

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

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**Avaliação da Cultura de Segurança do Doente na
consulta externa no Centro de Otorrinolaringologia no
Hospital da Luz-Lisboa**

Nélia Filipa Alves Isidoro

Professora Doutora Margarida Eiras, Professora Adjunta ESTEsL

Professora Doutora Maria Costa-Dias, Enfermeira Diretora Hospital da Luz Lisboa

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2018

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

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**Avaliação da Cultura de Segurança do Doente na
consulta externa no Centro de Otorrinolaringologia no
Hospital da Luz-Lisboa**

Nélia Filipa Alves Isidoro

Professora Doutora Margarida Eiras, Professora Adjunta ESTEsL

Professora Doutora Maria Costa-Dias, Enfermeira Diretora Hospital da Luz Lisboa

(Esta versão contém as críticas e sugestões do júri)

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2018

A Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e a Escola Superior de Saúde do Algarve têm o direito perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

A todos os que acreditaram em mim ao longo deste trajeto, o meu sincero obrigado.

Resumo: A melhoria da prestação dos cuidados de saúde passa pela identificação de oportunidades de redução de despesas, garantindo o acesso a novas tecnologias, com bons resultados processuais e satisfação do cliente. O esforço desenvolvido pelas unidades de saúde para melhorar a qualidade inclui uma avaliação crítica das práticas atuais para que sejam desenvolvidas melhorias nos processos, para que exista uma redução da variação das práticas clínicas e uma otimização do consumo de recursos. A cultura de segurança é o produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de capacidades de perceção, de competências e de padrões de comportamento que determinam o empenho na gestão e segurança de uma organização. A avaliação da perceção dos profissionais sobre a Cultura de Segurança do Doente é essencial para a introdução de medidas de melhoria decorrentes dos resultados, alcançando melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes. Assim, com o objetivo de produzir os primeiros indicadores da avaliação da cultura de Segurança do Doente na organização em estudo e propor sugestões de melhoria, Este estudo descritivo tem como principais objetivos a identificação de pontos fortes e fracos da Cultura de Segurança do Doente, promovendo oportunidades de melhoria com a caracterização da perceção dos profissionais da organização em estudo, A amostra (n=35) é constituída maioritariamente por enfermeiros (54,3%), seguindo-se os médicos (31,4%) e os técnicos superiores de diagnóstico e de terapêutica (14,3%). Observou-se que o trabalho em equipa (dimensão 1) é o ponto forte da organização. As Dimensões 4, 7, 9, 10, 11 e 12 (Aprendizagem organizacional; abertura na comunicação, trabalho entre unidades; dotação de profissionais e resposta ao erro não punitiva, respetivamente) apresentam um resultado final que sugere oportunidades de melhoria.

Palavras-chave: Qualidade em saúde; Segurança do Doente; Avaliação da Cultura de Segurança do Doente.

Abstract: Improved health care assurance allows the identification of opportunities to reduce expenses, guaranteeing access to new technologies, with good processes and customer satisfaction. Opportunities served by health facilities to improve exercise quality represent a reduction in clinical practices and an optimization of resource consumption. Safety culture is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, skills and behavioral patterns that determine performance in an organization's management. The measurement of professionals' perception of Safety Culture is essential for the introduction of force measurements, resulting in better levels of safety and quality in patient care. Thus, with the objective of elaborating the first indicators of evaluation of the safety culture of elementary education and proposing the best suggestions for improvement, this study has as main objective the identification of strengths and weaknesses of the Culture of Safety of the Patient, promoting Opportunities of Improvement with the Characterization of Organization Perception in Advanced Studies (A) (n = 35) and majority of nurses (54.3%), followed by physicians (31.4%) and the senior technicians of Diagnosis and Therapeutics (14.3%). It was observed that team work (dimension 1) is the strength of the organization. Dimensions 4, 7, 9, 10, 11 and 12 (Organizational Presentation, communication editing, integration of individuals and non-auditory error responses, respectively) present a final result indicating opportunities for improvement.

Keywords: Health Quality; Patient Safety; Assessment on Patient Safety Culture

Índice

1.Introdução.....	1
1.1.Qualidade na Saúde.....	2
1.2. Segurança do Doente e Cultura de Segurança do Doente	5
1.3.Avaliação da Cultura de Segurança do Doente.....	8
2.Metodologia	14
3.Resultados e discussão	17
3.1.Caracterização da amostra	17
3.2. Anàlise das dimensões.....	19
4. Conclusão.....	30
5. Referências Bibliogràficas	32
ANEXOS	1
Anexo I - Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente	2
Anexo II – Autorização da Comissão de ética do Hospital da Luz Lisboa para realização do estudo.....	3
Anexo III – Autorização do director de serviço da Consulta Externa do Centro de Otorrinolaringologia do Hospital da Luz Lisboa para realização do estudo	4

Índice de abreviaturas

- AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality*
- ACSD - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente
- CECO - Consulta Externa do Centro de Otorrinolaringologia
- CSD – Cultura de Segurança do Doente
- DGS – Direção-Geral de Saúde
- ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde
- GATS – Gestão e avaliação de Tecnologias em Saúde
- HSPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture*
- NPSA – *National Patient Safety Agency*
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNSD – Plano nacional de Segurança do Doente
- QS – Qualidade da Saúde
- RANDC – *Research and Development Corporation*
- SD – Segurança do Doente
- SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- WAPS – *World Alliance for Patient Safety*

Índice de figuras

Figura 1.1 - Estrutura conceptual da classificação internacional para a SD.....	7
Figura 1.2 - Caracterização e descrição do Questionário de AVCSO	10
Figura 2.3. - Recodificação da escala de resposta para tratamento de dados estatísticos	15
Figura 2.4 - Caracterização do questionário de ACSO.	16

Índice de tabelas

Tabela 3.1.1 - Caracterização demográfica - género.....	17
Tabela 3.1.2 - Caracterização demográfica - idade	17
Tabela 3.1.3 - Caracterização demográfica – profissão.....	18
Tabela 3.1.4 - Caracterização demográfica - Experiência na CECO e experiência no Hospital da Luz Lisboa.	18

Índice de gráficos

Gráfico 3.2.1 - Respostas positivas na dimensão 1- Trabalho em equipa.	19
Gráfico 3.2.2 - Respostas positivas na dimensão 2 - Expectativas do supervisor/gestor que promovem a SD.	20
Gráfico 3.2.3 - Respostas positivas na Dimensão 3 – Apoio à SD pela gestão	20
Gráfico 3.2.4 - Respostas positivas na dimensão 4 - Aprendizagem organizacional. ...	21
Gráfico 3.2.5 - Respostas positivas na Dimensão 5 - Perceções gerais sobre a SD ...	21
Gráfico 3.2.6 - Respostas positivas na dimensão 6 - Feedback e comunicação do erro.	22
Gráfico 3.2.7 - Respostas positivas na dimensão 7 – Abertura na comunicação.....	22
Gráfico 3.2.8 - Respostas positivas na dimensão 8 - Frequência de notificação.	23
Gráfico 3.2.9 - Respostas positivas na dimensão 9 - Trabalho entre unidades.....	24
Gráfico 3.2.10 - Respostas positivas na dimensão 10 - Dotação de profissionais.	24
Gráfico 3.2.11 - Respostas positivas na dimensão 11 – Transições.	25
Gráfico 3.2.12 - Respostas positivas dimensão 12 - Resposta ao erro não punitiva....	25
Gráfico 3.2.13 – Notificação de incidentes na CECO.	26
Gráfico 3.2.14 - Classificação do Grau de SD pelos profissionais da CECO.	27
Gráfico 3.2.15 - Avaliação das dimensões da CSO na CECO do Hospital da Luz Lisboa	28

“Não existem métodos fáceis para resolver problemas difíceis.”

René Descartes

1.Introdução

Todos os dias são tratados milhares de pessoas em todas unidades de saúde. No entanto, os avanços da tecnologia e do conhecimento nas últimas décadas criaram um sistema de saúde complexo. Os estudos realizados demonstram que esta complexidade traduz-se em riscos, conduzindo à ocorrência de erros onde os pacientes poderão sofrer tipo de dano. Os efeitos dos incidentes de Segurança do Doente (SD) são conhecidos, com um impacto físico e emocional imensurável no cliente e na família, causando insatisfação, perda de confiança e angústia nos profissionais envolvidos, aumentando os custos acrescidos em cuidados adicionais e situações de litígio. Segundo o relatório elaborado pela *Research ANd Development Corporation* (RANDC) para a Comissão Europeia, estima-se que 8% a 12% dos doentes internados em hospitais são afetados por eventos adversos resultantes dos cuidados de saúde recebidos e não da sua doença (Simerka, 2009).

Uma cultura de segurança forte e sustentada é determinante na concretização de melhorias dentro da agenda de governação clínica. Para isso é fundamental que boa governação clínica reconheça que nem sempre é possível alcançar o resultado clinicamente perfeito e que as lições aprendidas são uma parte importante e integral de um programa contínuo de melhoria da qualidade (Simerka, 2009).

Esta contextualização sustenta a necessidade de avaliar a Cultura de Segurança do Doente (CSD) no Hospital da Luz Lisboa. Com base na caracterização apurada vai ser possível à gestão monitorizar o impacto das alterações e medidas implementadas, programando e direcionando recursos para áreas específicas ou determinantes para a construção e fortalecimento da CSD e para a SD.

O Hospital da Luz Lisboa propôs-se voluntariamente a um reconhecimento internacional - a Acreditação Internacional pela *Joint Commission International (JCI)*. Neste sentido, a organização está a implementar um conjunto de medidas em todo o hospital que permitem avaliar o seu compromisso com a excelência dos pressupostos da *JCI*. Tendo isto como ponto de partida e porque até à data de recolha de dados para este estudo não existiam valores sobre CSD na instituição, desenhou-se este estudo preliminar, tendo por objetivo a aplicação futura na instituição.

Este trabalho de final do Mestrado em Gestão e Avaliação das Tecnologias em Saúde (GATS) tem como objetivo incentivar a reflexão sobre as áreas da qualidade em

saúde, apresentando um perspectiva de menor dimensão populacional, mas que pretende crescer em estudos futuros, com repetição do método utilizado.

1.1. Qualidade na Saúde

A prestação de cuidados de saúde comporta grandes riscos que podem ser considerados problemas de saúde pública e, conseqüentemente, problemas económicos. Os especialistas estimam que cerca de 98.000 pessoas morrem devido a erros ocorridos em unidades hospitalares. Este número é superior ao número de acidentes de viação anuais, morte por cancro da mama ou por síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), denotando-se assim que morrem mais pessoas por erros de medicação do que por lesões no local de trabalho. Se a isto juntarmos o custo financeiro para a fatalidade humana, o erro médico aumenta exponencialmente para os principais níveis de problemas públicos urgentes e generalizados (Department of Health and Humam Services, 2005).

De forma a tornar a prestação de cuidados de saúde mais seguras, baseada na evidência e com foco no doente, surgem vários documentos internacionais que alertam para esta necessidade na área da saúde. O Conselho Europeu de 9 de Junho de 2009 alerta a União Europeia para questões relacionadas com a Qualidade na Saúde, nomeadamente para a segurança do doente (SD). As recomendações que emergiram desta reunião sugerem que devem ser identificados e reconhecidos os problemas relativos à segurança da prestação dos cuidados de saúde, priorizando a implementação de medidas preventivas e das boas práticas para a SD, como a forte difusão das boas práticas na SD, devem ser reais. As recomendações sugerem ainda que todas as informações relativas a SD devem estar acessíveis a todos os profissionais de saúde e a toda a comunidade em geral (Diniz, Escoval, Coelho, Eiras, Gaspar, & Cristino, 2015).

Qualidade é definida por propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras. Ainda pode ser definida por valor e distinção. O conceito de qualidade tem diferentes semânticas quantas forem as situações que se apliquem – política, gestão, saúde, social, entre outros (APDH, 2011).

No âmbito dos cuidados de saúde a qualidade é considerada como um nível de execução e realização que caracterizam a assistência prestada, consistindo na contribuição do cuidado prestado para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou qualquer outra forma de resultado dos problemas de saúde dos utentes. A qualidade

pode significar um grau de adequação ou excelência alcançada na execução das ações e serviços, através da comparação com parâmetros ou critérios de avaliação (Sousa & Gomes, 2016).

Atualmente, a Qualidade da Saúde (QS) passa por conjunto de oportunidades de melhoria na vida dos doentes e na das instituições que os recebem. Se o foco no doente é um dos parâmetros de QS, então o aumento do número de doentes tratados aumenta exponencialmente com qualidade de prestação de serviços sem erros, sendo os esforços para a QS visíveis. A caracterização do nível da prestação de cuidados de saúde numa unidade e a satisfação das necessidades/expectativas dos clientes definem um sistema de saúde qualidade. Na Europa, um sistema de qualidade é visto como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados com o objetivo de melhorias contínuas (Ministros, 2000) (França, 2008) (Watcher, 2010).

Um sistema de saúde é caracterizado pela gestão de qualidade desse mesmo sistema. Um sistema de Gestão da Qualidade tem por objetivo a melhoria da eficácia dos serviços de saúde prestados, orientando-se para o cumprimento dos requisitos do cliente e aumentando a satisfação do mesmo. Estes sistemas de gestão caracterizam-se pela prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com utilização racional dos recursos disponíveis e com um nível de desempenho adequado às necessidades e expectativas dos cidadãos. Assim sendo, as boas práticas clínicas e a minimização dos riscos associados à prestação dos serviços de saúde identificam um sistema de QS. A identificação de oportunidades de redução de despesas, a garantia de acesso a novas tecnologias, com bons resultados processuais e a satisfação do cliente, assim como um bom desempenho geral da qualidade na instituição são demonstrações da melhoria contínua da qualidade (França, 2008) (Pisco & Biscaya, 2001) (Watcher, 2010).

O esforço desenvolvido pelas unidades de saúde para melhorar a qualidade inclui uma avaliação crítica da prática atual de forma a promover o desenvolvimento de melhorias nos processos, redução da variação da prática clínica e a otimização do consumo de recursos (Passadouro & Rama, 2013) (Pisco & Biscaya, 2001).

A credibilidade e fiabilidade numa instituição é gerada com base em políticas fortes de qualidade em saúde que passam pela aplicação de protocolos e boas práticas, pelas acreditações internacionais e iniciativas externas de avaliação e pelo *benchmarking* entre instituições, recorrendo a indicadores de qualidade em saúde que permitem um melhor conhecimento do que ocorre na instituição (DGS, Plano Nacional de Saúde 2015-2020, 2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde (ENQS) identifica a obrigação das instituições e dos profissionais de saúde quando a prestação de cuidados para que estes respondam a critérios de qualidade – utilização de indicadores (DGS, 2015).

Os indicadores são unidades de medida de uma atividade com os quais estão relacionados, podendo ser ainda uma medida usada como guia de monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados prestados e à atividade da instituição (DGS, 2015)

Os indicadores em saúde são instrumentos que refletem direta ou indiretamente atributos e dimensões da saúde, ou seja, medem a qualidade de forma quantitativa. Estes identificam o problema e dirigem a atenção para assuntos específicos através dos resultados obtidos dentro de uma instituição conduzindo a um motivo de revisão ou melhoria. Desta forma, um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um acontecimento (DGS, 2015).

Os indicadores medem aspetos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e resultados. Os indicadores de meio ambiente são os que estão relacionados com as condições de saúde de uma determinada população com fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, políticos, legais e tecnológicos. Os indicadores de estrutura caracterizam uma parte física da instituição, os seus funcionários, instrumentos, equipamento e aspetos relativos à organização. Os indicadores de processos são as prestações de cuidados a um paciente, habitualmente ligados a um resultado, assim como as atividades ligadas às infraestruturas que provem meios para o ambulatório, internamento ou urgência e para serviços complementares de diagnóstico e terapêutica. Os indicadores de resultados são a demonstração dos efeitos consequentes da combinação de fatores do meio ambiente, estruturas e processos que acontecem ao paciente. Por fim, os indicadores-sentinela são instrumentos que medem a seriedade e a frequência de um incidente aos pacientes – a revisão de casos individuais dirigidos para o incidente (DGS, 2015).

Um indicador deve ser válido, sensível, específico, simples, objetivo e de baixo-custo. A validade de um indicador está relacionada com o grau pelo qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situação na qual a qualidade deve ser melhorada. A sensibilidade de um indicador refere-se à capacidade deste identificar todos os casos de prestação de cuidados com problemas de qualidade. O grau pelo qual um indicador é capaz de identificar apenas os casos que precisam de melhoria reflete a sua especificidade. O facto de o indicador ser simples e objetivo ajuda na definição de um objetivo claro, aumentando a fidedignidade daquilo que se procura e conduz a um

outro atributo dos indicadores – o baixo-custo. Se o indicador for de alto valor financeiro vai inviabilizar a sua utilização rotineira (DGS, 2015).

O método mais preciso para determinar as percepções da qualidade da unidade ou instituição consiste em fazer essa pergunta aos pacientes. Quando estes se dizem satisfeitos com os cuidados prestados, corrigir a deficiência identificada e perceber o erro vai permitir uma oportunidade de melhoria para a satisfação (Diniz, et al., 2011).

Em Portugal as políticas de QS estão amplamente divulgadas, tendo sido criado o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde, com vários projetos e programas em desenvolvimento no âmbito das melhorias da Qualidade. É patente uma maior consciência social, particularmente, na tomada de decisões em relação à qualidade com base na melhor informação, alcançando todos os prestadores, a sociedade e os reguladores (Passadouro & Rama, 2013) (Ribeiro, 2010).

1.2. Segurança do Doente e Cultura de Segurança do Doente

A SD foi consagrada como um direito individual no conselho da Europa mas era um assunto indissociável da QS. A SD é um fator essencial para o desenvolvimento de políticas de qualidade nas instituições de saúde, tornando-se essencial a disponibilização de serviços na sociedade que vão de encontro às necessidades da qualidade de forma espontânea. A SD assume relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes como para os familiares que querem sentir segurança e confiança em relação aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes (Department of Health and Humam Services, 2005) (Chassin & Galvin, 1999).

Segundo a classificação clássica de *Donabedian*, a QS era triangulada entre resultados, processos e estrutura, mas a satisfação do doente e da sua segurança vieram complementar essa classificação. A qualidade seria quantificada pela maior ou menor confiança no sistema de saúde por parte da opinião pública e pacientes e pela dimensão dos custos. A prestação de cuidados de saúde com complicações aumenta exponencialmente os gastos, sendo hoje considerado como um ponto negativo na economia da saúde. Precedentemente, cuidar e tratar era uma função simples praticada de forma segura sem provocar danos ou complicações no doente. Atualmente, o avanço tecnológico levou a que o ato de prestar um cuidado de saúde passasse a ser uma atividade de uma equipa multidisciplinar, repleta de interações humanas e sujeita à ocorrência de erros humanos e de sistema (Fragata, 2010).

A SD é o processo pelo qual uma organização torna a prestação de cuidados de saúde mais segura de forma a evitar o prejuízo e os danos desnecessários para os clientes para um mínimo aceitável. Esta premissa integra sete passos para a SD que passam pela implementação de soluções para a prevenção de danos para a construção de uma cultura de segurança, pela criação de sistemas eficazes de liderança e de apoio aos profissionais, pela gestão de risco de forma integrada, pela promoção da notificação de incidentes e de eventos adversos, pelo envolvimento e a comunicação com os pacientes, pela aprendizagem e partilha de modelos de segurança e pela implementação de soluções para a prevenção de danos (Linda, Corrigan, & Molla S, 2000) (Department of Health and Human Services, 2005) (NHS, 2004).

Os primeiros programas dentro da área da SD começam a surgir no ano de 2000 com a criação da *Caspe Healthcare Knowledge System (ex-King's Fund)* e da *JCI*. Estes programas colocam o foco no desenvolvimento de políticas de QS nas instituições de saúde. Em 2015 foi aprovado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) baseado em diretrizes europeias onde são apresentadas soluções estratégicas com as respetivas propostas de melhoria. Os objetivos definidos pelo PNSD passam por fomentar a cultura na segurança em diversas áreas como na comunicação, na segurança do ambiente interno, na segurança cirúrgica, na segurança na utilização da medicação, na segurança na identificação inequívoca dos doentes, na prevenção do risco de ocorrência de quedas, na prevenção da ocorrência de úlceras de pressão, na análise e prevenção de incidentes e na prevenção e controlo das infeções e resistências aos antimicrobianos e na prática sistemática de notificação de incidentes (Department of Health and Human Services, 2005) (WHO, 2015) (DGS, 2015).

A SD emerge de uma interação dos sistemas, não dependendo de um indivíduo, dispositivo ou departamento, implicando o estabelecimento de sistemas operacionais e de processos que minimizem a probabilidade de erros, maximizando a SD. Em Portugal, iniciativas como “Medidas Simples Salvam Vidas”, em 2008 e “Cirurgias Seguras”, em 2009 são prova disso mesmo (APDH, 2011) (DGS, 2015).

A SD é uma prioridade na ENQS de onde surge um grupo de trabalho que se debruça sobre os parâmetros estruturais da SD. Mediante esta estratégia foi definida uma estrutura de classificação internacional para a SD. O objetivo desta classificação relaciona-se com a necessidade de representação de um ciclo e melhoria contínuas, realçando a identificação do risco, a prevenção, a deteção, a redução do risco, a recuperação do incidente e a resiliência do sistema (ver figura 1.1).

Figura 1.1 - Estrutura conceptual da classificação internacional para a SD.

1. Tipo de incidente
2. Consequências para o doente
3. Características do doente
4. Característica do incidente
5. Factores contribuintes/Perigos
6. Consequências organizacionais
7. Deteção
8. Factores atenuantes do dano
9. Acções de melhoria
10. Acções de redução do risco

Surge assim um método de organização de dados e de informação de forma a comparar dados de forma interdisciplinar entre organizações ao longo do tempo, desenvolvendo prioridades e soluções na área da segurança (Direcção Geral da Saúde, 2011).

A identificação nas instituições das principais áreas de atuação tem como objetivo a hierarquização de intervenções, dependendo da seleção dos indicadores que vão permitir a monitorização e a avaliação dessas intervenções em relação à sua eficácia e eficiência (DGS, 2015) (Diniz, et al., 2011).

A compreensão da origem dos eventos adversos e das falhas de segurança dos doentes, assim como a sua frequência, as suas causas e determinantes, o impacto nos resultados em saúde e a efetividade dos métodos de prevenção dos mesmos, são focos prioritários para a construção da comunicação, da coordenação e da cultura de segurança (Direcção Geral de Saúde, 2012) (Chassin & Galvin, 1999).

Para que seja garantida a SD a *National Patient Safety Agency* (NPSA) sugere a criação de uma cultura de segurança aberta e justa, com o objetivo de obter uma liderança forte e com o apoio das equipas de saúde em torno da SD, com foco em toda a organização. Segundo a NPSA devem ser integradas atividades de gestão de risco, e devem ser desenvolvidos sistemas e processos que promovam a notificação de eventos adversos, de forma a ser garantida a não-culpabilização dos profissionais pelo relato de incidentes a nível local e organizacional. Com a implementação de soluções para prevenção dos prejuízos no doente e com a incorporação de novas

aprendizagens através de mudanças na prática, processos ou sistemas, a SD é mantida, permitindo uma comunicação aberta na instituição (Diniz, et al., 2011) (DGS D. G., 2009).

1.3.Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

A Cultura de Segurança do Doente (CSD) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, competências e padrões de comportamento, que determinam o empenho, estilo e capacidade, na gestão e segurança de uma organização. Num contexto de preocupação global sobre a SD, considerado mundialmente um grave problema de saúde pública, os avanços na investigação e os métodos de estudo desta problemática revelam-se de grande importância (APDH, 2011) (WHO, 2015).

A fraca CSD pode conduzir a perda de confiança nas organizações de saúde e nos seus profissionais, com consequências na relação entre profissionais e clientes, que conduz a um fraco envolvimento profissional e institucional, seguindo-se de um aumento dos gastos sociais e económicos, com a redução da possibilidade de alcançar bons resultados na qualidade dos cuidados de saúde prestados (Passadouro & Rama, 2013) (Sousa & Gomes, 2016) (Diniz, Escoval, Coelho, Eiras, Gaspar, & Cristino, 2015).

Por outro lado, uma boa cultura de segurança é caracterizada pela manutenção de sistemas de segurança eficazes, fornecendo modelos eficazes de cultura, transformando os pontos fracos da cultura de segurança em pontos fortes, através do fornecimento de recursos, de estruturas adequadas e de políticas de não-culpabilização. Assim, o compromisso com os valores e normas relacionadas com a SD, incluindo a comunicação, o aumento dos níveis de produção, o foco na segurança e na eficiência, são pontos essenciais para que seja mantida uma boa CSD (DGS, 2015) (Diniz, et al., 2011) (Sorra J. , Nieva, Famolaro, & Dyer, 2007) (França, 2008).

As mudanças atuais na CSD conduzem a uma uniformização dos processos nas organizações partindo do pressuposto que o erro vai acontecer, uma vez que será a única forma de a promoção e prevenção da SD ser efetiva. O programa da *World Alliance for Patient Safety (WAPS)* pretende melhorar a segurança nos cuidados de saúde em todos os estados-membros, sendo categórico o envolvimento dos doentes – foco no doente. Este programa prevê o desenvolvimento de padrões e normas de

forma a potenciar a monitorização global dos incidentes ocorridos na instituição. Decorrente ainda deste programa, pressupõe-se que sejam elaboradas investigações na área da SD, diretamente relacionadas com o erro e com a sua origem. Deste modo, pretende-se que através da elaboração de relatórios e desenvolvimento de aprendizagens se tomem medidas preventivas na SD (NHS, 2004) (DGS, 2015) (WHO, 2002).

A CSD é caracterizada pela monitorização da evolução desta na instituição através da identificação das áreas com oportunidades de melhoria, com a avaliação do impacto das intervenções e programas da SD, com a identificação e definição de indicadores para a implementação de projetos relacionados com a SD, com a realização de *benchmarking* interno e externo por parte das instituições e, por fim pela elaboração e implementação de relatórios com o objetivo de criar processos de certificação e ou acreditação nos domínios da QS (DGS, 2015).

A avaliação da cultura de segurança é vista como ponto de partida para delinear ações que promovam ações dessa mesma CSD de forma a reduzir a incidência de eventos adversos e incidentes, garantindo a prestação de cuidados seguros. Através do acesso a dados relacionados com os conhecimentos e comportamentos relacionados com a segurança dos profissionais de saúde da organização, consegue-se identificar as áreas problemáticas para posterior implementação de intervenções (DGS, 2015).

A avaliação da CSD depende da implementação, do acompanhamento e da avaliação das ações através da análise dos indicadores.

- *Hospital Survey on Patient Safety Culture* - Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

O *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* em 2004 avalia as instituições de saúde no que diz respeito à CSD. A análise dos resultados deste questionário indica quais as forças de segurança, as áreas a necessitar de intervenção e as oportunidades de melhoria na CSD na instituição (Sorra & Nieva, 2004).

Em Portugal o Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente (QACSD) é recomendado pela Direção-Geral de Saúde (DGS), tendo sido validado para a realidade portuguesa em 2014. As variáveis que compõem este questionário avaliam a instituição quanto à unidade/serviço, quanto à instituição e quanto à cultura de segurança na instituição (figura1.2).

É um questionário fiável, de autopreenchimento, traduzido em 24 idiomas, utilizado em 45 países, estando associado a projetos de melhorias na SD. Neste questionário estão presentes as doze dimensões da avaliação da CSD (Sorra & Nieva, 2004).

Figura 1.2. – As dimensões do QACSD.

Dimensões da CSD relativas à Unidade	<p>1 - Trabalho em equipa dentro das unidades; 2 - Expectativas e ações do gestor na promoção da SD; 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria continua; 6 - Feedback e comunicação sobre o erro; 7 - Abertura na comunicação; 10 - Dotação de profissionais; 12 - Resposta ao erro não punitiva.</p>
Dimensões da CSD relativas à Instituição	<p>3 - Apoio à SD pela gestão; 9 – Trabalho em equipa entre unidades; 11 – Transferências e transições hospitalares.</p>
Variáveis de resultado da CSD	<p>5 - Perceções gerais sobre a SD; 8 - Frequência na notificação de eventos; Número ocorrências notificadas; Grau de SD na instituição.</p>

Figura 1.1.2 - Caracterização e descrição do QAVCSD.

Dimensões da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

1. Trabalho em equipa (Dimensão 1)

- A1- Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se;
- A3- Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho

rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer;

- A4 - Neste Serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito;
- A11- Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio está a ser alvo de atenção e não o problema em si;

2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a Segurança do Doente (Dimensão 2)

- B1 - O seu supervisor/diretor tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos;
- B2 - O seu supervisor/diretor leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a Segurança do Doente;
- B3 - Sempre que existe pressão, o meu supervisor/diretor quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso nos leve a seguir por alguns atalhos;
- B4 - O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a Segurança do Doente, repetidamente;

3. Apoio à Segurança do Doente pela gestão (Dimensão 3)

- F1 - A direção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a Segurança do Doente;
- F8 - As ações da direção do hospital mostram que a Segurança do Doente é uma prioridade;
- F9- A direção do hospital parece apenas interessada na Segurança do Doente, quando acontece alguma adversidade;

4. Aprendizagem organizacional – melhoria continua (Dimensão 4)

- A6 - Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da Segurança do Doente;
- A9 - Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas;
- A13 - Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos no sentido de melhorar a Segurança do Doente;

5. Perceções gerais sobre a Segurança do Doente (Dimensão 5)

-
- A10 - É apenas por sorte que erro mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade;
 - A15 - Nunca se sacrifica a Segurança do Doente, mesmo quando há muito trabalho;
 - A17 - Neste Serviço/unidade, temos problemas com a Segurança do Doente;
 - A18 - Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros;

6. Feedback e comunicação acerca do erro (Dimensão 6)

- C1 - É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências;
- C3 - Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade;
- C5 - Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros;

7. Abertura na comunicação (Dimensão 7)

- C2 - Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente;
- C4 - Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade;
- C6 - Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo;

8. Frequência da notificação (Dimensão 8)

- D1 - Quando um erro é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado?
- D2 - Quando um erro é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é reportado?
- D3 - Quando um erro é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é reportado?

9. Trabalho entre unidades (Dimensão 9)

- F2 - Os Serviços/unidades do hospital não se coordenam muito bem umas
-

com as outras;

- F4 - Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente;
- F6 - É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do hospital;
- F10 - Os Serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente;

10. Dotação de profissionais (Dimensão 10)

- A2 - Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido;
- A5 - Os profissionais trabalham mais horas, o que pode pôr em causa a Segurança do Doente;
- A7 - Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a Segurança do Doente;
- A14 -Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muito, demasiado depressa;

11. Transições (Dimensão 11)

- F3 - A situação fica caótica quando se transferem doentes de um Serviço/unidade para outro;
- F5 - É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno;
- F7 - Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação pelos vários Serviços/unidades do hospital;
- F11 - As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente;

12. Resposta ao erro não punitiva (Dimensão 12)

- A8 - Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles;
- A12 - Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não p problema em si;
- A16 - Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoa.

2. Metodologia

O estudo foi realizado na Consulta Externa do Centro de Otorrinolaringologia (CECO), caracterizada por consultas e exames com pré-marcação, por consultas de pós-operatório e assistência ao apoio médico permanente, com o objetivo de avaliar a CSD na CECO, identificando as áreas a intervir, caso se verifiquem, disponibilizando os resultados para estudos futuros nesta instituição.

Através deste estudo e da sua abordagem qualitativa e quantitativa pretendemos explorar perspectivas de forma a fomentar o aumento de conhecimento sobre o tema em estudo. A pergunta inicial para desenvolver o estudo foi “ Existe uma boa CSD no Hospital da Luz Lisboa?”, mas finalizamos o estudo com a pergunta “Existe uma boa CSD na Consulta Externa do Centro de Otorrinolaringologia no Hospital da Luz Lisboa?”.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, realizado através do preenchimento do questionário AVCSO na CECO do Hospital da Luz Lisboa, com a sua devolução em envelope fechado na receção desta consulta externa, garantindo a confidencialidade dos inquiridos, impedindo constrangimentos éticos. O questionário foi distribuído no dia 15 de Novembro com intervalo de tempo de resposta de quinze dias.

Foram considerados como critérios de inclusão para este estudo todo o corpo clínico (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica, a exercer funções na consulta externa do Centro de Otorrinolaringologia do Hospital da Luz - Lisboa. Como critérios de exclusão considerou-se todos os elementos pertencentes ao corpo não clínico (administrativos, secretariado clínico, assistentes de consulta e assistentes operacionais de ação médica), assim como todos os questionários entregues que apresentassem respostas iguais na mesa secção - exceto na secção D- e respostas em branco nas secções A, B,C, D e F.

O estudo e a recolha de dados foram autorizados por escrito pela Comissão de Ética do Hospital da Luz Lisboa, com representação e aprovação do diretor clínico do Hospital da Luz-Lisboa e responsável dessa mesma comissão Professor Doutor José Roquete e pelo Dr. António Larroudé, diretor do Centro de Otorrinolaringologia do Hospital da Luz Lisboa (ver anexos). A utilização do instrumento foi autorizada pelo Professora Doutora Margarida Eiras, adaptado do “Questionário de Avaliação da CSD nos Hospitais Portugueses” (Eiras, Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação numa unidade de Radioterapia, 2008).

Este estudo é um estudo preliminar e exploratório que pretende identificar padrões e ideias e não testar hipóteses. Assim sendo, todas as conclusões retiradas são apenas

de carácter descritivo realizando-se a análise, o registro e a interpretação de dados, sem intervenção do investigador. A apresentação dos resultados do estudo realizou-se através de estatística descritiva – descrição do comportamento de variáveis através de médias e percentagens, não tendo sido feitas comparações com os estudos existentes em Portugal ou a nível internacional por escolha da investigadora.

O tratamento estatístico foi realizado através do programa informático de estatística IBM SPSS 21.0 for Windows.

Para leitura e interpretação dos dados procedeu-se à recodificação, combinando as frequências de resposta dos itens e das dimensões, passando de uma escala de *likert* 5 para uma escala de *likert* 3, de forma a uniformizar respostas, seguindo as recomendações da AHRQ (ver figura 4). Assim, em cada item as duas categorias menos positivas – 1 e 2 – foram combinadas numa só categoria considerada negativa (discordo fortemente/discordo ou nunca/raramente), o mesmo aconteceu para as duas respostas mais positivas – 4 e 5 -, resultando numa só categoria considerada positiva (concordo/concordo plenamente ou a maioria das vezes /sempre), sendo o resultado final a soma das frequências, Os pontos médios das escalas representam uma terceira categoria – neutra. Assim, quando um item é colocado pela negativa, a percentagem de respostas negativas passa a ser considerado positivo e assim podemos apresentar os resultados em termos de médias percentuais de valores positivos. Esta recodificação da escala existente no questionário de uma escala (Joan Sorra, 2016).

Figura 2 3 - Recodificação da escala de resposta para tratamento de dados estatísticos.

Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
Nunca	Raramente	Por vezes	Maioria das vezes	Sempre
Negativo		Neutro	Positivo	

As percentagens de respostas positivas numa dimensão ou item específicos são os principais indicadores de análise. As dimensões que atingem percentagens abaixo dos 60% apontam para oportunidades de melhoria com intervenção a curto/médio prazo, e as dimensões com percentagens acima dos 60% indicam oportunidades de melhoria com intervenção a longo prazo. Segundo os autores, 75% de respostas positivas numa dimensão ou item representa um ponto forte da organização. Para resultados com *scores* inferiores a 50%, os mesmos autores indicam que essas dimensões ou itens representam áreas problemáticas ou aspetos críticos a serem melhorados. Todos

os resultados entre 50% e 75% não têm classificação por parte dos autores considerados mas não sendo problemáticos, devem ser encaradas como dimensões com oportunidades de melhoria (Sorra J. , Nieva, Famolaro, & Dyer, 2007) (Sorra & Nieva, 2004).

O Questionário de AVCSD é composto por 8 secções compostas por 42 itens, com 2 perguntas de resposta direta e uma pergunta de resposta livre.

Figura 4 - Caracterização do questionário de ACSD.

Seção A - 18 questões relacionadas com a unidade

Seção B - 4 questões relacionadas com o superior hierárquico

Seção C - 6 questões relacionadas com comunicação

Seção D - 3 questões relativas à frequência de notificação de eventos adversos e incidentes

Seção E - Questão de resposta direta relacionada com o Grau de SD

Seção F - 11 questões relacionadas com a Instituição

Seção G - Questão que identifica o número de incidentes ou eventos adversos notificados

Seção H- Dados demográficos

3.Resultados e discussão

3.1.Caracterização da amostra

A amostra final foi de 35 colaboradores que responderam de forma correta ao questionário entregue. Dos 35 questionários entregues na CECO do Hospital da Luz Lisboa obtivemos participação total, ou seja, uma taxa de adesão de 100%. Ainda podemos assegurar que nenhum questionário foi rejeitado, uma vez que todos cumpriam os critérios de inclusão no estudo.

O método de amostragem foi não probabilístico e acidental, uma vez que a população total da organização foi inacessível e que apenas responderam aos questionários os profissionais que se encontravam em funções no período de recolha de dados.

Verificamos que nas respostas aos questionários não houve prevalência de género masculino ou feminino pois a diferença percentual entre géneros é mínima – 51.4% e 48.6%, respetivamente.

Tabela 3.1.1 - Caracterização demográfica - género

		N	%
Sexo	Feminino	18	51,4
	Masculino	17	48,6

Em relação à caracterização etária dos profissionais a faixa etária dos 30-34 anos (34.3%) é a mais encontrada, seguindo-se da faixa etária de maiores de 45 anos (31,4%), passando para as idades compreendidas entre 35-39 anos (20%), seguindo-se os menores de 30 anos (11,4) e finalizando com a minoria - faixa etária entre os 40-44anos (1%).

Tabela 3.1.2 - Caracterização demográfica - idade

		N	%
Idade	<30 anos	4	11,4
	30 - 34 anos	12	34,3
	35 - 39 anos	7	20
	40 - 44 anos	1	2,9
	45 ou mais anos	11	31,4

A amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros (54,3%), seguida dos médicos (31,4%) e terminando com os técnicos de diagnóstico e de terapêutica (14,3%).

Tabela 3.1.3 - Caracterização demográfica – profissão.

		N	%
Profissão	Médico	11	31,4
	Enfermeiro	19	54,3
	Técnico de Diagnóstico e terapêutica	5	14,3

No que diz respeito à experiência no Hospital da Luz Lisboa, os resultados são iguais à experiência na CECO com a maioria profissionais a exercer funções à 8-12 anos (48,6%), seguindo-se os profissionais com experiência de 3-7 anos (31,4%), de 6-11 meses e de 1-2 anos (2,9%), terminando com os profissionais com experiência inferior a 6 meses (5,7%).

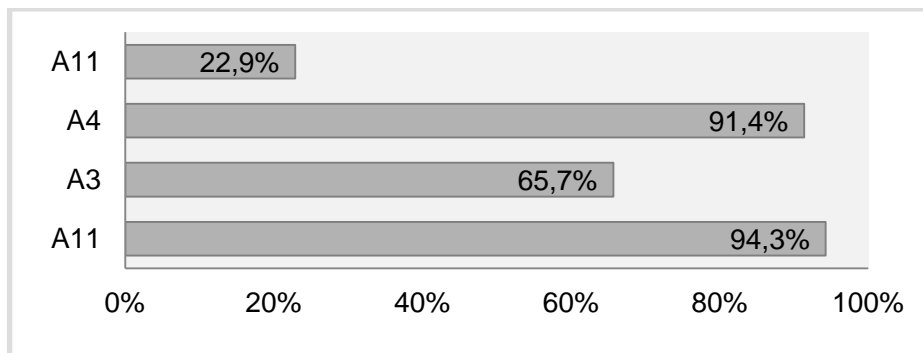
Tabela 3.1.4 - Caracterização demográfica - Experiência na CECO e Hospital da Luz.

		N	%
Experiência na consulta externa do centro de Otorrinolaringologia	<6 meses	2	5,7
	6 a 11 meses	1	2,9
	1 a 2 anos	1	2,9
	3 a 7 anos	11	31,4
	8 a 12 anos	17	48,6
	NS/NR	3	8,6
Experiência no Hospital da Luz Lisboa	< 6 meses	2	5,7
	6 a 11 meses	1	2,9
	1 a 2 anos	1	2,9
	3 a 7 anos	11	31,4
	8 a 12 anos	17	48,6
	NS/NR	3	8,6

3.2. Análise das dimensões

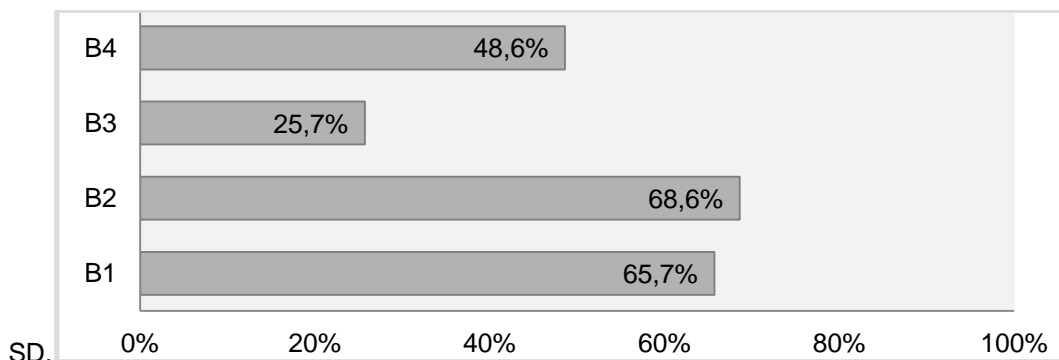
Na gráfico 3.2.1 são apresentados os itens que compõem a primeira dimensão, todos pertencentes à secção A sendo que a percentagem mais elevada de resposta positiva foi ao item número 11 “Neste serviço os profissionais entreadjudam-se” com 94.3%, seguindo-se do item número 3 “Neste serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito” com 91,4%, passando para 65,7% nas respostas ao item número 4 “Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa”, terminando com uma percentagem de 22,9% para a resposta ao item número 1 “Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio está a ser alvo de atenção e não problema”.

Gráfico 3.2.1 - Respostas positivas na dimensão 1- Trabalho em equipa.



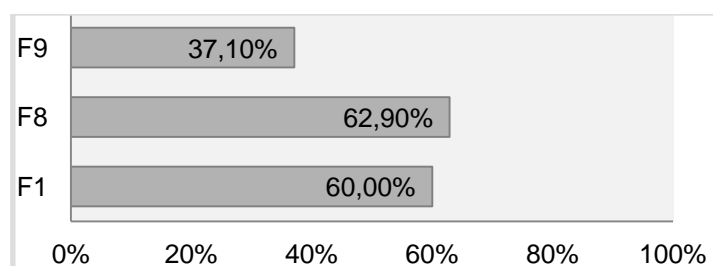
No gráfico 3.2.2 estão descritas as respostas positivas para a dimensão 2, relacionada com as expectativas do supervisor/gestor que promovem a SD, que corresponde à secção B do questionário. A percentagem mais alta é a do item número 2 “O seu supervisor/diretor leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para a melhorar a Segurança do Doente” com 68,6%., seguindo-se das respostas ao item numero 1 “O seu supervisor/diretor tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos” com 65,7%, seguindo-se das respostas ao item numero 4 “O seu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a Segurança do Doente, repetidamente” com uma resposta de 48,6%, e terminando com o menor resultado na resposta, 25,7%, no item número 3 “Sempre que existe pressão, o meu supervisor/diretor quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso nos leve a seguir por alguns atalhos”.

Gráfico 3.2.2 - Respostas positivas na dimensão 2 - Expectativas do supervisor/gestor promotores de SD



No gráfico 3.2.3 apresentamos as percentagens relativas à Dimensão 3, relacionadas com o apoio à Segurança do Doente pela gestão. As percentagens de resposta positivas aos itens números 8 e 1 (“As ações da direção do hospital mostram que a Segurança do Doente é uma prioridade” e “A direção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a Segurança do Doente”) da secção F são muito próximas - 62,9% e 60%, respetivamente. A resposta positiva ao item número 9 (“A direção do hospital parece apenas interessada na Segurança do Doente, quando acontece alguma adversidade”) dessa mesma secção é de 37,1%.

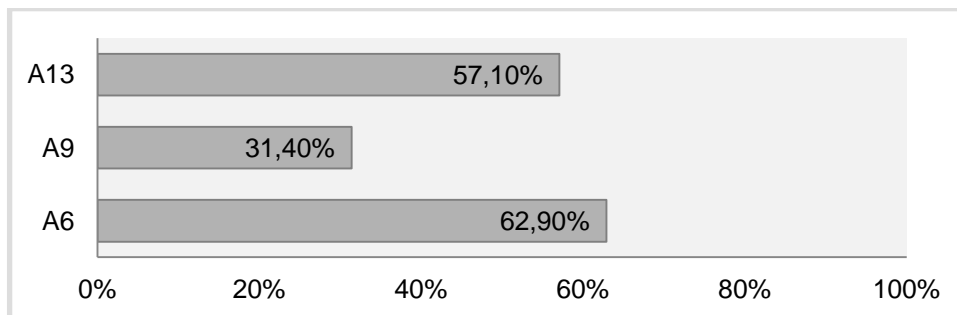
Gráfico 3.2.3 - Respostas positivas na Dimensão 3 – Apoio à SD pela gestão



No gráfico 3.2.4, apresentamos as percentagens relativas à dimensão 4 relacionada com a aprendizagem organizacional. Os itens do questionário que compõem esta dimensão pertencem todas à secção A, sendo que no item número 6 (“Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos no sentido de melhorar a Segurança do Doente”,

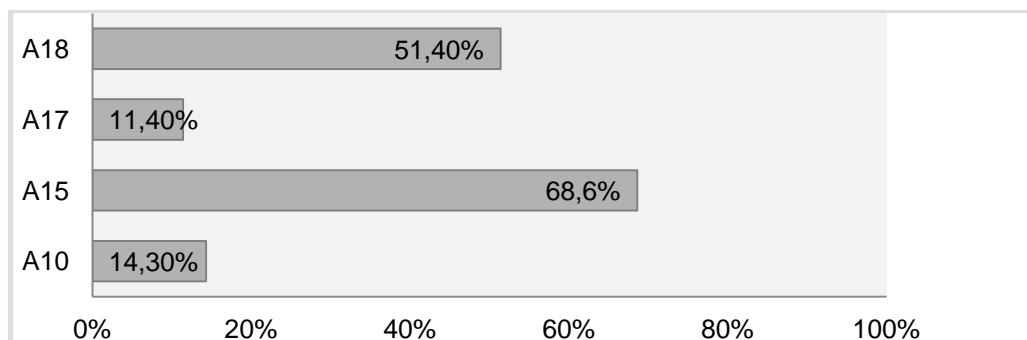
tem resposta positivas de 57,1%, no item numero 9 “Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas” teve resposta positivas 31.4% e por fim, com uma taxa de 62,9%, temos a resposta ao item numero 13 “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria na Segurança do Doente”.

Gráfico 3.2.4 - Respostas positivas na dimensão 4 - Aprendizagem organizacional.



No gráfico 3.2.5 são descritos os itens da dimensão 5, onde são avaliadas as percepções gerais dos profissionais sobre a SD. Os itens correspondem todos à secção A do questionário. Verificamos que as percentagens maiores de resposta positiva são atribuídas aos itens números 15 “Nunca se sacrifica a SD, mesmo quando há muito trabalho “ e numero 8 “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção de erros”, com 68,6% e 51,4%, respetivamente. Com menores percentagens de resposta positiva estão os itens número 17 “Neste serviço têm problemas com a SD” com 11,41% e o item número 10 “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade” com 14,3% de respostas positivas.

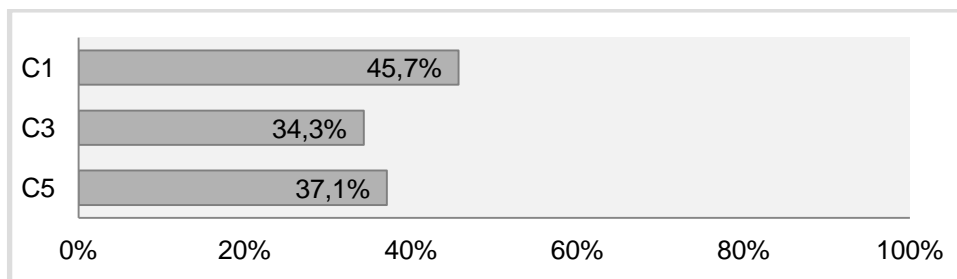
Gráfico 3.2.5 - Respostas positivas na Dimensão 5 - Percepções gerais sobre a SD



O gráfico 3.2.6 mostra as percentagens de resposta positiva à dimensão 6 que caracteriza o feedback e comunicação relativa ao erro. A secção com estes itens é a secção C composta pelos itens numero 1 “É-nos fornecido feedback acerca das

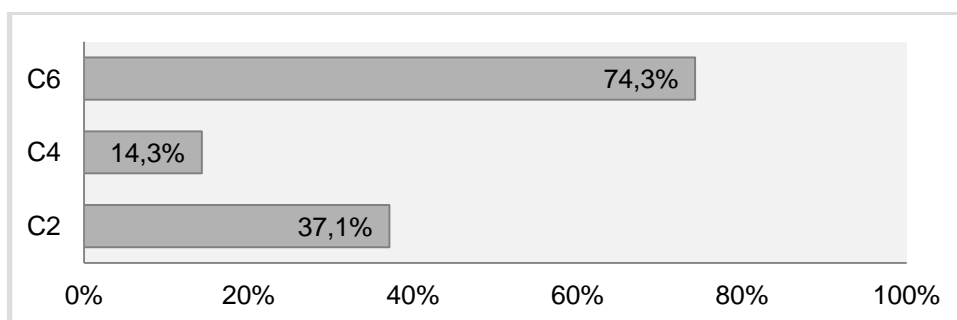
mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências”, com respostas positivas de 37,10%, pelo item numero 3 “Somos informados acerca dos erros que aconteçam neste serviço/unidade” com resposta positiva de 34,3% e pelo item numero 5 “Neste serviço discutimos modos de prevenção de repetição de erros” com a maior percentagem de resposta positiva, 45,7%.

Gráfico 3.2.6 - Respostas positivas na dimensão 6 - Feedback e comunicação do erro.



No gráfico 3.2.7 estão descritas as percentagens positivas relacionadas com itens da dimensão 7 relacionada com a avaliação da abertura de comunicação, composta por itens da secção C. Com uma percentagem de 74,30% a resposta ao item numero 6 “Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo”. é o item maiores respostas positivas, seguindo-se da resposta ao item numero 2 “Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” com 37,1% e finalizando com a menor percentagem de resposta positiva ao item numero 4 “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade” com 14,3% de respostas positivas.

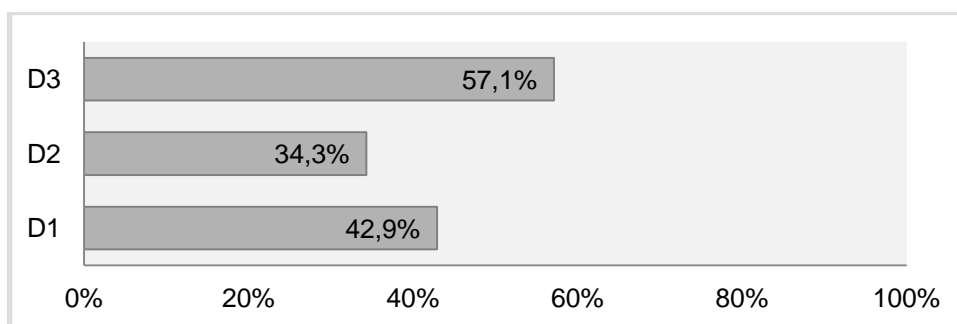
Gráfico 3.2.7 - Respostas positivas na dimensão 7 – Abertura na comunicação



No gráfico 3.2.8 estão descritos os itens correspondentes à dimensão 8, que pertencem à secção D do questionário. Verificamos que o item com a maior

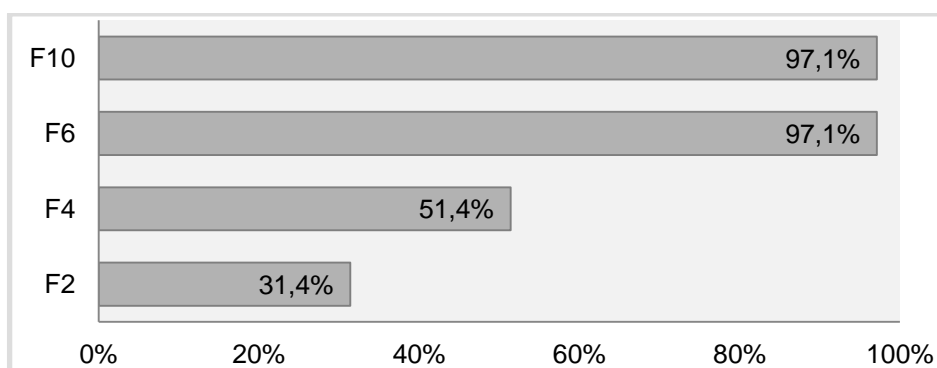
percentagem de resposta positiva é o número 3 “Quando um erro é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é reportado?” com uma percentagem de 57,1%, seguindo-se da resposta ao item numero 1 “Quando um erro é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado?” com uma percentagem de 42,9% e com 34,3% de respostas positivas está o item número 2 “Quando um erro é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é reportado?”.

Gráfico 3.2.8 - Respostas positivas na dimensão 8 - Frequência de notificação.



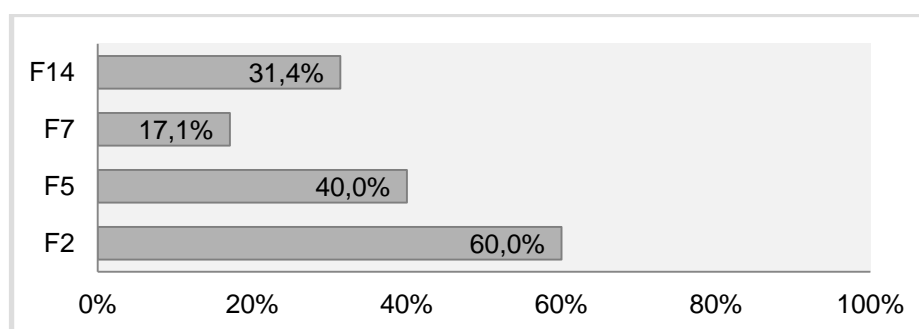
No gráfico 3.2.9. encontram-se descritas as percentagens correspondentes à dimensão 9, relacionadas com a secção F do questionário e relacionadas com o trabalho entre unidades, onde 97,1% corresponde à percentagens de respostas positivas aos itens números 6 “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do hospital” e 10 “Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados de saúde”. O item número 4 “Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente” obteve um resultado de 51,4% e com menor percentagem de respostas positivas encontra-se a resposta ao item numero 2 (“Os serviços/unidades do hospital não se coordenam muito bem umas com as outras” com 31,4%.

Gráfico 3.2.9 - Respostas positivas na dimensão 9 - Trabalho entre unidades.



No gráfico 3.2.10 estão representados os itens da dimensão 10 onde é avaliada a dotação dos profissionais. Com 60% de respostas positivas ao item número 2 “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” obteve-se maior número de respostas positivas nesta dimensão. As respostas ao item número 5 “Os profissionais trabalham mais horas, o que pode em causa a Segurança do Doente” tem respostas positivas de 40%, passando para uma percentagem de resposta de 31,4% ao item número 14 “Trabalhamos em modo “crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa” e com menor percentagem de resposta surge as respostas positivas ao item número 7 “Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a Segurança do Doente” com 17,1%.

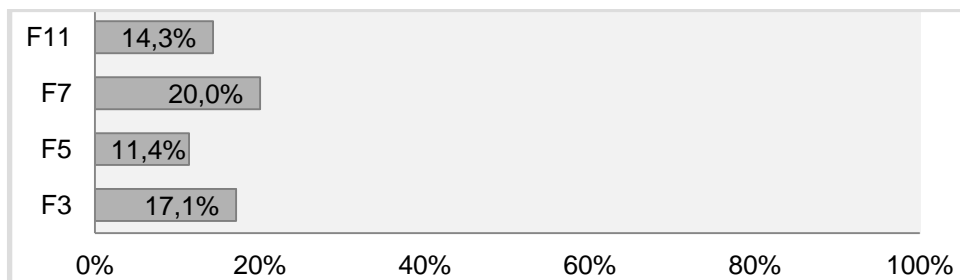
Gráfico 3.2.10 - Respostas positivas na dimensão 10 - Dotação de profissionais.



No gráfico 3.2.11 estão representados os itens que compõem a dimensão 11, relacionados com as transições (secção F). As respostas positivas com maior percentagem de resposta verificam-se no item número 7 (“Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação pelos vários serviços/unidades do Hospital”) com 20%, seguida das respostas ao item número 3 (“A situação fica caótica

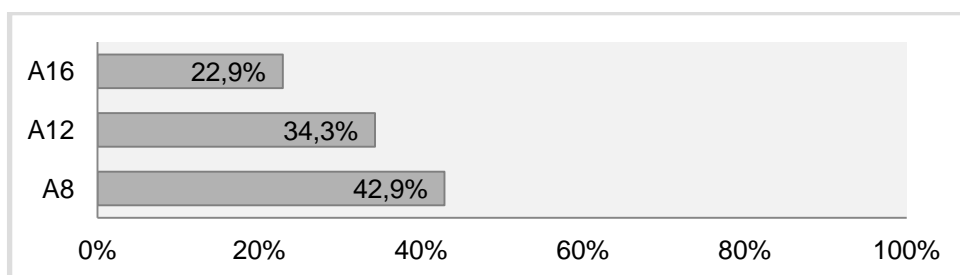
quando se transferem doentes de um serviço/unidade para outro”) com uma taxa de resposta positiva de 17,1%. Verifica-se 14,3% de respostas positivas ao item numero 11 (“As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente”) e com a menor percentagem de respostas positivas ao item número 5 “É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno” com 11,4%.

Gráfico 3.2.11 - Respostas positivas na dimensão 11 – Transições.



No gráfico 3.2.12 estão descritos os itens da dimensão 12, correspondente à secção F do questionário, relacionada com a resposta ao erro não punitiva. Com respostas positivas superiores destaca-se o item numero 8 “Os profissionais sentem que o seus erros são utilizados contra eles” com 42,9%, seguida das respostas ao item 12 “Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si” com 34,3% de respostas positivas, finalizando com menor percentagem de respostas positivas, 22,9%, as respostas ao item 16 “Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal”.

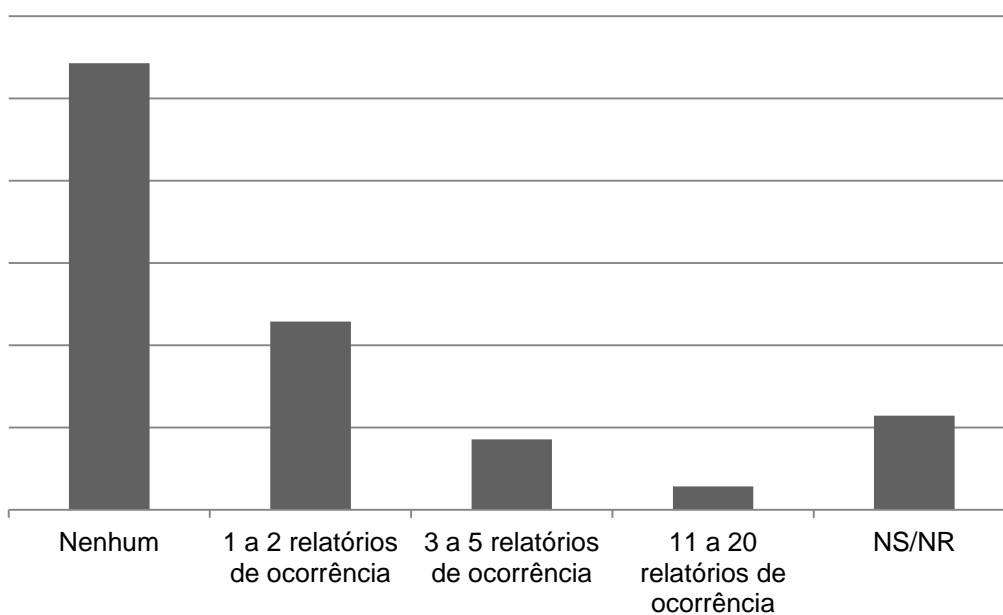
Gráfico 3.2.12 - Respostas positivas dimensão 12 - Resposta ao erro não punitiva.



No gráfico 3.2.13 estão representados os resultados da secção F do questionário, onde se demonstra o número de incidentes/eventos adversos notificados. Através da análise do gráfico verificamos que 54,3% dos profissionais que responderam ao questionário nunca efetuaram notificações, seguindo-se 22,9% dos profissionais que

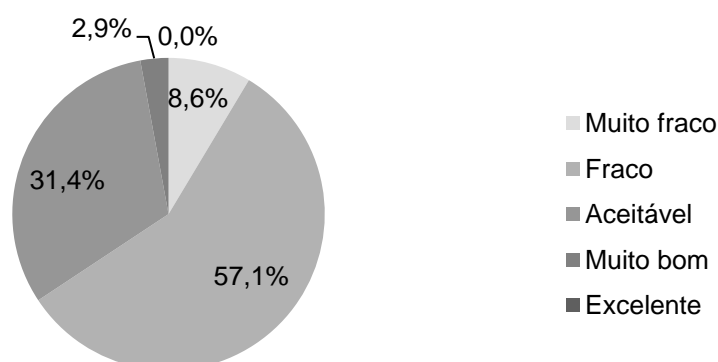
efetuaram apenas 1 a 2 relatórios de ocorrência., passando por 11,4% dos profissionais que realizaram entre 11 a 20 relatórios de ocorrência e com uma minoria representativa estão os 8,6% com 3 a 5 relatos de incidentes. De verificar ainda que 11,4% dos inquiridos não responderam a esta questão.

Gráfico 3.2.13 – Notificação de incidentes na CECO.



No gráfico 3.2.14 está descrito o grau de SD que os profissionais desta instituição atribuíram ao seu serviço/unidade registrando-se que 57,1% dos profissionais classificaram a SD como “Fraca”, seguindo-se de 31,4% que consideram a SD Aceitável com uma percentagem de 31,4%. Verificou-se que 8,6% dos inquiridos classificam a SD como Muito fraca e que a percentagem menor da secção foi atribuída à classificação de “Muito bom” com 2,9% das respostas.

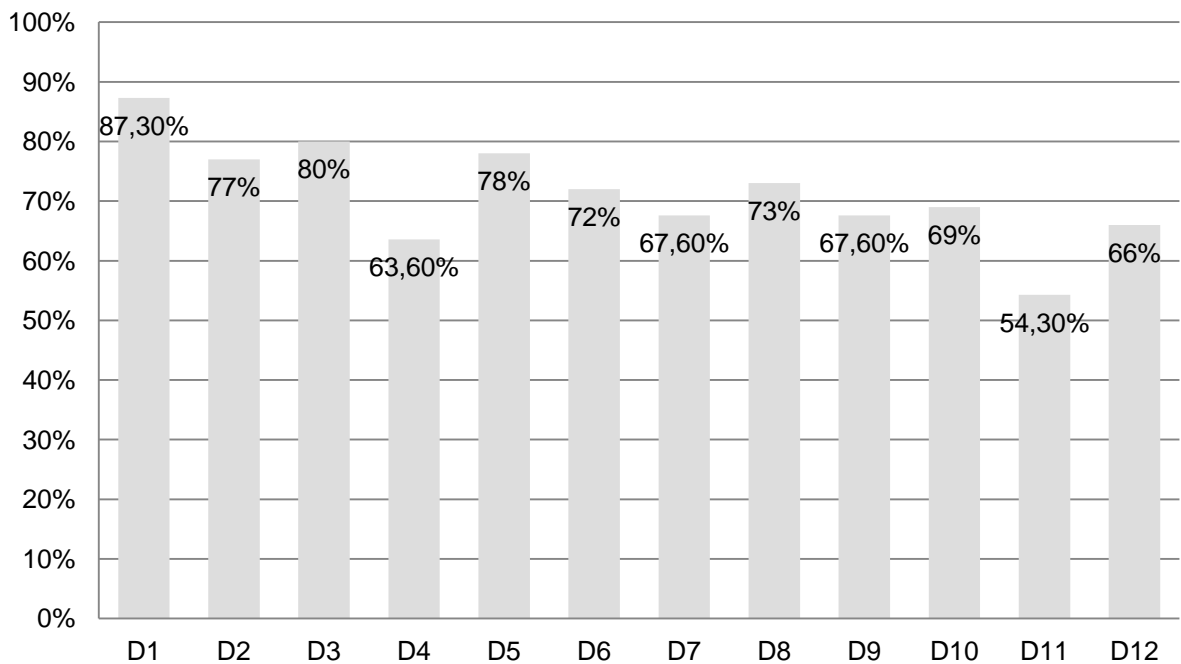
Gráfico 3.2.14 - Classificação do Grau de SD pelos profissionais da CECO.



O gráfico 15 revela os resultados das 12 dimensões da avaliação da CSD na CECO onde podemos referir que as dimensões com uma avaliação da CSD positiva, ou seja, com scores superiores a 75% de respostas positivas, são as dimensões 1, 2, 3, 5, que avaliam, respetivamente, o trabalho em equipa, as expectativas do supervisor/gestor e as ações que promovam a SD, o Apoio à SD pela gestão e as perceções gerais sobre a SD com percentagens, respetivamente, de 87,3%, 77%, 80% e 78%.

As dimensões 4, 6, 7, 8, 10, 11 e 12 que caracterizam a aprendizagem organizacional, a frequência da notificação, a abertura na comunicação, o feedback e comunicação acerca do erro, o trabalho entre unidades, a dotação de profissionais, as transições e a resposta ao erro não-punitiva, apresentam um score final entre 54,30% e 73%.

Gráfico 3.2.15 - Avaliação das dimensões da CSD na CECO do Hospital da Luz Lisboa



A aplicação do questionário ACSD permitiu caracterizar a perceção dos profissionais da CECO do Hospital da Luz Lisboa.

Através da análise dos resultados podemos verificar que a CECO apresentou médias positivas nas dimensões consideradas acima dos 60%, conduzindo para oportunidades de melhoria na CSD. Nas dimensões 4, 7, 9, 10, 11 e 12 - aprendizagem organizacional, abertura na comunicação, trabalho entre unidades, dotação de profissionais e resposta ao erro não punitiva, respetivamente - os scores finais não ultrapassam os 70%. Deste modo consideramos a CSD dentro dos parâmetros da normalidade mas com francas oportunidades de melhoria.

A literatura usada para sustentar este estudo apresenta sempre populações muito superiores a 30, razão pela qual não foi realizado nenhum estudo comparativo. Assim sendo a grande limitação deste estudo exploratório passou pela amostra reduzida da população, conduzindo a possíveis vieses nos resultados finais. A justificação para a amostra reduzida justifica-se com os conflitos éticos com a instituição, após aprovação por parte da comissão de ética do estudo. Após a aprovação do estudo pela comissão de ética a população em estudo seria todo o corpo clínico e não clínico, mas apenas o corpo clínico da instituição foi autorizado a responder ao questionário. As razões para esta alteração por parte da comissão de ética não foram justificadas. Assim sendo, por questões éticas e organizacionais, a aplicação do questionário realizou-se apenas a uma parte da CECO e a três grupos distintos de profissionais (corpo clínico), deixando

de parte uma grande percentagem de profissionais (corpo não clínico), podendo ser mais um viés ao resultado final. A replicação deste estudo nesta instituição a todos os grupos profissionais, poderá permitir resultados mais abrangentes. Verificou-se a total ausência de resposta à última questão do questionário aplicado – o espaço aberto para sugestão à SD, a erros ou sistemas de notificação foram nulos – que poderá ser justificado pelo facto de o questionário ter sido entregue em mão, apesar de a confidencialidade ter sido assegurada, e não informaticamente. Assim sendo o questionário manual, ao invés de eletrónico, poderá ter sido também uma justificação para a amostra reduzida.

4. Conclusão

A SD é reconhecida como um fator determinante para a qualidade da prestação de cuidados de saúde sendo evidente a necessidade de promoção de um ambiente livre de medo e culpabilização para que os profissionais possam proativamente comunicar falhas e erros, construindo uma CSD robusta e diferenciadora. Para a manutenção de uma boa CSD deve-se desenvolver políticas nesse sentido que mostrem o trabalho em equipa enquanto competência fundamental de todos os profissionais de saúde.

O propósito de um hospital é prestar cuidados de saúde de qualidade aos doentes. A obrigação ética e profissional para melhorar a SD é eticamente exigível, assim como a contribuição para a criação de unidades de saúde seguras, indo de encontro aos padrões de cada profissional de saúde. A CSD e a contínua promoção de um ambiente seguro são adquiridas através de capacitação, esforços coordenados e a eficiente contribuição de cada indivíduo para o alcance deste objetivo através da pronta notificação de erros e eventos adversos, que vão permitir a identificação e correção de problemas nos processos. As instituições devem reconhecer que mesmo os profissionais competentes e cuidadosos estão sujeitos a riscos durante a execução das suas funções e que muitos erros são resultado de sistema inadequados e complexos. Os erros devem ser acompanhados na tentativa de estabelecer tendências e padrões para que se possa aprender com eles e prevenir a sua recorrência.

A segurança na prestação de cuidados de saúde é indissociável da qualidade, não só pelo impacto nos resultados clínicos, administrativos e financeiros, mas também pela dimensão de satisfação e reputação dos utilizadores.

A verdadeira dimensão do problema é de difícil avaliação, variando a prevalência e a gravidade dos eventos adversos. Porém, o impacto dos eventos adversos ultrapassa, claramente, os danos imputados aos doentes e atinge também os profissionais e a sociedade. A CSD reside não só no indivíduo, mas também na organização, onde surgem valores como a proatividade, aprendizagem e resiliência em relação às falhas envolvendo a sua notificação sem culpa e aceitando o risco de falibilidade.

As metas que se pretendem atingir em 2020 são, uma taxa de adesão nacional na ACSD superiores ou iguais a 90%, com uma média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da CSD superior ou igual 50%. Para tal é sugerido o desenvolvimento de um plano de formação na área da SD, com a participação na avaliação da cultura de Segurança do Doente nos hospitais e nos cuidados de saúde primários. É sugerido ainda que sejam implementadas medidas de

melhoria nos hospitais de acordo com os resultados obtidos e medidas de melhoria nos cuidados de saúde primários de acordo com os resultados obtidos.

Futuramente importará repetir este estudo nesta instituição, integrado no programa nacional de saúde atual, para avaliar o impacto nos temas abordados.

5. Referências Bibliográficas

- Chassin, M. R., & Galvin, R. W. (January de 1999). JAMA, January 20, 1999—Vol 281, No. 3. *Need to Improve Health Care Quality* , pp. 1001-1005.
- Department of Health and Humam Services, D. (2005). *National Healthcare Quality Report*. United States: Department of Health and Humam Services.
- DGS. (Março de 2015). Obtido em 2018, de Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- DGS. (2015). Indicadores de Qualidade. *Indicadores de Qualidade* . Lisboa: Ministério da Saúde .
- DGS. (2015). Plano Nacional de Saúde 2015-2020. *Plano Nacional de Saúde 2015-2020* . Portugal: Ministério da Saúde.
- DGS, D. G. (2009). *Despacho nº18226/2009*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Diniz, A., Escoval, A., Coelho, A., Eiras, M., Gaspar, M. J., & Cristino, M. (2015). *Relatório Segurança dos doentes*. Portugal: Direcção Geral de Saúde (DGS).
- Diniz, A., Escoval, A., Costa, A. C., Eiras, M., Fernandes, A., Bruno, P., et al. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa amostra de hospitais portugueses*. Portugal: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- Direcção Geral da Saúde, D. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, Relatório técnico final*. Lisboa.
- Direcção Geral de Saúde, D. (10 de Fevereiro de 2015). PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTE. *Diário da República* , nº28.
- Direcção Geral de Saúde, D. (2012). *Análise de incidentes e de eventos adversos*. Direcção Geral de Saúde. Portugal: Departamento da Qualidade em Saude.
- Eiras, M. (2008). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação numa unidade de Radioterapia* . Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- Eiras, M. (2014). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio Hospitalar: investigação-ação numa unidade de radioterapia. *Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Políticas, Gestão e Administração da Saúde*. Universidade Nova de Lisboa.
- European Council, E. (2009). *Patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. Luxemburg: Official Journal of the European Union.
- Fragata, J. I. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Dossier: erro médico*, 26, pp. 564-270.
- França, M. (2008). *Quality, risk management and patient safety: the challenge of effective integration*. World Hospitals and Health Services.
- Hospitalar, A. P. (2011). *Estudo Piloto da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa amostra de hospitais portugueses*. Lisboa: Departamento de Qualidade em Saúde.
- Joan Sorra, T. F. (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Kitchenham, B., & Pfleeger, S. L. (1996). Software quality: the elusive target. *IEEE Software*, 13, 12-21.
- Linda, T. K., Corrigan, J. M., & Molla S, D. (2000). *To error is Human*. Washigton: National Academies Press.
- Ministros, C. d. (2000). Saude para todos no ano 2000 - Meta 31. 17/79 . Conselho da Europa.
- NHS, N. P. (August de 2004). Seven Steps to patient safety - the full reference guide.
- Passadouro, R., & Rama, N. J. (Janeiro de 2013). *Segurança do doente e Sistema de Gestão de Risco Clínico*. Obtido de Research Gate: https://www.researchgate.net/publication/258021360_Seguranca_do_doente_e_Sistema_de_Gestao_de_Risco_Clinico_Realidade_Institucional
- Pisco, L., & Biscaya, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saude primários. *Escola Nacional de Saúde Publica*, pp. 3-51.
- Ribeiro, O. d. (2010). *Qualidade dos cuidados de saúde*. Viseu: Escola Supeiro de Saude do Instituto Politecnico de Viseu.

- Services, Department of Health and Human. (2016). *National Healthcare Quality and Disparities Report and 5th Anniversary Update on the National Quality Strategy*. Rockville: National Healthcare Quality.
- Simerka, P. (2009). *Recomendação do conselho de 9 de Junho de 2009, sobre a segurança dos pacientes incluindo o controlo e a prevenção de infecções associadas aos cuidados de Saúde*. Luxemburgo: Jornal Oficial da União Europeia.
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital Survey on patient culture survey's users guide*. Obtido em 2017, de <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospcult.pdf>
- Sorra, J., Nieva, V., Famolaro, T., & Dyer, N. (2007). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Sousa, C. L., & Gomes, L. (Setembro de 2016). *Cultura de Segurança e Notificação de Incidentes no Hospital da Luz*. Obtido de Hospital da Luz: www.luzsaude.com
- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (Outubro de 2010). Investigação e inovação em Segurança do Doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 89-95.
- Statit. (2007). *Introduction to Continuous Quality Improvement for Healthcare Process Improvement*. Oregon: Statit Software.
- Watcher, R. (2010). *Compreendendo a segurança do doente*. Porto Alegre: Artmed.
- WHO, W. H. (2015). Patient safety tool kit. Obtido em Janeiro de 2017, de <http://www.who.int/patientsafety/policies/en/>
- World Health Organization, W. (2002). The Launch of the World Alliance for Patient Safety. Quality of care: patient safety. *World Health Assembly*. Washington.

ANEXOS

**Anexo I - Questionário de Avaliação
da Cultura de Segurança do Doente**

**Anexo II – Autorização da Comissão
de ética do Hospital da Luz Lisboa
para realização do estudo**

Anexo III – Autorização do diretor de serviço da Consulta Externa do Centro de Otorrinolaringologia do Hospital da Luz Lisboa para realização do estudo