



Instituto Politécnico de Lisboa

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

**Avaliação da Cultura de Segurança num Serviço
de Medicina Nuclear**

Denise Daniel do Carmo Calado

Orientador: Professora Doutora Margarida Eiras, Escola Superior de
Tecnologia da Saúde de Lisboa

Lisboa, 2013

Instituto Politécnico de Lisboa

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

**Avaliação da Cultura de Segurança num Serviço
de Medicina Nuclear**

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Denise Daniel do Carmo Calado

Orientador: Professora Doutora Margarida Eiras, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Juri:

Presidente: Doutora Ana Freitas – Professora Adjunta Escola Superior Saude Universidade do Algarve;

Arguente: Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira- Professora Coordenadora Escola Superior Enfermagem de Coimbra

Lisboa, 2013

À minha filha, Alice, que em tão tenra idade, é portadora de uma força, felicidade e serenidade. Pelo tempo que não te dei, para hoje escrever aqui....

Ao meu marido, por seres parte de mim!

Aos meus pais, pelo seu amor, disponibilidade e por fazerem de mim a pessoa que sou hoje....espero um dia ser para a Alice aquilo que vocês são para mim!

Ao meu irmão, que mesmo longe, está sempre por perto.

À minha avó, a matriarca da família, a visão da vida humana, da experiência de vida, dos meus!

Aos meus colegas de trabalho, sem a vossa colaboração, este trabalho não teria sido possível.

À Professora Carina, pela sua simpatia e disponibilidade.

À Ana Paula, pela preciosa ajuda e pela transmissão de força!

Resumo

Na última década registou-se um interesse sem precedentes na qualidade dos cuidados de saúde, nos eventos adversos e nos erros médicos, e nos custos associados à prestação de cuidados. A redução dos erros médicos é hoje uma preocupação internacional. Desde a publicação do “To Err his Human - building a safer health system, em 2000 e o número de mortes – 98.000 por ano devido a erros médicos nos Estados Unidos da América. Existe hoje uma necessidade intrínseca na prestação dos cuidados de saúde de aumentar e garantir a segurança do doente. Embora existam cuidados de saúde de excelência, aliados à acreditação e certificação dos serviços de saúde, é impossível garantir que eventos adversos não ocorrerão. Nesta investigação, a amostra escolhida foi um serviço de Medicina Nuclear de um Hospital privado de Lisboa, serviço que se encontra num processo de certificação pela ISO 9001:2008. O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário disponibilizado pela Agency for Healthcare Research and Quality, traduzido em Português. Os resultados da pesquisa são divididos entre as 12 dimensões de segurança. Esta investigação teve como objetivo geral avaliar a cultura de segurança dos profissionais que integram um serviço de Medicina Nuclear, contribuindo para uma maior qualidade dos serviços prestados, sugerindo medidas de monitorização e melhoria da segurança do doente. Os resultados obtidos mostraram que existe uma aprendizagem organizacional com ações empreendidas no intuito da melhoria contínua. Verifica-se que no que refere às dimensões relacionadas com a notificação de eventos, comunicação e resposta ao erro não punitiva, os resultados são muito pobres, sendo necessária a intervenção da organização nestas dimensões, para garantir uma maior segurança do doente. Existe uma cultura punitiva perante o erro. 81,5% dos inquiridos considera que o seu superior hierárquico aceita sugestões para a melhoria dos processos de segurança do doente, bem como a transmissão de uma palavra agradável sempre que ocorre um bom desempenho por parte do profissional de saúde, sem negligenciarem a segurança do doente. Outra dimensão com resultados abaixo dos 50% foi a dotação de profissionais, onde se verifica uma visão partilhada por todos da necessidade de aumentar os recursos humanos e de garantir profissionais não temporários no serviço de Medicina Nuclear.

Palavras-Chave: Segurança do Doente, Medicina Nuclear, Cultura de segurança, notificação de eventos, qualidade em unidades de saúde.

Abstract

In the last decade there has been an unprecedented interest in the quality of care, adverse events and medical errors, and costs associated with providing care. Reducing medical errors is now an international concern. Since the publication of "To Err is Human - building a safer health system in 2000 and the death toll - 98,000 per year due to medical errors in the United States. Today there is an intrinsic need in the provision of health care to increase and ensure patient safety. Although there are health care excellence, combined with the accreditation and certification of health services, it is impossible to ensure that adverse events do not occur. In this research, the sample chosen was a Nuclear Medicine service of a private hospital in Lisbon, which is in certification process for ISO 9001:2008. The instrument chosen was a questionnaire provided by the Agency for Healthcare Research and Quality, translated into Portuguese. The survey results are divided among the 12 dimensions of security. The aim of this research is to assess the safety culture of professionals that comprise a service of Nuclear Medicine, contributing to a higher quality of service, suggesting measures for monitoring and improving patient safety. Results show that the dimension organizational learning actions are undertaken with the aim of continuous improvement of patient safety. It appears that as regards dimensions related event notification, communication and non-punitive response to error, the results are very poor, requiring the intervention of the organization on these dimensions, to ensure greater patient safety, in Nuclear Medicine Service. There is a punitive culture before the error. A curious result is that 81.5% of respondents believe that their superior accept suggestions for improving processes of patient safety, as well as the transmission of a pleasant word occurs whenever a good performance on the part of health professionals, without neglecting security patient. Another dimension with results below 50% was the staffing, where there is a vision shared by all of the need to increase human resources and ensure no temporary professionals in the service of Nuclear Medicine.

Key-words: Patient safety, Nuclear Medicine, Safety Culture, Event reports, Health quality.

Índice

Resumo	IV
Abstract.....	V
Índice	VI
Índice de Tabelas	VII
Índice de Figuras	VIII
Lista de Abreviaturas	IX
1. Introdução.....	- 1 -
2. Enquadramento Teórico	- 3 -
2.1 Avaliação Tecnologia em Saúde e o doente.....	- 3 -
2.2 Conceito de qualidade	- 4 -
2.3. Conceito de qualidade na saúde.....	- 6 -
2.4. Cultura de Segurança	- 8 -
2.5 Erro Médico versus Evento adverso	- 9 -
2.6 Cultura de segurança em Portugal	- 11 -
2.7 Medicina Nuclear e Segurança do doente	- 12 -
2.8 Segurança do Doente e Radiação	- 14 -
3. Metodologia	- 19 -
3.1 Tipo de Estudo	- 19 -
3.2 Questões de Investigação.....	- 19 -
3.3 Objetivo Geral	- 20 -
3.3.1. Objetivos específicos.....	- 20 -
3.4 População/Amostra.....	- 20 -
3.5 Instrumentos de colheita de dados	- 20 -
3.6. Análise dos dados.....	- 21 -
3.7 Considerações éticas.....	- 23 -
4. Resultados e Discussão	- 25 -
5. Considerações finais:	- 35 -
6. Bibliografia:	- 39 -
Anexo I.....	- 42 -
Anexo II.....	- 43 -
Anexo III.....	- 44 -

Índice de Tabelas

Tabela 1. Princípios de gestão dos sistemas de qualidade segundo Edward Deming	- 4
-	
(Continuação) Tabela 2. Princípios de gestão dos sistemas de qualidade segundo Edward Deming	- 5
Tabela 3. Princípios da gestão de qualidade, de acordo com Juran	- 5
Tabela 4. Os 14 Princípios da gestão de qualidade segundo Crosby	- 6
Tabela 5. Representação das faixas etárias dos profissionais	- 25
Tabela 6. Distribuição da amostra por categoria profissional	- 25
Tabela 7. Caracterização da amostra por experiência profissional	- 26
Tabela 8. Caracterização dos profissionais que trabalham em mais do que uma unidade assistencial	- 26
Tabela 9. Percentagem de respostas às dimensões da cultura de segurança do doente no Serviço de Medicina Nuclear	- 27
Tabela 10. Resultados obtidos no que refere à questão “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido”	- 28
Tabela 11. Resultados obtidos para a questão “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável”	- 28
Tabela 12. Resultados obtidos para o item “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados do que seria desejável”	- 29
Tabela 13. Resultados obtidos para “Trabalhamos em “modo de crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa”	- 29
Tabela 14. Resultados obtidos para a frequência de notificação para a questão “Quando ocorre um evento, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente”	- 31
Tabela 15. Resultados obtidos para a frequência de notificação para a questão “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente”	- 31
Tabela 16. Resultados obtidos para a frequência de notificação para a questão “Quando ocorre um evento/ocorrência que pode causar dano, mas isso não acontece”	- 32
Tabela 17. Frequência do número de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses	- 32
Tabela 18. Resultados para o grau de segurança atribuídos pelos profissionais ao serviço de Medicina Nuclear	- 33
Tabela 19. Comentários dos profissionais de saúde, por categoria profissional	- 33
Tabela 20. Benchmarking do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture	- 35
(Continuação) Tabela 21. Benchmarking do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture	- 36

Índice de Figuras

Figura 1 Aspetos a considerar do doente para uma ATS..... - 3 -

Lista de Abreviaturas

- AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality;
- ATS – Avaliação das Tecnologias da Saúde;
- CDS – Cultura de Segurança do doente;
- CMN – Colégio Medicina Nuclear;
- ADN – Ácido Desoxirribonucleico
- EURATOM - European Atomic Energy Community;
- IOM – Institute of Medicine;
- ISO - International Organization for Standardization;
- JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations;
- MN - Medicina Nuclear;
- OMS- Organização Mundial de Saúde;
- SMN – Serviço de Medicina Nuclear;
- SPSS – Statistical Package for Social Sciences;
- TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica;
- WHO- World Health Organization;

1. Introdução

Na última década registou-se um interesse sem precedentes na qualidade dos cuidados de saúde, nos eventos adversos e nos erros médicos, e nos custos associados à prestação de cuidados. A redução dos erros médicos é hoje uma preocupação internacional. Desde a publicação do “To Err his Human - building a safer health system, em 2000 e o número de mortes – 98.000 por ano devido a erros médicos nos Estados Unidos da América, descritos nesta edição, chamou a atenção de toda a comunidade internacional para um problema de saúde pública, não menos importante que as mortes causadas por acidentes de viação, SIDA ou cancro, às perdas de vida humana são associados os custos financeiros, transformando os erros médicos num problema urgente à procura de respostas.¹

Existe hoje uma necessidade intrínseca na prestação dos cuidados de saúde de aumentar e garantir a segurança do doente. Embora existam cuidados de saúde de excelência, aliados à acreditação e certificação dos serviços de saúde, é impossível garantir que eventos adversos não ocorrerão.

Esta investigação desenvolve-se no âmbito da Tese de dissertação do Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde. Enquadra-se no âmbito da segurança do doente, tema amplamente desenvolvido no decorrer do mestrado. As tecnologias da saúde devem ser utilizadas e compreendidas por todos os que estão envolvidos no seu processo, não sendo por isso possível isolar as tecnologias da saúde dos doentes, profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores, tendo também em conta o aspeto social da integração da tecnologia, bem como a estrutura organizacional e económica.

Assim, este trabalho centra-se na “Segurança do doente”, tema atual e pertinente na realidade que hoje se vive nos cuidados de saúde.

Há também por parte das instituições hospitalares uma crescente necessidade de pertença ao grupo das instituições acreditadas e/ou certificadas com o objetivo de mostrar evidência aos clientes e mercado concorrente da qualidade e excelência dos serviços prestados, onde são obrigados a cumprir determinados requisitos que não só os legalmente estabelecidos.

Aos hospitais acreditados/certificados é-lhes atribuída uma mais valia de compromisso com determinados requisitos na prestação dos cuidados de saúde que os distingue, também na segurança do doente, de outros prestadores de cuidados.

Os profissionais de saúde assumem muitas vezes que a segurança do doente está garantida pela organização hospitalar. Quando existe um processo de acreditação/certificação, muitas vezes os elementos que participam diretamente na

sua obtenção tornam-se mais ativos na melhoria da segurança do doente, transmitindo as suas opiniões à direção hospitalar, podendo esta utilizar estas informações como um instrumento para melhorar sistemas e processos, definir métodos para prevenir erros e dar formação a profissionais no sentido de os despertar para a temática da segurança do doente. Não menos importante será a cultura de segurança que se vive na instituição hospitalar, de que forma o profissional de saúde poderá notificar um evento adverso por si cometido ou por outro colega da instituição e encarar esta notificação como uma tarefa que faz parte da sua rotina?!

Assim, neste trabalho pretende-se avaliar a cultura de segurança num serviço de Medicina Nuclear, que se encontra num processo de certificação, se se trata de um serviço seguro para o doente que necessita de recorrer aos seus cuidados para melhorar a sua saúde.

A amostra escolhida foi um serviço de Medicina Nuclear de um Hospital privado de Lisboa, serviço que se encontra num processo de certificação pela ISO 9001:2008. O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário disponibilizado pela Agency for Healthcare Research and Quality, traduzido em Português. Os resultados da pesquisa são divididos entre as 12 dimensões de segurança.

Com este trabalho pretende-se contribuir para a organização hospitalar e para os profissionais de saúde, de modo a transmitir uma maior preocupação com a “Segurança do Doente”.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Avaliação Tecnologia em Saúde e o doente

Nos últimos anos tornou-se cada vez mais importante atender às necessidades, recursos, requisitos, preferências e avaliações gerais do doente em relação ao sector da saúde. O desejo de corresponder às perspetivas dos doentes, quer com novas medidas tecnológicas, quer com a sua avaliação, tornou-se tema dominante, levando a ter em consideração os aspetos apresentados no modelo analítico apresentado no Handbook of Health Technology Assessment² (HTA), como representado na figura 1, onde estão representados os aspetos a considerar do doente para a Avaliação de uma tecnologia de saúde (ATS): Conhecimento e experiências dos doentes sobre determinada tecnologia, as suas preferências e expectativas em relação a uma tecnologia, a sua visão e preocupações no que refere a essa tecnologia, a nível económico e organizacional, qual a importância da tecnologia em questão e o que poderá mudar na vida do doente. Os intervenientes na avaliação das tecnologias em saúde devem produzir maior conhecimento quer de uma perspetiva individual, quer de uma perspetiva de grupo ou até de uma perspetiva social. Esta avaliação é primordial. No contexto da Avaliação de Tecnologias em Saúde o termo doente refere-se aos conceitos de cidadão, utilizador, consumidor e individuo que pode necessitar de cuidados e apoio. Com base no modelo analítico, existem questões centrais que serão tipicamente objeto de estudo: aspetos sociais, aspetos económicos, aspetos éticos, aspetos individuais e de comunicação².

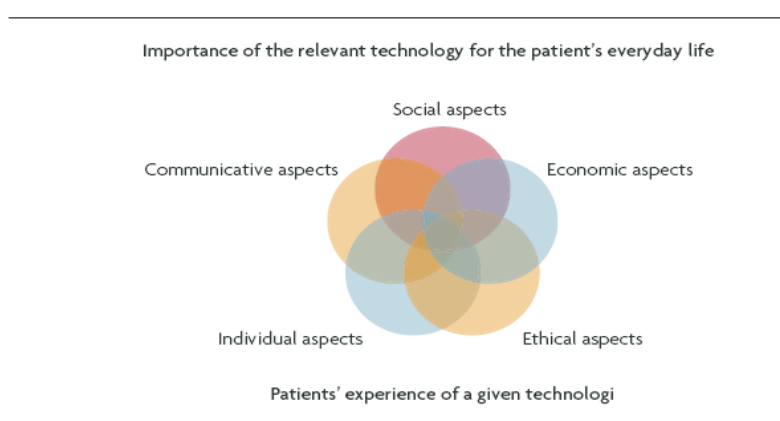


Figura 1 Aspetos a considerar do doente para uma ATS¹

É também importante avaliar relatórios de ATS já realizados e outra literatura sobre a ATS em questão. As questões de pesquisa não são muitas vezes fáceis de clarificar até que o trabalho de revisão bibliográfica esteja completo. Só assim se torna claro

que o estudo tem validade e que é relevante para a área em causa e áreas adjacentes.

2.2 Conceito de qualidade

Qualidade é um conceito subjetivo que está relacionado diretamente às percepções de cada indivíduo. Diversos fatores como cultura, modelos mentais, tipo de produto ou serviço prestado, necessidades e expectativas influenciam diretamente nesta definição. A qualidade de um produto ou serviço pode ser olhada de duas óticas: a do prestador e a do cliente. Do ponto de vista do prestador, a qualidade está associada à conceção e produção de um produto que vá ao encontro das necessidades do cliente. Do ponto de vista do cliente, a qualidade está associada ao valor e à utilidade reconhecidas do produto. Do ponto de vista dos clientes, a qualidade não é unidimensional. Para o cliente, a qualidade é determinada quando o produto e ou serviço atingem a expectativa do cliente. A definição de qualidade deve sempre estar relacionada com a satisfação do cliente. Do ponto de vista da empresa, o conceito deve estar definido de forma clara e objetiva, definindo de forma concisa as necessidades dos clientes e determinar os requisitos de qualidade do produto. Estes requisitos devem estar quantificados para que a qualidade possa ser interpretada por todos do mesmo modo³.

Um dos pioneiros na definição dos sistemas de gestão de qualidade, foi Edward Deming^{4,5}. Ele definiu qualidade como “atender continuamente as necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar”. Em 1989, este autor dá o seu principal contributo para o desenvolvimento da área, ao definir os 14 princípios da boa gestão, de acordo com a tabela nº1.

Tabela 1. Princípios de gestão dos sistemas de qualidade segundo Edward Deming

1	Criar recursos permanentes para a melhoria de produtos e serviços.
2	Adotar novas formas de gestão.
3	Dar prioridade à prevenção e não à inspeção, controlando a qualidade por amostragem.
4	Acabar com a escolha dos fornecedores com base apenas num único critério, o do preço. É importante desenvolver relações duradouras com os fornecedores.
5	Apostar na melhoria constante e permanente do sistema de produção.
6	Instituir novos modelos de formação.
7	Instituir as novas formas de liderança.
8	Eliminar o medo do estilo autoritário, encorajando a comunicação.
9	Eliminar barreiras entre departamentos, fomentando o trabalho em equipa e instituindo-se os Círculos de Qualidade.
10	Eliminar <i>slogans</i> e metas numéricas.

(Continuação) Tabela 2. Princípios de gestão dos sistemas de qualidade segundo Edward Deming

11	Abandonar a gestão por objetivos com base em indicadores quantitativos.
12	Não classificar, nem ordenar o desempenho dos trabalhadores.
13	Instituir um programa de educação.
14	Estruturar a gestão de modo a cumprir os 13 pontos anteriores e obter o empenho de todos na mudança.

Fonte: Deming, E. *The New economics For Industry, Government, Education.w. Edwards Deming Institute. 2ªedição. 1994.*

Juran propõe a trilogia da qualidade, ou seja, o controlo de qualidade deverá envolver 3 processos: Planear, Melhorar e Controlar. Outro contributo importante deste autor é o conceito de *management breakthrough*. O objetivo da gestão é o de tentar, continuamente, alcançar o melhor desempenho possível para a organização^{4,6}. Para Juran existem 10 princípios para a Gestão da qualidade:

Tabela 3. Princípios da gestão de qualidade, de acordo com Juran

1	Consciencializar todos para a necessidade e oportunidade de melhoria
2	Estabelecer metas específicas para a melhoria contínua da qualidade
3	Organizar de modo a que seja possível alcançar os objetivos e metas
4	Assegurar a formação do pessoal
5	Implementar projetos e equipas para resolver problemas e eliminar obstáculos
6	Acompanhar a evolução e melhoria da qualidade
7	Dar reconhecimento
8	Comunicar e divulgar os resultados
9	Medir processos e melhorias com base em indicadores
10	Incorporar a melhoria contínua e fixação de metas de qualidade nos sistemas de gestão das empresas.

Fonte: Juran, J.M, Godfrey, A. *Juran's Quality handbook. 5ªedição. McGrawHill.1998*

Philip Crosby afirma que 80% dos problemas deve-se aos gestores e não aos operários, logo é imprescindível o envolvimento de todos, desde a gestão de topo, ao trabalhador do nível mais baixo da hierarquia^{4,7}. Crosby implementa também o conceito de prevenção, sobre o qual argumenta que os custos da prevenção serão sempre mais baixos do que os da correção. Outra ideia importante é a necessidade de prevenção. Assim, Crosby é o autor do conceito de “zero defeitos” que significa, não que os produtos sejam perfeitos, mas sim que todos estão empenhados na qualidade

dos produtos, isto é que a conformidade dos requisitos previamente definidos, sejam alcançados “Qualidade é fazer com que todos façam o que acordaram previamente fazer”^{4,7}. Crosby apresenta também um modelo de 14 passos para uma gestão de qualidade:

Tabela 4. Os 14 Princípios da gestão de qualidade segundo Crosby

1	Compromisso da gestão de topo em relação à qualidade
2	Equipas de melhoria da qualidade
3	Medida da qualidade
4	Avaliação do custo da não qualidade
5	Tomada de consciência das necessidades da qualidade
6	Ações correctivas
7	Planear um programa “Zero Defeitos”
8	Formação dos responsáveis e inspectores
9	Instituir a máxima “Zero Defeitos”
10	Definição de objectivos
11	Eliminar as causas dos erros
12	Reconhecimento
13	Círculos de Qualidade
14	Recomeçar e progredir sempre

Fonte: Crosby, P. Crosby's 14 steps to improvement. Quality progress. McGrawHill. Dezembro 2005.

2.3. Conceito de qualidade na saúde

Na saúde, podemos afirmar que existem dois campos para avaliar: o técnico que corresponde à parte da realização do produto, propriamente dito e o da perceção quer dos clientes pelo serviço prestado, quer dos profissionais enquanto prestadores do serviço. Os serviços de saúde que implementam sistemas de gestão de qualidade esperam contribuir de forma efetiva e positiva para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e para a segurança do doente. Com a globalização existe uma necessidade emergente de estabelecer padrões clínicos nos serviços de saúde.³

A segurança do doente não é fácil de analisar e de forma pragmática e delimitada apresentar soluções para a redução de eventos ou eliminação que causam dano. Uma vez que na realidade as organizações de saúde normalmente apresentam problemas de segurança de origem multifatorial. As organizações de saúde caracterizam-se por

serem sistemas de grande complexidade, devido à missão para a qual estão orientadas, às atividades que desenvolvem, às características do seu público-alvo, aos processos que desenvolvem e, também, aos profissionais que nelas participam. Esta multifatorialidade subjacente aos eventos adversos, para a ocorrência de um evento adverso ou dano no doente é necessário o alinhamento de diversos *buracos*, por exemplo, falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos doentes, etc, segundo Reason^{8,9}. A fonte do *problema* é, na maioria das vezes, desencadeada por múltiplos fatores, podendo a sua origem resultar de *deficiências* ou *falhas* na **estrutura** ou no **processo**, como a definição de Donabedian^{10,11}. Avedis Donabedian, médico pediatra, foi um dos pioneiros na avaliação dos serviços de saúde. Em 1980, Donabedian desenvolveu a trilogia para a avaliação da qualidade em saúde: Estrutura, Processos e Resultados. A estrutura serão os recursos (humanos, materiais, financeiros), os processos serão as atividades que são realizadas para a prestação dos cuidados de saúde, e os resultados será o produto final.

Existem várias definições para o termo qualidade para a área da saúde. O Institute of Medicine do Estados Unidos da América do Norte, no documento "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century", refere que os cuidados de saúde devem ser¹²:

1. **Seguros:** no sentido de evitar lesões ao doente em resultado dos cuidados prestados;
2. **Eficazes:** através da prestação de cuidados de saúde assentes em bases científicas para aqueles que podem beneficiar deles, e não os aplicando aqueles em que se espera não haver benefício;
3. **Centrados no doente:** através da prestação de cuidados de saúde respeitando a individualidade do doente, as suas preferências, necessidades e valores, e assegurando que são os valores dos doentes a orientar todas as decisões clínicas;

De facto, o conceito de qualidade em saúde pode-se apresentar sob várias perspetivas, podendo assumir definições diversas. A definição adotada pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que sustenta essa íntima relação, quando refere qualidade em saúde como “ *O modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados*”¹³

De acordo com o Institute of Medicine, requisitos impostos pela certificação ou acreditação dos serviços de saúde podem servir vários propósitos. Assim, atividades

de certificação têm como objetivo garantir que os prestadores e fornecedores tenham que cumprir normas de segurança, saúde e padrões. Obrigam a questões relacionadas com a prestação eficaz e eficiente de atendimento aos beneficiários, garantindo a sua segurança através do licenciamento garantido por entidades reconhecidas a nível internacional, de que um serviço de saúde cumpre as exigências do licenciamento.¹²

Padrões de desempenho e as expectativas para os profissionais de saúde podem ser definidas através de processos de supervisão, tais como acreditação, licenciamento e certificação. Padrões e expectativas podem também ser moldados por associações de profissionais e outros grupos que promulgam diretrizes ou protocolos e patrocinam atividades educacionais.¹⁴

Em Portugal, o Instituto de Qualidade em Saúde (IQS), tem coordenado entre 1999 e 2006, diversos programas de melhoria da qualidade no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Tendo iniciado a publicação de *guidelines*. A Acreditação hospitalar foi aceite e implementada em diversos hospitais do país. Desde 1999 que existe um Programa de Acreditação de Hospitais permitindo introduzir novos padrões em áreas clínicas para resolver problemas. Ao mesmo tempo, ocorreram diversas iniciativas por todo país tais como a certificação pela *International Organization for Standardization (ISO)* dos serviços hospitalares, auditorias clínicas, sistemas de notificação de eventos, indicadores clínicos, questionários de satisfação, regulamentações, etc.¹⁴

Assim, o sucesso da gestão dos serviços de saúde requer inevitavelmente a integração em programas de qualidade como a certificação/acreditação.

2.4. Cultura de Segurança

Mas o que é “cultura de segurança”? A agência de Segurança e Saúde do Reino Unido (*The United Kingdom Health and Safety Executive*) define a cultura de segurança como “ O produto de valores individuais e em grupos, atitudes, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento, o estilo e a eficácia de programas de saúde e segurança de uma organização”.¹⁵

O termo cultura de segurança surge sempre associado à segurança do doente. No Canadá, segundo Lowe¹⁶ os líderes do sistema de saúde foram levados a agir de acordo com a evidência de que, nomeadamente na classe profissional dos enfermeiros, o rácio dos recursos humanos, a utilização de enfermeiros não especializados e as condições de trabalho influenciavam os resultados de satisfação dos doentes, a morbilidade e mortalidade. Ao se aliar qualidade e segurança entre as

estratégias dos recursos humanos, torna-se possível realizar e alcançar o bem-estar dos profissionais de saúde e as pessoas que eles prestam serviços.

A segurança é mais do que uma prioridade, deverá estar incorporado nos seus valores e crenças partilhadas, sendo de extrema importância a sua comunicação. A cultura de segurança está muito além do conceito de culpa e vergonha, pelo contrário o objetivo é conseguir criar um ambiente de aprendizagem não-punitivo, onde a comunicação dos erros é comum, sem receios, represálias.¹⁷

Segundo Faria¹⁸, uma verdadeira “cultura de segurança” não depende só das normas sectoriais que possam vir a ser aprovadas, mas de todo um ambiente envolvente que passa obrigatoriamente por uma justiça não condenatória dos profissionais que hoje prestam cuidados de saúde ou gerem unidades de saúde, pois este é um sector onde o risco é inerente, mesmo existindo um cumprimento rigoroso das *leges artis* e das normas de segurança.

- Promover uma cultura de “não culpabilização” ao mesmo tempo que se identifica e pune quem age com negligência grosseira e não respeita as regras;
- Compensar as vítimas de injúrias em saúde sem o peso da máquina judicial;
- Tornar as unidades de saúde responsáveis por reportarem os seus erros, evitando que isso se transforme numa imediata sentença condenatória por parte da comunicação social ou numa ação em tribunal.

2.5 Erro Médico versus Evento adverso

De acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) ¹⁹, define-se:

Erro: Uma falha que ocorreu numa ação planeada, para ser concluída como previsto (ou seja, erro de execução) ou a utilização do plano errado para alcançar o objetivo (ou seja, erro de planeamento). Os erros podem ser omissos e normalmente refletem deficiências do sistema.

Evento adverso: um dano relacionado com a gestão médica, em contraste com as complicações da doença. Inclui todos os aspetos de prestação de cuidados de saúde (diagnóstico e tratamento, falha do diagnóstico ou do tratamento, sistemas e equipamentos utilizados para a prestação de cuidados). Os eventos adversos podem ser evitados ou não.

Evento adverso evitável: Evento adverso causado por um erro, sistema ou falha de equipamento

Near-miss^a: Erro grave ou acidente que tem o potencial para causar um evento adverso, mas que não chega a acontecer por causa do acaso ou porque ele é interceptado. Também chamado de evento adverso potencial.

Evento adverso potencial:

Incidente (Incidente adverso): Qualquer desvio do padrão de prestação de serviços que resulta num potencial risco ou dano para o paciente. Engloba os erros adversos evitáveis

Evento adverso potencial: Um erro grave ou acidente que tem o potencial para causar um evento adverso, mas não consegue fazê-lo por causa do acaso ou porque é interceptado (*near-miss*).

De acordo com Paula Faria ¹⁸, jurista e professora de Direito Penal em Portugal existem diferenças entre erro médico, evento adverso e negligência médica. O evento adverso é de todos o mais abrangente, porque parece incluir situações em que por razões imprevisíveis, algo corre mal ou ameaça vir a correr mal. O erro devido a falha humana pode ocorrer por distração momentânea, má execução de uma técnica, fadiga no desempenho de uma tarefa ou por outros motivos e não significa forçosamente uma violação do cuidado por parte do médico ou do profissional de saúde. Finalmente, temos situações de verdadeira negligência, em que existe uma violação do dever de cuidado por parte de quem atua.¹⁸

De acordo com *Institute of Medicine (IOM)*¹ os “erros” devem ser vistos em primeiro lugar como falhas institucionais, em vez de falhas individuais. No entanto, esta não será a visão do doente, cuja responsabilidade será sempre atribuída ao profissional de saúde, numa entrevista a 1207 membros do público. A maioria dos médicos acredita mais na responsabilidade individual do que na responsabilidade institucional, num estudo realizado a 831 médicos, em Inglaterra.¹

Ao longo da história existem diversos documentos que reportam incidentes e eventos adversos relacionados com o uso das radiações médicas.²⁰

A raiz do problema, no que diz respeito à segurança dos doentes, o enfoque é colocado na análise da estrutura e dos processos, no entanto devemos ter sempre presente num evento adverso da existência de problemas ao nível do processo ou da estrutura, pelo que é de todo conveniente e recomendável a adoção de abordagens globais e integradas.²⁰

^a “Quase-acidente”

2.6 Cultura de segurança em Portugal

A cultura de segurança do doente (CSD) é uma componente estruturante e uma variável incontornável da Qualidade em Saúde, de acordo com estudo realizado nos Hospitais distritais portugueses²¹, tratou-se de um estudo descritivo analítico. Este estudo envolveu 136 sujeitos cujo instrumento de recolha de dados foi “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*”³⁷. Neste estudo verificou-se que a única dimensão com uma avaliação claramente positiva, acima dos 75 %, foi “Trabalho em equipa”. Os enfermeiros entendem que existe entreajuda (95%), embora esta seja a única dimensão acima de 75%, há a destacar as “passagens de turno e transferências de doentes”, de acordo com estes profissionais é um aspeto muito bom da cultura de segurança do doente, não sendo as mudanças de turno problemáticas para o doente (78%) e a informação sobre os doentes não se perde quando estes são transferidos de acordo 69% dos inquiridos. Em relação ao item “O meu superior hierárquico dá atenção aos problemas relacionados com segurança do doente que ocorrem, verificou-se 78% de respostas positivas; Como fatores críticos, com resultados negativos, foi identificado pelos autores, em quatro dimensões, nomeadamente: Na dimensão da “resposta não punitiva ao erro”. Somente 18% sente que os seus erros não são registados no processo pessoal e utilizados contra si (37%) e apenas 35% entende que quando notifica é o problema o alvo da atenção e não a pessoa, depois surge em segundo lugar, a “frequência de notificação dos eventos/ocorrências, no qual apenas 33% dos enfermeiros respondentes afirma que os eventos adversos são notificados a “maioria das vezes” ou “sempre”. Esta perceção mantém-se crítica, independentemente de se tratar de eventos corrigidos antes do dano (29%), ou incidente sem potencial de dano (33%) ou ainda um *near miss* (37%); em terceiro lugar o “apoio da gestão/direção hospitalar para a segurança do doente”, verificou-se que apenas 44% destes profissionais o entende como positivo, quer enquanto prioridade nas ações da direção (43%), quer na forma como esta proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente (48%). Em relação à dotação de profissionais, verificou-se neste estudo²¹, que apenas 46% dos inquiridos a vêm de forma positiva. Apenas 41% entende que existem meios humanos para responder ao trabalho exigido e afirma que não trabalha sob pressão, tentando fazer muito, demasiado depressa. Apenas 43% considera que os profissionais não trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados. Uma outra dimensão é o “*feedback* e informação sobre os erros” 35% de respostas positivas. Menos de metade dos enfermeiros (46%) classifica a segurança do doente,

no seu serviço/unidade, como “muito boa” (42%) ou “excelente” (4%). Também neste estudo²¹ a maioria dos enfermeiros (80%), no total dos 4 hospitais, não relatou qualquer evento adverso ou ocorrência nos últimos 12 meses.

Num estudo piloto²² realizado em 7 hospitais públicos portugueses de Norte a Sul do país, publicado pela Direção Geral de Saúde, utilizou também cujo instrumento de recolha de dados foi “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*”.³⁷ Os questionários foram distribuídos aos profissionais de saúde via eletrónica. Os resultados obtidos foram referentes a 2449 indivíduos que responderam ao questionário. O estudo faz uma análise dos resultados hospital a hospital e depois apresenta os resultados a nível nacional. A nível nacional verificou-se que as dimensões que necessitavam de atuação a curto/médio prazo, ou seja cujas percentagens são abaixo de 60 % foram: *Resposta ao erro não punitiva* (41%), *frequência de notificação* (44%), *dotação de profissionais* (47%), *apoio à segurança do doente pela gestão* (48%), *trabalho entre unidades* (51%), *abertura na comunicação* (52%), *comunicação e feed-back acerca do erro* (54%), *perceções gerais sobre a segurança do doente* (59%) e *transições* (59%). As dimensões com intervenções a longo prazo são: *trabalho em equipa* (73%), *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* (68%), *expectativas do supervisor / gestor e ações que promovam a segurança do doente* (62%). Este estudo²² apresenta também recomendações para os hospitais no sentido de melhorar a cultura de segurança no hospital, mas faz também recomendações que servem a todos os hospitais nacionais, nomeadamente a nível de implementações de políticas de segurança que permitam o reforço da articulação das estruturas nacionais, regionais e locais; aperfeiçoamento de competências para a segurança do doente e da gestão de risco, implementação e desenvolvimento de um sistema de notificação com incentivo à aprendizagem, a adoção de indicadores associados ao tipo de organização, por forma a acompanharem a segurança do doente, o envolvimento da relação doente/familiar com a segurança, motivar a investigação na área da segurança do doente. Este estudo piloto²² recomenda a nível local a implementação de um pilar regional para a segurança do doente e gestão de risco, a implementação de planos de ação para a segurança do doente, implementar e/ou desenvolver sistemas de notificação, promover a formação interna e desenvolvimento de competências para a segurança do doente e gestão de risco, tornar os meios de comunicação mais eficazes.

2.7 Medicina Nuclear e Segurança do doente

A Medicina Nuclear (MN) é uma especialidade médica que se ocupa das técnicas de imagem para o diagnóstico e terapêutica de patologias utilizando radionuclídeos,

permitindo observar o estado fisiológico dos tecidos através da marcação de moléculas que participam nesses processos fisiológicos.²³

No contexto das profissões de saúde que utilizam as radiações ionizantes é pertinente expor os riscos a que estão sujeitos os utentes/doentes que se deslocam aos serviços de saúde.

No início do século XX, quando ainda havia falta de maiores estudos sobre as propriedades físico-químicas da radiação, uma série de terapias com elementos radioativos (especialmente urânio, rádio e radão) foram propostas e até mesmo comercializadas. Nos Estados Unidos, apenas a partir da década de 1930 foram tomadas medidas para proibir o uso de produtos com substâncias radioativas prejudiciais à saúde. Até a década de 1940, uma empresa americana comercializava pomadas, comprimidos e supositórios contendo elementos radioativos.²⁴

Podemos hoje dizer que a radiação ionizante é a radiação que possui energia suficiente para ionizar átomos e moléculas. Pode danificar as células e afetar o material genético (ADN - Ácido Desoxirribonucleico), causando doenças graves (por exemplo: Cancro). No espectro eletromagnético considera-se radiação ionizante a radiação com energia superior à radiação ultravioleta. Partículas como os eletrões e os prótons que possuem altas energias também são ionizantes. São exemplos de radiação ionizante as partículas alfa, partículas beta (eletrões e prótons), os raios gama, raios-x e neutrões.

O princípio básico da segurança radiológica estabelece que todas as exposições devem ser mantidas tão baixas quanto razoavelmente exequíveis *As Low As Reasonably Achievable* (ALARA).²⁵

A filosofia que tem por base o conceito ALARA diz-nos que a dose de radiação e os seus efeitos biológicos nos tecidos vivos, independentemente da sua magnitude, pode produzir algum nível de efeito prejudicial e um risco potenciador de mutações genéticas que poderão induzir ao desenvolvimento de patologias oncológicas. Sendo utilizado para orientar todas as etapas dos procedimentos clínicos que utilizam radiação, nos projetos de instalação deste tipo de equipamentos e nos procedimentos de proteção. Os três princípios fundamentais para cumprir os limites de dose regulamentados são o tempo (diminuição do tempo de exposição), a distância (cumprindo a lei do inverso do quadrado da distância) e por fim a blindagem (utilização de matérias adequados à energia do feixe de radiação utilizado).²⁵

Considera-se que os princípios básicos de proteção radiológica são:

□ **Justificação:** Nenhuma prática deve ser autorizada a menos que produza suficiente benefício para o indivíduo exposto, ou para a sociedade.

- Otimização: as instalações e as práticas devem ser planeadas, implementadas e executadas de modo a que as exposições acidentais sejam tão baixas quanto razoavelmente exequíveis tendo em conta as restrições de dose aplicáveis.
- Limitação de doses individuais: São valores de dose efetiva ou dose equivalente estabelecidos para exposições ocupacionais ou do público em geral decorrente de práticas controladas.

De acordo com a directiva 97/43/Euratom^b do Conselho de 30 de Junho de 1997²⁶ relativa à proteção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes de radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas, presente diretiva é aplicável às seguintes exposições radiológicas médicas:

- a) Exposição de pacientes no contexto de um diagnóstico ou tratamento médico;
- b) Exposição de pessoas no contexto da medicina ocupacional;
- c) Exposição de pessoas no contexto de programas de rastreio médico;
- d) Exposição de pessoas saudáveis ou de pacientes que participam voluntariamente em programas de investigação médica ou biomédica, de diagnóstico ou terapêutica;
- e) Exposição de pessoas no contexto de procedimentos médico-legais.

Em que as estimativas de dose para a população devem estar asseguradas pelos estados membros para que a distribuição das estimativas de doses individuais resultantes das exposições radiológicas médicas seja determinada para a população e para os grupos populacionais de referência pertinentes da forma considerada necessária pelo Estado-membro, cumprindo sempre o princípio da justificação, otimização e limitação de dose.

2.8 Segurança do Doente e Radiação

Nas últimas duas décadas aumentou de forma significativa os serviços médicos que recorrem ao uso de radiações. A utilização inapropriada ou não qualificada do uso destas tecnologias pode resultar em potenciais riscos de saúde quer para o doente, quer para os profissionais de saúde. É portanto necessário controlar estes riscos e maximizar os benefícios da utilização da radiação em medicina.^{28,29}

O uso médico de radiações ionizantes é o maior contribuidor para a exposição a radiações ionizantes artificiais da população. A utilização da radiação em medicina permitiu elevadas melhorias quer nos diagnósticos, quer nos tratamentos das doenças, não colocando em causa as mais-valias da sua utilização nos pacientes. É no entanto, é necessário o seu controlo e minimizar os riscos de saúde e maximizar benefícios da radiação em medicina. O aumento de procedimentos radiológicos

^b European Atomic Energy Community

médicos irá ser significativo, em particular nas economias emergentes e países industrializados.²⁹

A segurança e efetividade do uso de radiação em procedimentos médicos é um dos pilares das “Boas práticas Médicas”. O fornecedor do equipamento é uma das principais partes interessadas para reforçar os requisitos de segurança para os equipamentos emissores ou recetores de radiação, que deve ser tida em conta aquando da realização de investigação científica.²⁸

A diretiva da Euratom 96/29 de 1996 ²⁷ definem *guidelines* de proteção radiológica quer para profissionais quer para o público. A diretiva da Euratom 97/43 de 1997 ²⁶ estabelece princípios de proteção radiológica em exposições médicas, incluído a proteção no diagnóstico e tratamento dos doentes, em estudos de saúde ocupacional, ensaios, exames de rotina e acompanhantes. As chaves da proteção são sempre: Justificação, otimização, responsabilidades dos fornecedores, normas de orientação clínica, *guidelines*, formação, equipamento, controlo de qualidade, proteção na gravidez, exposições potenciais e estimação das doses da população.

De acordo com o Manual de Boas Práticas²³ publicado pela Ordem dos Médicos-Colégio da especialidade de Medicina Nuclear (CMN):

“Os utentes/doentes que acedem a um Serviço de Medicina Nuclear pretendem obter deste os níveis de qualidade que lhes garantam resultados corretos quer no diagnóstico quer na terapêutica da sua situação de doença.

Os médicos e as equipas de profissionais, por eles dirigidas, devem ter como objetivo um nível de assistência elevado, manter uma educação contínua e preocupar-se com a atualização permanente do conhecimento científico, numa cultura de excelência, não descurando metodologias de investigação na área da ciência médica. Devem promover o recrutamento de pessoal qualificado (recursos humanos adequados), equipamentos modernos e instalações amistosas.”

No desenvolvimento da sua atividade devem as unidades de saúde e os seus profissionais observar o cumprimento das regras deontológicas respetivas, tendo em particular atenção o princípio da independência profissional e técnica.

As bases da organização devem assentar em projetos de liderança e níveis de responsabilidade bem definidos, que deverão ser adaptados à dimensão de cada serviço.”

“Uma unidade de medicina nuclear adequadamente desenhada deve garantir a proteção radiológica dos doentes, trabalhadores e membros do público, respeitando a legislação nacional e as recomendações internacionais aplicáveis. Deve ainda proporcionar um acesso conveniente e um ambiente confortável. As dimensões da

unidade devem ser adequadas às técnicas a praticar, ao número de exames a realizar e ao fluxo de doentes previsto.”

Um serviço de MN integra uma equipa multidisciplinar de médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, físicos, enfermeiros, administrativos e assistentes de consulta ou auxiliares de ação médica.

Os riscos de incidentes com radiação ocorrem e devem ser minimizados.³⁰ Assim, nos serviços de saúde que utilizam radiações ionizantes para a realização de exames médicos aumenta a complexidade das situações que podem correr mal. Foi realizado um estudo³¹ retrospectivo, na Escócia, sobre os incidentes ocorridos durante 10 anos, nos serviços de radiologia e MN. O estudo³¹ realizado a 20 unidades de saúde, que servem uma população de 2.8 milhões. Assim, neste estudo verificou-se que 31% dos incidentes reportados num período de 10 anos envolviam o serviço de MN. Verificou-se, também, que ao longo dos 10 anos os incidentes em MN tinham vindo a diminuir, uma vez que 54% dos incidentes ocorridos nos serviços de MN tinham ocorrido nos primeiros 2 anos, enquanto nos últimos dois anos do estudo era apenas de 20%. No serviço de medicina nuclear 37% dos incidentes deveram-se a contaminações radioativas. 80% dos incidentes devido à exposição excessiva de radiação aos doentes resultam de erro humano ou de falha no procedimento e apenas 20% se deve a falha do equipamento.

No mesmo estudo,³¹ verificou-se que uma das causas mais comuns de incidente foi a falha de identificação do doente, isto é, doentes com o mesmo nome, ou pacientes que respondem pelo nome errado. Verificou-se que estes incidentes diminuíram ao longo dos anos, adotando medidas de prevenção, como o doente para além do nome ter que confirmar a sua data de nascimento. Nos últimos anos, verificou-se que passou a ser mais frequente a incorreta identificação do doente na prescrição. Outro tipo de erro verificado neste estudo³¹ foi a realização do exame errado, devido à prescrição ser manuscrita e muitas vezes pouco perceptível para o médico nuclearista, ou porque a prescrição indica o lado errado do corpo, ou porque o médico nuclearista pode ler a prescrição errada. Outro tipo de evento, é os pedidos duplicados, que por variadíssimas razões podem ocorrer, em princípio com a utilização de um sistema RIS (Radiology Information System) este tipo de incidente será mais difícil de ocorrer, no entanto se existir duas entradas para o mesmo paciente, com números diferentes poder-se-á verificar uma duplicação de exames ao mesmo doente.

Um incidente a ter em conta nos serviços que utilizam as radiações ionizantes, é a não realização de exames a doentes grávidas, a não ser que o benefício para a grávida seja maior do que o risco. De acordo com estudo realizado na Escócia³¹, um dos

incidentes registado foi o de doentes que verificaram estar grávidas na altura da realização dos exames radiológicos. Isto pode dever-se a uma falta de confirmação do técnico de saúde da possibilidade de a doente estar grávida, ou quando a própria doente indica uma data errada do seu período menstrual. Na MN, a maioria dos erros ocorridos, verifica-se na administração do radiofármaco errado, atividade errada, ou a administração do radiofármaco ao doente errado. Este incidente engloba, também, as falhas na preparação do radiofármaco, em que a pureza radioquímica é baixa, e portanto a qualidade da imagem obtida é insuficiente para a realização do exame. Outro tipo de incidente verificado, dentro deste grupo, foi também a falha na administração na veia, o que confere aquela região uma dose muito elevada. Assim, neste estudo,³¹ no serviço de Medicina Nuclear, verificou-se que os doentes tinham sido expostos a doses de radiação superiores devido: 47% ao radiofármaco ou atividade, 6% devido a falha na administração do radiofármaco, 13% falha do equipamento, 8% a realização do exame a doentes grávidas, 14% realização do exame ao paciente errado, 8% devido a falhas da equipa de saúde e 8% devido a falhas relacionadas com o doente. Verificou-se que o número de incidentes reportados era de 12 por ano no serviço de medicina nuclear, numa população de 2.8 milhões, o que representa 30 incidentes em cada 100 000 procedimentos.

3. Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

No que se refere ao tipo de estudo, estamos perante um estudo descritivo uma vez que descreve de forma rigorosa e clara um dado objeto de estudo na sua estrutura e funcionamento.³² Um estudo descritivo, de acordo com Fortin,³³ “visa obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre fenómenos em que existam poucos trabalhos de investigação”.

É um estudo prospetivo uma vez que visa profissionais de saúde que integram o serviço de medicina nuclear (SMN) de um hospital privado de Lisboa, em 2012, mais concretamente do centro oncológico do hospital referido, no mês de Julho de 2012. Segundo Friedman³⁴: “no estudo prospetivo as observações são colhidas a partir do momento em que a investigação começa, enquanto nos retrospectivos as observações foram já registadas no passado”.

Trata-se também de um estudo exploratório no que refere à sua aplicação na MN, uma vez que é um estudo em que os conhecimentos prévios sobre a situação são poucos.

3.2 Questões de Investigação

As questões de investigação utilizam variáveis que descrevem as relações que possam existir entre elas. Decorrem diretamente dos objetivos e especificam os aspetos a estudar. Indicam a direção que o investigador quer seguir, onde neste caso se deseja descrever conceitos ou fenómenos. Para Fortin³³ “uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações”. Assim, as questões de investigação são concretas, escritas no presente e que contêm o ou os conceitos em estudo. Após definido qual o tipo de estudo a realizar formulou-se as seguintes questões de investigação:

1. Existe uma cultura de segurança nos serviços de medicina nuclear?
2. Quais as características específicas do ambiente de trabalho que contribuem para uma cultura de segurança?

3.3 Objetivo Geral

Avaliar a cultura de segurança dos profissionais que integram um serviço de Medicina Nuclear, contribuindo para uma maior qualidade dos serviços prestados, sugerindo medidas de monitorização e melhoria da segurança do doente.

3.3.1. Objetivos específicos

- Revisão de bibliográfica sobre segurança do doente e segurança do doente em Medicina Nuclear
- Monitorizar a cultura de segurança do doente dos profissionais que integram o SMN;
- Identificar a dimensão que apresenta maior défice de cultura de segurança do doente no SMN;
- Identificar oportunidades de melhoria que conduzam a uma maior segurança do doente no SMN;
- Avaliar a adesão dos profissionais de saúde do serviço de Medicina Nuclear, à cultura de segurança do doente.

3.4 População/Amostra

No caso deste estudo a amostra foi constituída por profissionais de saúde do SMN, que integraram o SMN no período de 27 de Agosto de 2012 a 13 Setembro 2012. No estudo em questão a população e a amostra irão coincidir, uma vez que a população de profissionais é bastante pequena para permitir a seleção de uma amostra. Dado tratar-se de um estudo prospetivo, dado que estamos perante uma população/amostra diminuta a população é constituída por todos os profissionais que integram o SMN, do hospital em estudo.

3.5 Instrumentos de colheita de dados

Nesta investigação procedeu-se há obtenção de dados primários uma vez que foram resultantes da aplicação de questionários pelo investigador, aos profissionais de saúde que integram o SMN.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica através das bases de dados electrónicas: National Library of Medicine (MedLine), PubMed, Library Online (SCIELO), Elsevier Science Direct (ELSEVIER), Google Scholar, banco de dados da Agency on Healthcare Research and Quality (AHRQ) e bibliografia académica, utilizando como palavras-chave: Segurança do doente, medicina nuclear, cultura de segurança,

notificação de eventos, qualidade em unidades de saúde, com as diferentes combinações possíveis, nas diferentes bases de dados. Foram pesquisados artigos disponíveis até à data de Junho 2012^c. Foram incluídas publicações em Inglês, Português, Brasileiro. Foi realizada uma avaliação qualitativa das evidências recolhidas no que refere à cultura de segurança do doente.

Como instrumento de colheita de dados utilizou-se o Questionário HSPSC^d “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*”³⁷ concebido, testado e validado pela Agency on Healthcare Research and Quality. Foi eleito este questionário uma vez que é um questionário de fácil aplicação, tornando possível realizá-lo a qualquer profissional. Este questionário foi traduzido e adaptado à realidade portuguesa³⁸, encontrando-se disponível no Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (RIMAS), tendo sido pedida a devida autorização para a sua utilização. O questionário garante a confidencialidade e anonimato dos resultados. Este questionário foi administrado de forma direta, ou seja, foi entregue pessoalmente ao profissional pela investigadora, e foram depois de preenchidos colocados num envelope não identificativo, sendo atribuído numeração árabe aos questionários. O objetivo deste questionário é avaliar e monitorizar a cultura de segurança, as perceções gerais sobre a segurança do doente, a frequência da notificação, o número de notificações e a avaliação geral da segurança do doente.

De acordo com o guia do usuário deste questionário³⁷, este pode ser respondido por qualquer tipo de funcionário da organização hospitalar, com ou sem contato com os doentes, mas cuja prestação de cuidados pode afetar direta ou indiretamente os cuidados prestados. É também possível excluir funcionários que trabalhem em tempo parcial na instituição, uma vez que poderão desconhecer a cultura de segurança da organização³⁷.

Na presente investigação o questionário foi respondido por todos os funcionários. Uma vez que a investigadora considerou que seria importante avaliar a CSD de todos os profissionais, independentemente do vínculo com a instituição e do tipo de contato com o doente.

3.6. Análise dos dados

Para serem incluídos no estudo, os questionários deverão ter no mínimo uma secção de respostas completas e não ter mais de metade dos itens de uma secção não respondidos, ou seja, no caso dos inquiridos não terem respondido à maioria dos

^c Ver Cronograma – Anexo I

^d Ver Anexo II

itens, poderemos perder dados relevantes, que se tornam problemáticos nos cálculos dos resultados obtidos, podendo influenciar o valor final da cultura de segurança do departamento em análise.³⁷ Também não deverão ser incluídos os questionários cuja resposta se verifique ser igual em perguntas contraditórias, porque significa que o inquirido não deu a atenção necessária ao questionário. Este questionário apresenta respostas com significado extremo (positivo/negativo), de forma a se obter respostas consistentes.³⁷

De acordo com o recomendado,³⁷ procedeu-se à recodificação das respostas de modo a obter frequências quer dos itens quer nas dimensões, logo as categorias menos positivas [1 e 2 (discordo fortemente/discordo e nunca ou raramente)] foram combinadas e consideradas negativas, bem como as categorias mais positivas [4 e 5 (concordo fortemente / concordo ou maioria das vezes/sempre)] numa só categoria, sendo o resultado final a soma das frequências. Existe ainda a categoria neutral, sendo identificado como 3.

Os resultados positivos acima de 75% classificam a cultura de segurança como forte, isto é, nível muito bom, sendo os inferiores a 50% representam áreas problemáticas ou aspetos críticos.

O questionário permitiu ao investigador conhecer qual ou quais as dimensões em que é necessário trabalhar e sensibilizar os profissionais para melhorar a segurança do doente.

Assim, as dimensões da cultura de segurança no âmbito das unidades de saúde presentes no questionário são:

- Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança dos doentes;
- Aprendizagem organizacional – melhoria contínua;
- Trabalho em equipa no âmbito das unidades;
- Abertura na comunicação;
- Feedback e comunicação acerca do erro;
- Resposta ao erro não positiva;
- Dotação dos profissionais;

As dimensões de cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar presentes no questionário são:

- Apoio à segurança do doente pela gestão;
- Trabalho entre as unidades;
- Transições;

As variáveis de resultados são:

- Perceções gerais sobre a segurança do doente;

- Frequência da notificação;

Existem ainda 2 questões no questionário sobre o grau de segurança do doente relativo à unidade onde se desenrola o estudo, nomeadamente:

- O grau de segurança do doente;

- Número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses.

3.7 Considerações éticas

Em qualquer investigação que envolva o ser humano a ética e deontologia em investigação deve ser rigorosa e respeitada.

Antes de iniciar o estudo foi comunicado à direção clínica do hospital e responsáveis dos serviços alvo da investigação a intenção de desenvolver um trabalho de investigação na instituição, onde foi solicitada a aprovação do estudo em causa. Foi feita uma apresentação resumida dos objetivos na sala de reuniões do hospital, sendo ainda facultada uma cópia final à direção clínica e ao diretor do SMN.

Só após aprovação por parte do conselho de administração se iniciou a recolha de dados^e.

A confidencialidade dos dados e da identidade dos profissionais estará sempre salvaguardada ao longo da investigação e na apresentação dos resultados obtidos.

Os profissionais apenas participarão no estudo se assim o entenderem e poderão desistir a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

^e Ver Anexo III

4. Resultados e Discussão

Dos 30 questionários entregues, foram devolvidos 27. De acordo com os critérios de exclusão da AHRQ³⁷, não houve nesta investigação nenhum questionário excluído devido ao não preenchimento completo de uma secção. Os resultados apresentados foram tratados estatisticamente, recorrendo ao SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), cuja versão *software* utilizada foi a 18.

Começamos por fazer uma caracterização da amostra dos inquiridos, representada nas tabelas 4, 5, 6 e 7.

Caracterização dos inquiridos, por faixa etária, ver tabela 4

Tabela 5. Representação das faixas etárias dos profissionais

IDADE					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<30 anos	10	37,0	37,0	37,0
	31-40 anos	7	25,9	25,9	63,0
	41-50 anos	6	22,2	22,2	85,2
	51-60 anos	2	7,4	7,4	92,6
	> 61 anos	2	7,4	7,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Verifica-se que 37% dos inquiridos encontram-se na faixa etária de idade inferior a 30 anos, estando 14,8% nas faixas etárias acima dos 51 anos.

Em relação à caracterização dos respondentes, por profissão:

Tabela 6. Distribuição da amostra por categoria profissional

PROFISSÃO					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Administrativo	9	33,3	33,3	33,3
	Assistente Consulta	3	11,1	11,1	44,4
	Enfermeiro	5	18,5	18,5	63,0
	Médico	3	11,1	11,1	74,1
	TDT	6	22,2	22,2	96,3
	Físico	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

A maioria dos inquiridos pertence à categoria profissional dos administrativos, representando 33,3% da amostra.

Caracterização dos respondentes, por experiência profissional, ver tabela 3:

Tabela 7. Caracterização da amostra por experiência profissional

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 6 Meses	2	7,4	7,4	7,4
	6 a 11 Meses	2	7,4	7,4	14,8
	1 a 2 Anos	1	3,7	3,7	18,5
	3 a 7 Anos	6	22,2	22,2	40,7
	8 a 12 Anos	3	11,1	11,1	51,9
	13 a 20 Anos	6	22,2	22,2	74,1
	21 ou + anos	7	25,9	25,9	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Verifica-se que a maioria dos inquiridos (59,3%) apresenta uma experiência profissional acima dos 3 anos.

Após análise dos dados, verificou-se que três por cento (3%) dos inquiridos não têm interação ou contato direto com os doentes, no âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão.

Tabela 8. Caracterização dos profissionais que trabalham em mais do que uma unidade assistencial

MAIS DO QUE UMA UNIDADE ASSISTENCIAL					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIM	18	66,7	66,7	66,7
	NÃO	9	33,3	33,3	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

No que refere à questão “trabalha em mais do que uma unidade assistencial ou serviço neste ou noutro hospital?”, verifica-se que cerca de 66,7% dos inquiridos trabalha em mais do que uma unidade assistencial.

Passamos agora a avaliar as respostas obtidas ao questionário, começando por uma avaliação global das dimensões representadas na tabela 8, passando depois a realizar uma decomposição para uma avaliação item a item das dimensões que apresentam os resultados mais positivos (acima dos 50%) e as dimensões com resultados

negativos, abaixo dos 50%. Assim, a tabela 8 faz um resumo por dimensão, dos resultados obtidos:

Tabela 9. Percentagem de respostas às dimensões da cultura de segurança do doente no Serviço de Medicina Nuclear.

Dimensões da Cultura de segurança do doente	Percentagem de respostas positivas por dimensão
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	88,9%
Transições	88,9%
Trabalho em equipa	85,2%
Trabalho entre unidades	85,2%
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	81,5%
Perceções gerais sobre a segurança do doente	77,8%
Apoio da segurança do doente pela gestão	70,4%
Feed-back e comunicação acerca do erro	59,5%
Abertura na comunicação	48,1%
Resposta ao erro não punitiva	44,4%
Frequência da notificação	44,0%
Dotação de profissionais	42,3%

Com os dados da tabela 8, podemos dizer que o serviço de medicina nuclear apresenta um ambiente seguro nas dimensões que referem à aprendizagem organizacional (88,9%), transições (88,9%), ao trabalho em equipa e entre unidades (85,2%), às expectativas do supervisor (81,5%) e da segurança do doente (70,4% e 77,8%). Ao relacionarmos a faixa etária com as dimensões verificamos que existe uma relação positiva entre o trabalho em equipa e o aumento da faixa etária, ou seja, quanto maior é a faixa etária do respondente, maior é o número de respostas positivas em relação à dimensão trabalho em equipa.

No entanto, existe um trabalho grande a desenvolver no que refere à comunicação e à notificação. Existe também uma necessidade emergente de dar resposta à dotação de profissionais, se formos avaliar em pormenor os itens que elaboram a dimensão “Dotação de profissionais”, cuja percentagem de respostas positivas foi de 42,3%, verificamos (tabela 9, 10,11 e 12):

Tabela 10. Resultados obtidos no que refere à questão “ Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido”.

EXISTEM MEIOS HUMANOS PARA CORRESPONDER AO TRABALHO QUE É EXIGIDO					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	2	7,4	7,4	7,4
	Discordo	9	33,3	33,3	40,7
	Não concordo, Nem Discordo	2	7,4	7,4	48,1
	Concordo	12	44,4	44,4	92,6
	Concordo Totalmente	2	7,4	7,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tabela 11. Resultados obtidos para a questão “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável”

OS PROFISSIONAIS TRABALHAM MAIS HORAS POR TURNO DO QUE SERIA DESEJÁVEL					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	3	11,1	11,1	11,1
	Discordo	9	33,3	33,3	44,4
	Não Concordo, Nem Discordo	6	22,2	22,2	66,7
	Concordo	9	33,3	33,3	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tabela 12. Resultados obtidos para o item “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados do que seria desejável”

DISPOMOS DE MAIS PROFISSIONAIS TEMPORÁRIOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DO QUE SERIA DESEJÁVEL					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	1	3,7	3,7	3,7
	Discordo	7	25,9	25,9	29,6
	Não Concordo, Nem Discordo	9	33,3	33,3	63,0
	Concordo	7	25,9	25,9	88,9
	Concordo Totalmente	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tabela 13. Resultados obtidos para “Trabalhamos em “modo de crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa”

TRABALHAMOS EM MODO "CRISE", TENTANDO FAZER MUITO, DEMASIADO DEPRESSA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	5	18,5	19,2	19,2
	Não Concordo, Nem Discordo	6	22,2	23,1	42,3
	Concordo	11	40,7	42,3	84,6
	Concordo Totalmente	4	14,8	15,4	100,0
	Total	26	96,3	100,0	
Missing	0	1	3,7		
Total		27	100,0		

Ao fazermos uma avaliação item a item dentro da dimensão dotação de profissionais, verifica-se que 33,3% dos profissionais concordam que os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados, sendo que destes, 11,1% são Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT).

Na questão “existem meios humanos para corresponder ao trabalho exigido”, 44,4% dos inquiridos concordaram e 7,4% Concordaram totalmente com esta afirmação, onde 25,9% foram administrativos, sendo que os TDT, que tinham considerado que trabalhavam mais horas do que o desejável, apresentam 18,5% de discordância com esta questão, estando portanto em concordância com a resposta anterior.

Pelas tabelas 10 e 11, verifica-se que o fato dos profissionais trabalharem mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados e de existirem mais profissionais temporários na prestação de cuidados do que seria desejável contribui fortemente para o resultado negativo desta dimensão. Sendo que nenhuma das respostas tem uma percentagem claramente positiva, em nenhum dos itens.

Se formos avaliar a dimensão que obteve piores resultados, “dotação de profissionais”, em função da faixa etária, podemos verificar que a média de respostas é igual em qualquer faixa etária. Se avaliarmos por categoria profissional verifica-se que médicos, TDT, enfermeiros e administrativos têm respostas não positivas, ou seja, sendo a categoria profissional dos TDT a que responde de forma menos positiva com uma média de respostas de 2.96 e a dos médicos a mais positiva de 3.75, numa escala de 1 a 5.

É também preocupante a leitura dos resultados nas dimensões relacionadas com as notificações e comunicação: Frequência da notificação, Resposta ao erro não punitiva e Abertura na comunicação. Estas 3 dimensões apresentaram resultados abaixo dos 50%, demonstrando uma cultura pobre no que refere à notificação dos eventos adversos e registo de ocorrência. Não existe uma cultura no sentido do registar as ocorrências, transmitindo uma insegurança dos profissionais no que respeita à forma como são lidos os relatórios de notificação e as consequências. Olhando para os resultados destas dimensões verifica-se que na dimensão da Resposta ao erro não positiva, as respostas são muito próximas entre categorias profissionais, nenhuma categoria profissional apresenta uma resposta acima dos 4 (numa escala de 1 a 5), sendo que a categoria profissional que apresenta valores mais positivos é a dos TDT.

Na dimensão Abertura na comunicação, verifica-se também respostas positivas com média acima de 4 (numa escala de 1 a 5) nas categorias profissionais mais diferenciadas: Médicos, TDT e enfermeiros, sendo que os médicos apresentam uma média de 4,44, sendo os assistentes de consulta que apresentam uma média de respostas claramente negativas de 2,76.

No que refere à Frequência de notificação, verifica-se que a categoria que apresenta resultados negativos são assistentes de consulta e administrativos, com respostas cujo valor médio é abaixo de 3 valores. Se fizermos uma decomposição item a item, verificamos pelas tabelas 13, 14 e 15.

Tabela 14. Resultados obtidos para a frequência de notificação para a questão “Quando ocorre um evento, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente”

QUANDO OCORRE EVENTO, MAS É DETETADO E CORRIGIDO ANTES DE AFETAR O DOENTE COM QUE FREQUÊNCIA É NOTIFICADO					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	4	14,8	15,4	15,4
	Raramente	4	14,8	15,4	30,8
	Por vezes	5	18,5	19,2	50,0
	Maioria Das Veze	8	29,6	30,8	80,8
	Sempre	5	18,5	19,2	100,0
	Total	26	96,3	100,0	
Missing	0	1	3,7		
Total		27	100,0		

Tabela 15. Resultados obtidos para a frequência de notificação para a questão “ Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente”

QUANDO OCORRE EVENTO/OCORRÊNCIA, MAS NÃO TEM PERIGO POTENCIAL PARA O DOENTE, COM QUE FREQUÊNCIA É QUE É NOTIFICADO					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	7	25,9	26,9	26,9
	Raramente	3	11,1	11,5	38,5
	Por vezes	7	25,9	26,9	65,4
	Maioria das vezes	7	25,9	26,9	92,3
	Sempre	2	7,4	7,7	100,0
	Total	26	96,3	100,0	
Missing	0	1	3,7		
Total		27	100,0		

Tabela 16. Resultados obtidos para a frequência de notificação para a questão “Quando ocorre um evento/ocorrência que pode causar dano, mas isso não acontece”

QUANDO OCORRE EVENTO/OCORRÊNCIA QUE PODE CAUSAR DANO, MAS ISSO NÃO ACONTECE, COM QUE FREQUÊNCIA É NOTIFICADO					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	5	18,5	20,0	20,0
	Raramente	4	14,8	16,0	36,0
	Por vezes	3	11,1	12,0	48,0
	Maioria das vezes	7	25,9	28,0	76,0
	Sempre	6	22,2	24,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	0	2	7,4		
Total		27	100,0		

As respostas são semelhantes, independentemente do nível de segurança para o doente, a maioria dos inquiridos, responde a maioria das vezes, no entanto existe uma distribuição muito homogénea por todas as hipóteses de resposta. É curioso, relacionar com a questão do número de eventos notificados nos últimos 12 meses, onde apenas 7,4 % dos inquiridos diz ter feito 1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências. O número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses foi, 7,4%, para 1 a 2 relatórios, sendo que 92,6% dos inquiridos refere que não notificou qualquer evento/ocorrência, conforme tabela 16.

Tabela 17. Frequência do número de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses

NÚMERO DE EVENTOS/OCORRENCIAS NOTIFICADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	25	92,6	92,6	92,6
	1 a 2 relatórios	2	7,4	7,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

A dimensão relacionada com o “Feed-back e comunicação acerca do erro” apresenta valor positivo, 59.5 %. Analisando os dados, verifica-se que as categorias mais diferenciadas (médicos, TDT e enfermeiros) são as que apresentam respostas positivas, isto é, com uma média de respostas acima dos 4 valores, numa escala de 1 a 5.

Em relação à classificação dos inquiridos no que refere ao grau da segurança do doente, no serviço de medicina nuclear, 63% classifica como “Muito Boa”, tabela 17.

Tabela 18. Resultados para o grau de segurança atribuídos pelos profissionais ao serviço de Medicina Nuclear

GRAU DE SEGURANÇA DO DOENTE					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Razoável	6	22,2	23,1	23,1
	Muito boa	17	63,0	65,4	88,5
	Excelente	3	11,1	11,5	100,0
	Total	26	96,3	100,0	
Missing	0	1	3,7		
Total		27	100,0		

Dos 27 inquiridos, 5 realizaram comentários no final do questionário. Os comentários foram realizados por 1 médico, 2 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 1 enfermeiro e 2 assistentes de consulta (tabela 18):

Tabela 19. Comentários dos profissionais de saúde, por categoria profissional.

Comentários:
A Organização quando foi delineada tinha bem presente que o doente estava colocado no centro. Ao fim de 5 anos de trabalho torna-se urgente um reposicionamento de Segurança do doente e repensar nos Sistemas de Notificação.
Penso que deveria de haver mais ações de formação para melhorar a nossa prestação nos serviços e apoio aos doentes e assim crescermos profissionalmente
Reunião de equipa para discussão de situações quotidianas
Sendo um hospital privado o doente não deveria esperar mais de 10 minutos para uma consulta (chegam a estar 1 a 2 horas à espera). A agenda dos médicos devia ser coordenada de maneira a que o doente não ficasse tanto tempo à espera.

Implementação de um Sistema de Notificação a nível hospitalar é da máxima urgência

Penso que o hospital de uma forma geral deve investir em mais políticas de segurança do doente, ainda que as unidades/serviços apliquem métodos específicos para a segurança do doente, algumas medidas generalistas podem ser aplicadas, nomeadamente ao nível de espaços comuns.

Verifica-se que os comentários dos profissionais vêm na linha da preocupação da segurança do doente, porque sabem que os erros/eventos acontecem. Ressalta a necessidade na perspetiva dos profissionais da existência de um sistema de notificação de eventos.

O serviço de medicina nuclear encontra-se num processo de certificação, tendo-se observado uma variação de resultados à questão: “O seu serviço é certificado?”, razão pela qual não foi valorizada esta resposta.

5. Considerações finais:

Os resultados obtidos vão em linha com a bibliografia sobre a cultura da segurança do doente em Portugal.^{21;22} Se compararmos com os resultados obtidos no estudo realizado pela AHRQ,³⁷ em 2004, e com os estudos em Portugal, verificamos (Tabela 19).

Tabela 20. Benchmarking do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Hospital Survey on Patient Safety Culture (Publication nº4-0041, Sep. 2004)	Resultados (% de positivos)				
	EUA (2004)	Espanha (2008)	Reino Unido (2010)	Portugal (Diniz, et al,2011)	Medicina Nuclear(2012)
Trabalho em equipa	74	72	75	73	85
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	60	62	68	62	82
Apoio à segurança do doente pela gestão	60	25	45	48	70
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	71	54	66	68	89
Perceções gerais sobre a segurança do doente	56	48	59	59	78
Comunicação e feedback acerca do erro	52	44	56	54	60
Abertura na comunicação	61	48	60	52	48
Frequência da notificação	52	47	71	44	44
Trabalho entre unidades	53	42	41	51	85
Dotação de profissionais	50	28	34	47	42

(Continuação) Tabela 21. Benchmarking do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Transições	45	54	43	59	89
Resposta ao erro não punitiva	43	53	31	41	44

Sendo as dimensões com valores mais positivos o aprendizagem organizacional-melhoria contínua, trabalho em equipa, transições e trabalho entre unidades. Estes dados positivos acompanham os outros países, nos quais o trabalho em equipa dentro das unidades apresenta-se, regra geral, como o aspeto mais forte Estados Unidos da América 74%, Espanha 72%, Reino Unido 75%, Portugal 73%,²³ como está exemplificado na tabela 19.

As dimensões com valores menos positivos foram: *A resposta ao erro não positiva (44%)*, *a frequência de notificação de eventos (44%)* e *a dotação de profissionais (42%)*. Dimensões que deverão ser consideradas como prioritárias para a intervenção a curto prazo.

De acordo com a opinião dos profissionais que participaram nesta pesquisa a segurança do doente é uma preocupação da instituição hospitalar. Verificou-se que, no que refere à aprendizagem organizacional existem ações empreendidas no intuito da melhoria contínua, com uma percentagem de respostas positivas de 88,9%, valor muito positivo se o compararmos com o estudo de Fernandes et al,²¹ com uma percentagem de respostas positivas de 74%, ou se compararmos com o estudo piloto realizado em Portugal²² com um valor de 68%.

Pelo questionário pode perceber-se que a maioria dos inquiridos tem uma interação direta com o doente, este contato é de extrema importância, uma vez que é através deles que se garante a satisfação dos clientes e a segurança do doente.

Verificou-se que a frequência da notificação de eventos/ocorrência está longe de ser a ideal, não tendo sido objetivo deste trabalho a análise de eventos/ocorrências com doentes e notificações registadas, no entanto o valor obtido nesta investigação de 44%, percentagem igual ao estudo piloto realizado aos hospitais portugueses²³ ou se compararmos com o estudo de Fernandes et al ²¹ onde 80% dos inquiridos afirmam não ter realizado qualquer notificação nos últimos 12 meses.

Verifica-se que no que refere às dimensões relacionadas com a notificação de eventos (44%), abertura na comunicação (48,1%) e resposta ao erro não punitiva (44,4%), os resultados são muito pobres, ficando muito longe do ideal, sendo necessária a intervenção da organização nestas dimensões, contribuindo para o aumento da

segurança do doente no SMN, estando estes resultados também em linha com a bibliografia exposta nesta investigação. Verifica-se que os profissionais sentem que existe uma cultura punitiva perante o erro, este é um mau princípio, uma vez que cultiva o ambiente de instabilidade e medo nos profissionais e conseqüentemente a não notificação de erros/ocorrências futuras.

O serviço de medicina nuclear e a instituição deverão tentar transmitir uma cultura de segurança do doente aproveitando como ponto de partida os resultados bastante positivos na dimensão da aprendizagem organizacional. Um ponto evidenciado pelos resultados desta pesquisa foi que a maioria dos inquiridos (81,5%) considera que o seu superior hierárquico aceita sugestões para a melhoria dos processos de segurança do doente, bem como a transmissão de uma palavra agradável sempre que ocorre um bom desempenho por parte do profissional de saúde.

O SMN, não deverá preocupar-se em achar os culpados, mas sim o porquê dos eventos/ocorrências ocorrerem, deverá dar lugar à comunicação onde seja permitido a todos os profissionais participarem na análise dos processos, verificando os pontos fracos sendo estes os veículos para a ocorrência de erros.

Outra área onde é necessário uma intervenção é na dotação de profissionais (42,3%), onde se verifica uma visão partilhada por todos da necessidade de aumentar os recursos humanos e de garantir profissionais não temporários no serviço de medicina nuclear.

Os profissionais classificaram, na sua maioria, o grau de segurança do doente, no serviço de medicina nuclear como “Muito Bom”, 63%, sendo esta classificação importante na perspectiva do doente, uma vez que os profissionais acreditam que o departamento é seguro, transmitindo esta confiança para o doente.

Como recomendação para uma melhoria da cultura de segurança do doente, no serviço de medicina nuclear, seria importante apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde na área da segurança do doente promovendo uma cultura não punitiva, a implementação de um sistema de notificação, fomentar a notificação para profissionais e doentes de todo o tipo de eventos e o feedback do tratamento das notificações.

A amostra deste trabalho de investigação embora pequena (30 inquiridos), é representativa para o serviço em estudo, e a aplicação das sugestões de melhoria possíveis de efectivar. Existiram alguns profissionais que não foram incluídos, porque não estavam presentes durante o período de realização do questionário.

Este estudo contribuirá de forma eficaz para a aplicação de metodologias já existentes noutros serviços, por forma a melhorar a segurança do doente.

Como linha de orientação para investigação futura seria interessante aplicar este questionário a todos os serviços de Medicina Nuclear do país, por forma a avaliar a cultura de segurança presente nesta especialidade. Outra linha de investigação seria realizar o mesmo estudo daqui a 5 anos para avaliar a cultura de segurança do serviço de medicina nuclear.

Através do *feedback* dos profissionais que foram alvo deste questionário, verificou-se que todos manifestaram o seu agrado por estarem perante um questionário bem conseguido, de fácil leitura, e sem dificuldades de preenchimento.

Apesar de não haver publicações de nenhum SMN, parece-nos que pode-se comparar os resultados com outros da literatura, sobretudo na identificação das dimensões cujos percentuais de respostas positivas são mais baixos e por isso a necessitar de intervenção mais imediata.

Respondendo directamente às questões de investigação podemos dizer que neste serviço de medicina nuclear existe uma cultura de segurança do doente, que precisa de aproveitar as oportunidades de melhoria, recorrendo às dimensões com uma cultura de segurança forte, por forma a aumentar a cultura de segurança nas dimensões menos positivas.

Podemos dizer que o fato do serviço de medicina nuclear ser um serviço que, devido ao uso de radiações, obriga ao cumprimento de legislação e formação contribuindo desta forma para uma cultura de segurança do doente mais forte.

6. Bibliografia:

1. Institute of Medicine. The err is Human- Building a Safer System.2000.
2. Kristensen, Finn and Sigmund, Helga. Health Technology Assessment Handbook, Danish Centre for Health Technology Assessment, National Board of Health.2008.
3. França, M. A abordagem sistémica na gestão da qualidade. Revista Qualidade em Saúde, nº13,Dezembro.2005
4. Sousa, R. Qualidade na administração pública - O Impacto da Certificação ISO 9001:2000 na Satisfação dos Municípios. Braga. Universidade do Minho. Escola Superior de Gestão.2007.
5. Deming, E. The New economics For Industry, Government, Education.w. Edwards Deming Institute. 2ªedição. 1994.
6. Juran, J.M, Godfrey, A. Juran´s Quality handbook. 5ªedição. McGrawHill.1998
7. Crosby, P. Crosby´s 14 steps to improvement. Quality progress, pp59-64. McGrawHill.Dezembro 2005.
8. Reason,J. Combating omission errors through task analysis and good reminders. Qual Saf Health Care;11: pp40–44.2002.
9. Reason,J. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. Qual Saf Health Care 13:pp28-33. 2004.
10. Sousa, P. Patient Safety - A necessidade de uma estratégia Nacional. Escola Nacional de Saúde Pública. Acta Med Port; 19:pp309-318.2006.
11. Donabedian, A. “The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance,” QRB Qual Rev Bull.18(11):356-360.1992.
12. Richardson, W. e outro. Crossing the quality chasm:A New health system for the 21st century. Institute of Medicine.National Academy press.2001
13. Batalden, P. A Framework for the continual improvement of heathcare. Joint Commission journal Quality improvement. 1993. 19: 424-27.
14. França, M. Quality, Risk management and patient safety: the challenge of effective integration. Vol.44, nº4.World Hospitals and Health Services.2008
15. ACSNI Human Factors Study Group. Thirdreport - Organising for safety HSE Books.1993.
16. Lowe, Graham S. The role o Healthcare Work Environments in Shaping a Safety Culture.Healthcare Quartely Vol.11.nº2.2008.

17. Leape, LL. Preventing Medical Error. In D.Mechanic, L.B. and J.R. Knickman, eds. Policy Challenges in Modern Healthcare. Piscataway, NJ. Rutgers University Press. 2005.
18. Faria, Paula. Perspetiva do Direito da Saúde em Segurança do Doente com base na experiência norte-americana. Rev Port Saúde Pública;Vol Temat(10):81-88.2010.
19. WHO. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2011
20. WHO. Radiotherapy Risk Profile: Technical Manual. Switzerland.2008.
21. Fernandes, A, et al. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Revista de enfermagem Referência.IIIsérie.nº4.Julho.2011
22. Diniz, A et al. Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses - Resultados de um estudo piloto. Departamento de qualidade na saúde. Direção Geral da Saúde.2011.
23. Manual de Boas Práticas. (2003). Colégio de Medicina Nuclear. 2003.Available from: <https://www.ordemosmedicos.pt/>. em 02 Abril 2012
24. Health Physics Society. "What are some specific radiosotopes used to cure various cancers? What are other ways radiation is used in medicine?" Available from<<http://www.hps.org/publicinformation/ate/q1378.html>.2001. Em 05 Junho 2012
25. Internacional Commission on Radiological Protection, ICRP- Biological and Epidemiological Information on Health Risks Attributable to Ionizing Radiation: A summary of Judgments for the Pruposes of Radiological Protection of Humans, February/2006 (ICRP 2266), disponível em http://www.icrp.org/Health_risks.pdf. em 08Junho 2012.
26. Directiva n.º 97/43/Euratom do conselho de 30 de Junho de 1997 Jornal Oficial n.º L 180 de 09/07/1997 P. 022 - 0027 Relativa à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultante de radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas e que revoga a Directiva 84/466/EURATOM.
27. Directiva Nº 96/29/Euratom do Conselho de 13 de Maio de 1996 que fixa as normas de segurança de base relativas à protecção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes.
28. Pérez, M, Lau, L. Global Initiative on radiation safety in healthcare settings, Technical Meeting Report. Geneve. World Health Organization. 2008

29. WHO, Medical imaging specialists call for global referral guidelines. Geneve.Suíça.2010.
30. Gramaticos, P e Lyra, M. (2010). Medical radiation exposure and accidents. Dosimetry and radiation protection. Do we only benefit the patient?. *Journal of Nuclear Medicine*. 13(2):106-10. PMID: 20808982. May-Aug. 2010.
31. Martin, C.J. A Survey of incidents in radiology and nuclear medicine in West of Scotland. *The british journal of radiology*, 78. 2005.
32. Sousa, M e Baptista, C. *Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios, Lidel edições técnicas,001-1.2011*
33. Fortin, M. F.*Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures. Lusodidacta.2009*
34. Ketele, J.& Roegiers, X.*Metodologia da Recolha de dados. Lisboa. Instituto Piaget.1999*
35. Diniz, A., Eiras, M., et al. Estudo piloto de avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais portugueses. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.2012
36. Eiras, M.; Grillo, IM. Gestão da segurança do doente em radioterapia, available from in www.hsm.min-saude.pt em 30 Agosto 2012
37. Sorra, JS; Nieva,VF. 2004.Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041, September 2004. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.2004.
38. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C.The Hospital Survey on Patient Safety Culture in Portuguese hospitals: validity and reliability of the instrument.*Journal of Health Care Quality Assurance, in press*. Available fom:<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/HSPSC>.2008

Anexo I

Anexo II

Anexo III