 itens
---	---------

F4r Quando os doentes são transferidos de um Serviço/Unidade para outro, frequentemente são omitidas informações importantes.

F5r Durante as mudanças de turno, frequentemente são omitidas informações importantes sobre os cuidados aos doentes.

F6 Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para partilhar todas as informações pertinentes sobre os cuidados dos doentes.

4.2.2. Análise da validade e fiabilidade do questionário ACSD-H v2.0

4.2.2.1. Fiabilidade Fatorial

Conforme os resultados da tabela 4.1 pode-se verificar que todas as dimensões apresentam adequada fiabilidade fatorial, de acordo com os valores obtidos de *alfa de Cronbach* e fiabilidade compósita. As dimensões “Dotação de profissionais e local de trabalho” e “Transições e trocas de informações” apresentam, contudo, uma fiabilidade mais reduzida.

Comparando esses dados com os resultados obtidos na versão original americana (HSOPS 2.0), verifica-se que os resultados são sobreponíveis e ainda que, nas mesmas dimensões (“*Staffing and Work Pace*” e “*Handoffs and Information Exchange*”), também os americanos apresentaram valores de fiabilidade mais reduzidos (AHRQ, 2019) (tabela 4.2).

Tabela 4.1 - Valores de *alfa de Cronbach* e fiabilidade compósita

Dimensões do ASCD-H 2.0	Alfa de Cronbach	Fiabilidade Compósita
D1-Trabalho em Equipa	0.756	0.851
D2 - Dotação de Profissionais e Local de trabalho	0.626	0.726
D3 - Aprendizagem Organizacional – melhoria continua	0.800	0.846
D4 - Resposta ao erro	0.825	0.866
D5 - Apoio do Superior Hierárquico ou responsável Clínico para a segurança do doente	0.815	0.893
D6 - Comunicação acerca do erro	0.872	0.925
D7 - Abertura na Comunicação	0.776	0.796
D8 - Notificação	0.878	0.931
D9 - Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança do Doente	0.815	0.889
D10 - Transições e Trocas de Informações	0.669	0.800

Tabela 4.2 – Comparação valores de *alfa de Cronbach* entre versão portuguesa (ACSD-H v2.0) e versão original americana (HSOPS 2.0)

Dimensões do inquérito	Alfa de Cronbach ACSD-H v2.0	Alfa de Cronbach HSOPS 2.0
D1-Trabalho em Equipa	0.76	0.76
D2 - Dotação de Profissionais e Local de trabalho	0.63	0.67
D3 - Aprendizagem Organizacional – melhoria continua	0.80	0.76
D4 - Resposta ao erro	0.83	0.83
D5 - Apoio do Superior Hierárquico ou responsável Clínico para a segurança do doente	0.82	0.77
D6 - Comunicação acerca do erro	0.87	0.89
D7 - Abertura na Comunicação	0.78	0.83
D8 - Notificação	0.88	0.75
D9 - Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança do Doente	0.82	0.77
D10 - Transições e Trocas de Informações	0.67	0.72

Comparando ainda estes resultados com a versão portuguesa anterior, verifica-se que os valores obtidos de *alfa de Cronbach* neste estudo apresentam, de um modo geral uma maior fiabilidade.

4.2.2.2. Validade Fatorial

Validade de Construto

Na figura 4.2 apresentam-se os resultados relativos à análise fatorial confirmatória das dimensões do ASCD-H v2.0, de modo a testar a validade construto da

mesma. Os valores obtidos nos índices de ajustamento ($\chi^2/gf=6.16$, $RMSEA=0.065$, $CFI=0.90$, $GFI=0.87$, $TLI=0.88$, $PCFI=0.76$, $PGFI=0.69$) não se apresentam totalmente adequados, pelo que foi necessário algumas modificações ao presente modelo.

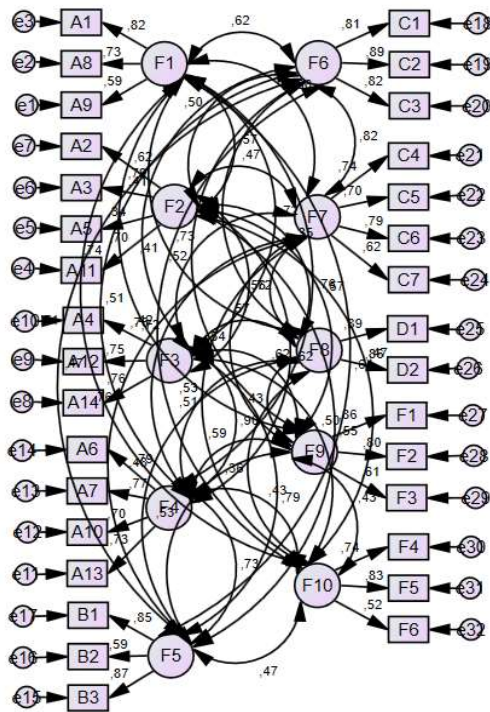


Figura 4.2 - Análise Fatorial Confirmatória do ASCD-H v2.0

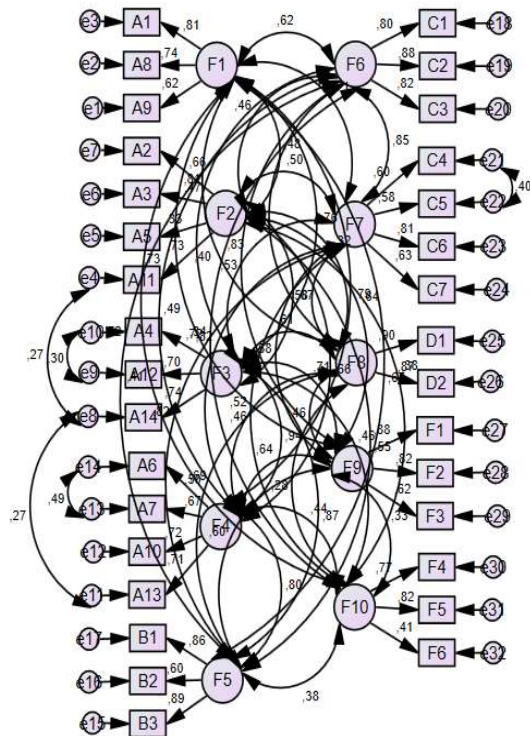


Figura 4.3 - Novo modelo de Análise Fatorial Confirmatória do ASCD-H v2.0

Na figura 4.3. apresentam-se os resultados relativos ao novo modelo de análise fatorial confirmatória, após o estabelecimento de correlações entre os resíduos no sentido de melhorar ao ajustamento do modelo inicialmente obtido. Neste caso, conforme os índices de ajustamento obtidos ($\chi^2/gf=4.64$, $RMSEA=0.05$, $CFI=0.93$, $GFI=0.90$, $TLI=0.91$, $PCFI=0.78$, $PGFI=0.71$) já se pode dizer que a escala em questão apresenta uma adequada validade de construto.

Na tabela 4.3. é possível verificar os pesos de cada item na respetiva dimensão. De acordo com os resultados obtidos verifica-se que a maioria dos itens apresenta uma adequada saturação fatorial (>0.40), com a exceção do item A5 “Este Serviço/Unidade depende excessivamente de trabalhadores temporários.” que apresenta uma carga fatorial mais reduzida com a dimensão a que pertence.

Tabela 4.3 - Saturação fatorial cada item na respetiva dimensão

	Relação item-Dimensão	Loading
A9	<--- Trabalho em Equipa (D1)	0,623
A8	<--- Trabalho em Equipa (D1)	0,744
A1	<--- Trabalho em Equipa (D1)	0,808
A11	<--- Dotação de Profissionais e Local de trabalho (D2)	0,732
A5	<--- Dotação de Profissionais e Local de trabalho (D2)	0,329
A3	<--- Dotação de Profissionais e Local de trabalho (D2)	0,470
A2	<--- Dotação de Profissionais e Local de trabalho (D2)	0,661
A14	<--- Aprendizagem Organizacional – melhoria continua (D3)	0,738
A12	<--- Aprendizagem Organizacional – melhoria continua (D3)	0,702
A4	<--- Aprendizagem Organizacional – melhoria continua (D3)	0,718
A13	<--- Resposta ao erro (D4)	0,712
A10	<--- Resposta ao erro (D4)	0,716
A7	<--- Resposta ao erro (D4)	0,673
A6	<--- Resposta ao erro (D4)	0,692
B3	<--- Apoio do Superior Hierárquico ou responsável Clínico para a segurança do doente (D5)	0,885
B2	<--- Apoio do Superior Hierárquico ou responsável Clínico para a segurança do doente (D5)	0,597
B1	<--- Apoio do Superior Hierárquico ou responsável Clínico para a segurança do doente (D5)	0,861
C1	<--- Comunicação acerca do erro (D6)	0,796
C2	<--- Comunicação acerca do erro (D6)	0,879
C3	<--- Comunicação acerca do erro (D6)	0,824
C4	<--- Abertura na Comunicação (D7)	0,598
C5	<--- Abertura na Comunicação (D7)	0,583
C6	<--- Abertura na Comunicação (D7)	0,808
C7	<--- Abertura na Comunicação (D7)	0,627
D1	<--- Notificação (D8)	0,901
D2	<--- Notificação (D8)	0,868
F1	<--- Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança do Doente (D9)	0,879
F2	<--- Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança do Doente (D9)	0,825
F3	<--- Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança do Doente (D9)	0,624
F4	<--- Transições e Trocas de Informações (D10)	0,768
F5	<--- Transições e Trocas de Informações (D10)	0,823
F6	<--- Transições e Trocas de Informações (D10)	0,410

Validade Convergente

De acordo com os valores de Variância Extraída Média [VEM] obtidos, é possível verificar que todas as dimensões apresentam adequada validade convergente com a exceção da dimensão dotação de profissionais e local de trabalho (Tabela 4.4).

Tabela 4.4 - Valores de VEM - validade convergente

Dimensões do ASCD-H v.2.0	VEM
D1-Trabalho em Equipa	0.659
D2 - Dotação de Profissionais e Local de trabalho	0.418
D3 - Aprendizagem Organizacional – melhoria continua	0.648
D4 - Resposta ao erro	0.620
D5 - Apoio do Superior Hierárquico ou responsável Clínico para a segurança do doente	0.741
D6 - Comunicação acerca do erro	0.806
D7 - Abertura na Comunicação	0.571
D8 - Notificação	0.559
D9 - Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança do Doente	0.732
D10 - Transições e Trocas de Informações	0.589

Validade Divergente

De acordo com a tabela 4.5 é possível verificar que:

- i. A dimensão trabalho em equipa apresenta adequada validade divergente.
- ii. A dimensão Dotação dos profissionais e local de trabalho não apresenta validade divergente em relação à dimensão aprendizagem organizacional – melhoria e a dimensão resposta ao erro.
- iii. A dimensão Aprendizagem organizacional não apresenta validade divergente relativamente às dimensões resposta ao erro, apoio do superior hierárquico ou responsável clínico para a segurança do doente, comunicação acerca do erro e abertura na comunicação.
- iv. A dimensão resposta ao erro não apresenta validade divergente em relação à dimensão trabalho em equipa, aprendizagem organizacional, apoio do superior hierárquico ou responsável clínico para a segurança do doente e abertura na comunicação.
- v. A dimensão apoio do superior hierárquico ou responsável clínico para a segurança do doente não apresenta validade divergente em relação à dimensão aprendizagem organizacional.
- vi. A dimensão comunicação acerca do erro apresenta adequada validade divergente
- vii. A dimensão abertura na comunicação não apresenta adequada validade divergente em relação à dimensão aprendizagem organizacional, resposta ao erro, apoio ao superior hierárquico ou responsável clínico para a segurança do doente e comunicação acerca do erro.
- viii. A dimensão notificação apresenta adequada validade divergente.
- ix. A dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do doente apresenta adequada validade divergente

- x. A dimensão transições e trocas de informações apresenta adequada validade divergente.

Tabela 3.5 – Valores VEM – validade divergente

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
D1	0.659									
D2	0.230	0.418								
D3	0.585	0.454	0.648							
D4	0.622	0.435	0.877	0.620						
D5	0.450	0.304	0.749	0.636	0.741					
D6	0.381	0.212	0.664	0.538	0.512	0.806				
D7	0.499	0.249	0.680	0.669	0.670	0.715	0.571			
D8	0.158	0.104	0.372	0.268	0.247	0.410	0.342	0.559		
D9	0.243	0.416	0.501	0.412	0.358	0.281	0.336	0.207	0.732	
D10	0.168	0.146	0.209	0.194	0.146	0.114	0.210	0.078	0.108	0.589

Nota: A negrito encontram-se os valores relativos ao VEM

Nota: Relativamente aos objetivos propostos, após a apresentação dos resultados supra (pontos 4.2.1. e 4.2.2.), foram atingidos o OE1 (Atualizar a versão portuguesa do HSOPS para a versão 2.0); o OE2 (Determinar a validade e fiabilidade do questionário ACSD-H v2.0); e o OE3 (Comparar as duas versões do questionário).

4.3. Q13: Qual a cultura de segurança do doente dos profissionais dos hospitais portugueses em estudo?






A resposta a esta QI é apresentada nos pontos seguintes, onde primeiramente é apresentada uma breve caracterização sociodemográfica dos hospitais que fazem parte do estudo, sendo, posteriormente, apresentados os resultados obtidos na ACSD.

4.3.1. Caracterização dos hospitais que compõem a amostra

A caracterização das unidades hospitalares (Figura 4.4) foi perscrutada mediante a análise do setor; região; área de influência e população abrangente; lotação; e recursos humanos. Note-se, contudo, que a delimitação geográfica definida para a área de influência dos hospitais que compõem a amostra não conflitua, em nenhum dos casos, com o princípio de livre acesso e circulação dos utentes que Sistema Nacional Saúde [SNS] preconiza. Assim, para a apresentação de cada instituição, foram consultados os últimos relatórios & contas de cada unidade hospitalar, disponíveis nos *sites* institucionais. Para a lotação das unidades hospitalares em estudo foi consultado o *site* do Sistema de Avaliação Nacional em Saúde [SINAS] no dia 15 de dezembro de

2022. A informação referente ao número total de colaboradores foi fornecida pelo interlocutor de cada unidade hospitalar, via *email*.

Todos os hospitais que compõem a amostra fazem então parte do SNS e, sendo detidos pelo Estado, integram o setor público empresarial.

	Hospital Amato Lusitano	Hospital Pedro Hispano	Unidade Hospitalar de Bragança	Unidade Hospitalar de Portimão	Hospital Infante D. Pedro	Hospital Distrital de Santarém	Hospital Santa Luzia de Elvas
 Setor	Setor Público Empresarial	Setor Público Empresarial	Setor Público Empresarial	Setor Público Empresarial	Setor Público Empresarial	Setor Público Empresarial	Setor Público Empresarial
 ARS	Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.	Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.	Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.	Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.	Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.	Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.
 Área de influência (Habitantes/ Área/ Concelhos)	98824 habitantes; 5253 km ² ; 8 concelhos	318000 habitantes; 293,51 km ² ; 3 concelhos	131624 habitantes; 6591 km ² ; Todo o distrito de Bragança	172145 habitantes; 1560 km ² ; Todo o Barlavento Algarvio	284987 habitantes; 1267 Km ² ; 9 concelhos	185000 habitantes; 3500 km ² ; 9 concelhos	118952 habitantes; 447,10 km ² ; Todo o distrito de Portalegre
 Capacidade	298 camas	373 camas	248 camas	303 camas	386 camas	418 camas	85 camas
 Recursos Humanos	1000	2423	801	2667*	2061**	1697	393

*O interlocutor informa que eventualmente poderão estar contemplados alguns colaboradores da Unidade de Lagos.

**O interlocutor informa que o número representa o total de colaboradores nas três unidades que compõem o Centro Hospitalar.

Figura 4.4 – Caracterização dos hospitais que compõem a amostra

O Hospital Amato Lusitano está integrado na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE [ULSCB]. É um serviço de interesse público que presta assistência médica e cuidados de saúde diferenciados a uma população que se estende por uma área geográfica de 5253 km² e que compreende oito concelhos: Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Oleiros, Penamacor, Proença-a-Nova, Sertã, Vila de Rei e Vila Velha de Ródão. De acordo com o último recenseamento geral da população, residem 98824 habitantes na área de influência da ULSCB. Relativamente à lotação praticada, o Hospital Amato Lusitano dispõe de 298 camas. Quanto aos recursos humanos, o Hospital Amato Lusitano dispõe de um total de 1000 trabalhadores (ULSCB, 2021).

O Hospital Pedro Hispano, integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE [ULSM], uma entidade pública que tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos em geral, tem como área de influência o concelho de Matosinhos, com uma área total de cerca de 62.3 Km² e uma população de cerca de 173 mil habitantes. O Hospital Pedro Hispano é ainda hospital de referência direta para

utentes oriundos dos concelhos de Vila do Conde e Póvoa de Varzim, ascendendo assim para 318 mil, o número de utentes a quem o Hospital Pedro Hispano presta cuidados de saúde. O Hospital Pedro Hispano dispõe de 373 camas e regista um mapa de pessoal efetivo de 2423 colaboradores (ULSM, 2021).

A Unidade Hospitalar de Bragança está integrada na Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE [ULS do Nordeste], que agrega ainda a Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, a Unidade Hospitalar de Mirandela e o ACES Nordeste. A área de influência da ULS do Nordeste estende-se por cerca de 6591 Km², abrangendo os doze concelhos do distrito de Bragança: Alfândega da Fé, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais. A ULS do Nordeste assiste então a cerca de 131624 utentes e a sua capacidade instalada bem como os recursos humanos existentes no conjunto das unidades hospitalares que integram a ULS do Nordeste são de 360 camas hospitalares e 1916 colaboradores, respetivamente (ULS do Nordeste, 2018 & 2021). A Unidade Hospitalar de Bragança, em particular, tem a mesma área de influência, mas detém apenas 248 camas e 801 colaboradores.

A Unidade Hospitalar de Portimão está integrada no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE [CHUA] e responde maioritariamente às necessidades de saúde da população residente na região do Barlavento Algarvio, tendo uma área de intervenção de cerca de 1560 km², correspondente aos concelhos de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo e servindo então uma população correspondente de cerca de 172145 habitantes, valor que pode aumentar no pico sazonal turístico. A Unidade Hospitalar de Portimão conta com um total de 2667 pessoas ao serviço e 303 camas (CHUA, 2021).

O Hospital Infante Dom Pedro faz parte do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE [CHBV], uma entidade pública empresarial integrada no SNS, constituída por mais duas unidades hospitalares: o Hospital Distrital de Águeda e o Hospital Visconde de Salreu. A sua área de influência geográfica abrange nove concelhos do distrito de Aveiro: Águeda, Albergaria-a-Velha, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Sever do Vouga e Vagos, representando uma área de cerca de 1267 Km² e uma população de 284 987 habitantes. O CHBV conta com uma capacidade de 424 camas e uma dotação de recursos humanos de 2061 elementos (CHBV, 2021). Por seu turno, o Hospital Infante Dom Pedro pratica uma lotação de 386 camas.

O Hospital Distrital de Santarém, EPE [HDS], é detido pelo Estado e integra o Setor Empresarial do Estado. A prestação de cuidados de saúde é assegurada pelo HDS a uma área de influência de cerca de 185 mil habitantes, distribuídos numa área

de 3500 km², a que correspondem os concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Salvaterra de Magos, Santarém e Rio Maior. O hospital tem uma capacidade de internamento geral de cerca de 418 camas, tendo cerca de 1697 colaboradores (HDS, 2021).

O Hospital Santa Luzia de Elvas integra a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE [ULSNA] que é responsável pela prestação de cuidados de saúde a toda a população do distrito de Portalegre, que é constituído por 15 concelhos, prestando cuidados a cerca de 118.952 habitantes, somando-se aproximadamente mais 6.000 utentes oriundos dos concelhos limítrofes do distrito, atraídos pela oferta do Hospital de Elvas, mais concretamente, melhores níveis de acessibilidade e proximidade geográfica. O Hospital Santa Luzia de Elvas contabiliza 393 trabalhadores, afetos aos diversos departamentos, serviços, unidades e divisões elencadas e tem uma capacidade de internamento geral de cerca de 85 camas (ULSNA, 2021).

4.3.2. Resultados do estudo ACSD-H v2.0

Para a apresentação dos resultados abaixo, e de forma a manter a confidencialidade dos resultados da ACSD dos hospitais participantes, a identificação dos hospitais foi codificada, tendo sido atribuído a cada hospital um código de identificação numérico: H1 a H7. A ordem pela qual os hospitais participantes foram apresentados no ponto anterior não corresponde à codificação atribuída.

A apresentação dos resultados encontra-se estruturada em diferentes pontos. Num primeiro momento, será apresentada uma análise de carácter geral, onde serão apresentadas as taxas de participação e a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo. Depois, é apresentada uma análise geral das dimensões da cultura de segurança do doente que o inquérito avalia, seguindo-se uma análise das dimensões por itens e por hospital. Por último, é apresentada a apreciação da cultura de segurança dos profissionais sobre a segurança do doente no seu Serviço/Unidade, mediante a indicação do número de notificações efetuadas no último ano e a avaliação geral sobre a segurança do doente do seu Serviço/Unidade, na perspetiva do profissional respondente.

4.3.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

O presente estudo envolveu profissionais das cinco regiões de saúde, tendo participado sete hospitais, com as seguintes taxas de resposta final (Figura 4.5).

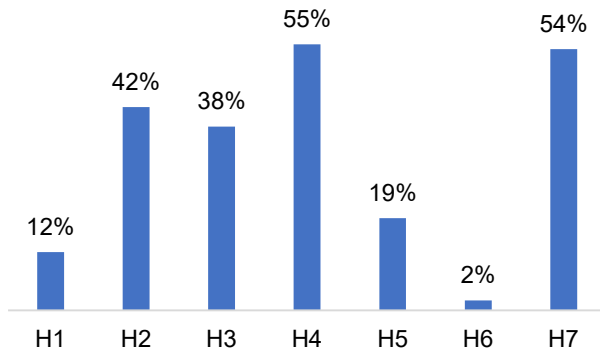


Figura 4.5 – Distribuição de taxas de resposta final por hospital

Baixas taxas de adesão ao inquérito revelam uma menor preocupação com as questões referentes à cultura de segurança do doente e segundo um estudo de Pronovost (2005), na ACSD, as taxas médias de adesão variam entre o mau (29%) e o excelente (83%), referindo ainda que, quando a taxa de adesão é inferior a 60%, os dados representam opiniões e não cultura, devendo-se ter cautela na análise dos resultados. Considerando, no entanto, a revisão sistemática da literatura de Waterson *et al.* (2019), realizada às propriedades psicométricas dos 62 estudos internacionais do HSOPS 1.0, as taxas de resposta variaram entre os 17% e os 98%, obtendo-se uma média de 38.94%. Apenas H4 e H7 obtiveram taxas de adesão aceitáveis, sendo que o presente estudo obteve uma média geral de 32% de taxa de adesão. Desta forma, em algumas organizações hospitalares, sobretudo, o H1, H5 e H6 (onde se obteve uma taxa de adesão inferior a 30%) os dados devem ser utilizados com alguma precaução. Por último, resta referir que as taxas de respostas final apresentadas acima (Figura 4.5) são diferentes das taxas de respostas preliminar que figuram no Apêndice E, uma vez que nas taxas de resposta preliminar foram consideradas todas as respostas obtidas enquanto que nas taxas de resposta final foram excluídos os inquéritos inelegíveis.

Assim, o número de questionários válidos distribui-se, pelos hospitais participantes, conforme figura 4.6.

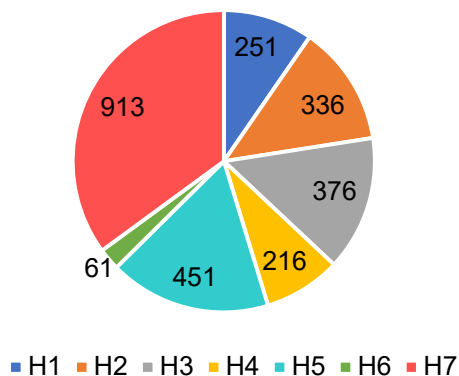


Figura 4.6 – Número de inquéritos válidos por hospital

A figura 4.7 mostra que a amostra dos profissionais respondentes é maioritariamente feminina (80%), tendo 50% dos respondentes mais de 45 anos (figura 4.8) e não tendo a maioria dos inqueridos nunca respondido a este inquérito (80%) (figura 4.9).

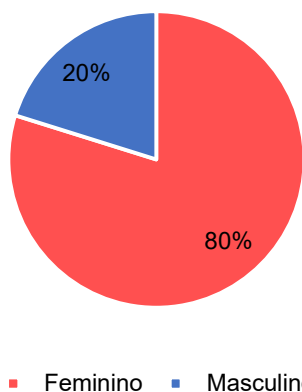


Figura 4.7 - Distribuição por género

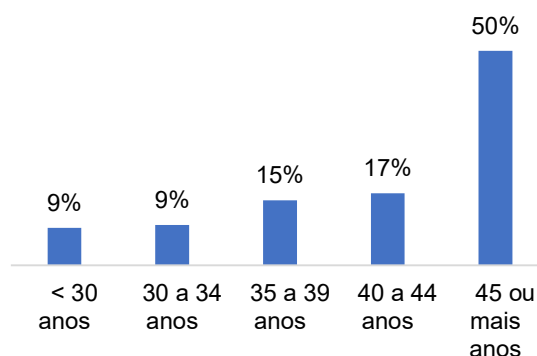


Figura 4.8 - Distribuição pela faixa etária

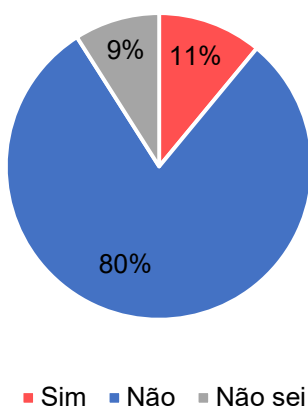


Figura 4.9 - Distribuição por resposta ao inquérito

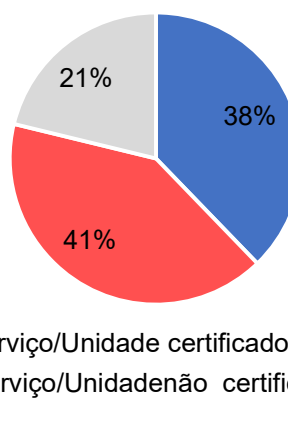


Figura 4.10 - Distribuição por certificação/acreditação do Serviço/Unidade

Quanto à certificação do Serviço/Unidade onde trabalham (Figura 4.10) apesar de uma parte dos Serviços/Unidades serem certificados (38%); a maioria dos profissionais de saúde respondeu que o seu Serviço/Unidade não é certificado (41%), enquanto que uma parte dos profissionais de saúde não sabe (21%).

À questão “Há quanto tempo trabalha neste hospital?”, a maioria dos inqueridos trabalha no mesmo hospital há 11 ou mais anos (61%) (figura 4.11) e 41% trabalha há 11 ou mais anos no mesmo Serviço/Unidade (figura 4.12).

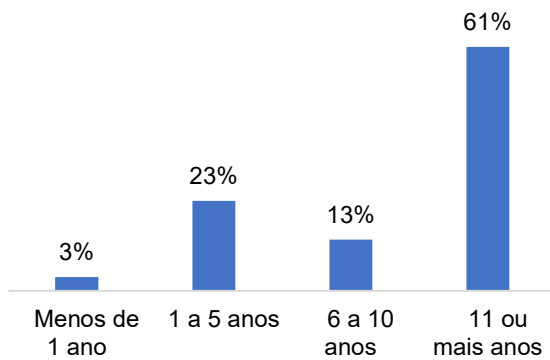


Figura 4.11 - Distribuição por tempo de serviço na instituição

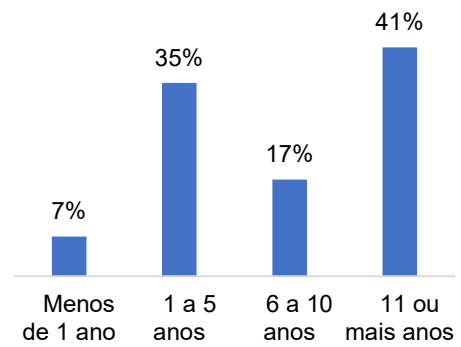


Figura 4.12 - Distribuição por tempo de serviço no Serviço/Unidade

À pergunta “Normalmente, quantas horas por semana trabalha neste hospital”, a maioria (78%) trabalha entre 30 a 40 horas por semana (figura 4.13).

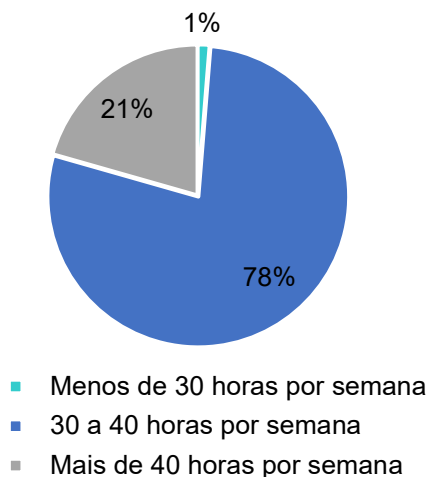


Figura 4.13 - Distribuição por horas de trabalho semanais

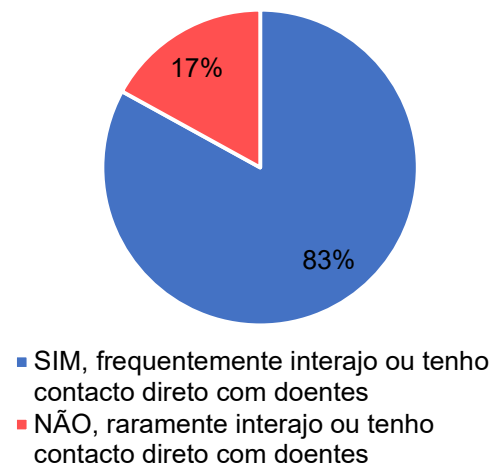


Figura 4.14 - Distribuição por interação com o doente

A figura 4.14 apresenta os resultados dos inquiridos sobre qual a sua interação ou seu contacto direto com doentes, sendo que 83% afirmaram interagir ou contactar diretamente com o doente frequentemente e 17% mencionaram não ter qualquer interação ou contacto direto com o doente.

Relativamente às funções que os inquiridos desempenham nos hospitais, a categoria profissional mais representada é a dos enfermeiros (46%), conforme tabela 4.6 e figura 4.15.

Tabela 4.6 – Caracterização da amostra por categoria profissional

Função	n	%
Administrador/Gestor	32	1,2
Assistente espiritual	3	0,1
Assistente operacional	347	13,3
Assistente técnico	307	11,8
Enfermeiro	1197	46,0
Farmacêutico	31	1,2
Informático	13	0,5
Médico	299	11,5
Psicólogo	13	0,5
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	213	8,2
Técnico Superior de Saúde	18	0,7
Técnico Superior de Serviço Social	16	0,6
Técnico Superior	55	2,1
Outro	61	2,3

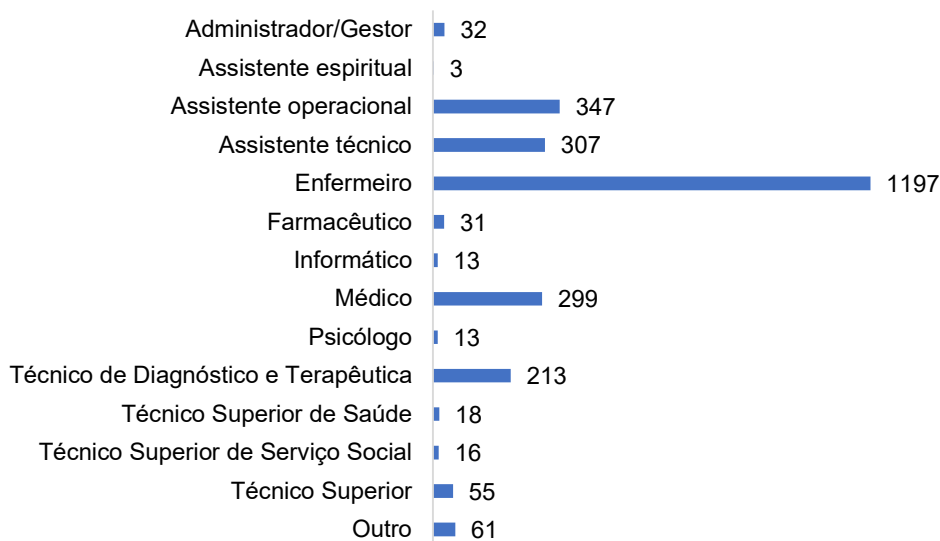


Figura 4.15 - Distribuição do número de profissionais respondentes por categoria profissional

Analisando a opção outro, verificou-se que alguns profissionais não selecionaram a categoria de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica por considerarem que a designação correta da categoria profissional é Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica, pelo que se sugere a alteração da designação no inquérito.

Relativamente à distribuição dos inquiridos pelos Serviços / Unidades dos hospitais em estudo, observa-se que 12,75% (n=332) desempenham funções no Serviço de Medicina (não cirúrgica) seguidos do Serviço de Urgência com 11,33%

(n=295). A opção “Outro” foi escolhida como resposta por 12,71% (n=331) dos respondentes (Figura 4.16).

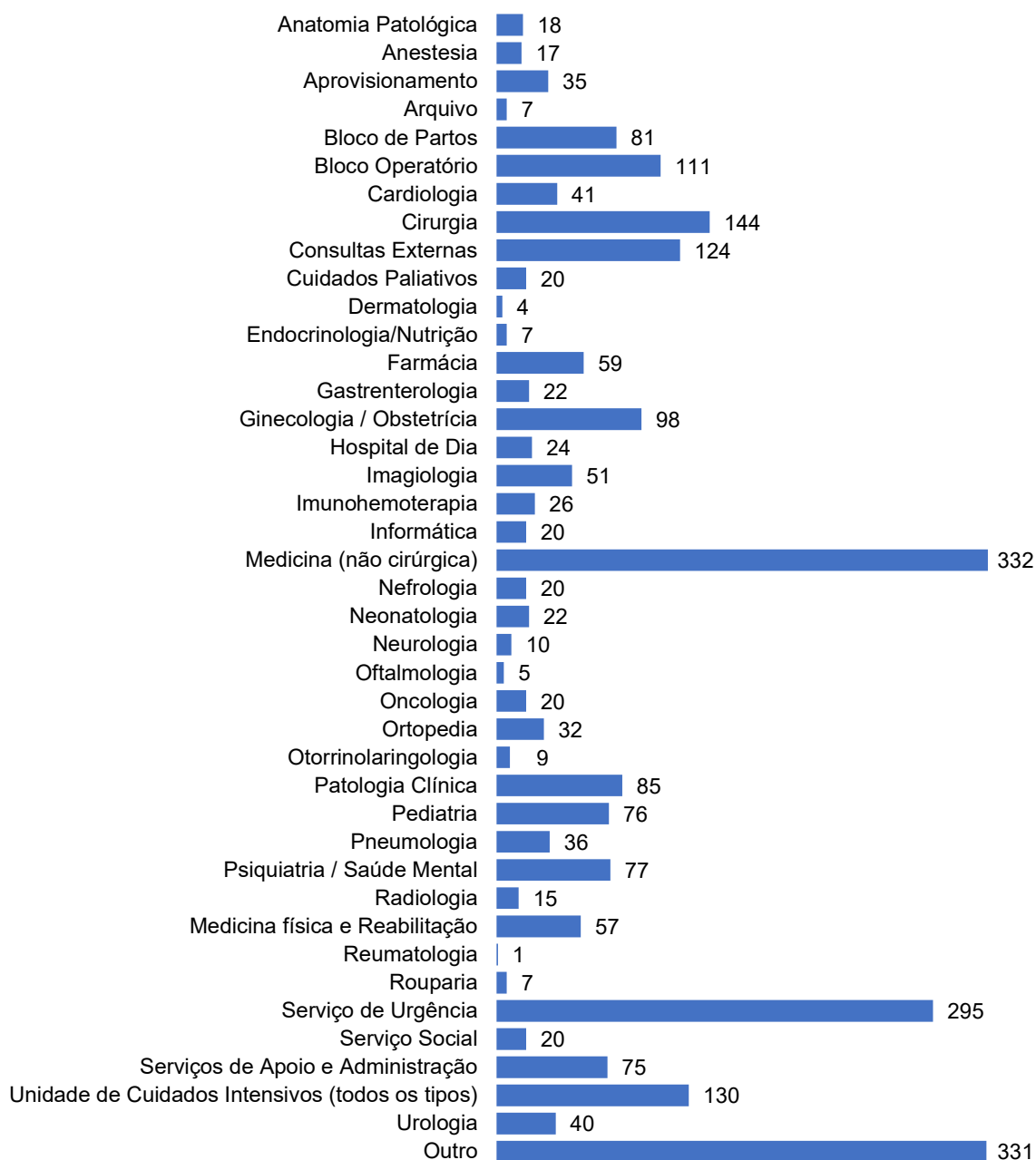


Figura 4.16 - Distribuição do número de profissionais respondentes por Unidade/Serviço

Analisando em pormenor a opção “Outro” verifica-se que 19% (n=64) dos inquiridos não mencionou o Serviço/Unidade onde exerce funções, garantindo deste modo o estado de ocultação. Por outro lado, 81% (n=267) indicaram “Outro” porque o Serviço/Unidade onde desempenham funções não constava nas opções de resposta (Figura 4.17).

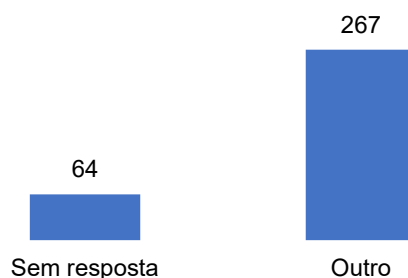


Figura 4.17 – Distribuição da opção “outro” Serviço/Unidade

4.3.2.2. Avaliação global da cultura de segurança nos hospitais da amostra

De um modo geral, temos que em termos de perceção “positiva” acerca das dez dimensões que avaliam a Cultura de Segurança do Doente nos sete hospitais portugueses em estudo, as dimensões consideradas mais positivas pela maioria dos profissionais de saúde foram: o “Trabalho em Equipa” (72%); seguindo-se do “Apoio do superior hierárquico para a segurança do doente” (67%); e das “Transições e trocas de informação” (61%), constituindo os pontos fortes da avaliação da cultura de segurança do doente. Por outro lado, as oportunidades de melhoria referem-se às dimensões com menor percentual de respostas positivas como a “Notificação” (38%) e “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do doente” (39%), conforme apresentado na figura 4.18.



Figura 4.18 – Percentagens de respostas positivas das dimensões

O PNSD 2015-2020 referia como meta para o final de 2020 “atingir uma média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente $\geq 50\%$ ”. Apesar das dimensões D2, D4, D6, D8 e D9 não atingirem

essa meta individualmente, pode-se considerar que esse objetivo foi atingindo, uma vez que a média ponderada das dez dimensões é de 52,4%.

As auditorias e certificações dos Serviços podem ser consideradas uma estratégia para aumentar a Cultura de Segurança do Doente e por isso, decidiu-se verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a Cultura de Segurança do Doente nos hospitais em estudo, em função do seu Serviço/Unidade ser certificado ou acreditado. Do total da amostra, foram consideradas para esta análise apenas as respostas dos profissionais de saúde que responderam “sim” (para Serviços/Unidades certificados ou acreditados) ou “não” (para Serviços/Unidades não certificados ou acreditados), tendo sido excluídas as respostas dos profissionais de saúde que responderam “não sei ou não se aplica”. A percepção da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais é significativamente mais elevada nos *Serviços/Unidades acreditados/certificados*, em todas as dimensões, com exceção da dimensão *Transições e trocas de informações* ($p = .969$), demonstrando que a certificação poderá ser uma estratégia importante para aumentar a cultura de segurança do doente e, conseqüentemente, a prestação de cuidados de saúde seguros, conforme tabela 4.7 e figura 4.19.

Tabela 4.7 – Dimensões da cultura segurança vs acreditação/certificação

Dimensões	Não				Sig.
	Certificado/Acreditado		certificado/acreditado		
	M	DP	M	DP	
D1-Trabalho em Equipa	76,58	31,55	71,75	34,63	,001***
D2 - Dotação de Profissionais e Local de trabalho	47,77	31,22	44,57	31,46	,035*
D3 - Aprendizagem Organizacional – melhoria continua	62,32	37,92	48,13	40,86	,000***
D4 - Resposta ao erro	49,06	37,84	44,52	38,12	,014*
D5 - Apoio do Superior Hierárquico ou responsável Clínico para a segurança do doente	73,59	35,13	63,50	40,26	,000*****
D6 - Comunicação acerca do erro	52,95	42,32	44,08	41,92	,000***
D7 - Abertura na Comunicação	62,15	34,92	57,29	36,87	,005**
D8 - Notificação	47,10	46,29	29,70	42,20	,000***
D9 - Apoio da Gestão Hospitalar para Segurança do Doente	47,28	39,65	35,18	39,79	,000***
D10 - Transições e Trocas de Informações	58,62	40,95	58,53	41,05	,969
Média global	56,03	24,47	48,69	26,55	,000***

M - Média DP - Desvio padrão * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

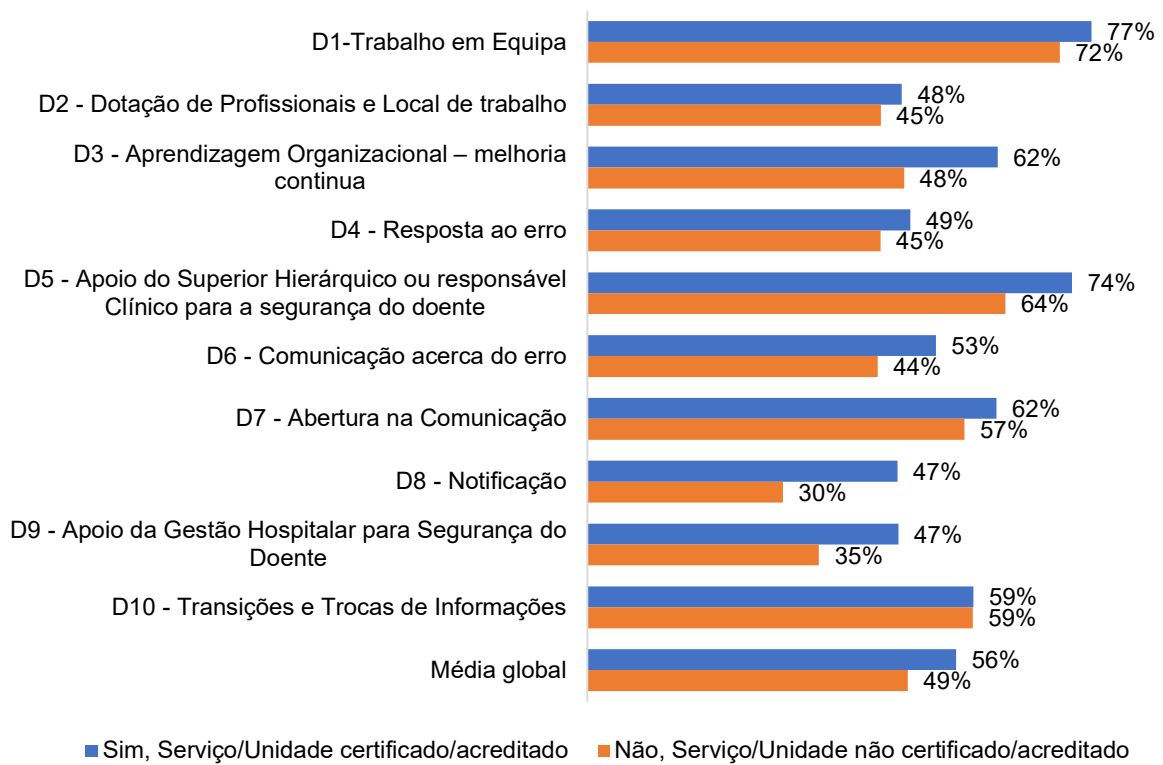


Figura 4.19 – Distribuição das percentagens de respostas positivas das dimensões em função do Serviço/Unidade ser certificado/acreditado

4.3.2.3. Avaliação das dimensões por hospital

Na figura 4.20 são apresentados os resultados para as 10 dimensões da cultura de segurança do doente e a média de respostas positivas por hospital participante.

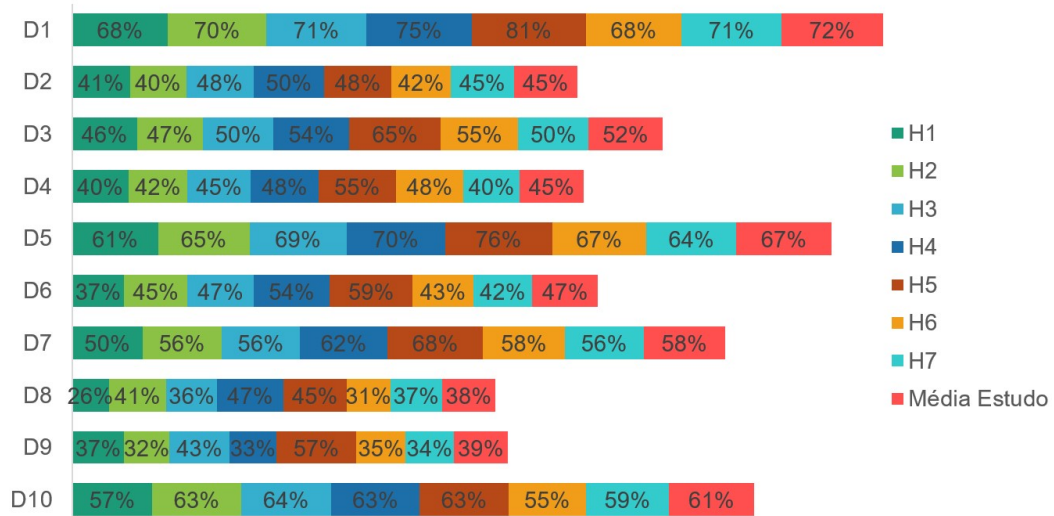


Figura 4.20 – Percentagem de respostas positivas das dimensões por hospital

A análise efetuada às dimensões e aos itens foi realizada seguindo as orientações das autoras do inquérito (Sorra e Nieva, 2004) pelo que apenas as diferenças superiores a 5% são consideradas diferenças significativas.

Assim, para a dimensão D1, embora todos os hospitais apresentem respostas superiores à 50%, apenas H5 apresenta uma resposta superior à média nacional. Para a D2, os hospitais apresentam a mesma percentagem de respostas positivas. Para D3, H1 apresenta uma resposta inferior à nacional e H5 uma percentagem de respostas positivas superior. Para D4, apenas H5 apresenta uma percentagem de respostas positivas superior à média nacional. Para D5, embora todos os hospitais apresentem respostas superiores à 50%, H5 apresenta uma resposta superior à nacional, enquanto que H1 apresenta uma resposta inferior à nacional. Para D6, D7 e D8, H1 apresenta uma percentagem de respostas positivas inferior à nacional e H4 e H5 apresentam uma resposta superior à nacional. Para D9, H2 e H4 apresentam uma resposta inferior à nacional e H5 uma percentagem de respostas positivas superior à nacional. Por último, para D10, H6 é o único hospital com respostas inferior à nacional, sendo que os restantes apresentam a mesma percentagem.

Apresenta-se, de seguida, o percentual de respostas positivas dos itens que compõem cada uma das 10 dimensões, para cada um dos hospitais em estudo (Figura 4.21 à figura 4.30).

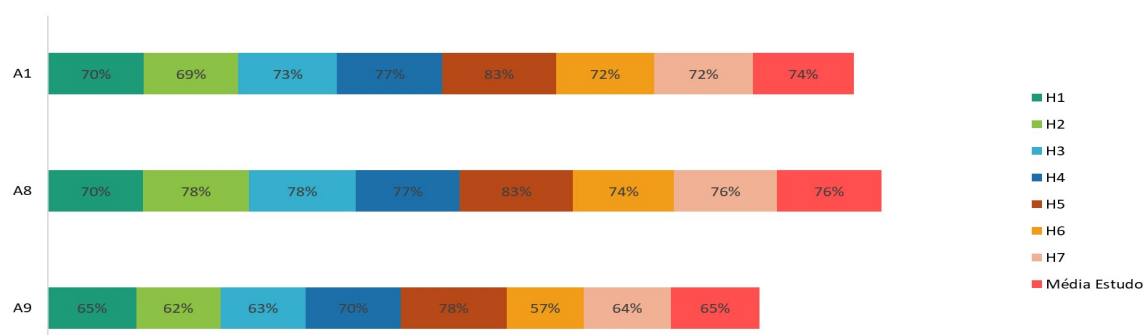


Figura 4.21 – Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D1 por hospital

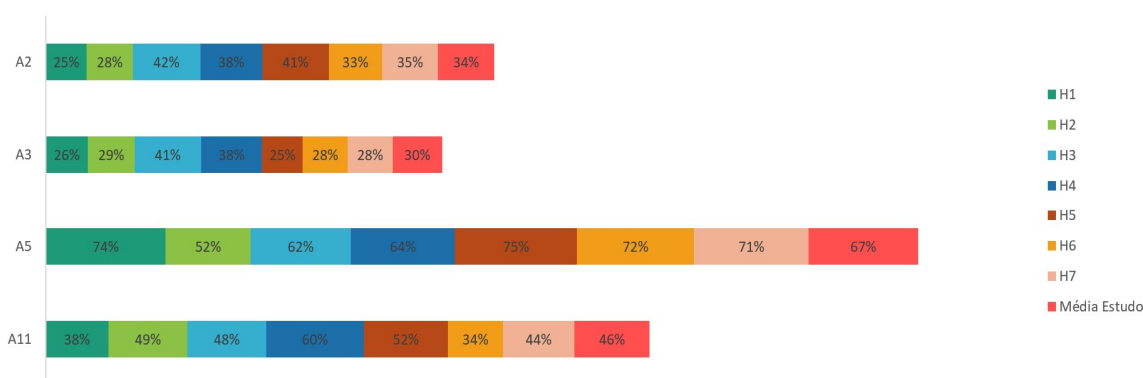


Figura 4.22 – Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D2 por hospital

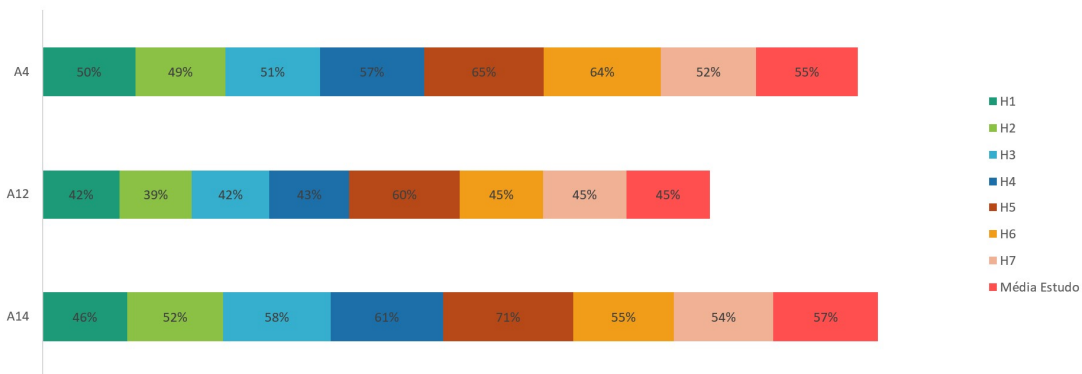


Figura 4.23 – Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D3 por hospital

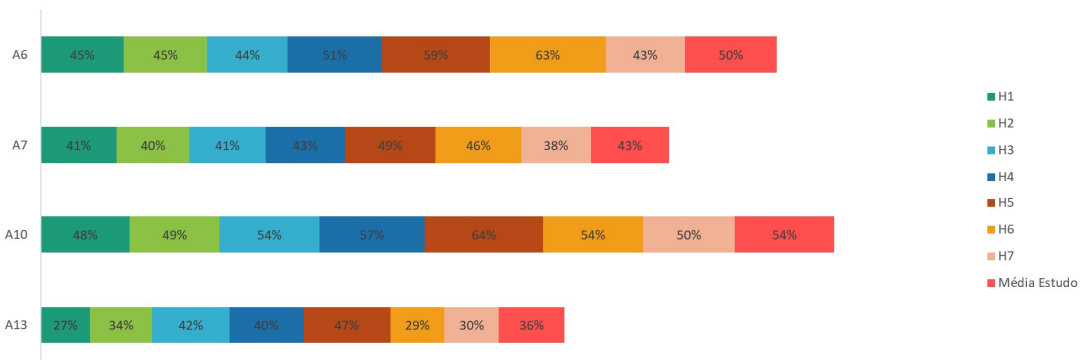


Figura 4.24 – Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D4 por hospital

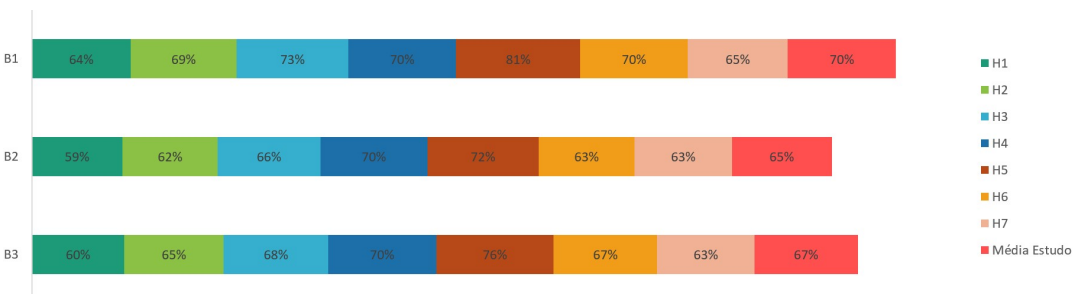


Figura 4.25 – Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D5 por hospital

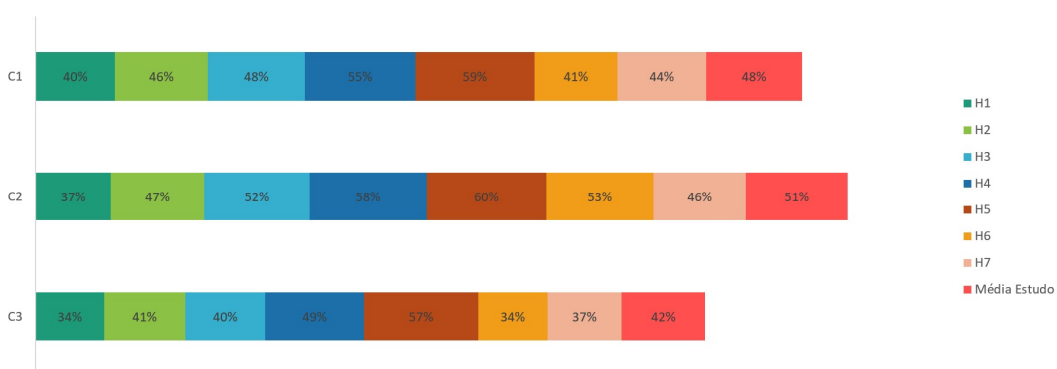


Figura 4.26 – Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D6 por hospital

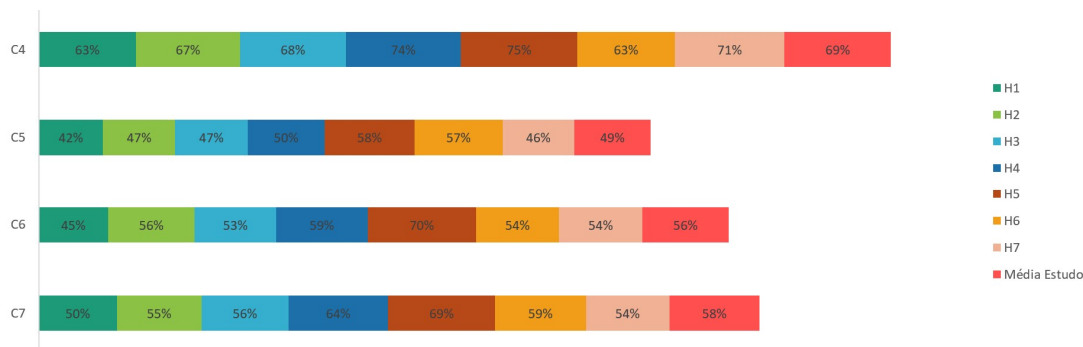


Figura 4.27 – Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D7 por hospital

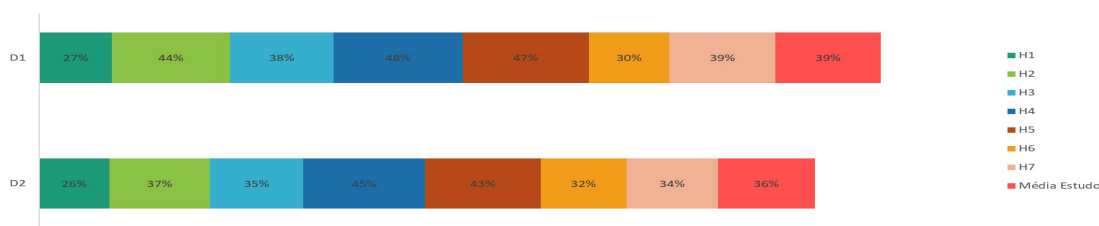


Figura 4.28 – Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D8 por hospital

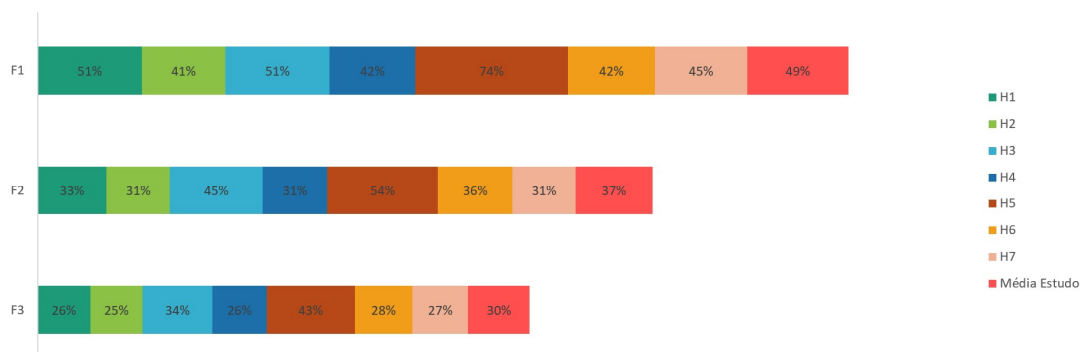


Figura 4.29 – Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D9 por hospital

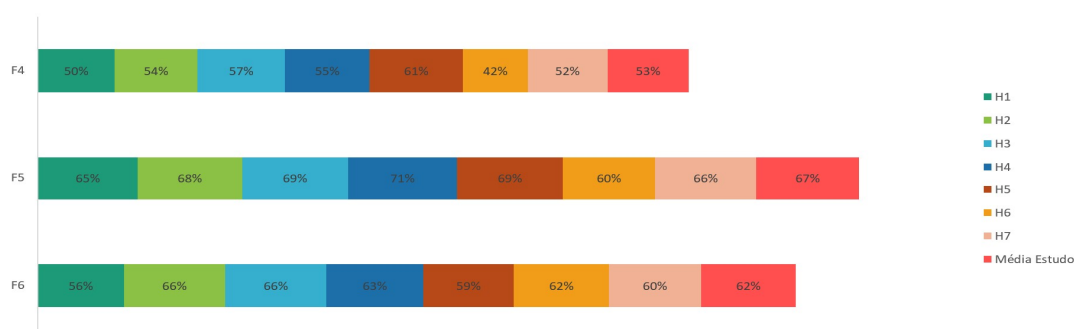


Figura 4.30 – Percentagens de respostas positivas dos itens que integram a D10 por hospital

De um modo geral, os pontos fortes referem-se então as dimensões D1 (Trabalho em equipa) e D5 (Apoio do superior hierárquico ou responsável clínico para a segurança do doente) e as oportunidades de melhoria às dimensões D8 (Notificação), D2 (Dotação de profissionais e Local de Trabalho) e D9 (Apoio da gestão hospitalar para

segurança do doente). Devendo-se criar estratégias que possibilitem aumentar a cultura de segurança, como formação em sistemas de notificação e construir uma cultura justa (não punitiva) ou ainda o envolvimento da gestão e dinamização das comissões de segurança do doente, no sentido de serem mais proativas, com implementação de estratégias de gestão e avaliação do risco, definição de elos de ligação nos serviços para que possa existir um elemento de proximidade em cada serviço.

4.3.2.4. Apreciação da cultura de segurança do doente

Quando solicitado aos profissionais para indicar o número de notificações realizadas nos últimos 12 meses, verifica-se que, em todos os hospitais, não existe a cultura da notificação, onde 78% dos profissionais inquiridos referem não ter realizado nenhuma notificação no último ano (Figura 4.31).

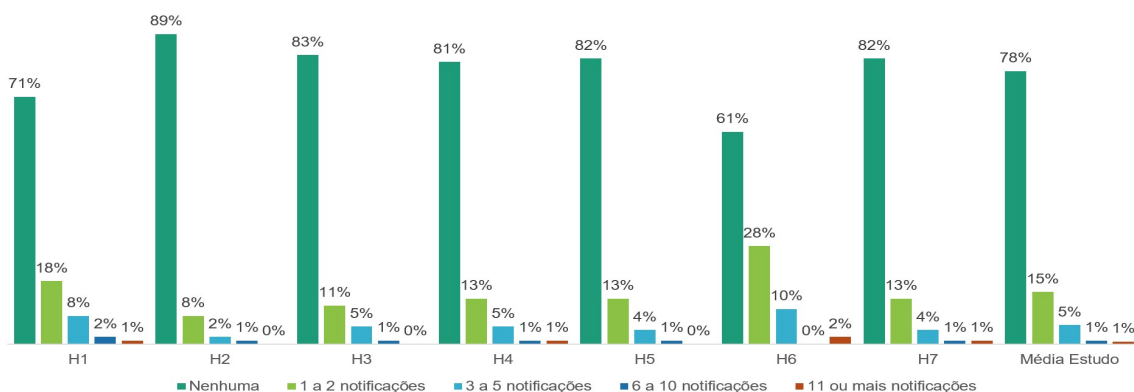


Figura 4.31 – Distribuição pelo número de notificações realizadas

Na secção do inquérito onde é solicitado que o profissional avalie o seu Serviço/Unidade no que à segurança do doente diz respeito, H1 é o hospital onde os profissionais tem uma apreciação menos positiva do seu Serviço/Unidade, onde 44% dos respondentes classificou a segurança do doente como fraca ou suficiente, enquanto que no H5, 43% dos respondentes classificaram o seu Serviço/Unidade quanto à segurança do doente como sendo muito bom ou excelente (Figura 4.32).

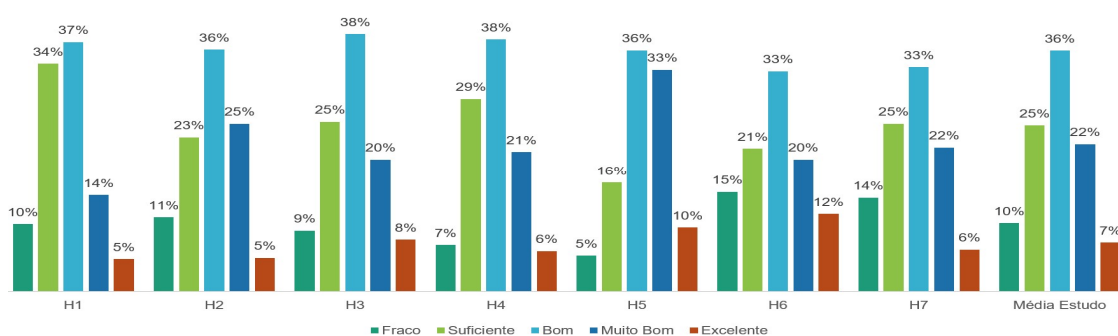


Figura 4.32 – Distribuição pela avaliação geral do Serviço/Unidade sobre segurança do doente

Por último, resta apresentar e analisar os resultados obtidos da secção dos comentários abertos. Assim, a pesquisa devolveu um total de 534 comentários, distribuídos conforme figura 4.33.

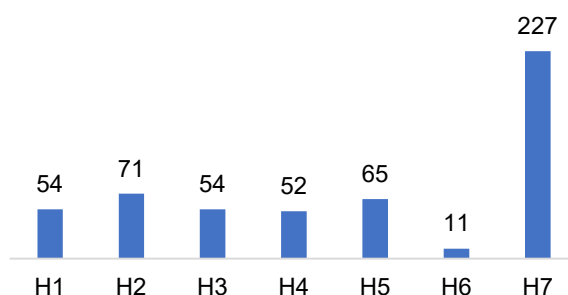


Figura 4.33 – Número de comentários à questão de resposta aberta, por hospital

Uma análise indutiva geral aos comentários devolvidos à questão de resposta aberta demonstra que as perceções e preocupações dos profissionais das instituições hospitalares em estudos é concordante com os resultados anteriores, revelando na sua grande maioria preocupações ao nível das dotações de profissionais; necessidade de formação em segurança do doente, gestão do risco e sistemas de notificação; importância do papel dos gestores e líderes na segurança do doente; incentivo à notificação, transparência e resposta não punitiva ao erro; importância da comunicação e *feedbacks* das notificações e de outras iniciativas de segurança do doente em toda a instituição; e importância do trabalho em equipa e da comunicação aberta. Uma grande parte dos profissionais mencionaram ainda melhoria das infraestruturas e equipamentos e ainda a integração da componente da segurança do próprio profissional na segurança do doente.

Nota: A resposta ao ponto 4.3. permitiu concretizar o OG (Avaliar e caracterizar a cultura de segurança do doente, em hospitais de diferentes ARS em Portugal, com recurso a nova versão do HSOPS) e o OE4 (Identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria em relação à cultura de segurança em hospitais de diferentes ARS).

CONCLUSÃO

5.1. Conclusões finais

O papel da cultura de segurança do doente no aumento da prestação de cuidados de saúde seguros tornou-se cada vez mais proeminente, sendo prioridade nos países da OCDE e um pouco por todo o mundo.

O interesse pela relação entre ACSD e *outcomes* em saúde é cada vez maior e existe já alguma evidência científica que demonstra a correlação entre Cultura de Segurança do Doente e melhores resultados de saúde.

A ACSD fornece informações inestimáveis sobre como a segurança do doente é percebida dentro de uma organização de saúde e permite às organizações avaliar as suas características de Cultura de Segurança do Doente e a fornecer perspetivas para a transformação dos seus aspetos menos positivos. No entanto, é necessário tomar-se decisões estratégicas e realizar intervenções conscientes com vista a minimizar os riscos e danos para os doentes.

A notificação, comunicação aberta, envolvimento da gestão e da liderança, trabalho em equipa, resposta não punitiva ao erro e ainda a certificação e acreditação dos serviços são importantes áreas da Cultura de Segurança do Doente.

Do estudo aos sete hospitais portugueses, as dimensões com maiores percentagens positivas foram o Trabalho em equipa, o Apoio do superior hierárquico para a segurança do doente e a abertura na comunicação.

Os hospitais devem ser encorajados a estabelecer e a continuar a desenvolver estratégias para melhorar a adesão a ACSD.

5.2. Contributo da investigação para o progresso do conhecimento científico

A ACSD permite às organizações de saúde obter uma visão clara das áreas da segurança do doente que requerem uma maior atenção e identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria da sua cultura de segurança.

Por conseguinte, a atualização do ACSD-H irá permitir continuar a avaliar e monitorizar o estado em que se encontram os hospitais portugueses relativamente à cultura de segurança do doente no sentido de se desenvolverem estratégias de melhoria contínua de segurança do doente.

O presente trabalho promove ainda a consciencialização dos profissionais de saúde (independentemente do seu tipo de interação com o doente) para a problemática da segurança dos cuidados de saúde prestados, enumerando as áreas e dimensões da cultura de segurança que carecem de iniciativas e ações de melhoria, no sentido de se obter cuidados de saúde cada vez mais seguros para o doente.

Por último, o *benchmarking* nacional fornecido no presente trabalho pode impulsionar a melhoria nas áreas e instituições de menor desempenho e incentivar uma aceitação mais ampla do conceito de cultura de segurança.

5.3. Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

Apesar de se ter tentado garantir a representatividade da população, através da participação de pelo menos um hospital de cada uma das ARS de Portugal continental, a primeira limitação do estudo é ter-se recorrido a uma amostragem por conveniência.

Outra limitação prende-se com a taxa de adesão obtida na aplicação do questionário. Embora, a taxa de adesão nos Estados Unidos da América ter sido de 48%, no presente estudo as taxas de adesão variaram entre 2,29% e 55,98%, obtendo-se uma média de 32.45%, o que representa uma taxa de adesão muito baixa, sobretudo se considerarmos Pronovost (2005).

Futuras investigações deverão tentar alcançar maiores taxa de adesão. O H7 conseguiu alcançar uma boa taxa de resposta ao inquérito, considerando o tamanho da instituição hospitalar, graças ao contributo e elevado envolvimento de um elemento do Conselho de Administração e presidente da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente daquela instituição hospitalar, pelo que se tem como exemplo a seguir no envolvimento e na promoção de estratégias de avaliação da cultura de segurança.

Considerando ainda alguns dos comentários à questão de resposta aberta sobre a perspetiva da segurança do próprio profissional na prestação de cuidados de saúde seguros, recomenda-se a adaptação cultural e validação dos itens complementares que a AHRQ disponibiliza, nomeadamente o *Hospital Workplace Safety*. Estabelecer um ambiente de trabalho saudável para a saúde dos trabalhadores e melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados são duas áreas que se reforçam reciprocamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AHRQ (2019); Hospital Survey Items and Composite Measures, Version: 2.0.

CHBV. (2021). Relatório e Contas 2021. Aveiro

CHUA. (2021). Relatório e Contas 2021. Algarve

Conklin, A. (2009). Room for improvement; Strong patient safety systems could limit health, social and economic harms from medical error. RAND Europe. http://www.rand.org/pubs/research_briefs/2009/RAND_RB9472.pdf

Bienassis, K., Kristensen, S., Burtscher, M., Brownwood, I., & Klazinga, N. S. (2020). Culture as a cure: assessments of patient safety culture in OECD countries. *Health Working Papers*, No. 119, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/6ee1aeae-en>

Bienassis, K. and N. Klazinga (2022), "Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work", *OECD Health Working Papers*, No. 134, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/95ae65a3-en>.

Bonner, A. F., Castle, N. G., Men, A., & Handler, S. M. (2009). Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes?. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(1), 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.06.004>

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Diário da República n.º 28/2015 – Série II, parte C. 3882-(2);

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República n.º 187/2021 – Série II, parte C. 96–103;

DGS. (2009). Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa

DGS (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico. Lisboa

DGS (2018). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. (Norma n.º 005/2018). Lisboa

DQS, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde (2016). Manual de Standards - Hospitais. Lisboa

Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I. M., & Silva-Fortes, C. (2014). The Hospital Survey on Patient Safety Culture in Portuguese hospitals: instrument validity and

reliability. *International journal of health care quality assurance*, 27(2), 111–122. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>

El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D. *et al.* Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res* 11, 45 (2011). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-45>

European Society for Quality in Healthcare. (2010). Use of patient safety culture. Instruments and recommendations. *EUNetPas Project Report*.

Fan, C. J., Pawlik, T. M., Daniels, T., Vernon, N., Banks, K., Westby, P., Wick, E. C., Sexton, J. B., & Makary, M. A. (2016). Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. *Journal of the American College of Surgeons*, 222(2), 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008>

Filiz, E., & Yeşildal, M. (2022). Turkish adaptation and validation of revised Hospital Survey on Patient Safety Culture (TR–HSOPSC 2.0). *BMC nursing*, 21(1), 325.

Fragata, J., (2011). *Segurança dos doentes Uma abordagem prática* (1.^a ed). Lisboa. Pág.18, 19 e 24;

Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety*, 20(4), 338–343. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>

Haro, F. A., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M., Carvalho, P. & Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais Guia Prático do Estudante* (1.^a edição). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.;

HDS. (2021). Relatório e Contas 2021. Santarém

Hofmann, D.A., & Mark, B. (2006). An Investigation of the Relationship between Safety Climate and Medication Errors as well as other Nurse and Patient Outcomes. *Personnel Psychology*, 59: 847-869. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2006.00056.x>

HSE - Health & Safety Executive. (2005). A Review of Safety Culture and Safety Climate Literature for the Development of the Safety Culture Inspection Toolkit. Research Report 367. United Kingdom;

Lee, S. E., & Dahinten, V. S. (2021). Adaptation and validation of a Korean-language version of the revised hospital survey on patient safety culture (K-HSOPSC 2.0). *BMC nursing*, 20, 1-8.

Lousã, M. D., & Santos, J. D., & Cabral, A. P. (2018). *Como fazer trabalhos académicos* (1.^a edição). Porto: Porto Editora

Manso, D. M., & Capelas, M. L. (2021). Tradução e adaptação transcultural para português europeu do Cuestionario GES (SECPAL). *Cadernos De Saúde*, 13(2), 21-32. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9998>

Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of patient safety*, 6(4), 226–232. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00>

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem Teoria e Prática* (1.^a edição). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. (Pág. 59 a 62; 388);

Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & safety in health care*, 12 Suppl 2(Suppl 2), ii17–ii23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17

OMS (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization 2021;

Pronovost, P., & Sexton, B. (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *BMJ Quality & Safety*, 14(4), 231-233.

Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International journal for quality in health care : journal of the International*

Reis, C. T., Laguardia, J., Bruno de Araújo Andreoli, P., Nogueira Júnior, C., & Martins, M. (2023). Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0–Brazilian version. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-12.

Reis, F. L. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos Guia Prático* (1.^a edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda. (pág. 64-65 e 86-88);

Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. (2.^a edição). Lisboa: Placebo Editora.

Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M., & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15 (Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2007 15(3)). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

Society for Quality in Health Care, 30(9), 660–677. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>

Sorra, J.S. & Nieva, V.F. (2004) Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville

Sorra, J., Famolaro, T. & Yount, N. D., (2019). Surveys on Patient Safety Culture - Transitioning to the SOPS™ Hospital Survey Version 2.0: What's Different and What to

Expect. Disponível via Agency for Healthcare Research & Quality em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hsops2-pt1-transition-updated.pdf>;

Sousa, L.M.M.; Marques, J.M.; Firmino, C.F.; Frade, F.; Valentim, O.S. & Antunes, A.V. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação Enfermagem*. S2(23), 31-39

Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2014). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios Segundo Bolonha* (5.ª edição). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. (pág.53 a 63);

Suryani, L., Letchmi, S., & Said, F. B. M. (2022). Cross-culture adaptation and validation of the Indonesian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0). *Belitung Nursing Journal*, 8(2), 169-175.

Thomas, K.S., Hyer, K., Castle, N.G., Branch, L.G., Andel, R. & Weech-Maldonado, R. (2012) Patient safety culture and the association with safe resident Care in Nursing Homes. *Gerontologist*.;52(6):802–11. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gns007>

Titlestad, I., Haugstvedt, A., Igland, J. & Graue M. (2018). Patient safety culture in nursing homes – a cross-sectional study among nurses and nursing aides caring for residents with diabetes. *BMC Nurs* 17, 36. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gns007>

Ulrich, B., & Kear, T. (2014). Patient safety and patient safety culture: foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447-456.

ULSCB. (2021). Castelo Branco Relatório e Contas2021. Castelo Branco

ULSM. (2021). Relatório e Contas 2021. Matosinhos

ULSNA. (2021). Relatório e Contas 2021. Elvas

ULS Nordeste. (2018). Plano de Atividades e Orçamento. Bragança

ULS do Nordeste. (2021). Relatório de Gestão e Contas. Bragança

United Kingdom Department of Health. (2000). An organization with a memory. Report of the United Kingdom Department of Health. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4065083

Vilelas, J. (2020). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento* (3.ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda. (pág. 170 a 171; pág. 181; pág. 225 e 226; pág. 381 a 388; pág. 395; pág. 467 a 471);

Waterson, P., Carman, E.M., Manser T. & Hammer A. (2019). *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): A systematic review of the psychometric properties of 62 international studies*. BMJ Open. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026896> ;

Westat, J. et al. (2019), Transitioning to the SOPS™ Hospital Survey Version 2.0: What's Different and What To Expect, Part I: Main Report, <http://www.ahrq.gov> (accessed on 3 June 2021)

Westat, R. et al. (2021). *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide*. AHRQ Publication N.º 19 (21)-0076

Wu, Y., Hua, W., Zhu, D., Onishi, R., Yang, Y., & Hasegawa, T. (2022). Cross-cultural adaptation and validation of the Chinese version of the revised surveys on patient safety culture™(SOPS®) hospital survey 2.0. *BMC nursing*, 21(1), 1-13.

ANEXO A
HSOPS 2.0

Hospital Survey on Patient Safety (Version 2.0)

Instructions

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10-15 minutes to complete. If a question does not apply to you or your hospital or you don't know the answer, please select "Does Not Apply or Don't Know."

- **"Patient safety"** is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of healthcare delivery.
- A **"patient safety event"** is defined as any type of healthcare-related error, mistake, or incident, regardless of whether or not it results in patient harm.

Your Staff Position

1. What is your position in this hospital?

Select ONE answer.

Nursing

- 1 Advanced Practice Nurse (NP, CRNA, CNS, CNM)
- 2 Licensed Vocational Nurse (LVN), Licensed Practical Nurse (LPN)
- 3 Patient Care Aide, Hospital Aide, Nursing Assistant
- 4 Registered Nurse (RN)

Medical

- 5 Physician Assistant
- 6 Resident, Intern
- 7 Physician, Attending, Hospitalist

Other Clinical Position

- 8 Dietitian
- 9 Pharmacist, Pharmacy Technician
- 10 Physical, Occupational, or Speech Therapist
- 11 Psychologist
- 12 Respiratory Therapist
- 13 Social Worker
- 14 Technologist, Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)

Supervisor, Manager, Clinical Leader, Senior Leader

- 15 Supervisor, Manager, Department Manager, Clinical Leader, Administrator, Director
- 16 Senior Leader, Executive, C-Suite

Support

- 17 Facilities
- 18 Food Services
- 19 Housekeeping, Environmental Services
- 20 Information Technology, Health Information Services, Clinical Informatics
- 21 Security
- 22 Transporter
- 23 Unit Clerk, Secretary, Receptionist, Office Staff

Other

- 24 Other, please specify:

Your Unit/Work Area

2. Think of your "unit" as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time. What is your primary unit or work area in this hospital?

Select ONE answer.

Multiple Units, No specific unit

- 1 Many different hospital units,
No specific unit

Medical/Surgical Units

- 2 Combined Medical/Surgical
Unit
3 Medical Unit (Non-Surgical)
4 Surgical Unit

Patient Care Units

- 5 Cardiology
6 Emergency Department,
Observation, Short Stay
7 Gastroenterology
8 ICU (all adult types)
9 Labor & Delivery, Obstetrics
& Gynecology
10 Oncology, Hematology
11 Pediatrics (including NICU,
PICU)
12 Psychiatry, Behavioral
Health
13 Pulmonology
14 Rehabilitation, Physical
Medicine
15 Telemetry

Surgical Services

- 16 Anesthesiology
17 Endoscopy, Colonoscopy
18 Pre Op, Operating
Room/Suite, PACU/Post Op,
Peri Op

Clinical Services

- 19 Pathology, Lab
20 Pharmacy
21 Radiology, Imaging
22 Respiratory Therapy
23 Social Services, Case
Management, Discharge
Planning

Administration/Management

- 24 Administration, Management
25 Financial Services, Billing
26 Human Resources, Training
27 Information Technology,
Health Information
Management, Clinical
Informatics
28 Quality, Risk Management,
Patient Safety

Support Services

- 29 Admitting/Registration
30 Food Services, Dietary
31 Housekeeping,
Environmental Services,
Facilities
32 Security Services
33 Transport

Other

- 34 Other, please specify:

SECTION A: Your Unit/Work Area

How much do you agree or disagree with the following statements about your unit/work area?

Think about your unit/work area:	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. In this unit, we work together as an effective team.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. In this unit, we have enough staff to handle the workload	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. This unit regularly reviews work processes to determine if changes are needed to improve patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. This unit relies too much on temporary, float, or PRN staff	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. In this unit, staff feel like their mistakes are held against them	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. When an event is reported in this unit, it feels like the person is being written up, not the problem.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. During busy times, staff in this unit help each other	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. There is a problem with disrespectful behavior by those working in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. When staff make errors, this unit focuses on learning rather than blaming individuals.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. The work pace in this unit is so rushed that it negatively affects patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. In this unit, changes to improve patient safety are evaluated to see how well they worked	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. In this unit, there is a lack of support for staff involved in patient safety errors	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. This unit lets the same patient safety problems keep happening	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION B: Your Supervisor, Manager, or Clinical Leader

How much do you agree or disagree with the following statements about your immediate supervisor, manager, or clinical leader?

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. My supervisor, manager, or clinical leader seriously considers staff suggestions for improving patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. My supervisor, manager, or clinical leader wants us to work faster during busy times, even if it means taking shortcuts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. My supervisor, manager, or clinical leader takes action to address patient safety concerns that are brought to their attention	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION C: Communication

How often do the following things happen in your unit/work area?

Think about your unit/work area:	Never ▼	Rarely ▼	Sometimes ▼	Most of the time ▼	Always ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. We are informed about errors that happen in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. When errors happen in this unit, we discuss ways to prevent them from happening again ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. In this unit, we are informed about changes that are made based on event reports	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. In this unit, staff speak up if they see something that may negatively affect patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. When staff in this unit see someone with more authority doing something unsafe for patients, they speak up	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. When staff in this unit speak up, those with more authority are open to their patient safety concerns	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. In this unit, staff are afraid to ask questions when something does not seem right	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION D: Reporting Patient Safety Events

Think about your unit/work area:	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. When a mistake is <u>caught and corrected</u> before reaching the patient, how often is this reported?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. When a mistake reaches the patient and <u>could have harmed the patient, but did not</u> , how often is this reported?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. <u>In the past 12 months</u> , how many patient safety events have <u>you</u> reported?						
<input type="checkbox"/> a. None						
<input type="checkbox"/> b. 1 to 2						
<input type="checkbox"/> c. 3 to 5						
<input type="checkbox"/> d. 6 to 10						
<input type="checkbox"/> e. 11 or more						

SECTION E: Patient Safety Rating

1. How would you rate your unit/work area on patient safety?

Poor ▼	Fair ▼	Good ▼	Very Good ▼	Excellent ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION F: Your Hospital

How much do you agree or disagree with the following statements about your hospital?

Think about your hospital:	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Hospital management provides adequate resources to improve patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. When transferring patients from one unit to another, important information is often left out.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. During shift changes, important patient care information is often left out	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. During shift changes, there is adequate time to exchange all key patient care information ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

Background Questions

1. How long have you worked in this hospital?

- a. Less than 1 year
- b. 1 to 5 years
- c. 6 to 10 years
- d. 11 or more years

2. In this hospital, how long have you worked in your current unit/work area?

- a. Less than 1 year
- b. 1 to 5 years
- c. 6 to 10 years
- d. 11 or more years

3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?

- a. Less than 30 hours per week
- b. 30 to 40 hours per week
- c. More than 40 hours per week

4. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?

- a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients
- b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients

Your Comments

Please feel free to provide any comments about how things are done or could be done in your hospital that might affect patient safety.

Thank you for completing this survey.

APÊNDICE A

Autorização da AHRQ para a tradução e utilização do inquérito

26/10/22, 00:53

IPLNetWebMail 2022 (DSC) :: Re: the SOPS Hospital Survey 2.0. CRM:00730342

From: Safety Culture Surveys <SafetyCultureSurveys@westat.com>
Subject: Re: the SOPS Hospital Survey 2.0. CRM:00730342
Date: 11 October 2022 at 19:56:25 WEST
To: "margaridaeirras@gmail.com" <margaridaeirras@gmail.com>
Cc: Howard Holland <HOWARD.HOLLAND@AHRQ.HHS.GOV>

Dear Margarida Eiras,

Thank you for the information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®). Westat, the AHRQ contractor for the Surveys on Patient Safety Culture program (SafetyCultureSurveys@westat.com) are authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Mr. [Howard Holland](mailto:Howard.Holland@AHRQ.HHS.GOV), Director, AHRQ's Office of Communications. We handle the majority of permissions for these tools and notify AHRQ of requests for permission to translate these documents.

Based on the description you provided about your project, AHRQ grants you permission to translate the Hospital 2.0 Survey on Patient Safety Culture into Portuguese. Further, this letter constitutes permission to use the translation in your research at the Portuguese Association for Hospital Development in Portugal. We understand that this research will be carried out in Hospital de Santarem and multiple other hospitals in Portugal. For each copy of the survey you administer, AHRQ requests that the survey contain the statement: "Translated from English with permission of the United States Agency for Healthcare Research and Quality." All reports, professional publications, graduate theses, or Web site postings should properly credit AHRQ using the following citation:

Surveys on Patient Safety Culture™. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD USA. <https://www.ahrq.gov/sops/index.html>

Additionally, you may find it helpful to review the Information for Translators and Translation Guidelines document, available on the AHRQ Web site: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/translation-guidelines-sops-090222.pdf>. This document provides translation guidelines and information about the intended meaning of the survey items, in order to help you develop a translation of the AHRQ survey that conveys the same meaning as the original U.S. English version.

If you have questions about permissions issues, please feel free to contact Mr. Holland (copied on this email).

Sincerely,
Aisha Marsono

APÊNDICE B

Processo de tradução e adaptação cultural

Retroversão

#	English version Hospital Survey 2.0	Retroversão
	SECTION A: Your Unit/Work Area	SECTION A: Your Unit / Work Area
	How much do you agree or disagree with the following statements about your unit/work area?	To what extent do you agree or disagree with the following statements about your unit/area of work?
	Think about your unit/work area:	Think about your unit/work area:
A1	In this unit, we work together as an effective team	In this unit, we work together as an effective team
A2	In this unit, we have enough staff to handle the workload	In this unit, we have enough resources/ colleagues to respond to the work required
A3	Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	The professionals in this unit work more hours than advisable for patient care
A4	This unit regularly reviews work processes to determine if changes are needed to improve patient safety	This unit regularly reviews work processes to determine if changes are needed to improve patient safety
A5	This unit relies too much on temporary, float, or PRN staff	This unit relies excessively on temporary workers
A6	In this unit, staff feel like their mistakes are held against them	In this unit the professionals feel that their mistakes are used against them
A7	When an event is reported in this unit, it feels like the person is being written up, not the problem	In this unit, when an event is reported, it seems that it is the person who is being reported and not the problem/circumstances
A8	During busy times, staff in this unit help each other	During peak periods of activity, the professionals in this unit help each other
A9	There is a problem with disrespectful behavior by those working in this unit	There is a problem of disrespectful behaviour by those working in this unit
A10	When staff make errors, this unit focuses on learning rather than blaming individuals	When a professional makes mistakes, this unit focuses on learning from mistakes rather than putting the blame on individuals
A11	The work pace in this unit is so rushed that it negatively affects patient safety	The pace of work in this unit is so fast that it negatively affects patient safety
A12	In this unit, changes to improve patient safety are evaluated to see how well they worked	In this unit, the improvement changes for patient safety are evaluated in order to understand how well they worked
A13	In this unit, there is a lack of support for staff involved in patient safety errors	In this unit, there is a lack of support for staff involved in errors relating to patient safety
A14	This unit lets the same patient safety problems keep happening	This unit allows the same patient safety problems to continue to happen
	SECTION B: Your Supervisor, Manager, or Clinical Leader	SECTION B: Your Supervisor, Manager or Clinical Officer
	How much do you agree or disagree with the following statements about your immediate supervisor, manager, or clinical leader?	To what extent do you agree or disagree with the following statements about your immediate supervisor, manager or clinical officer?
B1	My supervisor, manager, or clinical leader seriously considers staff suggestions for improving patient safety	My supervisor, manager or clinical officer takes into consideration the suggestions of the team to improve patient safety

B2	My supervisor, manager, or clinical leader wants us to work faster during busy times, even if it means taking shortcuts	My supervisor, manager or clinical officer wants us to work faster during busy periods, even if this means taking shortcuts
B3	My supervisor, manager, or clinical leader takes action to address patient safety concerns that are brought to their attention	My supervisor, manager or clinical officer takes steps to address patient safety concerns brought to his/her attention
	SECTION C: Communication	SECTION C: Communication
	How often do the following things happen in your unit/work area?	How often do the following situations occur in your unit/work area?
	Think about your unit/work area:	Think about your unit/work area:
C1	We are informed about errors that happen in this unit	We are informed about errors that occur in this unit
C2	When errors happen in this unit, we discuss ways to prevent them from happening again	When errors occur in this unit, we discuss ways to prevent them happening again
C3	In this unit, we are informed about changes that are made based on event reports	In this unit, we are informed about changes made based on the notification of events
C4	In this unit, staff speak up if they see something that may negatively affect patient care	In this unit, professionals speak up if they observe anything that may negatively affect patient care
C5	When staff in this unit see someone with more authority doing something unsafe for patients, they speak up	Professionals in this unit speak up when they see someone with more authority doing something that puts the patient's safety at risk
C6	When staff in this unit speak up, those with more authority are open to their patient safety concerns	When professionals in this unit speak out, those with more authority are available to listen to your concerns related to patient safety
C7	In this unit, staff are afraid to ask questions when something does not seem right	In this unit, professionals are reluctant to ask questions when something seems to be wrong
	SECTION D: Reporting Patient Safety Events	SECTION D: Notification of Patient Safety Events
	Think about your unit/work area:	Think about your unit/work area:
D1	When a mistake is caught and corrected before reaching the patient, how often is this reported?	When an error is <u>detected and corrected before it affects the patient</u> , how often is it reported?
D2	When a mistake reaches the patient and could have harmed the patient, but did not, how often is this reported?	When a patient is the subject of an error that <u>could have affected him but did not</u> , how often is this error reported?
D3	In the past 12 months, how many patient safety events have you reported?	<u>In the last 12 months</u> , how many patient safety events have you reported?
	SECTION E: Patient Safety Rating	SECTION E: Patient Safety Classification
E1	How would you rate your unit/work area on patient safety?	How would you rate your unit/work area regarding patient safety?
	SECTION F: Your Hospital	SECTION F: Your Hospital
	How much do you agree or disagree with the following statements about your hospital?	To what extent do you agree or disagree with the following statements about your hospital?
	Think about your hospital:	Think about your hospital:

F1	The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	The Hospital's Management Department actions show that patient safety is a top priority
F2	Hospital management provides adequate resources to improve patient safety	The Hospital's Management provides adequate resources in order to improve patient safety
F3	Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens	The hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event has occurred
F4	When transferring patients from one unit to another, important information is often left out .	When patients are transferred from one unit to another, important information is often not passed on
F5	During shift changes, important patient care information is often left out	During shift changes, important information on patient care is often not passed on
F6	During shift changes, there is adequate time to exchange all key patient care information	During shift changes, there is <u>enough time</u> to exchange all relevant information on patient care
Background Questions		Background questions
BQ1	How long have you worked in this hospital?	How long have you worked in this hospital?
BQ2	In this hospital, how long have you worked in your current unit/work area?	In this hospital, how long have you been working in your <u>current unit/area of work</u> ?
BQ3	Typically, how many hours per week do you work in this hospital?	How many hours a week do you normally work in this hospital?
BQ4	In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?	In your role, do you frequently interact or have direct contact with patients?
Your Comments		Your comments
	Please feel free to provide any comments about how things are done or could be done in your hospital that might affect patient safety.	Please do not hesitate to leave any comments regarding the way things are done or should be done in your hospital that may affect patient safety.
	Thank you for completing this survey.	Thank you for completing this survey
OPÇÕES DE RESPOSTA:		
	Strongly Disagree	Strongly Disagree
	Disagree	Disagree
	Neither Agree nor Disagree	Neutral
	Agree	Agree
	Strongly Agree	Completely Agree
	Does Not Apply or Don't Know	Not Applicable / Unknown
	Never	Never
	Rarely	Rarely
	Sometimes	Sometimes
	Most of the time	Most of the time
	Always	Always
	Does Not Apply or Don't Know	Not Applicable / Unknown
	Poor	Poor
	Fair	Sufficient
	Good	Good
	Very Good	Very Good
	Excellent	Excellent
	Less than 1 year	Less than 1 year

	1 to 5 years	1 to 5 years
	6 to 10 years	6 to 10 years
	11 or more years	11 or more years
	Less than 30 hours per week	Less than 30 hours per week
	30 to 40 hours per week	30 to 40 hours per week
	More than 40 hours per week	More than 40 hours per week
	YES, I typically have direct interaction or contact with patients	YES, I frequently interact or have direct contact with patients
	NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients	NO, I do NOT often interact or have direct contact with patients

APÊNDICE C

Processo de tradução e adaptação cultural

Traduções e Revisão das traduções por peritos

#	Versão inglesa do Hospital Survey 2.0		Tradução portuguesa 1		Tradução portuguesa 2		Versão conciliada		Peritos		
	SECTION A: Your Unit/Work Area	How much do you agree or disagree with the following statements about your unit/work area?	Think about your unit/work area:	In this unit, we work together as an effective team	In this unit, we have enough staff to handle the workload	Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	This unit regularly reviews work processes to determine if changes are needed to improve patient safety	This unit relies too much on temporary, float, or PRN staff	In this unit, staff feel like their mistakes are held against them	SECÇÃO A: O seu Serviço / Unidade	Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Serviço/Unidade onde trabalha?
A1											
A2											
A3											
A4											
A5											
A6											

A7	When an event is reported in this unit, it feels like the person is being written up, not the problem	Quando um evento é reportado nesta unidade, parece que é a pessoa que está a ser reportada e não o problema	Quando um evento é comunicado nesta unidade, parece que a pessoa está a ser reportada e não o problema	Nesta unidade, quando um evento é notificado, parece que é a pessoa que está a ser reportada e não o problema	Neste Serviço/Unidade, quando um evento é notificado, parece que é a pessoa que está a ser reportada e não o problema
A8	During busy times, staff in this unit help each other	Durante períodos atarefados, os membros do pessoal desta unidade ajudam-se uns aos outros	Durante os horários de pico, os funcionários desta unidade ajudam-se uns aos outros	Durante os períodos de maior atividade, os profissionais desta unidade entrecorrem-se	Durante os períodos de maior atividade, os profissionais desta Serviço/Unidade entrecorrem-se
A9	There is a problem with disrespectful behavior by those working in this unit	Há um problema de comportamento de desrespeito por parte dos que trabalham nesta unidade	Existe um problema com comportamento desrespeitoso por parte de quem trabalha nesta unidade	Existe um problema de comportamento desrespeitoso por parte de quem trabalha nesta Serviço/Unidade	Existe um problema de comportamento desrespeitoso por parte de quem trabalha nesta Serviço/Unidade
A10	When staff make errors, this unit focuses on learning rather than blaming individuals	Quando o pessoal comete erros, esta unidade foca-se em aprender em vez de acusar as pessoas	Quando os funcionários cometem erros, esta unidade concentra-se em aprender com os erros em vez de culpar as pessoas	Quando um profissional comete erros, esta unidade foca-se em aprender com os erros em vez de colocar a culpa em indivíduos	Quando um profissional comete erros, este Serviço/Unidade foca-se em aprender com os erros em vez de colocar a culpa neste
A11	The work pace in this unit is so rushed that it negatively affects patient safety	O ritmo de trabalho nesta unidade é tão apressado que afeta negativamente a segurança dos doentes	O ritmo de trabalho nesta unidade é tão acelerado que afeta negativamente a segurança do doente	O ritmo de trabalho nesta unidade é tão acelerado que afeta negativamente a segurança do doente	O ritmo de trabalho neste Serviço/Unidade é tão intenso que afeta negativamente a segurança do doente
A12	In this unit, changes to improve patient safety are evaluated to see how well they worked	Nesta unidades, as alterações para melhorar a segurança dos doentes são avaliadas para ver se funcionaram bem	Nesta unidade, as mudanças para melhorar a segurança do doente são avaliadas para ver como funcionaram	Nesta unidade, as alterações de melhoria para a segurança do doente são avaliadas de forma a entender quão bem funcionaram	Neste Serviço/Unidade, as ações de melhoria para a segurança do doente são avaliadas para verificar o seu impacto
A13	In this unit, there is a lack of support for staff involved in patient safety errors	Nesta unidade, há falta de apoio para o pessoal envolvido em erros de segurança dos doentes	Nesta unidade, existe falta de apoio para com o pessoal envolvido em erros de segurança dos doentes	Nesta unidade, existe falta de apoio para o pessoal envolvido em erros relativos à segurança do doente	Neste Serviço/Unidade, existe falta de apoio para os profissionais envolvidos em erros relativos à segurança do doente
A14	This unit lets the same patient safety problems keep happening	Esta unidade deixa que continuem a acontecer os mesmos problemas de segurança dos doentes	Esta unidade permite que os mesmos problemas de segurança do doente continuem a acontecer	Esta unidade permite que os mesmos problemas de segurança do doente continuem a acontecer	Este Serviço/Unidade permite que os mesmos problemas de segurança do doente continuem a acontecer repetidamente
	SECTION B: Your Supervisor, Manager, or Clinical Leader	SECÇÃO B: O seu Supervisor, Gestor ou Líder Clínico	SECÇÃO B: O seu Supervisor, Gestor ou Responsável Clínico	SECÇÃO B: O seu Supervisor, Gestor ou Responsável Clínico	SECÇÃO B: O seu superior hierárquico

	How much do you agree or disagree with the following statements about your immediate supervisor, manager, or clinical leader?	Até que ponto concorda ou discorda com as seguintes declarações sobre o seu supervisor imediato, gestor ou líder clínico?	Até que ponto concorda ou discorda com as seguintes declarações sobre o seu supervisor imediato, gestor ou responsável clínico?	Até que ponto concorda ou discorda com as seguintes declarações sobre o seu supervisor imediato, gestor ou responsável clínico?	Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu supervisor hierárquico.
B1	My supervisor, manager, or clinical leader seriously considers staff suggestions for improving patient safety	O meu supervisor, gestor ou líder clínico considera seriamente as sugestões do pessoal para melhorar a segurança dos doentes	O meu supervisor, gestor ou responsável clínico quer que trabalhe mais rápido em sugestões da equipa para melhorar a segurança do doente	O meu supervisor, gestor ou responsável clínico tem em consideração as sugestões da equipa para melhorar a segurança do doente	O meu superior hierárquico ou responsável clínico quer que trabalhe mais rapidamente durante os períodos de maior atividade, mesmo que isso signifique enveredar por desvíos
B2	My supervisor, manager, or clinical leader wants us to work faster during busy times, even if it means taking shortcuts	O meu supervisor, gestor ou líder clínico quer que trabalhe mais depressa durante os períodos de maior atividade, mesmo que isso signifique tomar atalhos	O meu supervisor, gestor ou responsável clínico quer que trabalhe mais rápido em horários de trabalho mais atarefados, mesmo que isso signifique enveredar por atalhos	O meu supervisor, gestor ou responsável clínico quer que trabalhe mais rapidamente durante os períodos de maior atividade, mesmo que isso signifique enveredar por atalhos	O meu superior hierárquico ou responsável clínico quer que trabalhe mais rapidamente durante os períodos de maior atividade, mesmo que isso signifique enveredar por desvíos
B3	My supervisor, manager, or clinical leader takes action to address patient safety concerns that are brought to their attention	O meu supervisor, gestor ou líder clínico toma medidas para responder às preocupações de segurança dos doentes que lhes são apresentadas	O meu supervisor, gestor ou responsável clínico toma medidas para resolver preocupações de segurança do doente que são trazidas à sua atenção	O meu supervisor, gestor ou responsável clínico toma medidas para responder às preocupações relativas à segurança do doente que lhe são apresentadas	O meu superior hierárquico ou responsável clínico toma medidas para responder às preocupações relativas à segurança do doente que lhe são apresentadas
	SECTION C: Communication	SECÇÃO C: Comunicação	SECÇÃO C: Comunicação	SECÇÃO C: Comunicação	SECÇÃO C: Comunicação
	How often do the following things happen in your unit/work area?	Com que frequência acontecem as seguintes situações na sua unidade/área de trabalho?	Com que frequência os seguintes eventos ocorrem na sua unidade/área de trabalho?	Com que frequência ocorrem as seguintes situações na sua unidade/área de trabalho?	Com que frequência ocorre este tipo de situações no Serviço/Unidade onde trabalha?
	Think about your unit/work area:	Pense sobre a sua unidade/área de trabalho:	Pense na sua unidade/área de trabalho:	Pense sobre a sua unidade/área de trabalho:	
C1	We are informed about errors that happen in this unit	Somos informados sobre erros que ocorrem nesta unidade	Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	Somos informados sobre erros que ocorrem nesta unidade	Somos informados acerca de erros que acontecem neste Serviço/Unidade
C2	When errors happen in this unit, we discuss ways to prevent them from happening again	Quando ocorrem erros nesta unidade, discutimos formas de impedir que aconteçam de novo	Quando acontecem erros nesta unidade, discutimos maneiras de evitar que eles aconteçam novamente	Quando ocorrem erros nesta unidade, discutimos formas para evitar que aconteçam novamente	Quando ocorrem erros neste Serviço/Unidade, discutimos sobre formas de prevenir

C3	In this unit, we are informed about changes that are made based on event reports	Nesta unidade, somos informados sobre alterações que são feitas com base nos relatórios de eventos	Nesta unidade, somos informados sobre mudanças que são feitas com base em relatórios de eventos	Nesta unidade, somos informados acerca de alterações feitas baseadas na notificação de eventos	Neste Serviço/Unidade, somos informados acerca de alterações feitas baseadas na notificação de eventos
C4	In this unit, staff speak up if they see something that may negatively affect patient care	Nesta unidade, o pessoal manifesta-se se vir algo que possa afetar negativamente os cuidados ao doente	Nesta unidade, a equipa fala se vir algo que possa afetar negativamente o atendimento ao doente	Nesta unidade, os profissionais manifestam-se se observarem algo que possa afetar negativamente a prestação de cuidados ao doente	Neste Serviço/Unidade, os profissionais manifestam-se se observarem algo que possa afetar negativamente a prestação de cuidados ao doente
C5	When staff in this unit see someone with more authority doing something unsafe for patients, they speak up	Quando o pessoal desta unidade vê alguém com mais autoridade a fazer algo inseguro para os doentes, manifesta-se	Quando a equipa desta unidade vê alguém com mais autoridade a fazer algo inseguro para os doentes, eles manifestam-se	Os profissionais desta unidade manifestam-se quando veem alguém com mais autoridade a fazer algo que põe em risco a segurança do doente	Os profissionais deste Serviço/Unidade manifestam-se quando veem alguém com mais autoridade a fazer algo que põe em risco a segurança do doente
C6	When staff in this unit speak up, those with more authority are open to their patient safety concerns	Quando o pessoal desta unidade fala, os que têm mais autoridade estão abertos às suas preocupações com a segurança dos doentes	Quando a equipa desta unidade fala, aqueles com mais autoridade estão disponíveis para ouvir as suas preocupações com a segurança do doente	Quando os profissionais desta unidade falam, aqueles com mais autoridade estão disponíveis para ouvir as suas preocupações relacionadas com a segurança do doente	Quando os profissionais deste Serviço/Unidade falam, os que detêm mais autoridade estão disponíveis para ouvir as suas preocupações relacionadas com a segurança do doente
C7	In this unit, staff are afraid to ask questions when something does not seem right	Nesta unidade, o pessoal tem medo de fazer perguntas quando algo parece não estar bem	Nesta unidade, a equipa tem medo de fazer perguntas quando algo parece não estar certo	Nesta unidade, os profissionais sentem relutância em fazer perguntas quando algo parece não estar bem	Neste Serviço/Unidade, os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar bem
	SECTION D: Reporting Patient Safety Events	SECÇÃO D: Notificação de Eventos de Segurança dos Doentes	SECÇÃO D: Comunicar eventos de segurança do doente	SECÇÃO D: Notificação de Eventos de Segurança dos Doentes	SECÇÃO D: Notificação de Eventos/Ocorrências sobre Segurança dos Doentes
	Think about your unit/work area:	Pense sobre a sua unidade/área de trabalho:	Pense na sua unidade/área de trabalho:	Pense sobre a sua unidade/área de trabalho:	No Serviço/Unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, com que frequência são notificados:
D1	When a mistake is caught and corrected before reaching the patient, how often is this reported?	Quando um erro é detetado e corrigido antes de atingir o doente, com que frequência é que isto é comunicado?	Quando um erro é descoberto e corrigido antes de chegar ao doente, com que frequência isso é comunicado?	Quando um erro é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é comunicado?	Quando um evento/ocorrência é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?

D2	When a mistake reaches the patient and could have harmed the patient, but did not, how often is this reported?	Quando um erro atinge o doente e <u>podia ter prejudicado o doente, mas não o fez</u> , com que frequência é que isto é comunicado?	Quando um doente é alvo de um erro e este <u>poderia tê-lo prejudicado, mas não o fez</u> , com que frequência este erro é comunicado?	Quando um doente é alvo de um evento/ocorrência que poderia tê-lo afetado, mas não o fez, com que frequência é notificado?
D3	In the past 12 months, how many patient safety events have you reported?	Nos últimos 12 meses, quantos eventos de segurança dos doentes é que você comunicou?	Nos últimos 12 meses, quantos eventos de segurança do doente comunicou?	Nos últimos 12 meses, quantos eventos/ocorrências de segurança do doente preencheu e entregou?
E1	SECTION E: Patient Safety Rating How would you rate your unit/work area on patient safety?	SECTION E: Classificação de Segurança dos Doentes Como classificaria a sua unidade/área de trabalho quanto à segurança dos doentes?	SECTION E: Classificação de Segurança do Doente Como classificaria a sua unidade/área de trabalho quanto à segurança do doente?	SECTION E: Grau de Segurança do Doente Como classificaria o seu Serviço/Unidade quanto à segurança do doente?
F1	SECTION F: Your Hospital How much do you agree or disagree with the following statements about your hospital? Think about your hospital: The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	SECTION F: O seu Hospital Até que ponto concorda ou discorda das seguintes declarações sobre o seu hospital? Pense no seu hospital: As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança dos doentes é uma prioridade máxima	SECTION F: O seu Hospital Em que medida concorda ou discorda das seguintes declarações sobre o seu hospital? Pense no seu hospital: As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade máxima	SECTION F: O seu Hospital Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu hospital? As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades
F2	Hospital management provides adequate resources to improve patient safety	A Direção do Hospital facilita recursos adequados para melhorar a segurança dos doentes	A Direção do Hospital facilita recursos adequados de forma a melhorar a segurança do doente	A Direção do Hospital facilita recursos adequados de forma a melhorar a segurança do doente
F3	Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens	A Direção do Hospital parece interessada na segurança dos doentes só depois de acontecer um evento adverso	A Direção do Hospital parece interessada na segurança do doente apenas após a ocorrência de um evento adverso	A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade
F4	When transferring patients from one unit to another, important information is often left out.	Quando os doentes são transferidos de uma unidade para outra, é frequentemente esquecida informação importante	Quando os doentes são transferidos de uma unidade para outra, frequentemente não são transmitidas informações importantes	Quando os doentes são transferidos de um Serviço/Unidade para outro, frequentemente são omitidas informações importantes

F5	During shift changes, important patient care information is often left out	Durante as mudanças de turno, é frequentemente esquecida informação de cuidados dos doentes importante	Durante as mudanças de turno, frequentemente não são transmitidas informações importantes sobre os cuidados aos doentes	Durante as trocas de turno, frequentemente não são transmitidas informações importantes sobre os cuidados aos doentes	Durante as mudanças de turno, há frequentemente informações importantes sobre os cuidados dos doentes	Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para partilhar todas as informações pertinentes sobre os cuidados dos doentes
F6	During shift changes, there is adequate time to exchange all key patient care information	Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para trocar todas as informações-chave sobre os cuidados dos doentes	Durante as mudanças de turno, existe tempo adequado para trocar todas as informações-chave relativas ao atendimento ao doente	Durante as trocas de turno, há tempo suficiente para trocar todas as informações pertinentes sobre os cuidados dos doentes	Durante as trocas de turno, há tempo suficiente para partilhar todas as informações pertinentes sobre os cuidados dos doentes	Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para partilhar todas as informações pertinentes sobre os cuidados dos doentes
	Background Questions	Perguntas de base	Perguntas de Contexto	Perguntas de contexto	Perguntas de contexto	Perguntas de contexto
BQ1	How long have you worked in this hospital?	Há quanto tempo trabalha neste hospital?	Há quanto tempo trabalha neste hospital?	Há quanto tempo trabalha neste hospital?	Há quanto tempo trabalha neste hospital?	Há quanto tempo trabalha neste hospital?
BQ2	In this hospital, how long have you worked in your current unit/work area?	Neste hospital, há quanto tempo trabalha na sua atual unidade/área de trabalho?	Neste hospital, há quanto tempo trabalha na sua unidade/área de trabalho atual?	Neste hospital, há quanto tempo trabalha na sua atual unidade/área de trabalho?	Neste hospital, há quanto tempo trabalha na sua atual unidade/área de trabalho?	Neste hospital, há quanto tempo trabalha no seu atual Serviço/Unidade?
BQ3	Typically, how many hours per week do you work in this hospital?	Normalmente, quantas horas por semana trabalha neste hospital?	Normalmente, quantas horas por semana trabalha neste hospital?	Normalmente, quantas horas por semana trabalha neste hospital?	Normalmente, quantas horas por semana trabalha neste hospital?	Normalmente, quantas horas por semana trabalha neste hospital?
BQ4	In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?	No seu posto como funcionário, tem normalmente interação ou contacto direto ou com doentes?	Na sua função, costuma ter interação direta ou contacto com doentes?	Nas suas funções, interage frequentemente ou tem contacto direto com doentes?	Nas suas funções, interage frequentemente ou tem contacto direto com doentes?	Nas suas funções, interage frequentemente ou tem contacto direto com doentes?
	Your Comments	Os seus comentários	Os seus comentários	Os seus comentários	Os seus comentários	Os seus comentários
	Please feel free to provide any comments about how things are done or could be done in your hospital that might affect patient safety	Sinta-se à vontade para fazer quaisquer comentários sobre as coisas que são feitas ou poderiam ser feitas no seu hospital que possam afetar a segurança dos doentes.	Sinta-se à vontade para fornecer quaisquer comentários sobre as coisas que são feitas ou poderiam ser feitas no seu hospital que possam afetar a segurança do doente.	Sinta-se à vontade para fornecer quaisquer comentários relativos à forma como as coisas são feitas ou deveriam ser feitas no seu hospital e que podem influenciar a segurança do doente.	Por favor, deixe aqui um comentário que considere oportuno relativo à forma como as coisas são ou deveriam ser feitas no seu hospital e que podem influenciar a segurança do doente.	Por favor, deixe aqui um comentário que considere oportuno relativo à forma como as coisas são ou deveriam ser feitas no seu hospital e que podem influenciar a segurança do doente.
	Thank you for completing this survey.	Obrigada por completar este inquérito.	Obrigado por concluir este inquérito.	Obrigado por completar este inquérito.	Obrigada por completar este inquérito.	Obrigada por completar este inquérito.
	OPÇÕES DE RESPOSTA:	OPÇÕES DE RESPOSTA:	OPÇÕES DE RESPOSTA:	OPÇÕES DE RESPOSTA:	OPÇÕES DE RESPOSTA:	OPÇÕES DE RESPOSTA:
	Strongly Disagree	Discordo por completo	Discordo plenamente	Discordo completamente	Discordo fortemente	Discordo fortemente
	Disagree	Discordo	Discordo	Discordo	Discordo	Discordo
	Neither Agree nor Disagree	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
	Agree	Concordo	Concordo	Concordo	Concordo	Concordo

Strongly Agree	Concordo por completo	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente	Concordo fortemente
Does Not Apply or Don't Know	Não se aplica ou Não sei	Não se aplica ou Não sei	Não se aplica ou Não sei	Não se aplica ou Não sei
Never	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Rarely	Raramente	Raramente	Raramente	Raramente
Sometimes	As vezes	Algumas vezes	As vezes	Por vezes
Most of the time	A maior parte das vezes	A maior parte das vezes	A maior parte das vezes	A maioria das vezes
Always	Sempre	Sempre	Sempre	Sempre
Does Not Apply or Don't Know	Não se aplica ou Não sei	Não se aplica ou Não sei	Não se aplica ou Não sei	Não se aplica ou Não sei
Poor	Má	Fraca	Fraca	Fraca
Fair	Suficiente	Suficiente	Suficiente	Suficiente
Good	Boa	Boa	Boa	Bom
Very Good	Muito boa	Muito boa	Muito boa	Muito bom
Excellent	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
Less than 1 year	Menos de 1 ano	Menos de 1 ano	Menos de 1 ano	Menos de 1 ano
1 to 5 years	1 a 5 anos	1 a 5 anos	1 a 5 anos	1 a 5 anos
6 to 10 years	6 a 10 anos	6 a 10 anos	6 a 10 anos	6 a 10 anos
11 or more years	11 ou mais anos	11 ou mais anos	11 ou mais anos	11 ou mais anos
Less than 30 hours per week	Menos de 30 horas por semana	Menos de 30 horas por semana	Menos de 30 horas por semana	Menos de 30 horas por semana
30 to 40 hours per week	30 a 40 horas por semana	30 a 40 horas por semana	30 a 40 horas por semana	30 a 40 horas por semana
More than 40 hours per week	Mais de 40 horas por semana	Mais de 40 horas por semana	Mais de 40 horas por semana	Mais de 40 horas por semana
YES, I typically have direct interaction or contact with patients	SIM, normalmente tenho interação ou contacto direto com doentes	SIM, costumo ter interação direta ou contacto com os doentes	SIM, frequentemente interajo ou tenho contacto direto com doentes	SIM, frequentemente interajo ou tenho contacto direto com doentes
NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients	NÃO, normalmente NÃO tenho interação ou contacto direto com doentes	NÃO, NÃO costumo ter interação direta ou contacto com os doentes	NÃO, frequentemente NÃO interajo ou tenho contacto direto com doentes	NÃO, raramente interajo ou tenho contacto direto com doentes

Versão inglesa do Hospital Survey 2.0	Tradução portuguesa 1	Tradução portuguesa 2	Versão conciliada	Peritos
Hospital Survey on Patient Safety (Version 2.0) Instructions This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10-15 minutes to complete. If a question does not apply to you or your hospital or you don't know the answer, please select "Does Not Apply or Don't Know."	Inquérito Hospitalar sobre Segurança dos Doentes (Versão 2.0) Instruções Este inquérito pede a sua opinião sobre questões de segurança dos doentes, erros médicos e relatórios de eventos no seu hospital e levará cerca de 10-15 minutos a concluir. Se uma pergunta não se aplicar a si ou ao seu hospital ou se não souber a resposta, seleccione "Não se aplica ou Não sei".	Inquérito hospitalar sobre Segurança do Doente (Versão 2.0) Instruções Este inquérito pede as suas opiniões sobre questões de segurança do doente, erro médico e relatório de eventos no seu hospital e demorará cerca de 10-15 minutos a concluir. Se uma pergunta não se aplicar a si ou ao seu hospital ou se não souber a resposta, seleccione "Não se aplica ou Não sei".	Inquérito Hospitalar sobre Segurança do Doente (Versão 2.0) Instruções Este inquérito pede a sua opinião sobre questões de segurança do doente, erro médico e notificação de eventos no seu hospital e levará cerca de 10-15 minutos a concluir. Se uma pergunta não se aplicar a si ou ao seu hospital ou se não souber a resposta, seleccione "Não se aplica ou Não sei".	Questionário Hospitalar sobre Segurança do Doente (Versão 2.0) Instruções Este questionário pede a sua opinião sobre questões de segurança do doente, erro e notificação de eventos no seu hospital e levará cerca de 10 minutos a concluir. Se uma pergunta não se aplicar a si ou ao seu hospital ou se não souber a resposta, seleccione "Não se aplica ou Não sei".
<ul style="list-style-type: none"> • "Patient safety" is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of healthcare delivery. • A "patient safety event" is defined as any type of healthcare-related error, mistake, or incident, regardless of whether or not it results in patient harm. 	<ul style="list-style-type: none"> • "Segurança do doente" é definida como o evitar e prevenir lesões ou eventos adversos doentes resultantes dos processos de prestação de cuidados de saúde. • Um "evento de segurança do doente" é definido como qualquer tipo de erro, engano ou incidente relacionado com os cuidados de saúde, independentemente de resultar ou não em danos para o doente. 	<ul style="list-style-type: none"> • "Segurança do doente" é definida como a prevenção de lesões ou eventos adversos resultantes dos processos de prestação de cuidados de saúde. • Um "evento de segurança do doente" é definido como qualquer tipo de incidente, engano ou erro relacionado com a prestação de cuidados de saúde, independentemente de resultar ou não em danos no doente. 	<ul style="list-style-type: none"> • "Segurança do doente" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde. • Um "evento de segurança do doente" é definido como qualquer tipo de erro, engano ou incidente relacionado com a prestação de cuidados de saúde, independentemente de resultar ou não em danos no doente. 	
Your Staff Position What is your position in this hospital? Select ONE answer.	A sua posição como membro do pessoal 1. Qual é a sua posição neste hospital? Selecione UMA resposta.	A sua função 1. Qual a sua função neste hospital? Selecione UMA resposta	A sua função 1. Qual a sua função neste hospital? Selecione UMA resposta.	Profissão: Administrador/Gestor Assistente espiritual

Nursing	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem
Advanced Practice Nurse (NP, CRNA, CNS, CNM)	Enfermeiro de Práticas Avançadas (NP, CRNA, CNS, CNM)	Enfermeira de competências avançadas (NP, CRNA, CNS, CNM)	Enfermeiro gestor	Assistente operacional Assistente técnico
Licensed Vocational Nurse (LVN), Licensed Practical Nurse (LPN)	Enfermeira Profissional Registrada (LVN), Enfermeira Auxiliar Registrada (LPN)	Enfermeira licenciada (LVN), Técnica de enfermagem (LPN)	Enfermeira especialista	Enfermeiro
Patient Care Aide, Hospital Aide, Nursing Assistant	Assistente de Cuidados ao Doente, Assistente Hospitalar, Assistente de Enfermagem	Assistência de cuidados ao doente, Assistência hospitalar, Auxiliar de enfermagem	Enfermeiro	Farmacêutico
Registered Nurse (RN)	Enfermeira Registrada (RN)	Enfermeira registrada (RN)		Informático Médico (inclui internos e prestadores de serviço) Psicólogo
Medical	Medicina	Médico	Medicina	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica Técnico Superior de Saúde Social Técnico Superior
Physician Assistant	Médico Assistente	Médico assistente	Médico assistente graduado sénior	Outro. Por favor especifique
Resident, Intern	Médico Residente, Internista	Médico residente, Interno	Médico assistente graduado	
Physician, Attending, Hospitalist	Médico, Médico Assistente, Hospitalista	Médico, Médico assistente, Médico hospitalar	Médico Assistente	
Other Clinical Position	Outra Posição Clínica	Outra Posição Clínica	Outra Posição Clínica	
Dietitian	Dietista	Nutricionista	Nutricionista	
Pharmacist, Pharmacy Technician	Farmacêutico, Técnico de Farmácia	Farmacêutico, Técnico de farmácia	Farmacêutico	
Physical, Occupational, or Speech Therapist	Terapeuta Físico, Ocupacional ou da Fala	Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional ou Terapeuta da fala	Psicólogo	
Psychologist	Psicólogo	Psicólogo	Assistente Social	
Respiratory Therapist	Terapeuta Respiratório	Terapeuta respiratório	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica (p. ex. Fisioterapia, Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Terapia ocupacional, Radiologia, Cardiopneumologia...)	
Social Worker	Assistente Social	Assistente social	Assistente Operacional	
Technologist, Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)	Tecnólogo, Técnico (e.g., EKG, Lab, Radiologia)	Tecnólogo, Técnico (ex., Eletrocardiograma, Laboratório, Radiologia)		

Supervisor, Manager, Clinical Leader, Senior Leade	Supervisor, Gestor, Diretor Clínico, Líder Sênior	Supervisor, Gestor, Responsável Clínico, Responsável Sênior	Direção e Gestão
Supervisor, Manager, Department Manager, Clinical Leader, Administrator, Directo	Supervisor, Gestor, Gestor de Departamento, Diretor Clínico, Administrador, Diretor	Supervisor, Gestor, Gestor departamental, Responsável clínico, Administrador, Diretor	Administrador, Diretor Clínico, Gestão de Departamento
Senior Leader, Executive, C-Suite	Líder Sênior, Executivo, C-Suite	Responsável sênior, Executivo, Funcionário corporativo	Direção de Serviço, Coordenação Técnica
Support Facilities	Apoio Instalações	Apoio Complementar Instalações	Área de apoio geral e logística
Food Services	Serviços de Alimentação	Serviços alimentares	Instalações e Equipamentos
Housekeeping, Environmental Services	Administração Interna, Serviços Ambientais	Limpezas, Serviços ambientais	Gestão hoteleira (alimentação, transporte, vigilância e segurança)
Information Technology, Health Information Services, Clinical Informatics	Tecnologias de Informação, Serviços de Informação Sanitária, Informática Clínica	Tecnologia de informação, Serviços de informação de saúde, Informática clínica	Tecnologias de Informação e Comunicação
Security	Segurança	Segurança	Assistentes técnicos
Transporter	Transportes	Transporte	
Unit Clerk, Secretary, Receptionist, Office Staff	Secretário de Unidade, Secretário, Rececionista, Funcionário Administrativo	Escriturário, Secretário, Rececionista, Pessoal administrativo	
Other	Outro	Outro	Outras áreas de atividade
Other, please specify:	Outro, por favor especifique:	Outro, especifique	Outro, por favor especifique
Your Unit/Work Area	A sua Unidade/Área de Trabalho	A sua unidade/área de trabalho	A sua Unidade/Área de Trabalho
Think of your "unit" as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time. What is your primary unit or work area in this hospital?	Pense na sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde passa a maior parte do seu tempo de trabalho. Qual é a sua unidade ou área de trabalho principal neste hospital?	Pense na sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde passa a maior parte do seu tempo de trabalho. Qual é a sua unidade primária ou área de trabalho neste hospital?	Qual a sua Unidade/Serviço neste hospital?
Select ONE answer.	Selecione UMA resposta	Selecione UMA resposta	Selecione UMA resposta.

Multiple Units, No specific unit	Múltiplas Unidades, Sem unidade específica	Múltiplas unidades, Nenhuma unidade específica	Múltiplas unidades, Nenhuma unidade específica	Anatomia Patológica
Many different hospital units, No specific unit	Muitas unidades hospitalares diferentes, Sem unidade específica	Muitas unidades hospitalares diferentes, Sem unidade específica	Muitas unidades hospitalares diferentes, Sem unidade específica	Anestesia
Medical/Surgical Units	Unidades Médicas/Cirúrgicas	Unidades Médicas/Cirúrgicas	Departamento de Cirurgia	Aprovisionamento
Combined Medical/Surgical Unit	Unidade Médica/Cirúrgica Combinada	Unidade médica/cirúrgica combinada	Serviço de Cirurgia Geral	Arquivo
Medical Unit (Non-Surgical) Surgical Unit	Unidade Médica (Não cirúrgica) Unidade Cirúrgica	Unidade médica (Não cirúrgica) Unidade cirúrgica	Serviço de Cirurgia Vascular Serviço de Dermatologia Serviço de Oftalmologia	Bloco de Partos
Patient Care Units	Unidades de Cuidados a Doentes	Unidades de Atendimento ao Doente	Serviço de Ortopedia	Bloco Operatório
Cardiology	Cardiologia	Cardiologia	Serviço de Ortopedia	Cardiologia
Emergency Department, Observation, Short Stay	Urgências, Observação Estadia Curta	Departamento de emergência, Observação, Internamento curto	Serviço de Ortopedia	Cirurgia
Gastroenterology	Gastroenterologia	Gastroenterologia	Serviço de Ortopedia	Consultas externas
ICU (all adult types)	UCI (todos os tipos de adultos)	UCI (todos os tipos de adultos)	Serviço de Urologia	Cuidados Paliativos
Labor & Delivery, Obstetrics & Gynecology	Trabalho de parto & Parto Obstétrica & Ginecologia	Obstétrica e Ginecologia	Serviço de Urologia	Dermatologia
Oncology, Hematology	Oncologia, Hematologia	Oncologia, Hematologia	Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos	Endocrinologia/Nutrição
Pediatrics (including NICU, PICU)	Pediatria (incluindo NICU, PICU)	Pediatria (incluindo NICU, PICU)	Serviço de Urgência Geral	Farmácia
Psychiatry, Behavioral Health	Psiquiatria, Saúde comportamental	Psiquiatria, Saúde comportamental	Serviço de Urgência Médico Cirúrgicas	Gastroenterologia
Pulmonology	Pneumologia	Pneumologia	Serviço de Urgência Médico Cirúrgicas	Ginecologia/Obstetrícia
Rehabilitation, Physical Medicine	Reabilitação, Medicina Física	Reabilitação, Fisioterapia	Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecologia	Hospital de Dia
Telemetry	Telemetria	Telemetria	Serviço de Urgência Pediátrica	Imagiologia
Surgical Services	Serviços de Cirurgia	Serviços Cirúrgicos	Serviço de Medicina Intensiva	Imunohemoterapia
Anesthesiology	Anestesiologia	Anestesiologia	Viatura Médica de Emergência e Reanimação	Informática
Endoscopy, Colonoscopy	Endoscopia, Colonoscopia	Endoscopia, Colonoscopia	Departamento de Medicina	Medicina (não cirúrgica)
			Serviço de Cardiologia	Nefrologia
			Serviço de Dermatologia	Neonatologia
			Serviço de Gastroenterologia	Neurocirurgia
				Neurologia

2

Pre Op, Operating Room/Suite, PACU/Post Op, Peri Op	Pré-operatório, Sala de operações, PACU/Pós-operatório, Peri-operatório	Serviço de Obstetrícia e Ginecologia	Oftalmologia
Clinical Services Pathology, Lab Pharmacy Radiology, Imaging Respiratory Therapy Social Services, Case Management, Discharge Planning	Serviços Clínicos Patologia, Laboratório Farmácia Radiologia, Imagiologia Terapêutica Respiratória Serviços Sociais, Gestão de Casos, Planejamento de Altas	Serviço de Oncologia, Serviço de Hematologia Serviço de Pediatria Serviço de Medicina Psiquiatria e Saúde Mental Pneumologia	Oncologia Ortopedia Otorrinolaringologia Patologia Clínica Pediatria Pneumologia Psiquiatria/Saúde Mental
Administration/Management Administration, Management Financial Services, Billing Human Resources, Training Information Technology, Health Information Management, Clinical Informatic Quality, Risk Management, Patient Safety	Administração/Gestão Administração, Gestão Serviços Financeiros, Faturação Recursos Humanos, Formação Tecnologias de Informação, Gestão da Informação Sanitária, Informática Clínica Qualidade, Gestão de Riscos, Segurança do Doente	Serviços Suporte e Prestação de cuidados Serviço de Anatomia Patológica Serviço de Imagiologia Serviço de Imunohemoterapia Serviço de Medicina Física e Reabilitação	Radiologia Radioterapia Medicina Física e Reabilitação Reumatologia Rouparia
Support Services Admitting/Registration Food Services, Dietary Housekeeping, Environmental Services, Facilities Security Services Transport	Serviços de Apoio Admissão/Registro Serviços de Alimentação, Dietética Administração Interna, Serviços Ambientais, Instalações Serviços de Segurança Transportes	Serviço de Patologia Clínica Serviço Farmacêutico Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa Serviço Social Unidade de Esterilização Unidade de Hospitalização domiciliar	Serviço de Urgência Serviço Social Serviço de Apoio e Administração Unidade de Cuidados Intensivos (todos os tipos) Urologia
Other Other, please specify:	Outros Outros, por favor especifique	Unidade de Psicologia Unidade de Cuidados Paliativos Equipa de Gestão de Altas	Outro, Por favor especifique: Sexo: Feminino Masculino Idade:
	Serviços de Apoio Complementar Admissão/Registro Serviços alimentares, Dietética Limpezas, Serviços ambientais, Instalações Serviços de Segurança Transporte	Serviço Social	
	Outros Outro, especifique	Serviço de Apoio e Administração Unidade de Cuidados Intensivos (todos os tipos) Urologia	

- Serviço de Gestão de doentes
- Serviço de Gestão e Planeamento
- Serviço de Gestão Financeira
- Serviço de Gestão Hoteleira
- Serviço de Instalações e Equipamentos
- Serviço de Recursos Humanos
- Serviço de Tecnologias e Informação
- Serviço de Saúde Ocupacional
- Serviço Jurídico e Assessoria
- Gabinete de Comunicação e Imagem
- Gabinete do Cidadão
- Administração/Gestão**
 - Conselho de Administração
 - Conselho Consultivo
 - Conselho Fiscal
 - Serviço de Auditoria
- Outros**
- Outros, por favor especifique:

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

Alguma vez tinha respondido a este questionário?

- Sim
- Não

O Serviço/Unidade onde trabalha é acreditado /certificado?

- Sim
- Não
- Não sei

APÊNDICE D

Resultados Pré-teste do inquérito ACSD v.2.0

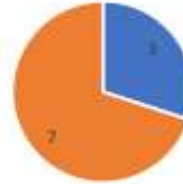
Resultados do Pré-teste ACSD-H v2.0

Q1 - A estrutura do questionário e o seu arranjo gráfico facilitam o seu preenchimento



■ Discordo totalmente ■ Discordo ■ Não concordo nem Discordo ■ Concordo ■ Concordo totalmente

Q2 - A linguagem utilizada é muito complexa?



Q4 - O conteúdo é complicado e houve perguntas que foram respondidas sem ter a certeza



■ Discordo totalmente ■ Discordo ■ Não concordo nem Discordo ■ Concordo ■ Concordo totalmente

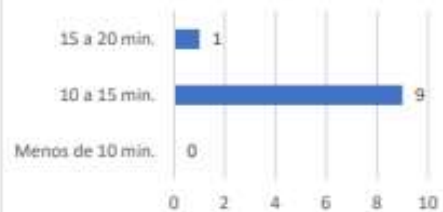
Q6 - Voltaria a preencher este questionário?



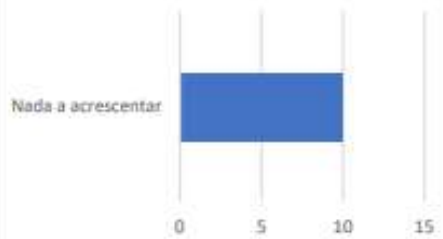
Q3 - Em quantas perguntas teve dúvidas? Quais as perguntas em que teve mais dúvidas?



Q5 - Aproximadamente quanto tempo demorou a responder ao questionário?



Q7 - Outras observações:



APÊNDICE E

Cálculo da taxa preliminar de respostas

$$\text{Taxa de resposta preliminar} = \frac{\text{número de inquéritos devolvidos}}{\text{número de funcionários que receberam o inquérito}} \times 100$$

Tabela F1 – Taxa de resposta preliminar ao longo do estudo

	25/01/2023	31/01/2023	06/02/2023	08/02/2023
H1	4,32%	6,94%	11,94%	12,42%
H2	0,00%	3,00%	24,22%	43,45%
H3	1,30%	15,5%	30,50%	39,00%
H4	25,70%	48,85%	52,42%	55,98%
H5	10,11%	14,61%	18,37%	19,15%
H6	0,71%	1,50%	1,65%	2,29%
H7	17,03%	39,84%	53,74%	54,86%

APÊNDICE F

Inquérito ACSD-H v2.0

Inquérito Hospitalar sobre Segurança do Doente¹

(Versão 2.0)

Instruções

Este inquérito pede a sua opinião sobre questões de segurança do doente, erro e notificação de eventos no seu hospital e levará cerca de 10-15 minutos a concluir. Se uma pergunta não se aplicar a si ou ao seu hospital ou se não souber a resposta, seleccione "Não se aplica ou Não sei".

- **"Segurança do doente"** é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável". (DGS, 2011)
- **"Um evento"** é algo que acontece a ou implica um doente". (DGS, 2011)

SECÇÃO A: O seu Serviço / Unidade

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

Pense sobre o seu Serviço / Unidade:	Discordo fortemente ▼	Discordo ▼	Não concordo nem discordo ▼	Concordo ▼	Concordo fortemente ▼	Não se aplica ou Não sei ▼
1. Neste Serviço/Unidade, trabalhamos em conjunto, de forma eficaz, como uma equipa....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste Serviço/Unidade, existem recursos humanos suficientes para corresponder ao trabalho que é exigido.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Os profissionais deste Serviço/Unidade trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Este Serviço/Unidade revê regularmente os processos de trabalho para determinar se são necessárias ações de melhoria para a segurança do doente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este Serviço/Unidade depende excessivamente de trabalhadores temporários.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste Serviço/Unidade os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra si.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Neste Serviço/Unidade, quando um evento é notificado, parece que é a pessoa que está a ser reportada e não o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Durante os períodos de maior atividade, os profissionais deste Serviço/Unidade entrecorrem-se.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Existe um problema de comportamento desrespeitoso por parte de quem trabalha neste Serviço/Unidade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

¹ Traduzido do inglês com autorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

10. Quando um profissional comete erros, este Serviço/Unidade foca-se em aprender com os erros em vez de colocar a culpa neste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. O ritmo de trabalho neste Serviço/Unidade é tão intenso que afeta negativamente a segurança do doente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Neste Serviço/Unidade, as ações de melhoria para a segurança do doente são avaliadas para verificar o seu impacto.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Neste Serviço/Unidade, existe falta de apoio para os profissionais envolvidos em erros relativos à segurança do doente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Este Serviço/Unidade permite que os mesmos problemas de segurança do doente continuem a acontecer repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECÇÃO B: O seu superior hierárquico

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

	Discordo fortemente ▼	Discordo ▼	Não concordo nem discordo ▼	Concordo ▼	Concordo fortemente ▼	Não se aplica ou Não sei ▼
1. O meu superior hierárquico ou responsável clínico tem em consideração as sugestões da equipa para melhorar a segurança do doente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. O meu superior hierárquico ou responsável clínico quer que trabalhem mais rapidamente durante os períodos de maior atividade, mesmo que isso signifique enveredar por desvios.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. O meu superior hierárquico ou responsável clínico toma medidas para responder às preocupações relativas à segurança do doente que lhe são apresentadas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECÇÃO C: Comunicação

Com que frequência ocorre este tipo de situações no Serviço/Unidade onde trabalha?

	Nunca ▼	Raramente ▼	Por vezes ▼	A maioria das vezes ▼	Sempre ▼	Não se aplica ou Não sei ▼
1. Somos informados acerca de erros que acontecem neste Serviço/Unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Quando ocorrem erros neste Serviço/Unidade, discutimos sobre formas de prevenir.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

- | | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 3. Neste Serviço/Unidade, somos informados acerca de alterações feitas baseadas na notificação de eventos..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 4. Neste Serviço/Unidade, os profissionais manifestam-se se observarem algo que possa afetar negativamente a prestação de cuidados ao doente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5. Os profissionais deste Serviço/Unidade manifestam-se quando veem alguém com mais autoridade a fazer algo que põe em risco a segurança do doente..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 6. Quando os profissionais deste Serviço/Unidade falam, os que detêm mais autoridade estão disponíveis para ouvir as suas preocupações relacionadas com a segurança do doente..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7. Neste Serviço/Unidade, os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar bem | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

SECÇÃO D: Notificação de Eventos/Ocorrências sobre Segurança dos Doentes

No Serviço/Unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, com que frequência são notificados:

- | | Nunca
▼ | Raramente
▼ | Por vezes
▼ | A maioria das vezes
▼ | Sempre
▼ | Não se aplica ou Não sei
▼ |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1. Quando um evento/ocorrência é <u>detetado e corrigido antes de afetar o doente</u> , com que frequência é notificado? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2. Quando um doente é alvo de um evento/ocorrência que <u>poderia tê-lo afetado, mas não o fez</u> , com que frequência é notificado? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3. <u>Nos últimos 12 meses</u> , quantos eventos/ocorrências de segurança do doente preencheu e entregou? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> a. Nenhum | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 2 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> c. 3 a 5 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> d. 6 a 10 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> e. 11 ou mais | | | | | | |

SECÇÃO E: Grau de Segurança do Doente

1. Como classificaria o seu Serviço/Unidade quanto à segurança do doente?

Fraco ▼	Suficiente ▼	Bom ▼	Muito bom ▼	Excelente ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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 ▼	Não se aplica ou Não sei ▼
1. As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. A Direção do Hospital faculta recursos adequados de forma a melhorar a segurança do doente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Quando os doentes são transferidos de um Serviço/Unidade para outro, frequentemente são omitidas informações importantes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Durante as mudanças de turno, frequentemente são omitidas informações importantes sobre os cuidados aos doentes..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para partilhar todas as informações pertinentes sobre os cuidados dos doentes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

Perguntas de contexto

1. Há quanto tempo trabalha neste hospital?

- a. Menos de 1 ano
- b. 1 a 5 anos
- c. 6 a 10 anos
- d. 11 ou mais anos

2. Neste hospital, há quanto tempo trabalha no seu atual Serviço/Unidade?

- a. Menos de 1 ano
- b. 1 a 5 anos
- c. 6 a 10 anos
- d. 11 ou mais anos

3. Normalmente, quantas horas por semana trabalha neste hospital?

- a. Menos de 30 horas por semana
- b. 30 a 40 horas por semana
- c. Mais de 40 horas por semana

4. Nas suas funções, interage frequentemente ou tem contacto direto com doentes?

- a. SIM, frequentemente interajo ou tenho contacto direto com doentes
 b. NÃO, raramente interajo ou tenho contacto direto com doentes

A sua função

1. Qual a sua função neste hospital? Selecione UMA resposta.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Administrador/Gestor | <input type="checkbox"/> 8 Médico (inclui Internos e prestadores de serviço) |
| <input type="checkbox"/> 2 Assistente espiritual | <input type="checkbox"/> 9 Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> 3 Assistente operacional | <input type="checkbox"/> 10 Técnico de Diagnóstico e Terapêutica |
| <input type="checkbox"/> 4 Assistente técnico | <input type="checkbox"/> 11 Técnico Superior de Saúde |
| <input type="checkbox"/> 5 Enfermeiro | <input type="checkbox"/> 12 Técnico Superior de Serviço Social |
| <input type="checkbox"/> 6 Farmacêutico | <input type="checkbox"/> 13 Técnico Superior |
| <input type="checkbox"/> 7 Informático | <input type="checkbox"/> 14 Outro, por favor especifique: <input type="text"/> |

O seu Serviço / Unidade

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

Qual é o seu Serviço / Unidade principal neste hospital? Selecione UMA resposta.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Anatomia Patológica | <input type="checkbox"/> 17 Imunohemoterapia | <input type="checkbox"/> 33 Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> 2 Aprovisionamento | <input type="checkbox"/> 18 Informática | <input type="checkbox"/> 34 Medicina Física e Reabilitação |
| <input type="checkbox"/> 3 Arquivo | <input type="checkbox"/> 19 Medicina (não cirúrgica) | <input type="checkbox"/> 35 Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> 4 Bloco de Partos | <input type="checkbox"/> 20 Nefrologia | <input type="checkbox"/> 36 Rouparia |
| <input type="checkbox"/> 5 Bloco Operatório | <input type="checkbox"/> 21 Neonatologia | <input type="checkbox"/> 37 Serviço de Urgência |
| <input type="checkbox"/> 6 Cardiologia | <input type="checkbox"/> 22 Neurocirurgia | <input type="checkbox"/> 38 Serviço Social |
| <input type="checkbox"/> 7 Cirurgia | <input type="checkbox"/> 23 Neurologia | <input type="checkbox"/> 39 Serviços de Apoio e Administração |
| <input type="checkbox"/> 8 Consulta Externa | <input type="checkbox"/> 24 Oftalmologia | <input type="checkbox"/> 40 Unidade de Cuidados Intensivos |
| <input type="checkbox"/> 9 Cuidados Paliativos | <input type="checkbox"/> 25 Oncologia | <input type="checkbox"/> 41 Urologia |
| <input type="checkbox"/> 10 Dermatologia | <input type="checkbox"/> 26 Ortopedia | <input type="checkbox"/> 42 Outro, por favor especifique: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 11 Endocrinologia/Nutrição | <input type="checkbox"/> 27 Otorrinolaringologia | |
| <input type="checkbox"/> 12 Farmácia | <input type="checkbox"/> 28 Patologia Clínica | |
| <input type="checkbox"/> 13 Gastrenterologia | <input type="checkbox"/> 29 Pediatria | |
| <input type="checkbox"/> 14 Ginecologia/Obstetrícia | <input type="checkbox"/> 30 Pneumologia | |
| <input type="checkbox"/> 15 Hospital de Dia | <input type="checkbox"/> 31 Psiquiatria/Saúde Mental | |
| <input type="checkbox"/> 16 Imagiologia | <input type="checkbox"/> 32 Radiologia | |

Sexo: Feminino
 Masculino

Idade: <30 anos
 30 a 34 anos
 35 a 39 anos
 40 a 44 anos
 45 ou mais anos

Alguma vez respondeu a este questionário?

- Sim
- Não

O Serviço/Unidade onde trabalha é acreditado/certificado?

- Sim
- Não
- Não sei

Os seus comentários

Por favor, deixe aqui um comentário que considere oportuno relativo à forma como as coisas são ou deveriam ser feitas no seu hospital e que podem influenciar a segurança do doente.

Obrigada por completar este inquérito.