

APROVAÇÃO DOS ESTUDOS DA DISSERTAÇÃO

Em dezembro de 2014, o projeto inicialmente intitulado “Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo pioneiro em Portugal” recebe o parecer favorável nº 46/2014 da Comissão de Ética em Saúde do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (CES / SESARAM, EPE) – Anexo A. A Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) também deliberou favoravelmente (Deliberação nº 3614/2015) – Anexo B, a metodologia inerente a este projeto inicial.

A intenção e plano de investigação inerente a este ciclo de estudos conducente ao grau de doutora foram aprovados pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Nova Medical School - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa em 2015.

Por variados condicionantes, o projeto inicial teve de ser ampliado e reajustado pelo que foi solicitado novos pareceres à CES /SESARAM, EPE, à Comissão Nacional de Proteção de Dados e à Comissão de Ética da Nova Medical School - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (CEFCM). O projeto que serviu de base à tese que aqui se apresenta – “Avaliação da Cultura de Segurança e dos Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários” foi aprovado pelos seguintes pareceres:

- Parecer nº 06/2016, de 22 de fevereiro da Comissão de Ética em Saúde do SESARAM – Anexo C;
- Autorização Nº 11961/2016 da CNPD datada de 8 de novembro – Anexo D;
- Parecer nº 44/2014/CEFCM de 9 de janeiro 2017 – Anexo E.

TRABALHOS CIENTÍFICOS

Os seguintes trabalhos científicos, foram total ou parcialmente utilizados, na preparação da presente tese:

Artigos publicados em revistas com “peer review”:

Ornelas MD, Pais D, Sousa P. Patient safety culture in Portuguese primary healthcare. *Qual Prim Care*. 2016. 24(5):214-218.

Este artigo está referenciado na página web da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*

Ornelas MD. Avaliação dos eventos adversos nos cuidados de saúde primários. Livro de Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. 2013; 25-28.

Ornelas MD, Sousa P, Pais D, Andrade FF. O desafio de quantificar os eventos adversos nos cuidados de saúde primários. Livro de Proceedings do 4º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. 2014; 123-30.

Encontra-se **em revisão pela Ata Médica Portuguesa**, o artigo “The Adverse Events Assessement in Primary Healthcare” submetido em março de 2017.

Circular Normativa do IA – SAÚDE RAM

Ornelas MD, Nunes A, Silva AC, IASAÚDE IP-RAM. Circular Normativa Avaliação Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários. 2015;(S 10):1–22.

Comunicações Orais por Convite:

Em reuniões internacionais:

Ornelas M, Pais D, Sousa P. A avaliação dos eventos adversos nos cuidados de saúde primários em Portugal, 19th WONCA Europe Conference: New Routes for General Practice and Medicine”, Lisboa, 2014.

Ornelas M, Pais D, Sousa P, Andrade FF. Los eventos adversos en la atención primaria en Portugal, Hospital Universitario San Juan de Alicante, 2014.

Em reuniões nacionais:

Ornelas M. Segurança dos doentes – uma temática de sempre e para sempre. A segurança dos doentes nos cuidados de saúde, Funchal, 2014.

Ornelas M, Pais D, Andrade FF, Sousa P. Projeto de investigação: os eventos adversos nos cuidados de saúde primários da madeira, A Segurança dos Doentes nos Cuidados de Saúde, Funchal, 2014.

AGRADECIMENTOS

Este terceiro ciclo de estudos não poderia ser realizado, sem o apoio e ajuda preciosa de muitas pessoas. Para estas, e por tudo o que foi dito e por aquilo que nem foi preciso dizer, Obrigada.

Por me terem cativado e tornarem a minha jornada mais prazerosa, teço um especial agradecimento:

- Aos meus orientadores, Professor Doutor Diogo Pais e Professor Doutor Paulo Sousa, por terem sido a bússola norteadora deste projeto. Estendo este agradecimento ao Doutor Francisco Freire de Andrade por me ajudar a dar os primeiros passos nesta longa jornada;

- Às doutoras, Rosa Neto Silva, Andreia Ribeiro, Cristina Nave e Paula Moura dos Santos, por cuidarem de mim e me permitirem trilhar caminhos como este que aqui descrevo. Por seres essencial e o “essencial ser invisível aos olhos” obrigada Rosinha;

- Ao doutor Luís Faria Paulino e Manuela Abrantes, por mais do que eu, acreditarem que era capaz de realizar este terceiro ciclo de estudos e por me transmitirem a força e confiança necessárias para manter-me nestes trilhos;

- À Sónia Jardim e à Helena Ornelas pela amizade e apoio reconfortantes;

- À Márcia Batista pela análise estatística dos resultados;

- A todos os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira que dispuseram do seu tempo para participar neste estudo.

- À minha família no geral, meu suporte básico de vida, e à minha mãe em particular e em especial, meu refúgio e meu bastião!

- Aos meus amores “pequeninos” Tomás, Luana e Diogo pela força, carinho e paz que me transmitem.

A todos aqueles que de uma forma direta ou indireta contribuíram para o meu bem-estar, físico, social e psicológico, um bem hajam. Se estiverem a ler estes agradecimentos e sentirem-se incluídos, acreditem, deixaram um pouco de vós e esta tese á apenas um pouco de nós.

PREFÁCIO

De acordo com Susan Sontag "A doença é o lado sombrio da vida, uma cidadania bem pesada. Ao nascer, todos nós adquirimos uma dupla cidadania: a do reino da saúde e a do reino da doença e muito embora todos preferíssemos usar o bom passaporte, mais tarde ou mais cedo cada um de nós se vê obrigado, ainda que momentaneamente, a identificar-se como cidadão da outra zona." A doença é assim, a lembrança indelével da nossa condição de vulneráveis, e o ingrediente que torna a saúde desejável, agradável e prazerosa.

O peso social na atividade médica encontra nos postulados éticos da Beneficência e da Não-Maleficência, a obrigação de, enquanto homens, fazermos o bem aos outros e abstermo-nos de fazer mal e, enquanto profissionais de saúde, especialmente qualificados e academicamente habilitados, a obrigação Hipocrática de bem tratar os doentes, sem embargo dos próprios e imponderáveis fatores comportamentais de cada organismo. Numa matéria tão sensível como a Saúde, as expectativas são muito grandes e a margem de aceitação do insucesso é muito ténue. A confiança entre os que devem tratar e os que precisam de ser tratados, tem de ser fomentada, mas para isso, é importante perceber como e porque se erra e estabelecer uma ética profissional de defesa intransigente da qualidade do trabalho clínico em benefício dos doentes.

A temática da Segurança dos Doentes (SD) para além do cunho inovador, interessante e sobretudo útil, traz consigo medos, dúvidas, constatações e até mesmo desafios metodológicos que apesar de inicialmente descurados por parte da doutoranda revelaram-se complexos, exigentes e pouco gratificantes.

O caminho percorrido nestes sete anos, para além de longo foi também repleto de obstáculos e sinalizações dissonantes e como tal não decorreu nos *timings* desejados. De entre os principais motivos de abrandamento do projeto, destaco: 1) A sensibilidade da temática abordada, que no caso da Região Autónoma da Madeira (RAM) é particularmente "um tabu" e como tal exigiu esclarecimentos e uma divulgação "porta a porta"/presencial nos 47 Centros de Saúde (CS) da RAM; 2) As condicionantes político-sociais da RAM (desde o início deste terceiro ciclo de estudos até à data atual houve na RAM a tomada de posse de dois governos regionais, três secretários regionais da saúde, três conselhos de administração e cinco diretores clínicos. Uma vez que, as decisões tomadas por aquelas entidades demissionárias tiveram de ser reapreciadas pelos novos elementos em exercício de funções foi necessário diligenciar novas reuniões e defender a pertinência e utilidade do projeto para a SD no geral e para o Serviço Regional de Saúde da RAM (SESARAM) em particular); 3) Os atrasos nos pareceres das comissões de ética competentes; 4) Os incêndios de 2015 que assolaram a Madeira e consumiram toda a documentação e trabalho académico realizado até à data; 4) As questões de saúde da doutoranda.

Como primeira doutoranda em Medicina Geral e Familiar da Região Autónoma da Madeira, foi necessário envidar múltiplos esforços locais, organizacionais e estruturais de modo a poder realizar esta tão ambicionada tese, conciliando unidades curriculares e orientadores sediados em Lisboa com o exercício, da não menos exigente, especialidade de Medicina Geral e Familiar, num centro de saúde da pérola do atlântico.

O sabor agridoce do trabalho que aqui apresento é assim reflexo deste percurso caminhado a caminhar e deste caminho que se fez a andar devagar e por vezes devagarinho!

Apesar dos imprevistos e entraves, decorridos ao longo destes sete anos, é meu entender que esta dissertação para além da sua inovação e utilidade (nos CSP em geral e nos CSP da RAM em particular) é de facto uma prova de que só se faz investigação com resiliência e muito trabalho.

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A dissertação aqui apresentada está organizada da seguinte forma: Depois de uma secção inicial com as aprovações do projeto pelas diferentes Comissões de Ética e Comissão Nacional de Proteção de Dados e da descrição dos trabalhos científicos apresentados em congressos e revistas com arbitragem científica apresentamos os agradecimentos e um breve prefácio.

No sentido de facilitar a análise deste documento, após uma listagem de símbolos e abreviaturas, apresentamos o resumo / *abstract* e seguimos com uma apresentação do índice geral, índice de figuras, tabelas e quadros e por fim um índice de anexos e apêndices.

O documento está subdividido em oito capítulos. No primeiro capítulo fazemos uma introdução ao contexto, temática e pertinência do estudo. No capítulo dois aprofundamos esta introdução e procedemos à análise do estado de arte no que diz respeito aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), aos Eventos Adversos (EA) e à cultura de segurança nas organizações de saúde. Os terceiro, quarto e quinto capítulos (Metodologia, Resultados e Discussão de resultados, respetivamente) estão organizados de acordo com as três fases metodológicas que suportaram este projeto. A primeira fase debruça-se sobre a avaliação da cultura de segurança dos doentes nos CSP da Região Autónoma da Madeira (RAM) através do *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, que traduzimos, adaptamos, aplicamos e validamos para os CSP da RAM; a segunda fase descreve o processo de tradução, adaptação, aplicação e validação cultural para a língua Portuguesa, do formulário APEAS (Estudio de los EA en atención primaria de salud), para identificar e caracterizar os EA ocorridos neste nível de cuidados. Na terceira fase, e de acordo com os resultados alcançados nas duas fases anteriores, analisamos as associações entre a cultura de segurança dos doentes e os EA identificados nos CSP da RAM, tendo por base a Zona/ACES de preenchimento dos questionários.

As conclusões constam no capítulo seis e no capítulo sete para além da exposição de algumas limitações e potencialidades encontradas, traçamos algumas linhas de investigação futura.

Por último, é apresentado um glossário dos termos e conceitos que foram utilizados nesta dissertação.

As referências bibliográficas apresentam-se sob o estilo adotado pelo "*The New England Journal of Medicine*".

Nos "Apêndices" compactamos os documentos que complementam ou discriminam alguns dos resultados apresentados.

Em "Anexos" encontram-se os documentos das comissões de ética e Comissão Nacional de Proteção de Dados e os dois instrumentos aplicados no decorrer do estudo (com as respetivas autorizações por parte dos seus autores/entidades originais).

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*
APEAS – *Estudio de los Eventos Adversos en Atención Primaria de Salud*
ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
CE – Comissão de Ética
CEFCM – Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas
CISD – Classificação Internacional da Segurança do Doente
CNDP – Comissão Nacional de Proteção de Dados
CS – Centro de Saúde
CSD – Cultura de Segurança dos Doentes
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral da Saúde
EA – Eventos Adversos
EUA – Estados Unidos da América
HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*
HTA – Hipertensão Arterial
IC – Intervalo de Confiança
IOM - *Institute of Medicine*
MF – Médico de Família
MGF – Medicina Geral e Familiar
MOSOPS – *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PHC – *Primary Healthcare*
RAM – Região Autónoma da Madeira
SD – Segurança do Doente
SNS – Sistema Nacional de Saúde
UE – União Europeia
WHO – *World Health Organization*

SÍMBOLOS:

Número – Nº
Porcentagem - %

RESUMO

Introdução: A comissão europeia nas suas recomendações relativas à segurança do doente (SD), refere que nos seus Estados-Membros, mais de 37 milhões de doentes que recorrem aos cuidados de saúde primários (CSP) são vítimas de acontecimentos adversos devido aos cuidados de saúde prestados¹. A frequência destes eventos varia entre os 0,04 e os 2400 Eventos Adversos (EA) por 10.000 consultas efetuadas nos CSP². De acordo com Milligan³, de nada vale implementar medidas que promovam as boas práticas (e consequentemente a redução de EA), se os profissionais que trabalham nas organizações de saúde não estiverem sensibilizados para a segurança dos doentes, e a educação dos doentes, dos seus familiares, profissionais de saúde, gestores e políticos não for uma prioridade e um tema de debate, reflexão e uniformização de conceitos.

Métodos: Nesta dissertação, descreve-se a avaliação da cultura de segurança dos doentes (CSD) e dos EA nos CSP de uma região autónoma de Portugal. O estudo foi quantitativo, transversal, observacional e analítico, com uma amostragem probabilística e decorreu em três fases principais. Na primeira fase, avaliamos a cultura de segurança dos doentes nos CSP da Região Autónoma da Madeira (RAM), através da tradução, adaptação, aplicação e validação para a língua portuguesa do *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSOPSC). Na segunda fase, quantificamos e analisamos os EA registados pelos profissionais de saúde (médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF), internos desta especialidade e enfermeiros) no formulário *Estudio de los EA en Atención Primaria de Salud* (APEAS) que traduzimos, adaptamos e validamos para a língua portuguesa. Na última fase deste estudo, procuramos relacionar os resultados obtidos nas duas fases anteriormente descritas. Para a validação do MOSOPSC e APEAS recorremos também à metodologia inerente aos *focus groups*.

Resultados: Participaram na avaliação da cultura de segurança dos doentes, através da aplicação do MOSOPSC 483 profissionais (médicos, internos da especialidade de MGF, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, assistentes técnicos e assistentes operacionais) que exerciam atividade nos 47 centros de saúde (CS), distribuídos pela RAM. Nos CSP da RAM prevalece uma cultura de segurança burocrático-proactiva, com o trabalho em equipa e o seguimento dos doentes a representarem as dimensões da qualidade mais robustas. Como áreas que exigem implementação de estratégias de melhoria, destacam-se a pressão, ritmo e quantidade de trabalho, o apoio por parte das chefias/liderança/gestão e a abertura na comunicação. Os CSP foram avaliados como muito bom/bom na equidade (84%), efetividade (79%), eficiência (62%), centralização no doente (62%) e oportunidade (57%). A maioria das respostas positivas na dimensão efetividade foram dadas pelos profissionais de saúde com mais tempo de serviço ($p\text{-value}=0,003$). Foram também estes mesmos profissionais que consideraram os CSP da RAM mais centrados no doente, mais oportunos e eficientes ($p\text{-value}=0,019$). Os profissionais de enfermagem, comparativamente com a classe médica, consideraram os cuidados de saúde mais efetivos ($p\text{-value}=0$) e eficientes ($p\text{-value}=0,001$).

Preencheram o questionário APEAS 152 profissionais de saúde (médicos, internos da especialidade de MGF e enfermeiros), que desta forma identificaram e analisaram 85 EA e 42 incidentes, o que corresponde a uma prevalência pontual de 3,9 EA por 10.000 consultas, com um intervalo de confiança (IC) compreendido entre os 3,7 e os 4 EA. A maioria dos EA

identificados foram considerados, pelos profissionais de saúde, como preveníveis (96%) e ligeiros (54%); tinham por base, problemas relacionados com os cuidados de saúde prestados (74%), com a medicação (70%) e com a comunicação (54%).

Os profissionais com mais de seis anos de tempo de serviço registaram mais EA, enquanto que, os com menos tempo de serviço, registaram sobretudo incidentes. 81% dos registos/notificações realizados pelos profissionais de enfermagem diziam respeito a EA, enquanto que esta prevalência foi de 58% na classe médica.

Os utentes, que sofreram incidentes de segurança, tinham uma média de idade de 54,5 anos; 60% eram do sexo feminino e 72% apresentava pelo menos um fator de risco ou doença. Os eventos foram mais frequentes nos doentes com hipertensão arterial (HTA), diabetes, insuficiência cardíaca e insuficiência renal ($p\text{-value} < 0,05$). A ansiedade, stress, depressão, necessidade de repetir procedimentos ou consultas e pior curso evolutivo da doença de base, foram também mais frequentes, nos doentes que sofreram EA.

Nos agrupamentos de centros de saúde (ACES) com maior registo de EA identificamos: 1) Uma cultura de segurança mais centralizada no doente ($r=0,753$ e $p\text{-value}=0,012$), mais efetiva ($r=0,765$ e $p\text{-value}=0,010$), mais oportuna ($r=0,689$ e $p\text{-value}=0,027$), mais eficiente ($r=0,652$ e $p\text{-value}=0,041$) e equitativa ($r=0,782$ e $p\text{-value}=0,008$); 2) Uma melhor classificação dos sistemas e procedimentos que têm lugar nos CSP da RAM para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afetar os doentes ($r=0,641$ e $p\text{-value}=0,046$).

Conclusão: Os CSP da RAM são relativamente seguros, equitativos e eficientes. Os profissionais de saúde trabalham em equipa e os doentes são bem acompanhados. Problemas com a pressão/ritmo, quantidade de trabalho, suporte por parte das chefias/liderança/gestão, abertura na comunicação e falta de recursos materiais e humanos, necessitam de intervenções urgentes. Neste estudo para além de validarmos dois instrumentos (alfas de *cronbach* superiores a 75%) fomos ao encontro das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), da União Europeia e da Direção Geral da Saúde (DGS). Contribuímos desta forma, para a SD e para colmatar a lacuna no conhecimento científico sobre esta temática nos cuidados de saúde em geral e nos CSP em particular.

Palavras chave: Eventos adversos; Erro médico; Segurança dos doentes; Cultura de segurança dos doentes; Cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Introduction: The European Commission in its recommendations on patient safety affirm that in its member states more than 37 million patients using Primary Health Care (PHC) are victims of Adverse Events (AE) due to health care provided¹. The frequency of these events range between 0.04 and 2.400 AE per 10.000 consultations in PHC². According to Milligan³, there is no use in trying to implement measures that encourage good practice (and hence reduce the occurrence of AE) if the professionals who make up the organizations are not particularly aware of PS and the education of patients, families, healthcare professionals, administrators, managers and policy makers is not a priority and point of approach, reflection and standardization of concepts.

Methods: In this dissertation, we describe the evaluation of the PSC and AEs in PHC in an autonomous region of Portugal. The study was quantitative, cross-sectional, observational and analytical, with probability sampling, and carried out in three main phases. In phase one, we assess the PSC in PHC of the Madeira Island through the translation, adaptation, application and validation into the Portuguese language of the “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” (MOSOPSC). In a second phase, we quantify and analyze the AE registered by healthcare providers (physicians, physician’s assistants and nurses) on formulary APEAS - “The Study of AE in Primary Health Care” (which was translated, adapted and validated for the Portuguese population). In the last phase, we try to correlate the two studies. For the translation and validation of the instruments (MOSOPSC and APEAS) we also use the methodology of focus groups.

Results: 483 professionals (general and family physicians, physician’s assistants, nurses, psychologists, nutritionists, social workers, technical assistants and operational assistants) who worked in the 47 health centers, distributed by the Autonomous Region of Madeira (RAM), participated in the evaluation of PSC. A bureaucratic-proactive PSC prevails in PHC of RAM, with teamwork and patient follow-up representing the most robust quality dimensions. Areas that require implementation of improvement strategies include pressure, pace and quantity of work, support from management / leadership / management and openness in communication. PHC were evaluated as very good / good in equity (84%), effectiveness (79%), efficiency (62%), patient centralization (62%) and opportunity (57%). Healthcare providers with more time of service were those who considered the PHC of the RAM more patient-centered, more timely and efficient (p-value = 0,019). Nursing professionals considered health care more effective (p-value = 0) and efficient (p-value = 0.001).

A total of 152 healthcare providers completed the APEAS questionnaire, identified and analyzed 85 AEs and 42 incidents, which corresponds to a point prevalence of 3.9 AE per 10.000 visits, with a 95% confidence interval (CI) between 3.7 and 4 AE. Most of the AE were preventable (96%) and mild (54%). The majority of AE were based on health care problems (74%), medication (70%) and communication (54%).

Providers with more than six years of service time registered more AE, while those with a shorter period of service registered mainly incidents. 81% of registrations made by nursing professionals are related to AE, while this prevalence was 58% in general practitioners.

The users, who suffered patient safety incidents, had an average age of 54.5 years, 60% were female and 72% had at least one risk factor or disease. The events were more frequent in patients with hypertension, diabetes, heart failure and renal failure (p-value <0.05). Anxiety, stress, depression, need to repeat procedures or consultations and worse evolutionary course of the underlying disease, were more frequent in patients with AE.

In the Areas/ACES with the highest AE register, we identified: 1) A more patient-centered safety culture (r = 0.753 and p-value = 0.012), more effective (r = 0.765 and p-value = 0.010), more timely (r = 0.689 and p-value = 0.027), more efficient (r = 0.652 and p-value = 0.041) and equitable (r = 0.782 and p-value = 0.008); 2) A better classification of the systems and procedures that take place in RAM-PHC to avoid, identify and correct problems that may affect patients (r = 0.641 and p-value = 0.046).

Conclusion: The PHC in Madeira Island are secure, equitable and effective; The healthcare providers work as a teamwork and the patients are well follow. Problems with pressure, quantity of work, support by the bosses, communication openness and scarce material and human resources need urgent interventions for improvement. In this study, besides validating two instruments (chronbach alphas greater than 75%) we are following the WHO, EU and Directorate-General of Health (DGS) recommendations, and contribute to patient safety and to bridge the gap in scientific knowledge about this subject, in health care in general, and in PHC in particular.

Keywords: Adverse Events; Medical Errors; Patient Safety; Patient Safety Culture; Primary Health Care.

ÍNDICE GERAL

APROVAÇÃO DOS ESTUDOS DA DISSERTAÇÃO	I
TRABALHOS CIENTÍFICOS	II
AGRADECIMENTOS	III
PREFÁCIO	IV
ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	VI
LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS	VII
RESUMO	VIII
ABSTRACT	X
ÍNDICE GERAL	XII
ÍNDICE DE QUADROS	XIV
ÍNDICE DE FIGURAS	XIV
ÍNDICE DE TABELAS	XV
ÍNDICE DE APÊNDICES	XVI
ÍNDICE DE ANEXOS	XVI
I. INTRODUÇÃO	17
II. ESTADO DE ARTE	19
1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	19
1.1. <i>CONTRIBUTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA SAÚDE DAS POPULAÇÕES</i>	19
1.2. <i>A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL</i>	24
1.2.1. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA	29
2. QUALIDADE EM SAÚDE	33
2.1. <i>CONCEITOS E PERSPECTIVAS EM QUALIDADE</i>	33
2.2. <i>AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE</i>	36
2.2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL	36
2.2.2. A QUALIDADE NO CONTEXTO NACIONAL	38
3. SEGURANÇA DO DOENTE E GESTÃO DO RISCO CLÍNICO	43
3.1. <i>RELEVÂNCIA E CONTEXTO DA SEGURANÇA DO DOENTE</i>	43
3.2. <i>ERROS, INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS</i>	46
3.3. <i>AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA E TIPOLOGIA DOS EVENTOS ADVERSOS</i>	48
3.3.1. NOS CUIDADOS HOSPITALARES	50
3.3.2. NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	52
3.4. <i>AVALIAÇÃO E GESTÃO DO RISCO CLÍNICO</i>	56
4. CULTURA DE SEGURANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	59
III. METODOLOGIA	62
1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	62
2. TIPO DE ESTUDO	63
3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	63
4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS	65
4.1. <i>MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (MOSOPSC)</i>	66
4.2. <i>APEAS</i>	73
5. INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	79

6.	QUESTÕES ÉTICAS.....	81
IV.	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	82
1.	RESULTADOS DA FASE 1 - TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO, APLICAÇÃO E VALIDAÇÃO DO MOSOPSC - RAM	82
1.1.	<i>TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO MOSOPSC PARA OS CSP DA RAM</i>	<i>82</i>
1.2.	<i>VALIDAÇÃO CULTURAL DO MOSOPSC-RAM</i>	<i>84</i>
1.2.1.	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	84
1.2.2.	ANÁLISE DAS RESPOSTAS, FIABILIDADE E VALIDADE DO MOSOPSC-RAM	86
1.3.	<i>AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE.....</i>	<i>90</i>
1.3.1.	POR DIMENSÕES DA QUALIDADE	90
1.3.2.	TEMPO DE SERVIÇO	99
1.3.3.	CATEGORIA PROFISSIONAL	102
1.3.4.	POR ZONAS ACES	107
2.	RESULTADOS DA FASE 2 - TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO, APLICAÇÃO E VALIDAÇÃO DO APEAS - RAM	108
2.1.	<i>TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO APEAS AOS CSP DA RAM.....</i>	<i>108</i>
2.2.	<i>VALIDAÇÃO CULTURAL DO APEAS – PORTUGAL</i>	<i>109</i>
2.2.1.	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	109
2.2.2.	ANÁLISE DAS RESPOSTAS, FIABILIDADE E VALIDADE	111
2.3.	<i>CARACTERIZAÇÃO DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA.....</i>	<i>111</i>
2.3.1.	PREVALÊNCIA DOS EVENTOS ADVERSOS E DOS INCIDENTES NOS CSP-RAM.....	111
2.3.2.	ATENDIMENTO PRESTADO COMO CAUSA DO INCIDENTE DE SEGURANÇA.....	112
2.3.3.	EVITABILIDADE DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA	113
2.3.4.	OCORRÊNCIA DE INCIDENTES DE SEGURANÇA POR ZONA / ACES	114
2.3.5.	ORIGEM DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA.....	115
2.3.6.	INCIDENTES DE SEGURANÇA POR CATEGORIA PROFISSIONAL	116
2.3.7.	INCIDENTES DE SEGURANÇA POR IDADE E TEMPO DE SERVIÇO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	118
2.3.8.	CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES COM INCIDENTES DE SEGURANÇA.....	119
2.3.9.	POSSÍVEIS FACTORES CAUSAIS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA.....	121
2.3.10.	CONSEQUÊNCIAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA	125
2.3.11.	IMPACTE DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA E NECESSIDADE DE CUIDADOS ADICIONAIS	127
2.3.12.	SEVERIDADE / GRAVIDADE DOS EVENTOS ADVERSOS.....	128
3.	MOSOPSC E APEAS (RAM).....	130
V.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	133
1.	AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA	133
2.	AVALIAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS (APEAS-PT).....	140
3.	MOSOPSC E APEAS.....	148
VI.	CONCLUSÕES.....	149
VII.	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS	153
VIII.	LISTA DE CONCEITOS	155
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
	APÊNDICES.....	175
	ANEXOS	213

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE. ESTRUTURA ORGÂNICA E UNIDADES FUNCIONAIS.....	27
QUADRO 2 - EVOLUÇÃO DE ALGUNS INDICADORES.....	28
QUADRO 3 - DEFINIÇÕES E ATRIBUTOS DA QUALIDADE DE ACORDO COM ALGUNS AUTORES E/OU INSTITUIÇÕES.....	34
QUADRO 4 – APTIDÕES, COMPETÊNCIAS NUCLEARES E ATRIBUTOS DO MF	34
QUADRO 5 - ESTUDOS QUE ANALISARAM OS EA HOSPITALARES, POR LOCAL DE REALIZAÇÃO, FREQUÊNCIA E TIPO DE EA.....	51
QUADRO 6 - OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA O CÁLCULO DA PERCENTAGEM DE REPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS OU NEGATIVAS	72
QUADRO 7 - MÓDULOS QUE COMPÕEM O APEAS ORIGINAL E O APEAS – RAM E TIPO DE RESPOSTAS PERMITIDAS.....	77
QUADRO 8 - FATORES CAUSAIS DOS EA	122
QUADRO 9 - POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA NOS DOENTES.....	125
QUADRO 10 - COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN, ENTRE AS ÁREAS DA QUALIDADE E A CLASSIFICAÇÃO DOS SISTEMAS E PROCEDIMENTOS - COM A OCORRÊNCIA E TIPO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA.....	132

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - ORGANIZAÇÃO DOS CSP NA RAM	31
FIGURA 2 - METODOLOGIAS UTILIZADAS NA MEDIÇÃO DE CONDIÇÕES LATENTES, FALHAS ATIVAS E EA	49
FIGURA 3 - FASES DE SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS PERTENCENTES À POPULAÇÃO.....	84
FIGURA 4 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS E NEGATIVAS NA DIMENSÃO “TRABALHO EM EQUIPA”	90
FIGURA 5 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS E NEGATIVAS NA DIMENSÃO “SEGUIMENTO DO DOENTE”.....	91
FIGURA 6 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS E NEGATIVAS NA DIMENSÃO “APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL”	92
FIGURA 7 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS E NEGATIVAS NA DIMENSÃO “PERCEÇÕES GERAIS SOBRE A QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE”	92
FIGURA 8 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS NOS PROBLEMAS RELACIONADOS COM A QUALIDADE E SD.....	93
FIGURA 9 - RESPOSTAS (EM PERCENTAGEM) ÀS QUESTÕES DA DIMENSÃO “GESTÃO E TROCA DE INFORMAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS”	94
FIGURA 10 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS E NEGATIVAS NA DIMENSÃO “TREINO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS”.....	94
FIGURA 11 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS E NEGATIVAS NA DIMENSÃO “PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS”	95
FIGURA 12 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS E NEGATIVAS NA DIMENSÃO “COMUNICAÇÃO ACERCA DO ERRO”	96
FIGURA 13 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS E NEGATIVAS NA DIMENSÃO “ABERTURA NA COMUNICAÇÃO” ..	96
FIGURA 14 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS E NEGATIVAS NA DIMENSÃO “SUPPORTO POR PARTE DAS CHEFIAS / GESTÃO / LIDERANÇA”	97
FIGURA 15 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS, NEUTRAS E NEGATIVAS ÀS QUESTÕES DA DIMENSÃO “PRESSÃO / RITMO / QUANTIDADE DE TRABALHO”	97
FIGURA 16 - CLASSIFICAÇÃO GERAL DA QUALIDADE E SD (EM PERCENTAGEM) DE RESPOSTAS	98
FIGURA 17 - CLASSIFICAÇÃO ATRIBUÍDA PELOS PROFISSIONAIS À QUALIDADE E SEGURANÇA DOS DOENTES NOS CSP DA RAM ..	98
FIGURA 18 - CLASSIFICAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS CSP POR CATEGORIA PROFISSIONAL E NÚMERO DE RESPOSTAS DADAS	104
FIGURA 19 - CLASSIFICAÇÃO DA EFICIÊNCIA DOS CSP POR CATEGORIA PROFISSIONAL E NÚMERO DE RESPOSTAS DADAS.....	105
FIGURA 20 - CLASSIFICAÇÃO DA CENTRALIZAÇÃO DOS CSP POR CATEGORIA PROFISSIONAL E NÚMERO DE RESPOSTAS DADAS ...	105
FIGURA 21 - CLASSIFICAÇÃO DA OPORTUNIDADE DOS CSP POR CATEGORIA PROFISSIONAL E NÚMERO DE RESPOSTAS DADAS...	106
FIGURA 22 - CLASSIFICAÇÃO DA EQUIDADE DOS CSP POR CATEGORIA PROFISSIONAL E NÚMERO DE RESPOSTAS DADAS	106
FIGURA 23 - DIAGRAMA DE ISHIKAWA.....	124
FIGURA 24 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS POR DIMENSÕES DA QUALIDADE EM DIFERENTES ESTUDOS.....	134
FIGURA 25 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS NA RAM VS PORTUGAL CONTINENTAL E NA RAM VS ESPANHA.....	137

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - NÚMERO DE CONSULTAS MGF REALIZADAS EM PORTUGAL AO LONGO DO TEMPO.....	32
TABELA 2 - OBJETIVOS E METODOLOGIAS UTILIZADAS NOS ARTIGOS ESTUDADOS	56
TABELA 3 - DIMENSÕES E QUESTÕES PRESENTES NO MOSOPS DA AHRQ E NA VERSÃO VALIDADA PARA OS CSP DA RAM	69
TABELA 4 - AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO GRAU DE CORRELAÇÃO ENTRE DUAS VARIÁVEIS	79
TABELA 5 - NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS APLICADOS, PREENCHIDOS, COMPLETOS E INCOMPLETOS.....	85
TABELA 6 - POPULAÇÃO E AMOSTRA POR CATEGORIA PROFISSIONAL.....	85
TABELA 7 - QUESTIONÁRIOS POR IDADE, CATEGORIA PROFISSIONAL, TEMPO DE SERVIÇO E HORAS DE TRABALHO NO CS.....	86
TABELA 8 - VALORES DE ALFA DE CRONBACH NAS DIMENSÕES DO MOSOPS-RAM.....	87
TABELA 9 - TOTAL DE RESPOSTAS “NÃO SEI OU NÃO SE APLICA” E “MISSING VALUES” POR DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO.....	88
TABELA 10 - NÚMERO DE RESPOSTAS “NÃO SEI OU NÃO SE APLICA” POR DIMENSÕES DA QUALIDADE E POR CATEGORIA PROFISSIONAL	89
TABELA 11 - PERCENTAGEM MÉDIA DE REPOSTAS POSITIVAS POR DIMENSÕES DA CULTURA DE SD.....	90
TABELA 12 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS POR DIMENSÕES DA QUALIDADE E TEMPO DE SERVIÇO	99
TABELA 13 - AVALIAÇÃO DA “CENTRALIZAÇÃO NO DOENTE” DOS CSP DA RAM POR ANOS DE SERVIÇO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	100
TABELA 14 - AVALIAÇÃO DA “OPORTUNIDADE” DOS CSP DA RAM POR ANOS DE SERVIÇO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	100
TABELA 15 - AVALIAÇÃO DA “EFICIÊNCIA” DOS CSP DA RAM POR ANOS DE SERVIÇO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	101
TABELA 16 - CLASSIFICAÇÃO DOS SISTEMAS E PROCEDIMENTOS POR TEMPO DE SERVIÇO NO CS.....	101
TABELA 17 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS POR DIMENSÕES DA QUALIDADE E POR CATEGORIA PROFISSIONAL	102
TABELA 18 - EFETIVIDADE POR CATEGORIA PROFISSIONAL	103
TABELA 19 - EFICIÊNCIA POR CATEGORIA PROFISSIONAL	104
TABELA 20 - CLASSIFICAÇÃO DOS SISTEMAS E PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A CATEGORIA PROFISSIONAL.....	107
TABELA 21 - NOTIFICAÇÕES POR LOCAL DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO MOSOPSC-RAM.....	107
TABELA 22 - MOTIVO DE EXCLUSÃO DOS FORMULÁRIOS DA ANÁLISE DE DADOS	109
TABELA 23 - POPULAÇÃO (EM NÚMERO) E AMOSTRA DE PARTICIPANTES (NÚMERO E PERCENTAGEM) NO APEAS-PT	110
TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES POR TIPO DE INCIDENTE DE SEGURANÇA	110
TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES POR CATEGORIA PROFISSIONAL	110
TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES POR LOCAL DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO APEAS-PT.....	111
TABELA 27 - PREVALÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL	112
TABELA 28 - PREVALÊNCIA DE INCIDENTES POR CATEGORIA PROFISSIONAL	112
TABELA 29 - NOTIFICAÇÕES POR GRAU DE EVIDÊNCIA DE QUE O ATENDIMENTO PRESTADO FOI A CAUSA DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA.....	112
TABELA 30 - NOTIFICAÇÕES POR EVIDÊNCIA DE QUE O INCIDENTE DE SEGURANÇA PUDESSE SER PREVENIDO.....	113
TABELA 31 - NOTIFICAÇÕES POR POSSIBILIDADE DE PREVENÇÃO E TIPO DE INCIDENTE DE SEGURANÇA	114
TABELA 32 - TIPO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA POR ACES.....	114
TABELA 33 - MEDIDAS E VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO MODELO LOGÍSTICO “OCORRÊNCIA DO EA”	115
TABELA 34 - NOTIFICAÇÕES POR LOCAL DE ORIGEM DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA	116
TABELA 35 - TIPO DE INCIDENTE DE SEGURANÇA POR CATEGORIA PROFISSIONAL	116
TABELA 36 - CONSEQUÊNCIAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA POR CATEGORIAS E POR PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	117
TABELA 37 - AS DEZ CONSEQUÊNCIAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA MAIS FREQUENTEMENTE IDENTIFICADAS PELOS PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	117
TABELA 38 - NOTIFICAÇÕES POR TEMPO DE SERVIÇO E IDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	118
TABELA 39 - TIPO DE INCIDENTE DE SEGURANÇA NOTIFICADO POR TEMPO DE SERVIÇO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	118
TABELA 40 - TIPO DE INCIDENTE DE SEGURANÇA NOTIFICADO POR IDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	118
TABELA 41 - DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO DO UTENTE	119
TABELA 42 - TIPO DE INCIDENTE DE SEGURANÇA NOTIFICADO POR GÉNERO DO UTENTE.....	120
TABELA 43 - NOTIFICAÇÕES DE EA POR FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS	120
TABELA 44 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES POR FATORES DE RISCO EXTRÍNSECOS E OCORRÊNCIA DE EA	121

TABELA 45 - FATORES CAUSAIS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA	121
TABELA 46 - OUTROS FATORES CAUSAIS IDENTIFICADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	123
TABELA 47 - CONSEQUÊNCIAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA	127
TABELA 48 - CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS AO DOENTE COMO CONSEQUÊNCIA DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA.....	127
TABELA 49 - GRAU DE SEVERIDADE DOS EA E DOS INCIDENTES.....	128
TABELA 50 - SEVERIDADE DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA POR CATEGORIA PROFISSIONAL	129
TABELA 51 - MEDIDAS E VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO MODELO LOGÍSTICO SEVERIDADE.....	129
TABELA 52 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS NO MOSOPS E APEAS – RAM POR CATEGORIA PROFISSIONAL	130
TABELA 53 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS NO MOSOPSC E APEAS RAM POR IDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	130
TABELA 54 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS NO MOSOPSC E APEAS RAM POR ACES	130
TABELA 55 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS NO MOSOPSC E APEAS RAM POR TEMPO DE SERVIÇO.....	131
TABELA 56 - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS NOS DIFERENTES ESTUDOS QUE APLICARAM O MOSOPSC NOS CSP	134
TABELA 57 - FATORES CAUSAIS DOS EA - RESULTADOS APEAS RAM VERSUS ESPANHA	144

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE A - ETAPAS DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO MOSOPSC PARA OS CSP DA RAM	176
APÊNDICE B - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	179
APÊNDICE C - RESPOSTAS “NÃO SEI OU NÃO SE APLICA” (NS) POR CATEGORIA PROFISSIONAL E QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO MOSOPSC-RAM.....	180
APÊNDICE D - DESVIO PADRÃO, MÉDIA, INTER-ITEM CORRELATION E ALFA DE CRONBACH NO MOSOPSC – RAM.....	183
APÊNDICE E - RESULTADOS MOSOPS - RAM DE ACORDO COM TEMPO DE SERVIÇO	187
APÊNDICE F - PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POSITIVAS POR QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO E DIMENSÕES DA QUALIDADE POR CATEGORIA PROFISSIONAL	191
APÊNDICE G - COMENTÁRIOS NO MOSOPS – RAM POR NOVE CATEGORIAS DE TEMAS OU FATORES ENVOLVIDOS.....	194
APÊNDICE H - ETAPAS DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO APEAS PARA OS CSP DA RAM	199
APÊNDICE I - RESUMO E DESCRIÇÃO DAS POSSÍVEIS CAUSAS DOS EA	201
APÊNDICE J - SUGESTÕES PARA EVITAR/PREVENIR O EA	209

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A - PARECER nº 46/2014 DA COMISSÃO DE ÉTICA DO SESARAM.....	214
ANEXO B - DELIBERAÇÃO nº 3614/2015 DA CNPD.....	216
ANEXO C - PARECER nº 06/2016 DA CE DO SESARAM	218
ANEXO D - AUTORIZAÇÃO nº 11961/2016 DA CNPD.....	221
ANEXO E - PARECER nº 44/2014/CEFCM	224
ANEXO F - AUTORIZAÇÃO AHRQ.....	227
ANEXO G - MOSOPSC ORIGINAL.....	228
ANEXO H - TRANSLATION STATMENT SIGNED.....	235
ANEXO I - CERTIFICADO DE RETROTRADUÇÃO	236
ANEXO J - MOSOPSC - RAM	237
ANEXO K - CIRCULAR NORMATIVA IA-SAUDE IP-RAM	248
ANEXO L - APEAS ORIGINAL	250
ANEXO M - VALIDAÇÃO APEAS RAM PROFESSOR ARANAZ ANDRÉS.....	253
ANEXO N - APEAS RAM.....	254

I. INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) fazem-se representar diariamente e em todas as pessoas, independentemente da categoria profissional, sexo, idade ou etnia. Durante a infância a nossa saúde é cuidada ou protegida pela família, já em adultos, somos auto gestores/cuidadores deste bem essencial e na reta final da vida envidamos todos os esforços para contemplar e usufruir da saúde que nos resta. Como bem essencial que é, as ameaças à sua integridade, representam risco e/ou doença. Estes riscos e doenças são prevenidos, minimizados ou tratados, em parceria com os profissionais de saúde, particularmente com os que exercem a sua atividade ao nível dos CSP.

Como primeiro e muitas vezes, mais frequente ponto de contacto de muitas pessoas com o sistema de saúde, a sua elevada taxa de utilizadores, associada a um conjunto de circunstâncias que por si só envolvem maior risco de ocorrência de EA (múltiplas patologias crónicas, utentes com mais de 65 anos, polimedicados e que vivem em contextos psicossociais cada vez mais problemáticos) faz dos EA nos CSP uma temática pertinente e um desafio real.

Os Eventos Adversos (EA) como acontecimentos involuntários, inesperados e indesejáveis que ocorrem num doente como resultado dos cuidados de saúde prestados⁴, são um tema sensível e de difícil abordagem entre os diferentes *stakeholders* da saúde.

Inerente ao conceito de “segurança do doente” (SD) está implícito que os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde asseguram permanentemente que os tratamentos e intervenções que os seus doentes recebem não lhes causam danos, lesões ou complicações, além dos consequentes à evolução natural da sua própria doença e dos necessários e justificados para o diagnóstico e tratamento da mesma⁵.

Com base nos estudos já realizados, as taxas de incidência dos EA em hospitais (locais mais frequentemente estudados) atingem valores que variam entre os 3,7% e os 16,6% (com consequente impacte clínico, económico e social), sendo que desses a maior parte (40% a 70%) são considerados evitáveis⁶. Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) estes estudos são escassos mas podemos estimar uma incidência de EA que varia entre os 0,004 e os 240 EA por 1000 consultas efectuadas².

Quando comparada com a frequência de EA observada nos hospitais (que tanto em Portugal quanto a nível internacional ronda os 10%)⁶, a incidência de EA observada nos CSP pode à primeira vista dar a impressão de um baixo risco mas, se tivermos em conta o número de consultas efetuadas neste nível de cuidados (em Portugal, e segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, realizaram-se no ano de 2012, um total de mais de 26 milhões de consultas de Medicina Geral e Familiar, estamos perante um verdadeiro problema de saúde pública que ao contrário de muitos outros, tem extraordinárias oportunidades de melhoria. O “Estudio de los Eventos Adversos en Atención Primaria de Salud” - APEAS⁷ realizado em 2008 nos CSP espanhóis veio confirmar de facto esta mais-valia - 70% dos EA identificados eram preveníveis ou evitáveis.

À semelhança do que acontece no Reino Unido, Dinamarca, Holanda e Espanha, os CSP portugueses são “relativamente fortes”⁸. Estudos realizados nestes países indicam que para

diminuir a ocorrência de EA neste nível de cuidados, tem de ser incentivado o registo de “todo e qualquer incidente inesperado, não intencional, que causou danos, ou que é suscetível de causar danos a um ou mais pacientes”⁹. Para que isto aconteça é necessário, antes de mais nada, ter a noção que estes acontecem, aconteceram e posteriormente, mas não menos importante, entender o que aconteceu e como aconteceu.

Tendo em conta que, até mesmo a perceção da ocorrência dos eventos adversos, por parte dos profissionais de saúde, varia de acordo com a cultura de segurança presente nos seus locais de trabalho, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) como o Conselho da União Europeia recomendam a avaliação desta cultura, como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Alguns autores revelam que numa organização com uma cultura de segurança robusta, os profissionais que a ela se dedicam, trabalham em prol dos doentes, conhecem os EA, antecipam e previnem a sua ocorrência e, caso tal não seja possível, sabem notificá-los, discuti-los, partilhá-los e aprender com eles⁵.

De acordo com o projeto LINNAEEUS-PC¹⁰, dois instrumentos revelaram-se robustos na análise quantitativa da cultura de segurança nos CSP europeus: a versão adaptada para os CSP do Manchester Patient Safety Framework (MaPSAF)¹¹ e o Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSOPSC) da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)¹².

Dadas as especificidades e particularidades de funcionamento dos CSP na Região Autónoma da Madeira (local onde só em Outubro de 2017 foi implementada uma Unidade de Saúde Familiar e só recentemente existe registo eletrónico obrigatório) e indo ao encontro do primeiro objetivo estratégico do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020¹³ - “aumentar a cultura de segurança do ambiente interno” realizou-se um estudo quantitativo, analítico, transversal e observacional, através da tradução, adaptação e aplicação do MOSOPSC nos CSP desta região.

Por outro lado, e no sentido de inovar e contribuir para o conhecimento científico na área da SD nos CSP identificou-se e caracterizou-se os EA que ocorrem neste nível de cuidados através de um estudo transversal, analítico e observacional, utilizando para tal o formulário APEAS⁷ que foi, por nós, traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa.

Assumindo que “nenhuma alternativa metodológica é autossuficiente e não há obstáculos intransponíveis entre abordagens metodológicas distintas”¹⁴, realizamos três sessões de *focus group* para consolidar e validar o processo de tradução e adaptação dos instrumentos utilizados.

O estudo foi orientado para a descoberta, pelo que não colocamos hipóteses prévias e não definimos, à partida, as questões que delimitam os seus âmbito e foco, por estas serem suscetíveis de reformulação com a evolução do estudo¹⁵.

Uma vez que a produção científica nos CSP tem recebido escasso suporte institucional e financeiro (apesar das repetidas recomendações, tanto nacionais como internacionais, para o seu incremento¹⁶), pretendemos com este estudo (que não é nem do domínio das ciências “duras” nem do estrito domínio da epidemiologia clássica) contribuir para a minimização desta lacuna científica.

II. ESTADO DE ARTE

1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1.1. CONTRIBUTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA SAÚDE DAS POPULAÇÕES

O conceito “Cuidados de Saúde Primários” surgiu pela primeira vez em 1920 no chamado Relatório Dawson. De acordo com este autor o sistema de serviços de saúde deveria estar organizado em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. Os casos não solucionados pelo clínico geral eram encaminhados para os centros de saúde secundários (com especialistas das mais diversas áreas), ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internamento ou cirurgia. Este tipo de organização imponha uma hierarquização e racionalização dos cuidados de saúde, e como tal, influenciou sistemas de saúde de todo o mundo e revelou desigualdades preocupantes.

No sentido de diminuir estas desigualdades foi lançada na 30ª Assembleia Mundial de Saúde (em 1977), o movimento “Saúde para Todos no Ano 2000”. No âmbito deste movimento, em setembro de 1978, a OMS e a UNICEF organizaram a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, na cidade de Alma-Ata / Cazaquistão. Nesta conferência, 134 países (incluindo Portugal) e 67 organizações não-governamentais, elaboraram um documento de consenso (a Declaração de Alma-Ata) que volvidos mais de 35 anos, mantém a sua atualidade e pertinência. Evocando a Saúde como um direito humano, apelaram à ação concertada entre os vários setores (sociais, da saúde e da economia), à redução das desigualdades inter e intra países e destacaram o papel fundamental, central e coordenador dos CSP para o alcance desta audaciosa meta.

Nessa reunião os CSP foram definidos como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde¹⁷”.

Desacordos conceituais sobre a definição de termos fundamentais como "acesso universal", e que ainda hoje persistem, estiveram presentes desde a elaboração desta declaração. No contexto da guerra fria, esses termos revelaram diferenças ideológicas consideráveis entre o mundo capitalista e o mundo comunista, disparidades talvez exacerbadas pelo facto de a

conferência de Alma-Ata ter sido realizada na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas.

Criticada por ser idealista e conter prazos de execução irrealistas, a declaração de Alma-Ata apesar de não ter alcançado o seu objetivo primordial (saúde para todos os povos do mundo no ano 2000) reforçou o consenso de várias nações e gerou ações concretas que foram responsáveis por importantes ganhos na saúde. De entre estes ganhos destaco a diminuição da taxa de mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida.

Se as crianças continuassem a morrer de acordo com as taxas de mortalidade verificadas em 1978, pelo menos 16,2 milhões de crianças morreriam em 2006. Uma vez que o número de mortes observadas nesse ano foi de 9,5 milhões¹⁸, podemos constatar que a diferença de 6,7 milhões equivale a 18.829 crianças salvas todos os dias.

Paralelamente a estes ganhos em saúde, acentuaram-se as desigualdades inter e mesmo intra países com a conseqüente falta de equidade que tanto tem afetado a qualidade de vida de milhões de pessoas (na Bulgária, Grécia e Chipre uma parte significativa da população não tem cobertura universal dos cuidados de saúde¹⁹; na área de rendimentos elevados de Nairobi (capital do Quênia – Africa Oriental), a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos é menor do que 15 em cada mil, mas no bairro periférico de Emabakasi (na mesma cidade), esta taxa é de 254 por mil²⁰).

Mesmo dentro da União Europeia estas disparidades ainda prevalecem, e no que à esperança média de vida diz respeito, verificamos uma diferença de cerca de oito anos entre países como a Espanha, Itália e França (com taxas de esperança de vida mais elevadas) e a Lituânia, Letónia, Bulgária e Roménia¹⁹.

Inerente a esta iniquidade há geralmente políticas e governações adotadas pelos países e que são determinantes na saúde das suas populações.

Entre os países em desenvolvimento, uma melhoria na governação local pode ajudar a produzir 75 anos, ou mais, de esperança de vida, contudo, uma governação local fraca, pode representar uma esperança média de vida tão baixa quanto os 35 anos²¹.

Os currículos escolares, as crises políticas e económicas (com os conseqüentes problemas de acesso, de prestação e do financiamento dos cuidados), a segurança alimentar e de bens consumíveis, ou o transporte de resíduos tóxicos, são assuntos que podem influenciar profundamente ou mesmo ser determinantes para a saúde de comunidades inteiras, de forma positiva ou negativa, dependendo das escolhas que forem feitas.

Sabemos que estas escolhas em geral, e aquelas relacionadas com a saúde em particular, precisam ser complementadas por intervenções de saúde pública a nível nacional e internacional, contudo, verificamos que as intervenções de saúde pública para remover os mais importantes fatores de risco de doença são frequentemente negligenciadas, mesmo quando são particularmente eficazes em termos de custos. O problema do tabaco é disso um bom exemplo: espera-se que as mortes prematuras, atribuíveis ao tabaco, por doença coronária, doença cerebrovascular, doença pulmonar obstrutiva crónica e outras doenças, venham a aumentar de 5,4 milhões em 2004 para 8,3 milhões em 2030 (quase 10% de todas as mortes em todo o mundo²², com mais de 80% a ocorrerem nos países em desenvolvimento¹⁸), no

entanto, constatamos que em cada três países, dois não têm, ou têm apenas um mínimo de políticas de controlo do tabaco¹⁸.

Esta lacuna entre o que deveria ser feito e o que efetivamente se faz, deve-se em grande parte, à escassez de investigação sobre duas das estratégias em saúde mais efetivas e de maior rácio de custo-efetividade: os cuidados de saúde primários e as políticas públicas que os facilitam e complementam.

Enquanto os representantes político/organizacionais não reconhecerem que a aposta nos CSP é um investimento mais compensador do que a fragmentação dos sistemas de saúde e/ou a centralização hospitalar, manter-se-á a ineficácia e a desigualdade (que já provaram ser extraordinariamente resistentes à mudança).

O hospitalocentrismo para além de implicar custos consideráveis em termos de medicação e iatrogenese desnecessárias, compromete as dimensões humana e social da saúde²¹. Por outro lado, a migração, urbanização, envelhecimento e as mudanças globalizadas nos estilos de vida, para além de acelerarem a transmissão mundial de doenças transmissíveis, tornam as doenças crónicas e não transmissíveis (depressão, diabetes, doença cardiovascular, cancro) causas cada vez mais importantes de morbilidade e de mortalidade²³. Nos países com rendimento económico médio ou baixo, um ritmo de envelhecimento mais rápido do que o ritmo do crescimento económico, torna a problemática do envelhecimento particularmente desafiante. Não menos desafiante é o fato de, no mundo industrializado, 25% das pessoas entre os 65-69 anos e 50% das que se encontram entre os 80-84 anos estarem afetadas por duas ou mais doenças crónicas, em simultâneo²¹. Se a isto associarmos a co-morbilidade dos problemas de saúde mental, vícios e violência, é evidente que os sistemas de saúde (que não isolados deste rápido ritmo de mudança e transformação que é característico da globalização), têm de se adaptar de modo a garantir uma abordagem do ser humano o mais holística possível (Engel) onde se considere os seus aspetos físicos, emocionais e sociais, o passado e o futuro de cada um e as realidades do contexto em que cada indivíduo vive. A falta de consideração à pessoa na sua totalidade, na sua especificidade familiar e no contexto da sua comunidade, leva a que, frequentemente, não sejam reconhecidos aspetos importantes do problema de saúde, o que aumenta a probabilidade da ocorrência de EA nos doentes.

A fragmentação progressiva dos serviços de saúde, com abordagens “seletivas” ou “verticais” (tais como as aplicadas na erradicação da malária e da varíola) centradas em programas e projetos de controlo da doença individual, observadas sobretudo nos países de rendimento médio-baixo, apesar dos seus ganhos imediatistas, têm de facto uma efetividade duvidosa. As autoridades de saúde podem, inicialmente, ser seduzidas pela aparente simplicidade da gestão e financiamento dos programas, contudo, assim que os programas se multiplicam e a fragmentação torna-se ingovernável e insustentável (com notáveis dificuldades em reintegrar os programas já estabelecidos), os méritos de abordagens mais integradas tornam-se muito mais evidentes²¹.

A coordenação e integração dos cuidados de saúde, é assim, fundamental no desenho de toda e qualquer estratégia/programa que vise prevenir a doença e promover a tão desejada saúde.

De acordo com a literatura científica os CSP têm mais, ou a mesma probabilidade, que os cuidados secundários de identificar as doenças graves mais frequentes^{24,25}; têm o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os outros especialistas, embora sejam mais lentos a adoptá-

las²⁶; prescrevem poucas intervenções invasivas²⁷, as hospitalizações da sua iniciativa são menos frequentes e mais curtas²¹ e as intervenções têm uma maior orientação para a prevenção. Tudo isto resulta em cuidados de saúde com custos totais mais baixos, com impactos na saúde pelo menos idênticos²⁷ e com maior satisfação do doente²¹.

A detecção precoce da doença, os cuidados preventivos para reduzir a incidência de doenças, a promoção da saúde para reduzir os comportamentos de risco e a correção de determinantes sociais exige (não raras as vezes) que sejam os serviços de saúde a ir ao encontro da população. Os profissionais de saúde locais (das respetivas áreas de residência dos cidadãos) são os únicos que estão numa posição para, efetivamente, darem resposta a muitos problemas da comunidade. Programas baseados em visitas ao domicílio e animação da comunidade (com sessões de educação para a saúde), demonstraram ser eficazes na redução de fatores de risco para a mortalidade neonatal e outras taxas de mortalidade. Nos Estados Unidos, estes programas reduziram, em alguns locais, a mortalidade neonatal em 60%²⁸. Parte do benefício é devido a um maior acesso a cuidados efetivos de pessoas que, de outra forma, permaneceriam excluídas. No Nepal, por exemplo, a dinâmica comunitária de grupos de mulheres levou a reduções nas mortalidades neonatal e materna da ordem dos 29% e 80%, respectivamente²⁹.

Para Barbara Starfield³⁰, há quatro elementos fundamentais nos Cuidados Primários de Saúde: 1 - Cuidados de primeiro contacto (*gatekeepers*); 2 – Cuidados longitudinais (ao longo da vida); 3 – Compreensivos (Globais, holísticos); 4 – Coordenação/ Integração (com os restantes níveis de cuidados)³¹. Uma equipa de CSP é, de fato, capaz de encontrar respostas para a maioria dos problemas de saúde na comunidade que serve. Quando o não pode fazer, tem que ter a capacidade de mobilizar recursos extras, referenciando ou recorrendo ao apoio de outros especialistas, hospitais, centros de diagnóstico e de tratamento especializado, programas de saúde pública, serviços de cuidados prolongados, cuidados no domicílio ou serviços sociais, ou outras organizações autónomas da comunidade. Este “não pode fazer” não implica, contudo, abdicar de responsabilidades: a equipa dos cuidados primários permanecerá responsável por ajudar as pessoas a navegar neste ambiente complexo. Para poder exercer esta responsabilidade de uma forma segura e efetiva, esta equipa precisa ser “empoderada” com instrumentos de influência, administrativos e/ ou financeiros, pois só assim serão contemplados regimes terapêuticos em que as fronteiras entre os cuidados curativos, a medicina preventiva e a promoção da saúde se confundem.

O resultado dos cuidados de saúde resulta do equilíbrio entre o valor acrescentado do tratamento ou intervenção, e dos seus efeitos adversos no doente. Até há pouco tempo, a dimensão e impacto desses efeitos adversos eram consideravelmente subestimados. Em países industrializados, aproximadamente um em cada dez doentes sofre, durante a prestação de cuidados de saúde, de efeitos adversos evitáveis que, nos Estados Unidos, podem estar associados a cerca de 98 000 mortes por ano³². Fatores múltiplos contribuem para esta situação³³, desde erros sistémicos à utilização incorreta de tecnologia³⁴.

Quase 40% dos 16 biliões de injeções administradas no mundo inteiro todos os anos, são dadas com seringas e agulhas reutilizadas sem esterilização³⁵ o que causa 1,3 milhões de mortes e quase 26 milhões de anos de vida perdidos, especialmente por causa da transmissão das hepatites B e C, e do VIH²¹.

Os profissionais que trabalham nos CSP estão inseridos num contexto onde há inevitável incerteza, grande recurso por parte da população, essencialmente aquela com uma ampla gama de heterogeneidade nas suas patologias e características psicossociais. Em muitos casos, os utentes procuram atendimento médico nas fases iniciais de suas doenças, quando os sintomas e sinais ainda estão mal definidos, e o profissional de saúde precisa de manter um complexo equilíbrio entre as suas habilidades clínicas e o uso racional de ferramentas de diagnóstico. Os pacientes têm comumente mais de 65 anos, várias patologias de natureza crónica e estão polimedicados - um conjunto de circunstâncias que por si só envolvem maior risco de ocorrência de eventos adversos.

A capacitação cada vez maior dos profissionais dos CSP faz com que muitos dos cuidados que antes eram essencialmente hospitalares possam agora ser realizados em centros de saúde. Ao representarem a base de muitos sistemas nacionais de saúde, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o primeiro e muitas vezes o único contacto de muitas pessoas com o sistema de saúde e independentemente da maneira de serem geridos ou financiados (parcerias de saúde na comunidade como existem na Escócia, ou a articulação entre a assistência social e a saúde de que é exemplo a Irlanda do Norte ou mesmo os consórcios de clínicos gerais, representados pelos CSP na Inglaterra), os tipos de serviços oferecidos são na sua maioria semelhantes, partilham os mesmos princípios (acessibilidade universal, equidade, justiça social e a segurança) e as mesmas áreas prioritárias de intervenção (educação para a saúde, nutrição apropriada, qualidade da água e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, imunização, prevenção e controlo de doenças endémicas, tratamento de doenças e o fornecimento de medicamentos essenciais).

Como referiu Margaret Chan, diretora geral da OMS, os países, em geral e os países em desenvolvimento, em particular, não se podem dar ao luxo de não optar pelos CSP como base dos seus sistemas nacionais de saúde²¹. É assim imperativo considerarmos “agora mais do que nunca” que CSP robustos ajudam os SNS a melhorar a saúde da população – reduzem a incidência de doenças (HTA, Obesidade, Dislipidémia, Cancros...) e promovem a saúde e o bem-estar biopsicossocial; educam a população no sentido da prevenção das doenças, reduzindo hospitalizações, ausências laborais, doenças crónicas e em última instância contribuem para a produtividade e para o desenvolvimento de competências com claro retorno na economia dos países.

A cobertura universal (garantir que todos os indivíduos possam utilizar os serviços de saúde de que necessitam sem correr riscos de ruína financeira ou de empobrecimento) apesar de ser um objetivo que vem norteando as políticas nacionais e internacionais, desde 1948 (Constituição da OMS) não é ainda uma realidade em muitos países. A OMS define 16 serviços de saúde essenciais distribuídos em quatro categorias (saúde reprodutiva, materna, do recém-nascido e da criança; doenças infecciosas; doenças não transmissíveis; capacidade dos serviços e seu acesso) como indicadores do nível e equidade da cobertura nos países³⁶; destes 16 serviços de saúde essenciais, pelo menos 11, dizem respeito a competências da Medicina Geral e Familiar, o que é indicativo da validade social e clara pertinência política do investimento nos CSP.

1.2. A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Na década de 50 a responsabilidade pela assistência na doença competia às famílias, às instituições privadas ou aos serviços médico-sociais da Previdência. O período do pós segunda grande guerra foi marcado pelo reconhecimento de que a situação sanitária em Portugal era insatisfatória e que a iniciativa privada não era suficiente para dar resposta às necessidades. O Decreto-Lei nº 35108 de 7 de Novembro de 1945 reconhece formalmente esta situação³⁷ e dá origem à criação ou autonomização de institutos responsáveis por programas verticais (Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos, Instituto Maternal, Serviço Anti-Sezonático e de Higiene Rural, Instituto de Assistência à Família...).

O Decreto-Lei nº 35311, de 25 de Abril de 1946, constitui a Federação das Caixas de Previdência, uniformizando os benefícios e os serviços médicos das diferentes instituições, a nível nacional. A expansão dos beneficiários dos Serviços Médico-Sociais da Previdência Social passou da cobertura de menos de 10% da população, em 1954, para 60%, em 1970, e 78%, em 1975. Em 1960 as despesas com a saúde estavam estimadas em 1% do Produto Interno Bruto.

O esforço da guerra colonial foi, progressivamente, isolando Portugal do nível internacional (onde a pressão para a independência das colónias crescia) e condicionando a disponibilização de recursos. Iniciada em 1960 e prolongando-se até 1974, esta guerra envolvia 2% da população mas chegou a consumir 40 a 50% da despesa pública. Nesse período o movimento de emigração acelerou e saíram do país cerca de um milhão e meio de portugueses, contudo, a evolução económica apresentou o mais forte crescimento da nossa história.

O aparecimento dos CSP em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde tem origem na reforma do sistema de saúde e da assistência que ocorreu em 1971, antes da Declaração de Alma-Ata em 1978, e da constituição do serviço nacional de saúde (SNS) português em 1979.

No início dos anos 70, Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar uma abordagem integrada para os CSP, criando uma rede de CS que abrange a generalidade do país.

Ao longo destes mais de 45 anos de evolução podemos identificar pelo menos três gerações de centros de saúde com enquadramentos histórico-políticos característicos³⁸:

1 - Uma primeira geração, com início em 1971 com prestação de cuidados essencialmente preventivos e de saúde pública ao nível das comunidades locais através de programas verticais normalizados centralmente; a prestação de cuidados perante a doença aguda e a procura expressa dos doentes, era realizada pelo serviço médico à periferia e nos postos clínicos dos serviços médico-sociais das caixas de previdência; Para além dos institutos e dos serviços médico-sociais das caixas de previdência, existiam alguns grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das misericórdias e os consultórios privados³⁸.

O Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro (Lei Orgânica do Ministério da Saúde), lançou a reforma que estabelece os fundamentos de um Serviço Nacional de Saúde e formou os designados “Centros de Saúde de 1ª Geração”. Há alguns nomes incontornáveis neste período da história do sistema de saúde – Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e José Lopes Graça. Este decreto-lei tinha por base os seguintes princípios:

- a) Reconhecimento do direito à saúde para todos os portugueses, tendo o Estado a responsabilidade de o assegurar;
- b) Política unitária de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde;
- c) Integração de todas as atividades de saúde e assistência, a nível local e regional;
- d) Planeamento central e descentralização na execução.

Na prática, manteve-se a separação dos Postos de Saúde (Centros de Saúde com atividades de saúde materno-infantil, vacinação, saneamento básico e cuidados médicos básicos para admissão na função pública, manipuladores de alimentos, ou, ainda, para obter carta de condução) e Caixas de Previdência (Postos dos Serviços Médico-Sociais). De referir que os serviços médico sociais (SMS) das caixas de previdência apesar de abrangerem um grande número de cidadãos, excluía todos os não contribuintes (por exemplo, rurais, agricultores, comerciantes, empregados por conta própria, domésticas, etc.)³⁹.

Com o fim da guerra em África, a descolonização e a independência das colónias, promoveu o regresso de cerca de 600 mil portugueses, entre eles, muitos profissionais de saúde.

Em 1975 o “serviço médico à periferia” obrigou os médicos recém-licenciados a trabalhar fora dos centros urbanos o que melhorou a assistência médica nos centros de saúde destes locais.

A nova Constituição de 1976, no seu artigo 64, reafirma a saúde como um direito dos cidadãos, que deveria ser assegurado com o desenvolvimento de um Serviço Nacional de Saúde: “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover; O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito...”. Esta lei foi aprovada em 1979 (era Ministro António Arnaut), mas nunca foi completamente aplicada, uma vez que os serviços médico-sociais da previdência resistiram à integração nos serviços da saúde. A nível central manteve-se uma estrutura vertical e paralela para os CSP e para os cuidados hospitalares.

A implementação da Clínica Geral (mais tarde denominada Medicina Geral e Familiar) como especialidade médica em Portugal inicia-se nos anos 70. Em 1974, após a revolução de 25 de Abril, dá-se início ao projeto de Cooperação Luso-Norueguês no âmbito da NORAD – Agência Norueguesa para o Desenvolvimento Internacional, no Norte de Portugal, que visava a organização de uma rede de Cuidados de Saúde Primários no Distrito de Vila Real e um programa de formação médica virado para os CSP. Simultaneamente, o governo da Suécia apoiava a implementação de uma cultura médica de CSP em vários Centros de Saúde Portugueses como descreveu Nuno Grande. Em Outubro de 1979 é publicado, pela Secretaria de Estado da Saúde, o Livro Branco “A Carreira Médica nos Serviços Públicos de Saúde – O Médico de Clínica Geral e o Médico de Saúde Pública”(era Secretário de Estado da Saúde do V Governo Constitucional, António Correia de Campos)⁴⁰.

A análise da evolução dos principais indicadores de saúde materno-infantil e da incidência das doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação, revela que esta primeira geração de centros de saúde foi de facto um sucesso e os seus frutos continuam ainda hoje a ser colhidos;

2 - Uma segunda geração (após a criação do Serviço Nacional de Saúde – SNS e da carreira médica de Clínica Geral), com início em 1983 e que perdura até hoje:

Com o Decreto-Lei nº 310/82, de 3 de agosto é criada a carreira médica de Clínica Geral e em 1983 é publicado o Regulamento dos Centros de Saúde de 2ª Geração. O Colégio da Clínica Geral na Ordem dos Médicos é constituído em 1982 e em 1983 é fundada a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG).

Com a criação da Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários, em 1984, extingue-se formalmente a Direção Geral da Saúde e os Serviços Centrais dos Serviços Médico-Sociais, e também uma série de antigos Institutos (como o Serviço de Higiene Rural e Anti-Seasonático ou o Instituto Maternal)³⁹.

Esta segunda geração de centros de saúde herdou das estruturas anteriores (centros de saúde, postos dos serviços médico-sociais e hospitais concelhios) todos os recursos, património físico e humano e duas culturas organizacionais distintas. O único elemento novo foi a carreira médica de clínica geral. Este processo de fusão conduziu a uma maior racionalização na prestação de cuidados de saúde e na otimização de recursos, mas não conseguiu melhorar com consistência algumas das virtudes das estruturas anteriores, nomeadamente a grande acessibilidade a consultas e visitas domiciliárias oferecida pelos serviços médico-sociais e a programação de procedimentos preventivos e de vigilância de saúde normalizados³⁸. Estas condicionantes e o desajuste em relação às necessidades e expectativas dos utentes, comunidades e profissionais de saúde, rapidamente desencadeou insatisfação, exaustão e desmotivação.

Por outro lado, apesar da aposta nos CSP ser (nos discursos políticos) uma prioridade, os números evidenciaram tendências contrárias, com os cuidados hospitalares a consumirem uma proporção cada vez maior dos recursos financeiros desde 1985.

Durante o ano 1990, a direção da APMCG promoveu reflexões e debates cujos resultados foram compilados num texto editado em 1991 com o título “Um futuro para a medicina de família em Portugal” (também conhecido por “Livro Azul”). Este foi o primeiro documento de síntese e de propostas políticas da APMCG para o desenvolvimento da MGF. No período compreendido entre 1990 e 1997 a “clínica geral” / Medicina Geral e Familiar portuguesa é co-protagonista nos destinos das principais organizações profissionais e científicas da Europa e do mundo, nomeadamente: EURACT (Formação), EQUIP (Qualidade), EGPRW (Investigação), SIMG, WONCA Euro e ESGP/FM (Organizações académicas na Europa), UEMO (União Europeia e Europa – Ordens e organizações políticas médicas), CIMF (Américas, Espanha e Portugal) e WONCA (Organização Mundial dos Médicos de Família)⁴¹.

3 – Os Centros de Saúde de “terceira geração”:

A partir de 1996 foi possível relançar no seio do ministério da saúde o debate sobre o futuro dos CSP e dos centros de saúde no país, e foram iniciados projetos de inovação organizativa (Projetos “Alfa”) que representaram um impulso contra o então vigente hierárquico-centralista e burocrático SNS.

Na sequência do programa do XVII governo constitucional, o conselho de ministros criou na dependência direta do Ministro da Saúde a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) que entre 2005 e 2010 foi preponderante na reforma dos CSP.

A reorganização estrutural prevista no Decreto-Lei nº 157/99 e as avaliações (internas e externas) dos projetos “Alfa” deram lugar à criação dos CS de “terceira geração”. As Unidades de Saúde Familiar (USF) são talvez, a face mais visível desta geração de CS e visam a modernização organizativa e técnico-científica da MGF nas instituições públicas do SNS. Esta modernização materializou-se em dois movimentos: a formação de pequenas unidades funcionais autónomas, as USF (prestando serviço com proximidade e qualidade baseado na adesão voluntária, no trabalho em equipa, no pagamento por desempenho, contratualização e avaliação); e a agregação de recursos e estruturas de gestão, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Os CS, reorganizados neste novo modelo de ACES, caracterizam-se por uma estrutura organizacional assente em cinco tipos de unidades funcionais⁴⁰, que estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Agrupamentos de Centros de Saúde. Estrutura orgânica e unidades funcionais

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde – Nova matriz organizacional e funcional assente em unidades funcionais com autonomia gestonária, constituídas por equipas multiprofissionais, funcionamento em rede e compromissos assistenciais contratualizados.	
USF	Unidade de Saúde Familiar – Cuidados de saúde à pessoa e à família. Unidade que promove a formação de equipas multidisciplinares para o desempenho de cuidados personalizados. As USF distinguem-se das UCSP pelo nível de desenvolvimento e de dinâmica de equipa, designadamente pelos compromissos de cooperação interprofissional livremente assumidos. Está regulamentada em legislação própria.
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados – Cuidados de saúde à pessoa e à família. Tem dimensão idêntica à prevista para as USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, sendo constituída por equipa multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF. Depende hierarquicamente do Director Executivo e está vinculada às normas aprovadas pelo Conselho Clínico em matéria de governação clínica.
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade – Cuidados organizados e orientados para grupos e ambientes específicos. Tem actuação multidisciplinar, que engloba a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, de base geográfica e domiciliária, designadamente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde.
USP	Unidade de Saúde Pública – Saúde populacional, ambiental e pública. Coordenam intervenções orientadas para garantir o bem público comum no domínio da saúde. Funcionam como observatórios de saúde local, unidade de administração de saúde populacional, de coordenação de estratégias locais de saúde de âmbito comunitário. Responsável pela realização de estudos populacionais, vigilância epidemiológica e exercício da função de autoridade de saúde.
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – Apoio técnico-assistencial a todas as unidades. É uma unidade que organiza e coordena múltiplos meios, recursos e competências assistenciais específicas de cada ACES (higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutricionismo e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais) cuja missão é a de apoiar as demais unidades funcionais.
UAG – Unidade de Apoio à Gestão – Apoio logístico ao funcionamento de todas as equipas e dos órgãos de gestão. Viabilização do funcionamento adequado de toda a organização. A UAG é uma unidade de <i>back-office</i> que viabiliza que, em cada momento, existam condições materiais e objectivas para que todos possam cumprir a sua missão.	

Fonte: (Pisco, 2011)⁴⁰

Enquanto as USF visam aperfeiçoar a prestação de cuidados de MGF num contexto de grupo e equipa, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) são uma inovação estrutural que pode modificar radicalmente a imagem e o papel dos CS junto das populações, por intervirem de forma sistemática e contínua em pequenas áreas geográficas (identificam pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade; mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes no CS e no sistema de saúde)³⁸.

No final de abril de 2010, após a abertura das primeiras dez USFs em Setembro 2006, estavam em funcionamento 242 unidades, das quais 102 em modelo B (com pagamento ligado ao desempenho), abrangendo 4.836 profissionais e cobrindo 3.043.044 cidadãos (um acréscimo de 368.021 pessoas com médico de família o que representa uma cobertura de mais 13,7 %)⁴⁰.

A adesão à reforma dos CSP não tem sido uniforme e abrangente o que perpetua as desigualdades nos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos. Em termos geográficos a implantação das USF foi mais célere nas regiões do Norte e em Lisboa e Vale do Tejo.

O decréscimo da taxa de mortalidade infantil ao longo destes anos é um dos indicadores que nos permite constatar a evolução da qualidade dos CSP portugueses. Em 1960, registávamos uma taxa de mortalidade infantil altíssima, mas entre esta data e 2003, a mortalidade infantil reduziu-se para um valor 18,9 vezes menor, até nos posicionarmos dentro da média europeia. Este indicador não reflete somente a amplitude dos problemas de saúde causadores da morte da criança, mas também o nível de saúde das mães, o nível de cuidados pré e pós-natais da mãe e da criança, a política de planeamento familiar e de um modo geral, o desenvolvimento sócio – económico da sociedade. Poucos países no mundo conseguiram um feito destes em tão pouco tempo.

Apesar de partir da situação mais gravosa em muitos indicadores (Esperança de vida à nascença, Taxa de mortalidade infantil, Taxa de mortalidade neonatal, Taxa de mortalidade perinatal, Taxa de mortalidade materna, Taxa de cobertura da vacina do tétano e anos de vida potencialmente perdidos) quatro décadas depois Portugal atingiu valores em alguns casos melhores do que os restantes países (Quadro 2⁴⁰). Esta melhoria real é certamente resultante de múltiplos contributos, entre os quais os dos Cuidados de Saúde Primários.

Quadro 2 - Evolução de alguns Indicadores

	1920	1980	2000	2007
Esperança de vida à nascença, em anos, mulheres	40,0	74,6	80,3	82,0
Esperança de vida à nascença, em anos, homens	35,8	67,5	73,2	75,5
	1980	1990	2000	2008
Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos	24,3	11,0	5,54	3,3

Fonte: Barros e Simões¹³, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)¹⁴.

Fonte: (Pisco, 2011)⁴⁰

Relativamente ao Internato de MGF, só em 2000 se conseguiu que todas as faculdades do país tivessem Departamentos de Clínica Geral, assim, no período de 1994 – 2000 apenas 68.1% das vagas de clínica geral foram ocupadas contrastando com os 96% das vagas para Internatos em especialidades hospitalares (este aspeto é comum a todos os estados membros da União Europeia com a exceção da Dinamarca).

Os Cuidados Primários de Saúde portugueses deveriam ser o primeiro contacto dos indivíduos com serviços de saúde assegurando cuidados essenciais e o aconselhamento na resolução dos seus problemas, com disponibilidade e de forma personalizada. Abrangem a prevenção primária, secundária e terciária, ou seja, a educação para a saúde e a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento e ainda a reabilitação.

Em 2002 a MGF é definida pela WONCA EUROPA como: “Uma Disciplina académica e científica, com os seus próprios conteúdos de educação, investigação, base de evidência e atividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários”. Esta disciplina é caracterizada por uma complexa inter-relação de competências nucleares (gestão de CSP, cuidados centrados na pessoa, aptidões específicas de resolução de problemas, abordagem abrangente, orientação comunitária e modelação holística), áreas de implementação (tarefas clínicas, comunicação com os pacientes e gestão da prática clínica) e aspetos fundamentais (aspetos do contexto, da atitude e aspetos científicos)⁴².

No ano 2011 foram realizadas em Portugal 27.953.267 consultas médicas e mais de 80% destas consultas foram efetivadas por médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Pordata, 2012). De facto, e parafraseando Luís Pisco, “os CS são em Portugal um património cultural, técnico e institucional que importa não apenas preservar, mas também modernizar e desenvolver, pois continuam a ser o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população”.

1.2.1. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

A Região Autónoma da Madeira (RAM) é composta por um arquipélago de duas ilhas (a ilha da Madeira com uma população de 262.456 habitantes e a ilha do Porto Santo com 5.482 habitantes).

O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.) é o único serviço público prestador de cuidados de saúde à população madeirense e como unidade integrada de prestação de cuidados de saúde, funciona como dispositivo articulador, na base de cooperação, dos centros de saúde e dos hospitais e como instância de planeamento de recursos. Tem como função principal a prestação de cuidados aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais.

A história da criação do SESARAM, E.P.E., remonta ao Século XX com a construção do Hospital dos Marmeleiros na década de quarenta, e depois com o Hospital Cruz de Carvalho (atualmente denominado Hospital Dr. Nélio Mendonça), na década de 70. Em 2003 estes dois hospitais passaram a designar-se Hospital Central do Funchal.

Pelo Decreto-Lei 426/77 de 13 de Outubro, foram regionalizados os serviços situados na Região Autónoma da Madeira que vinham funcionando na dependência do Ministério dos Assuntos Sociais. Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, “Compete ao Governo Regional da Madeira, sem prejuízo da competência legalmente atribuída ao Ministro da República da Região Autónoma, a orientação política referente aos sectores da saúde, segurança social e educação especial na área da Região, de acordo com os princípios constitucionais vigentes para aquele sector”.

A política de saúde da Região Autónoma da Madeira é definida pelo Governo Regional, de acordo com os princípios estabelecidos na Constituição da República, na Lei 48/90 de 24 de Agosto, e no Decreto-Lei 391/80 de 23 de Setembro:

- “O sistema de Saúde na Região Autónoma da Madeira é constituído pelo Serviço Regional de Saúde, por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira prestação de todas ou algumas daquelas atividades”;
- “A organização do Sistema Regional de Saúde orienta-se pelos princípios da indivisibilidade da proteção da saúde, da unidade de organização e da continuidade técnica e administrativa dos cuidados de saúde. Em consequência, os cuidados primários e os cuidados hospitalares são prestados em termos de integração funcional e técnica”;

O Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM), é um Instituto Público, criado em 2008, integrado na administração indireta da Região Autónoma da Madeira, sob superintendência e tutela da Secretaria Regional da Saúde. Tem por missão apoiar a definição das políticas, prioridades e objetivos para o setor da saúde e consumo, na procura de ganhos em saúde e de um elevado nível de proteção dos direitos e interesses dos consumidores, assegurando a melhor articulação entre os diversos serviços e organismos.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são um serviço de saúde integrado na estrutura orgânica do SESARAM, E. P. E., constituído por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. O centro de saúde componente do ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, que tem, por regra, uma base concelhia de intervenção geográfica⁴³.

Estão definidas as sete direções, que gerem sete ACES (num total de 48 centros de saúde) em toda a RAM (Figura 1). As cinco unidades de saúde do concelho do Funchal estão integradas em dois grupos (Nazaré/Santo António de um lado, Bom Jesus, Monte e São Roque do outro). A Leste, Santa Cruz agrupa os quatro centros de saúde do município), enquanto Machico/Santana constitui um único grupo com os 10 centros de saúde dos dois concelhos. No outro lado da ilha, a Oeste, há também dois agrupamentos: um exclusivamente para os seis centros de saúde do município de Câmara de Lobos e outro para os 22 centros de saúde dos restantes cinco concelhos (Ribeira Brava, Ponta do Sol, Calheta, São Vicente e Porto Moniz). O sétimo Agrupamento fica no Porto Santo.

O Hospital Nélio Mendonça recebeu uma primeira acreditação em dezembro de 2008 pela *Caspe Healthcare Knowledge System* - CHKS (anteriormente denominada *King's Fund*). Em novembro de 2011 cinco centros de saúde receberam também acreditação (Caniço, Porto Santo, Ribeira Brava, Santo António e São Vicente) por parte desta mesma entidade.

Devido aos cortes orçamentais inseridos no plano de ajustamento económico e financeiro de Portugal, o processo de acreditação foi interrompido. Em 2013, dá-se início a uma nova fase, desta vez assente no modelo nacional de acreditação em Saúde da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalusia - Modelo Internacional ACSA.

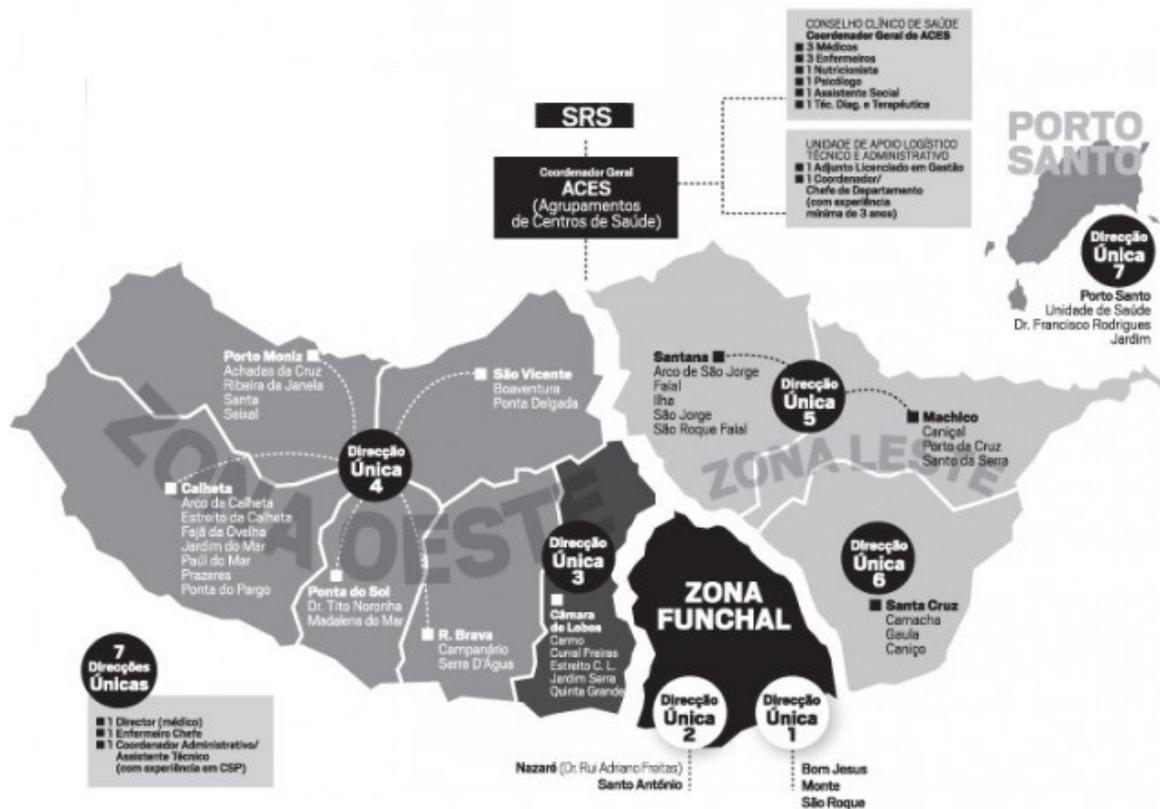


Figura 1 - Organização dos CSP na RAM
 Fonte: IA SAÚDE RAM, 2017

Em março 2017 dez unidades de gestão clínica (UGC) do SESARAM, E.P.E. (CS da Ribeira Brava, CS do Caniço, CS de Machico, CS de Santo António, Unidade de Cuidados Paliativos, Serviço de Anestesiologia, Serviço de Medicina Intensiva, Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, Serviço de Cirurgia Cardiorádica e Serviço de Patologia Clínica) obtiveram Acreditação da Qualidade de Nível Bom.

A existência de um único sistema regional de saúde – SESARAM na (Região Autónoma da Madeira) com um portal médico informatizado que é partilhado pelos CSP e secundários, torna esta região um “nicho ecológico” com algumas particularidades populacionais que nos são favoráveis à investigação.

A RAM (uma região ultraperiférica de Portugal, é dotada de um Sistema Regional de Saúde (SESARAM E.P.E.) que apesar de ser parte integrante do SNS apresenta especificidades que tornam a investigação particularmente desafiante. Atualmente a RAM conta com 40 internos do Ano Comum e 150 internos da Formação Específica, destes, 27 são internos da especialidade de MGF.

Na tabela 1, é possível observar o número de consultas de MGF realizadas nos CS (Portugal Continental e Ilha da Madeira) ao longo do tempo.

Tabela 1 - Número de consultas MGF realizadas em Portugal ao longo do tempo

Localização	1999	2009	2010	2012
Portugal	22 381 799	22 407 239	23 212 118	21 364 327
Continente	21 982 313	21 992 690	22 782 697	20 922 884
R. A. dos Açores	207 222	188 715	183 279	174 280
R. A. da Madeira	192 264	225 834	246 142	267 163
Calheta	8 675	8 983	13 356	14 820
Câmara de Lobos	17 473	24 813	28 717	34 546
Funchal	72 973	88 085	93 415	98 390
Machico	22 443	24 552	24 622	28 122
Ponta do Sol	5 730	8 836	10 039	12 254
Porto Moniz	6 195	4 052	3 940	3 925
Ribeira Brava	11 152	15 098	18 413	16 941
Santa Cruz	24 986	28 956	29 278	33 550
Santana	6 466	8 982	8 292	10 833
São Vicente	6 582	6 610	7 394	7 659
Porto Santo	9 589	6 867	8 676	6 123

Fonte: PORDATA 2013

2. QUALIDADE EM SAÚDE

2.1. CONCEITOS E PERSPECTIVAS EM QUALIDADE

As definições de qualidade têm sido muitas e na sua essência variam mediante a perspectiva e os aspetos que se pretende valorizar. Doentes e seus familiares, profissionais de saúde, decisores políticos e gestores adotam assim diferentes definições de qualidade em saúde o que para além de determinar diferentes abordagens para a medição e gestão da qualidade, condiciona o processo de adoção e implementação de uma verdadeira “cultura” de qualidade nos sistemas de saúde^{44,45}.

A Qualidade em Saúde é segundo Palmer a “...*produção de saúde e de satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes*”⁴⁶.

Algumas características diferenciam a qualidade em saúde da qualidade em outros setores, entre elas destacamos o fato de esta ser orientada para as necessidades, e não simplesmente para a procura; ser de carácter pró-ativo (para prevenir e dar resposta) e ser geralmente analisada em conjunto com outros atributos/componentes/dimensões dos cuidados de saúde, nomeadamente a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade⁴⁷.

Em 1990 o *Institute of Medicine* – IOM⁴, afirma que o seu “principal objetivo deve ser tornar os cuidados de saúde mais eficazes com a melhoria do estado de saúde e de satisfação da população, através dos recursos que a sociedade e os indivíduos decidirem gastar para esses mesmos cuidados” mas, passados alguns anos estes mesmos autores concluíram que o conceito “qualidade dos cuidados” por eles apresentado, não estava claramente definido e decidiram então analisar mais de 100 definições e parâmetros de qualidade dos cuidados, considerando para tal a presença ou ausência de 18 dimensões. Foi a utilização destas dimensões que possibilitou operacionalizar o conceito de qualidade em saúde (que por vezes é amplo e abstrato) e tornou possível a sua medição e avaliação.

A definição de qualidade em saúde que adotamos neste projeto (“a forma como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e diminuem a possibilidade de obter resultados indesejáveis”)^{4,48} e que atualmente é adotada por diversas organizações, tais como o *United States Department of Health and Human Services*, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e o *National Committee for Quality Assurance* é de facto baseada em 8 destas 18 dimensões⁴⁹. No quadro 3 apresentamos algumas definições de qualidade e respetivos atributos ou dimensões. O quadro 4 pormenoriza estas dimensões nas competências nucleares da MGF⁴² (base do SNS). Neste quadro podemos identificar várias dimensões / atributos da qualidade nas 11 aptidões e seis competências nucleares de um Médico de Família.

Quadro 3 - Definições e atributos da Qualidade de acordo com alguns autores e/ou instituições

INSTITUIÇÃO/ AUTOR	DEFINIÇÃO	ATRIBUTOS/ DIMENSÕES
Donabedian, 1980	“O tipo de prestação de cuidados em que se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de o mesmo ter em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperados nas várias fases do processo de prestação de cuidados”	Qualidade Técnico-Científica; Acessibilidade e Disponibilidade; Relações Interpessoais; Continuidade
Associação Médica Americana, 1984	“É o cuidado que consistentemente contribui para a melhoria e manutenção da qualidade e/ou duração de vida”	Promoção da Saúde; Prevenção da Doença
Donabedian, 1990	“O tipo de prestação de cuidados em que se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de o mesmo ter em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperados nas várias fases do processo de prestação de cuidados”	Eficácia, Efetividade, Eficiência, Otimização, Aceitabilidade, Legitimidade e Equidade
Conselho da Europa, 1998	“Grau em que o tratamento dispensado aumenta a probabilidade do paciente conseguir os resultados desejados e diminui a probabilidade de resultados indesejados, tendo em conta os conhecimentos atuais”	Eficácia, Efetividade, Eficiência, Acesso, Segurança, Adequação, Aceitabilidade
Institute of Medicine (IOM), 2001	“O grau em que as organizações de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente”	Efetividade, Eficiência, Segurança, Equidade, Oportunidade, Continuidade, Centralização no doente
WONCA	“A qualidade a nível da MGF é um conjunto de atividades planeadas, baseadas na revisão e melhoria do desempenho clínico, com o objetivo de continuamente melhorar o nível de cuidados prestados aos doentes” ⁴⁷	Resultados, Centralização no doente

Quadro 4 – Aptidões, competências nucleares e atributos do MF

CARACTERÍSTICAS / APTIDÕES QUE DEFINEM A MGF	DIMENSÃO/ ATRIBUTO
1. Gestão de cuidados primários	
a) capacidade para gerir o contacto de primeira instância com os pacientes;	Acessibilidade
b) coordenação dos cuidados prestados por outros profissionais de cuidados primários e outros especialistas, levando a uma prestação de cuidados efetiva e apropriada, assumindo uma posição de advocacia do paciente, sempre que necessário.	Efetividade Continuidade
2. Cuidados centrados na pessoa	
c) capacidade de adotar uma abordagem centrada na pessoa ao lidar com os pacientes e seus problemas;	Centralização no doente
d) desenvolvimento e aplicação da técnica de consulta de Medicina Geral e Familiar por forma a gerar uma relação médico-paciente efetiva;	Satisfação, Aceitabilidade e Efetividade
e) prestação de cuidados longitudinais continuados conforme as necessidades do paciente.	Continuidade e Equidade
3. Aptidões específicas de resolução de problemas	
f) utilização do processo específico de tomada de decisões em função da prevalência e da incidência da doença na comunidade	Adequação Eficiência
g) abordagem de patologias que se podem apresentar de forma precoce e indiferenciada, com intervenção urgente se necessário.	Oportunidade e Relevância
4. Abordagem abrangente	
h) abordagem simultânea, tanto dos problemas agudos como dos problemas crónicos de saúde do indivíduo;	Continuidade e Eficácia
i) promoção da saúde e do bem-estar através da aplicação adequada de estratégias de promoção da saúde e de prevenção da doença	Oportunidade e Efetividade

CARACTERÍSTICAS / APTIDÕES QUE DEFINEM A MGF	DIMENSÃO/ ATRIBUTO
5. Orientação comunitária	
j) conjugação das necessidades de saúde dos pacientes individuais com as necessidades de saúde da comunidade em que se inserem, em equilíbrio com os recursos disponíveis.	Efetividade e Centralização no doente
6. Modelação holística	
k) capacidade de usar um modelo biopsicossocial, levando em conta as dimensões cultural e existencial.	Centralização no doente

(Continuação) Quadro 4 - Aptidões, competências nucleares e atributos do MF

Falar de Qualidade, seus conceitos e perspectivas, avaliação e melhoria, sem abordar os históricos modelos de avaliação existentes é contraproducente e como tal faremos referência a pelo menos dois destes modelos - o modelo de Donabedian e o modelo de Maxwell, que apresentam em comum o facto de operacionalizarem a qualidade em saúde sob a forma de dimensões, possibilitando análises mais específicas e integradas, tal como já foi referido anteriormente.

Para Avedis Donabedian, cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao doente o bem-estar máximo e mais completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos/benefícios e perdas/danos/prejuízo que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão. Descrito na década de 60, o modelo de Donabedian está assente na tríada: estrutura, processo e resultados. A componente estrutura é caracterizada pelas instalações da organização, os equipamentos, os profissionais e recursos que estes têm disponíveis, os locais e o modelo de organização do trabalho. A componente processo refere-se ao conjunto de atividades de decisão diagnóstica, terapêutica e de ações preventivas. Os resultados referem-se aos níveis de saúde e aos custos associados e podem ser clínicos (mortalidade), ou económicos (custos), ou aqueles percebidos pelos doentes (avaliação da satisfação dos doentes)⁵⁰. Apesar de atualmente o enfoque incidir mais na análise dos resultados – *outcomes*, no período entre a década de 1970 e a primeira metade dos anos 90 foram privilegiadas as abordagens centradas na avaliação dos aspetos relacionados com a estrutura e o processo. Estes três aspetos, muito embora com diferente preponderância ao longo do tempo, são interdependentes na medida em que a obtenção de um resultado menos expectável pode sinalizar problemas ao nível do processo e/ou estrutura.

O modelo multidimensional definido por Maxwell⁵¹ na década de 90 veio estruturar o conceito de qualidade em seis dimensões: a Efetividade (o efeito desejado e alcançado para uma determinada intervenção); a Eficiência (produzir os mesmos efeitos com menos recursos ou recorrendo a estes mesmos recursos maximizar os efeitos); a Aceitabilidade (ligada a questões de humanização dos cuidados de saúde e à relação doente/profissional de saúde, sendo relevante considerar a confidencialidade, opinião e expectativas dos doentes); a Acessibilidade (condições em que o acesso a cuidados de saúde é feito ou condicionado); a Equidade (para necessidades diferentes, existem respostas diferentes, tendo em conta a razoabilidade e a justiça nas opções tomadas e o conhecimento disponível); e a Relevância (em que medida determinada opção terapêutica é a mais adequada face ao contexto e à evidência conhecida). Este modelo permite avaliar a qualidade em saúde segundo duas perspectivas, uma específica, onde a qualidade é analisada a partir de uma das dimensões do conceito, outra global e integrada, se forem analisadas duas ou mais dimensões em conjunto⁵² (é esta perspectiva,

global e integrada, que adotamos na fase 1 do presente projeto – Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes nos CSP da RAM).

2.2. AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE

2.2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

Em 1855, Florence Nightingale, com base em dados de mortalidade das tropas britânicas, propôs mudanças organizacionais “básicas” (incluindo a higiene) que resultaram em franca diminuição da taxa de mortalidade dos doentes internados. Entre outras atividades esta enfermeira esteve também envolvida na criação das primeiras medidas de desempenho hospitalar. Em 1910, a Associação Médica Americana publicou o “relatório Flexner” que foi revelador da precariedade das escolas médicas e dos principais hospitais do país.

Nesta mesma altura, Ernest Codman, visionário da necessidade da qualidade nos serviços de saúde, apresentou uma dissertação à Sociedade Médica de Filadélfia com o título “O produto dos Hospitais”, e estimulou a reflexão e o debate em torno da padronização dos hospitais defendendo a formulação de um método para elaborar relatórios que permitissem conhecer, de forma o mais exata possível, os resultados obtidos com o tratamento dos utentes nas diferentes instituições. Para este cirurgião, o documento deveria ser elaborado e publicado por cada hospital, segundo um sistema uniforme, de forma a possibilitar comparações futuras e verificar se o cuidado prestado era de fato efetivo.

Em 1918 foi publicado o primeiro —documento padrão e inicia-se o movimento de padronização dos hospitais americanos. No ano seguinte, o Colégio de Cirurgiões adotou o “Padrão Mínimo” que consistia num conjunto de normas oficiais para a prestação de cuidados hospitalares e entre elas destacamos: **(1)** a necessidade de existência de um corpo clínico licenciado, **(2)** a exigência do registo de todos os atendimentos e **(3)** a existência de instalações adequadas para o diagnóstico e o tratamento. A evolução destas experiências e esforços proporcionaram as bases para a construção de uma —Teoria da Qualidade em Saúde, que tem em Avedis Donabedian o seu principal expoente, líder e fundador⁵³.

No início da década de 1920, as atividades da qualidade que se centravam na inspeção da conformidade dos produtos, evoluem para o controlo estatístico da produção em massa e para sistemas de garantia da qualidade, através de atividades planeadas e sistemáticas. Surgia assim a Gestão Global da Qualidade nas organizações⁵⁴, com sistemas que visavam assegurar a satisfação de todos os *stakeholders* - clientes, trabalhadores, gestores, acionistas e a sociedade. A qualidade deixou de ser apenas um atributo do produto, com a responsabilidade de um indivíduo, e passou a abranger todos os processos da atividade das organizações e a ser um objetivo conjunto de todos os seus membros.

Cerca de 100 anos depois dos feitos de Florence Nightingale, é criada em 1952 nos EUA, a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (*Joint Commission on Accreditation of Hospitals* – JCAHO) com a participação de associações profissionais e de hospitais deste país e do Canadá.

Nos Estados Unidos da América, em 1985, surge o projeto de avaliação do desempenho clínico IQIP (*International Quality Indicator Project*), para dar apoio às organizações de saúde na

medição periódica do seu desempenho e na identificação de potenciais problemas e oportunidades para a sua melhoria contínua. O processo consiste na monitorização de um conjunto de indicadores (indicadores de processos) obtidos a partir da recolha sistemática de dados relativos às respetivas actividades⁵⁵. Este projeto, largamente disseminado e adotado em diversos países, revelou-se importante para o *benchmarking* entre as instituições participantes. Portugal adotou esta ferramenta em 2001 com uma adesão de 27 hospitais, mas o projeto foi descontinuado em 2010⁵⁶.

O *Health Care Quality Indicators Project* (HCQIP) da OCDE criado em 2001 tem permitido medir e comparar a qualidade e os resultados da prestação de cuidados de saúde em diversos países. Os indicadores utilizados neste projeto abrangem diversos temas como o estado de saúde, os recursos humanos, o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, e há relativamente pouco tempo passou a incluir também indicadores sobre a segurança do doente. Todos os Estados-Membros participam neste projeto, incluindo Portugal.

Na última década, e um pouco por todo o mundo, tem-se observado uma evolução das políticas de qualidade em saúde e a preocupação tem sido introduzir medidas de melhoria da qualidade de uma forma mais consistente. Para este efeito, vários modelos têm sido implementados, uns mais focados na avaliação externa da prestação de cuidados, outros no desempenho profissional e na auto-avaliação. Os principais objetivos da maioria destas estratégias são simplificar, introduzir melhorias, sistematizar processos e possibilitar o reconhecimento externo e interno da qualidade das organizações. As práticas mais utilizadas para este efeito são a Acreditação, a Certificação, o Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), as auditorias clínicas e as Normas de Orientação Clínica (NOCs).

Os programas de acreditação e a certificação de processos, as auditorias clínicas, análises de *benchmarking*, *clinical governance* e avaliações de desempenho e de resultados em saúde (*outcomes research*) que cada vez mais fazem parte do nosso quotidiano, confirmam que de facto, o definir, medir e comparar a qualidade apesar de ser uma tarefa reconhecidamente difícil é possível e exequível⁵⁷.

Avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores um acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é um desafio global particularmente desafiante em tempos de crise e contenção orçamental. Como referiu Pisco “já não basta fazermos o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível”⁴⁷.

Foram vários os fatores que incentivaram e fizeram despertar a atenção de todos nós para a avaliação da qualidade em saúde^{58- 59}, entre eles destacamos: **i)** as preocupações com as questões económicas e de eficiência; **ii)** o desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*); **iii)** a pressão por parte dos doentes/utentes, cada vez mais informados e exigentes; **iv)** o peso dos “*media*”, que têm vindo a dedicar particular atenção as questões dos eventos adversos; **v)** o desenvolvimento de novos conhecimentos na área tecnológica e biomédica com reflexos diretos na prestação de cuidados de saúde; **vi)** o crescente interesse na medição dos resultados clínicos e do grau de satisfação dos doentes. Estes fatores foram de facto decisivos na forma de recolha e processamento dos dados de informação sobre a qualidade dos cuidados que, em

Portugal, só mereceu a devida atenção anos após o emergir das reformas nos sistemas de saúde⁶⁰.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde os principais objetivos da introdução de políticas de “melhoria contínua da qualidade” nos cuidados de saúde, passam por: **i)** procurar promover e manter a saúde das populações; **ii)** estruturar os serviços de saúde de modo a satisfazer as necessidades dessas populações; **iii)** assegurar a competência dos prestadores de cuidados; **iv)** garantir que os recursos financeiros, humanos, equipamentos e informação são utilizados de forma racional e eficiente; e, necessariamente **v)** assegurar a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde.

A qualidade em saúde pode ser condicionada por múltiplos fatores: **i)** evolução social, política, ambiental, científica e tecnológica extraordinária; **ii)** incerteza e imprevisibilidade de ocorrências como epidemias e catástrofes, alterações climáticas e terrorismo; **iii)** características do Sistema de Saúde; **iv)** determinantes da procura de cuidados (por ex., envelhecimento, doença crónica, mais informação, expectativa e exigência) e da capacidade de resposta (por ex., recursos humanos, especialização crescente, trabalho multidisciplinar e intersectorial); **v)** novos conceitos de resultados (*outcomes*) em saúde e de qualidade de vida.⁶¹

Podemos identificar três categorias, que de um modo geral, reúnem os problemas de qualidade nos serviços de saúde: 1) a sobre-utilização (situações em que o cuidado de saúde prestado apresenta probabilidade de causar mais dano do que benefício); 2) a utilização inadequada – *misuse* (problemas preveníveis associados aos cuidados de saúde prestados / segurança do doente); 3) a subutilização (falta de prestação de cuidados de saúde que poderiam beneficiar o doente).

A aposta na formação contínua dos profissionais, o desenvolvimento de indicadores de qualidade e desempenho, o licenciamento para garantir as condições mínimas de funcionamento das atividades, a adoção de sistemas de informação, a criação de gabinetes para a gestão da qualidade e a avaliação da satisfação dos doentes, são outros exemplos de medidas que permitem a garantia e a melhoria contínua da qualidade em saúde e que são reflexo do crescente interesse das organizações por esta temática.

As instituições que abraçam esta temática, assumem de facto, a “melhoria contínua da qualidade como cultura”⁶².

2.2.2. A QUALIDADE NO CONTEXTO NACIONAL

Em Portugal, o sistema de saúde tem tido, ao longo dos anos, uma evolução muito significativa com a introdução de um vasto conjunto de reformas e com a melhoria de alguns indicadores de saúde, dos quais a esperança média de vida e a mortalidade infantil são os seus melhores exemplos.

A história da qualidade em Portugal inicia-se entre 1985 e 1989, com uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a OMS e outras entidades⁴⁷. Entre 1990 e 1993, inicia-se o Programa de Ação Concertada na Garantia da Qualidade em Hospitais (COMAC), numa parceria entre esta escola e algumas comunidades europeias.

A aposta na qualidade, não ficou restrita ao contexto hospitalar, e teve nos CSP, a Associação Portuguesa de Médicos da Clínica Geral (APMCG) como sua impulsionadora. O Encontro Nacional que aconteceu em Viseu no ano 1987, e a participação desta associação ao nível internacional, no *European Working Party on Quality in Family Practice* – EQUIP, são algumas das iniciativas que têm vindo a ser realizadas nesta área.

O Instituto Português da Qualidade (IPQ), criado em 1986 é o organismo gestor e coordenador do Sistema Português da Qualidade nos diversos sectores de atividade, incluindo o sector da saúde. A criação de comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, foi determinada (através de circular normativa) emitida pela DGS em 1993⁴⁷.

É em 1998, com a elaboração do documento “Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)” a qualidade é reconhecida como uma prioridade para o nosso SNS e no Programa Saúde XXI define-se uma estratégia, uma política da qualidade e um Sistema Português de Qualidade na Saúde. Como parte desta estratégia, procede-se à criação de um conjunto de estruturas que incluíam o Conselho Nacional da Qualidade (CNQ), o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), uma Comissão Nacional de Acreditação, uma Agência de Avaliação de Tecnologias de Saúde e os subsistemas do Medicamento e do Sangue^{47,63}.

Este programa apesar de ter uma linha de financiamento para projetos de garantia da qualidade e atividades bem definidas, não teve continuidade, com algumas estruturas a não serem criadas e outras a serem extintas poucos anos depois⁵⁶. Dessas estruturas destaca-se o IQS (criado em 1999 e extinto em 2006) e o CNQ (extinto em 2002), como órgão de consulta do Ministério da Saúde, no âmbito da política da qualidade, responsável pela elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema da qualidade⁴⁷.

O extinto IQS criado no âmbito do Ministério da Saúde era um organismo dotado de autonomia científica, técnica e administrativa, na dependência da DGS⁶⁴. Competia a este organismo o desenvolvimento de normas, métodos e projetos de melhoria contínua da qualidade; a prestação de apoio técnico às instituições e profissionais de saúde para a sua melhoria contínua e acreditação; e a promoção da investigação e da formação profissional contínua⁶⁴. O IQS liderou os seguintes projetos nacionais⁴⁷: MoniQuOr - Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde; Programa Nacional de Acreditação Hospitalar – Parceria IQS/King’s Found Health Quality Service (KFHQs) estabelecida em 17 de março de 1999; Projetos de melhoria contínua; Manual da Qualidade para a admissão e encaminhamento dos utentes; Avaliação da satisfação dos utentes – Europep (satisfação com o médico de família e o CS); Avaliação da satisfação dos profissionais de saúde; Qualidade na Gestão – QualiGest; Normas de Orientação clínica (NOCs).

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) criada em 2003 teve como missão supervisionar a atividade das unidades de saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais relativas a requisitos de qualidade, acesso, segurança e direitos dos utentes. Em 2006, como resultado de grandes reformas na estrutura do Ministério da Saúde, o extinto IQS foi integrado na DGS e na Administração Central do Sistema de Saúde ACSS. Ficou então determinada a responsabilidade da DGS pela qualidade clínica e da ACSS pela gestão da qualidade organizacional^{65,66}.

Em 2007 foi criada a Agência da Qualidade na Saúde, no âmbito da ACSS, para dar seguimento às suas atribuições na política de qualidade do sistema de saúde, no entanto, esta estrutura

cessou a sua atividade em 2009 como resultado da decisão de concentração de competências na DGS (Decreto-Lei 234/2008). Para esta missão foi criado, no seu âmbito, o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) pela Portaria n.º 155/2009, de 15 de fevereiro. Este departamento, sucedâneo do IQS e da Agência da Qualidade na Saúde, agrega as suas anteriores competências e coordena a atual Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS). Para apoiar o departamento na materialização desta estratégia nacional, foi criado, no mesmo ano (2009), o Conselho para a Qualidade na Saúde.

Não é possível falar da qualidade nos CSP portugueses, sem abordar com mais pormenor, a estratégia supra mencionada e o plano nacional de saúde que a integra, e como tal, nos próximos parágrafos discutiremos estes assuntos.

A ENQS, que entrou em vigor em 2009⁶⁷ tem um horizonte temporal de dez anos (2009 – 2019) e a sua missão é “promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade”. Com a coordenação do DQS, foi objetivo desta estratégia, implementar nos seus primeiros cinco anos (2009 – 2014) de atuação, uma cultura de segurança nos cuidados de saúde portugueses e consolidá-la nos cinco anos seguintes (2014 – 2019). Para alcançar estes objetivos tem como prioridades estratégicas de atuação a:

1. Qualidade clínica e organizacional;
2. Informação transparente ao cidadão;
3. Segurança do doente;
4. Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
5. Gestão integrada da doença e inovação;
6. Gestão da mobilidade internacional de doentes;
7. Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS.

O Plano Nacional de Saúde (PNS), adotado por um número cada vez maior de países, permite o alinhamento das políticas de saúde de forma coerente e fundamentada, com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde. O nosso primeiro PNS (2004 – 2010) foi desenvolvido com pelo menos dois propósitos principais: 1) obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde e reduzindo o peso da doença nas diferentes fases do ciclo de vida; e 2) utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados⁶⁸, centrou-se na família, nos cidadãos e doentes, na gestão integrada da doença e na gestão da mudança em termos de política de recursos humanos e reorientação do sistema de saúde para a centralidade no cidadão, para a sua capacitação, participação e escolha informada⁶⁸.

A avaliação da relevância, execução e impacto deste Plano Nacional de Saúde, feita em 2010 pela OMS, reconheceu que este plano não estava suficientemente focado na qualidade e na segurança dos serviços de saúde; que o acompanhamento dos processos médicos e dos seus resultados e erros não foram suficientemente abordados; que foi dada pouca consideração aos incentivos financeiros e não financeiros para a implementação de normas clínicas; e que apesar do Ministério da Saúde realizar auditorias clínicas aleatórias, as suas estratégias para enfrentar as questões da segurança do doente eram pouco claras. A OMS refere ainda que áreas fundamentais como a sustentabilidade do Sistema de Saúde e os recursos humanos não foram também objeto de atenção e aponta ainda o número excessivo de programas e a falta de

enfoque em objetivos prioritários, mobilizadores e compreensíveis, representativos de áreas problemáticas, com potencialidade de melhoria e impacto sobre a saúde⁶².

Outros estudos vieram também corroborar com o parecer da OMS. De entre eles, destaco: o estudo “O Estado Da Saúde em Portugal” que refere que 95% dos portugueses defendem a necessidade de mudanças no SNS (67% grandes mudanças) nomeadamente redução dos tempos de espera (43%), melhor organização dos recursos (33%), mais investimento (30%), melhor qualidade (24%)⁶⁹; o resultado da análise das reclamações efetuadas através do Sistema Sim-Cidadão que revelou que os hospitais eram as instituições com maior número de reclamações e o serviço de urgência a maior causa de insatisfação.

Atendendo a estas sugestões e/ou críticas, surge o atual PNS português. Com uma previsão temporal inicial de cinco anos (2011-2016) este plano foi revisto e prolongado até 2020, tendo em conta, os princípios e orientações da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia (aprovada por todos os Estados em setembro de 2013); as recomendações do relatório de avaliação da implementação do PNS 2012-2016 apresentado em outubro de 2014 pela OMS-Euro; a informação fornecida através dos “Roteiros de Intervenção do PNS”; o documento estratégico de relevo para a política de saúde nacional “Um Futuro para a Saúde” da Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2014; e ainda, as implicações decorrentes da estratégia *Health for Growth Programme* 2014-2020 da Comissão Europeia.

“De acordo com o PNS vigente, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados. Assumindo a segurança como um dos seus pilares fundamentais, o PNS integra o **Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020** que se inscreve no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS. Este Plano respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a SD, e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS), passando a integrá-la, devendo ser considerado como uma orientação do Ministério da Saúde, que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais”¹³.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes visa, através de ações transversais, atingir os seguintes objetivos estratégicos¹³:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

No contexto da ENQS, e no sentido de monitorizar / avaliar o alcance dos objetivos supra citados, coube à DGS criar um “programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objetivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua (...)”⁶⁷. A escolha recaiu sobre o modelo de acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), aprovado como o modelo oficial de acreditação das instituições de saúde do SNS pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto. Esta escolha foi justificada pela satisfação de critérios como a sustentabilidade do modelo e a sua transversalidade e facilidade de adaptação aos vários tipos de unidades que constituem o sistema de saúde português, bem como pelo facto deste ter sido testado e concebido para um sistema de saúde de organização semelhante e para uma população também ela semelhante em termos numéricos e epidemiológicos⁷⁰. Com a adoção deste modelo de acreditação, concentramos os recursos, competências e informação que estiveram dispersos em dois modelos distintos de acreditação (KFHQS e *Joint Commission Internacional* - JCI) durante alguns anos⁷⁰.

De destacar, que o atual modelo de acreditação contempla cinco dimensões da qualidade (o cidadão, centro do sistema de saúde; organização da atividade centrada na pessoa; os profissionais; processos de suporte; resultados), cada uma com um conjunto de requisitos normativos sobre os quais incide a avaliação para a acreditação.

Para além da acreditação das unidades de saúde, fazemos referência a outros projetos importantes ligados à área da qualidade, nomeadamente o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) da ERS, a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e o Instituto Português do Sangue e da Transplantação.

3. SEGURANÇA DO DOENTE E GESTÃO DO RISCO CLÍNICO

3.1. RELEVÂNCIA E CONTEXTO DA SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente, “*patient safety*”, como temática da Saúde em debate por diferentes stakeholders, tem menos de três décadas de evolução. Com início na década de 90, foi com a publicação do “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” e de vários estudos, como o *Harvard Medical Practice Study*^{71,72} que o tema dos EA passou a estar presente nas agendas políticas e nas linhas de investigação de vários países, como os Estados Unidos da América (EUA), a Austrália, o Reino Unido, o Canadá e a Nova Zelândia.

Ao revelar que ocorriam, por ano, nos hospitais americanos, entre 44 e 98 mil mortes, devido a erros nos cuidados de saúde, o *Institute of Medicine* (IOM) assume que, independentemente do nível de experiência ou do treino adequado, os profissionais de saúde, tal como qualquer outro ser humano, podem cometer erros que de uma forma inconsciente e involuntária afetam os doentes, numa proporção, que os autores assemelharam às perdas obtidas por um avião Jumbo (Boeing 747) a despenhar-se diariamente na América³².

Durante muitos anos, estes danos foram encarados como inevitáveis, contudo, ao provocarem mortalidade e morbidade significativas, com implicações na qualidade de vida dos doentes, numa proporção maior ou igual do que alguns problemas de saúde pública (tais como a obesidade, acidentes de viação e cancro da mama) exigem ações amplas e concertadas para galvanizar esta temática e controlar o que passou de inevitável para um grave problema de saúde pública.

Apesar de estudos subsequentes indicarem que os números avançados pelo IOM foram subestimados⁷³, não há dúvida que este estudo, para além da sua pertinência, conseguiu focar, a atenção de todos os envolvidos na prestação e receção de cuidado de saúde, o que foi impulsionador para o desenvolvimento dos seguintes programas e ações:

- Em maio 2002, na quinquagésima quinta *World Health Assembly* (WHA) define-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) deve implementar conceitos, normas e práticas globais de SD em conjunto com os países membro da União Europeia (UE) (*World Alliance for Patient Safety*, 2008a). Para esse efeito, em outubro de 2004, foi criada pela OMS a *World Alliance for Patient Safety* (WAPS)⁷⁴.

- No ano de 2005, a Comissão Europeia – *DG SANCO* (*Directorate General for Health and Consumer Affairs*) em associação com o Conselho da UE, realiza a conferência onde foi criada a declaração de Luxemburgo sobre SD⁷⁵. Esta declaração coloca a SD como tema de destaque nas agendas políticas da EU. Neste mesmo ano o programa da WAPS divulga que terá como ação prioritária, a criação de uma classificação internacional com a convergência e uniformização das várias perceções mundiais acerca dos principais problemas relacionados com a SD. A “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD) foi apresentada em 2009 e é ainda hoje utilizada para categorizar, descrever, comparar e monitorizar, a informação sobre SD. A versão portuguesa desta classificação, surgiu em 2011 e apresenta 48 termos preferenciais e definições de conceito-chave⁷⁶.

O primeiro desafio global da WAPS foi lançado em 2005 e priorizou/explanou a evidência sobre as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) em todos os estados membro da OMS. Desenvolveu campanhas para: a higienização das mãos, procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros, a segurança do sangue e dos hemoderivados, a administração segura de injetáveis, e a segurança da água, saneamento básico e tratamento de resíduos⁷⁷.

O seu segundo desafio global, lançado em 2007-2008, pretendeu aumentar os padrões de qualidade nos serviços de saúde de qualquer lugar do mundo contemplando diferentes dimensões, tais como, a prevenção de infeções em ambiente cirúrgico, a anestesia e equipas cirúrgicas seguras⁷⁴. A face mais visível desta campanha foi a elaboração e aplicação da lista de verificação cirúrgica⁷⁸ - *checklist* cirúrgica.

Apesar do caminho percorrido, e reconhecidos os múltiplos avanços e trilhos estabelecidos, o trabalho realizado para tornar os cuidados de saúde mais seguros, tem desde 1999, progredido de uma forma sempre mais lenta do que o desejado. Comparativamente com outros empreendimentos biomédicos relacionados com o combate ao cancro, as doenças cardíacas, a diabetes e a genómica, é evidente que o parco investimento na SD, por parte das entidades político governamentais foi, e continua a ser, um determinante que urge mudar. Para além deste determinante, é pertinente ressaltar alguns aspetos que, apesar de já terem sido subvalorizados na década de 90, mantêm dos pontos de vista científico e económico/político/organizacional, melhorias modestas e incrementais:

- As contínuas lacunas no conhecimento em relação à magnitude das questões de segurança e dos danos que ocorrem fora dos hospitais. Wynia e Classen em 2011 identificam estas lacunas como as responsáveis por uma “década perdida”.⁷⁹ De acordo com o comité de ministros do *Council of Europe* (2006) é ainda hoje necessário reconhecer que os mesmos princípios de SD podem ser aplicados tanto nos cuidados de saúde primários, como nos cuidados secundários e terciários, tal como acontece noutros aspetos dos cuidados de saúde como por exemplo, a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento;

- O facto das questões de SD serem muito mais complexas e generalizadas, do que avaliado inicialmente - para além da tão “alarmante” mortalidade, os problemas relacionados com a SD incluem também a morbilidade e outras formas mais sutis de danos, como por exemplo, a perda de dignidade, respeito e confiança;

- O papel essencial dos doentes e seus cuidadores como parceiros em toda e qualquer estratégia ou programa que vise a redução e prevenção dos EA;

- As várias dimensões da qualidade interconectam-se, e abordar uma dimensão pode afetar as outras; como tal, falar de SD sem abordar a eficácia, o foco na família, a oportunidade, a eficiência e a equidade é contraproducente - algumas práticas de segurança podem originar compromissos entre segurança e eficiência⁷⁹.

A maioria dos peritos considera que a assistência à saúde é hoje mais segura hoje do que foi anteriormente⁷⁹. Tal convicção é fundamentada por:

- O uso aumentado de assistência baseada em evidência marcou uma melhoria notável na prestação de cuidados;

- As intervenções reduziram com sucesso os EA relacionados com medicamentos e procedimentos cirúrgicos e as infeções hospitalares (o relatório “Parceria para Pacientes”

comprovou uma redução na ordem dos um milhão e 300 mil infecções hospitalares - US DHHS 2014);

- A metodologia inerente à aplicação do código de barras provou reduzir os erros de administração de medicamentos (Poon et al. 2010);

- O treino e trabalho em equipa na cirurgia mostrou reduzir a mortalidade em 50% (Neily et al. 2010);

- O processo de troca de comunicações reduziu (de uma forma estatisticamente significativa $p < 0,001$) os erros médicos em 23% e os EA evitáveis em 30% (Starmer et al. 2014)⁷⁹.

Segundo Leape e colaboradores^{71,80} a complexa combinação que envolve o processo, a tecnologia e a interação humana, e que caracteriza o moderno sistema de prestação de cuidados de saúde, deve trazer benefícios significativos para os doentes⁵⁷. Apesar de ser a base da evolução, inovação e progressão da Medicina (tal como podemos comprovar com o aumento da esperança média de vida e a redução da taxa de mortalidade infantil em Portugal), este moderno sistema de prestação de cuidados, envolve também, e felizmente em muito menor escala, risco de ocorrência de EA que como uma fonte importante de morbilidade, mortalidade e consumo de recursos devem ser analisados e controlados através de sistemas próprios e dedicados⁸¹.

Apesar do foco ampliado e algumas indicações de melhoria, cerca de 1 em cada 10 pacientes desenvolve um evento adverso, como uma infeção adquirida durante assistência à saúde, úlceras por pressão, EA relacionado com a medicação evitável ou queda durante a hospitalização¹².

Um estudo recente concluiu que aproximadamente uma em cada duas cirurgias apresentou um erro de medicação e/ou um evento medicamentoso adverso⁸².

Mais de 12 milhões de pacientes por ano enfrentam um erro de diagnóstico na assistência ambulatorial, metade dos quais estima-se ter potencial para causar danos⁸³.

Globalmente há 421 milhões de hospitalizações e aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos por ano⁸⁴.

Como base da qualidade dos cuidados, a SD deve basear-se numa atitude preventiva e de análise da informação de retorno de vários sistemas de notificação (reclamações e queixas, incidentes e complicações notificados pelos profissionais), sendo que a sua estratégia deverá ser parte integrante do programa de melhoria contínua da qualidade. Em todo este processo propomos que líderes e profissionais de saúde exijam que a SD seja uma meta principal e não negociável⁷⁹.

A ocorrência de EA nos cuidados de saúde, como acontecimentos inesperados e indesejados, que ocorrem em pessoas vulneráveis, são muitas vezes, sujeitos à mediatização. Neste contexto, valorizam-se as situações negativas, menosprezando os vários momentos/decisões clínicas em que os prestadores de cuidados (de uma forma quase heroica) evitaram estes eventos. Citando Vaz Carneiro, “quando falamos em Eventos Adversos (eventuais consequências dos erros), apesar de quase intuitivamente os associarmos a um “mau travo” com culpa e culpados, na maioria das vezes estamos perante atos cometidos por profissionais de saúde competentes e dedicados que trabalham em sistemas muitas vezes caóticos e

desorganizados e que desde a sua formação acadêmica de base estão muito pouco sensibilizados para a questão da segurança dos doentes”⁴⁷.

To Err is Human é destacado que “O status quo não é aceitável e não pode mais ser tolerado” (IOM 2000). Infelizmente, essa afirmação é ainda hoje válida, os doentes continuam a sofrer danos evitáveis durante suas interações com o sistema de assistência à saúde. Apesar de sabermos e reconhecermos que pode nunca ser possível eliminar todos os danos, devido entre outros motivos, às novas tecnologias e aos tratamentos com novos riscos, obter SD nos cuidados de saúde é uma verdadeira jornada contínua. Como participantes ativos desta jornada pretende-se que: estratégias eficazes de prevenção sejam aplicadas para muitos dos danos evitáveis que conhecemos; as organizações de ensino reconheçam a problemática inerente à ocorrência de danos evitáveis e estejam preparadas para identificar problemas e desenvolver ações corretivas⁷⁹.

3.2. ERROS, INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Os termos e conceitos relacionados com a SD e até mesmo a própria definição de Erro, Evento Adverso, Segurança e Qualidade, varia de autor para autor. Esta falta de uniformização, foi parcialmente resolvida com o lançamento por parte da OMS da já referida Classificação Internacional para a Segurança dos Doentes (CISD) em 2009. Na revisão da literatura (2000 – 2014), realizada no âmbito desta tese, identificamos mais de 25 definições de erro e mais de 14 definições de EA⁸⁵;

Por outro lado, alguns estudos não fazem distinção entre os erros que causam danos e aqueles que não chegam a lesar o doente – incidentes^{86,87}; os conceitos EA e Complicação são muitas vezes utilizados como sinónimos mas enquanto uma complicação pode originar-se da doença base, os EA não; o mesmo acontece com os conceitos “Falhas” e “Erros” - falhas ativas como erros resultantes das ações e decisões das pessoas que participam num processo e as falhas ou condições latentes que ocorrem nos processos ou nos sistemas; algumas instituições ao assumirem como definição de EA um “qualquer evento inesperado” perdem o foco de intervenção (a segurança dos doentes) e promovem uma sobrevalorização deste conceito (considerando por exemplo os acidentes de trabalho como EA).

Na presente tese, houve necessidade de adotar definições concretas sobre determinados conceitos-chave, para tal, utilizamos a CISD. No capítulo VIII, apresenta-se os principais conceitos-chave que nortearam esta tese. A título de exemplo destacamos as definições adotadas para os seguintes conceitos:

Incidente de Segurança do Doente – É um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. “Pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso). Uma ocorrência comunicável é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente” (por exemplo, uma unidade de cuidados intensivos movimentada e com falta de recursos humanos, onde apesar do risco, tudo funcionou dentro dos parâmetros considerados normais; ou levar um desfibrilhador para uma sala de emergência e descobrir que não funciona apesar de não ter sido necessário). Um quase evento (*near-miss*) é um incidente que não alcançou o doente (por exemplo, conectar uma unidade de

sangue à via endovenosa do doente errado, mas detetar o erro antes de iniciar a transfusão). Um evento sem danos é um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis (por exemplo, a unidade de sangue (errada) foi transfundida, mas o sangue não era incompatível com o doente). Um incidente com danos (evento adverso) é um incidente que resulta em danos para o doente (por exemplo, transfundiu-se a unidade de sangue errada e o doente morreu por reação hemolítica)”;

Evento Adverso – “Incidente que resulta em danos para o doente”. São alguns exemplos de EA: um pneumotórax causado pela colocação de cateter venoso central, infeção pós-operatória da ferida cirúrgica... Identificar algum acontecimento como evento adverso não implica “negligência”, ou má qualidade da assistência, simplesmente indica que um resultado clínico indesejado resultou de um diagnóstico ou de um tratamento prescrito (ou a sua falta) e não do processo subjacente à doença⁸⁸; De acordo com o Institute of Medicine, um EA é uma lesão provocada num doente devido à intervenção médica em si (e não à sua condição clínica subjacente)”⁸⁹;

Erro – “É a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”. De acordo com Fragata, os erros podem acontecer por distração (falhas ou lapsos), por má aplicação de regras ou por má deliberação (enganos). A título de exemplo, uma falha é não colocar a identificação num dos tubos de colheita de sangue; um lapso é colocar um zero a mais quando se descreve o tamanho de uma lesão nodular; uma má aplicação de regras é assumir um diagnóstico de gripe perante um quadro de febre e tosse, sem realizar um exame objetivo adequado, num doente com pneumonia; a má deliberação é conceber, racional e pensadamente uma solução que acaba por ser a solução errada (mudar a antibioterapia a um doente com diagnóstico de pneumonia sem considerar a possibilidade deste ter um cancro do pulmão)⁷⁶.

“Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução”; por exemplo, prescrever um fármaco a um doente com uma alergia documentada àquela medicação seria um ato de comissão. Deixar de prescrever uma medicação com benefícios comprovados cientificamente a um paciente qualificado (por exemplo, baixa dosagem de heparina não fracionada como profilaxia de tromboembolismo venoso num doente submetido a uma colocação de prótese cirúrgica ortopédica) representaria um erro de omissão”⁹⁰.

Ao contrário das transgressões, infrações ou negligência, que se cometem por imprudência, comportamentos de risco ou desobediências aos preceitos estabelecidos (*legis artis*), os erros são, por definição, não intencionais⁹⁰.

3.3. AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA E TIPOLOGIA DOS EVENTOS ADVERSOS

A quantificação dos EA, como métrica para avaliar a segurança do doente nos cuidados de saúde, tem recorrido a diferentes metodologias. Ao problema da falta de uniformização de conceitos, abordado anteriormente, acresce o facto de que na génese de um EA estão implícitos múltiplos fatores, que influenciam de sobremaneira o cálculo da frequência e a determinação da tipologia destes eventos.

São muitos os estudos publicados que tiveram como objetivo primário a caracterização dos EA. A maioria destes, foram realizados em ambiente hospitalar, mas quase todos revelam e/ou assumem dificuldades metodológicas que se prendem essencialmente com: a escassez e dificuldade na obtenção dos dados (EA como acontecimentos quase instintivamente negados pelos profissionais de saúde, que uma vez embrenhados numa atual cultura de culpabilização, ocultam a sua ocorrência, e portanto não notificam); os danos sem lesão permanente ou até mesmo aqueles danos que não deixam sequelas físicas, geralmente não são reportados; a complexidade e sensibilidade do tema; as limitações em relação ao planeamento e à definição das prioridades a investigar.

A falta de registos de “todo e qualquer incidente inesperado, não intencional, que causou danos, ou que é suscetível de causar danos a um ou mais pacientes”⁹¹ que é padrão nos vários sistemas de saúde, para além de enviesar o conhecimento que temos do que de facto ocorre nos nossos serviços, não nos permite traçar estratégias de melhoria e/ou prevenção efetivas. O delineamento destas estratégias exige que o problema dos eventos adversos nos nossos cuidados de saúde seja reconhecido, quantificado e avaliado tendo em conta a cultura de segurança vigente.

A maioria dos assuntos abordados como barreiras ou motivadores do reporte de erros podem ser inseridos em quatro factores⁹²: o esforço que é necessário fazer para reportar; os benefícios que advêm do reporte; o esclarecimento do que é de facto para reportar e as características do próprio erro (tal como a gravidade).

Há também alguma dificuldade em estabelecer o limite/origem entre o que poderá ser uma complicação médica, uma consequência da progressão de uma doença base e um evento inesperado causado pela prestação de cuidados de saúde; Não menos complexo é o estabelecimento de uma relação de causalidade entre um ato (de omissão ou ação) por parte do profissional de saúde e a ocorrência de determinados EA;

James Reason, professor da Universidade de Manchester, apresentou-nos a teoria do “queijo suíço” – *swiss cheese* para explicar a génese dos incidentes de segurança em sistemas de organização complexa tais como os hospitais e centros de saúde. Para Reason as falhas ativas (erros) que são cometidas por pessoas sob a forma de enganos, lapsos ou violações das *legis artis*, existem, mas são claramente facilitadas por falhas latentes apelidadas por Fragata como “agentes patogénicos residentes”⁹⁰. Estas falhas latentes são os erros derivados de elementos organizacionais ou sistemas implementados nos processos de trabalho e que por si só não ocasionam incidentes, contudo quando alinhadas como sucessivos buracos de segurança e na ausência de defesas, propiciam janelas de oportunidade para a sua ocorrência⁹⁰.

Aperfeiçoar o comportamento individual humano e tentar diminuir os “buracos” deste queijo – os erros latentes – e ao mesmo tempo criar novas barreiras de proteção de modo a impedir o seu alinhamento é o trunfo mais eficiente na promoção da SD⁸¹.

Existem diversos métodos para avaliar a frequência dos EA, e estes apresentam diferentes características, sendo que uns se adequam preferencialmente a estudar condições latentes e/ou erros/falhas ativos e outros a estudar EA⁹³. A figura 2 sumariza o que se pretende transmitir.



Figura 2 - Metodologias utilizadas na medição de condições latentes, falhas ativas e EA
 Fonte: Adaptado de Thomas e Petersen 2003⁹³

Os principais métodos utilizados para medir o dano em cuidados de saúde incluem: EA Auto relatados por profissionais de saúde; Revisão dos processos clínicos (em papel ou registos electrónicos); Revisão automatizada dos registos electrónicos com ou sem aplicação de *triggers tools*; Entrevistas com doentes; Inquéritos e entrevistas aos profissionais de saúde; Observação direta.

As conferências, análise de reclamações de utentes e queixas por má prática ou sistemas de notificação permitem detetar condições latentes, falhas ativas e EA mas, comparativamente com outras metodologias (observação direta e estudos prospetivos), são mais potentes na sua capacidade de deteção condições latentes;

A notificação voluntária, conferências de morbilidade e mortalidade e análise de queixas por má prática identificam as condições latentes e algumas falhas ativas e EA mas não devem ser usados no cálculo de frequências⁹³;

A observação direta dos cuidados de saúde prestados ao doente e os estudos de coorte são métodos que apresentam uma abordagem prospetiva na avaliação da frequência dos EA. Por outro lado, a análise de reclamações por má prática clínica, os sistemas de notificação de incidentes, as conferências de morbilidade e mortalidade (com ou sem análise de autópsias), e a revisão de processos clínicos são métodos que utilizam uma abordagem retrospectiva para medir estes eventos. A baixa precisão do julgamento acerca da existência ou não de EA, por parte de quem revê os registos, associados ao facto destes registos estarem muitas vezes incompletos (falta de uma cultura de segurança, medo de litígios, perda de prestígio, falta de tempo para registar ou notificar...) são algumas das desvantagens da abordagem retrospectiva.

Os métodos de detecção voluntários (registos, notificações, inquéritos e entrevistas) em sistemas de saúde com pouca cultura de segurança são pouco eficazes, contudo, métodos de determinação de EA não voluntários, como por exemplo a revisão de bases dados e/ou registos clínicos consomem muito tempo e recursos;

O registo ou notificação pode identificar erros e EA não detetados com outros métodos (tais como a revisão de processos clínicos) e devem ser utilizados como arma para aumentar a cultura de segurança.

Os *triggers* têm sido amplamente utilizados a nível hospitalar para detetar, caracterizar e quantificar a frequência de EA decorrentes da prestação de cuidados de saúde. Apesar da sua aplicação nos CSP estar ainda numa fase experimental revela-se uma metodologia promissora^{94,95,96}, sobretudo quando associada a outra abordagem metodológica. Nos CSP os *triggers* são definidos como pontos-chave na análise de um processo clínico que sinalizam prováveis EA⁹⁷. De acordo com a *Agency for Health Research Quality*, pelo menos 90% dos EA identificados numa revisão retrospectiva de processos clínicos foram sinalizados pelos *Global Trigger Tool*⁹⁸.

Apesar da revisão de processos clínicos ser o “*gold standart*” em termos de metodologias utilizadas para quantificar os EA, nenhum dos métodos demonstrou superioridade prática⁹⁶.

Nos próximos subcapítulos, abordamos os principais estudos realizados com o objetivo de caracterizar e quantificar os EA nos cuidados hospitalares (subcapítulo 3.3.1) e nos CSP (subcapítulo 3.3.2).

3.3.1. NOS CUIDADOS HOSPITALARES

Com base nos estudos já realizados, as taxas de incidência de eventos adversos em hospitais (locais mais frequentemente estudados)^{99,100} atingem valores que variam entre os 3,7% e os 16,6% (com conseqüente impacto clínico, económico e social), sendo que desses a maioria (40% a 70%) são considerados evitáveis¹⁰¹ – Quadro 5.

No âmbito dos cuidados hospitalares, é de destacar a elevada complexidade dos sistemas e as circunstâncias que conduzem aos incidentes aqui ocorridos.

No estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade de EA em hospitais portugueses realizado em 2011, a taxa de incidência apurada foi de 11,1%, dos quais 53,2% foram considerados evitáveis⁶. Estes resultados identificaram uma realidade não muito diferente da descrita nos estudos realizados em diversos países europeus, como por exemplo na Inglaterra¹⁰², na França¹⁰³, Espanha¹⁰⁴, Dinamarca e Suécia¹⁰⁵, bem como nos Estados Unidos da América, Austrália, Canadá¹⁰⁶, Nova Zelândia¹⁰⁷ e Brasil¹⁰⁸.

Quadro 5 - Estudos que analisaram os EA hospitalares, por local de realização, frequência e tipo de EA

Descrição e Ano de Publicação	Processos (Nº)	Local	EA (Nº)	EA (%)	Tipo de EA
1974: “Medical Insurance Feasibility Study”		Califórnia		4,7	3% de EA evitáveis
Harvard Medical Practice Study (1991) – Retrospectivo	30195 internados	51 Hospitais em Nova York (1984)	1133	3,7	27,6% de EA evitáveis 19% medicação 14% infecções 13% técnicas 48% cirurgia 13,6% = Morte
Utah Colorado Medical Practice Study (1992)	14700 Internados	26 Hospitais	475	2,9	32,6% negligência em Utah e 27,4% no Colorado; 6,6% = Morte
Australian Quality Health Care Study (1995)	14179	28 Hospitais		16,6	13,7% de Incapacidade Permanente 4,9% = Morte 51% preveníveis
Boston Study 1995	4031	2 Hospitais	441	6,5	247 medicação – 6,5% 194 potenciais (5,5%) 1% fatais 12% ameaçaram a vida 30% graves 57% significativos 28% preveníveis
EA em hospitais públicos da Nova Zelândia, 1998				11,3	37,1% de EA evitáveis
Adverse Events in New Zealand Hospitals Study (2002)	6579	13 Hospitais	850	12,9	48,6% Preveníveis
“To Err is Human – Building a Safer Health System” – IOM 2000					44000 – 98000 mortes por ano
British Adverse Events Study (2000 – RU); Inglaterra, 1992 – 2000	1014	2 Hospitais	110	10,8	48% Preveníveis (destes 20% cirurgia; 10% diagnósticos errados 1/3 dos EA – Incapacidade moderadas, graves e mortes
Canadian Adverse Event Study (2000)	3745		255	7,5	36,9% Preveníveis 34% ocorreram na cirurgia
Danish Adverse Event Study (2001)	1097	17 Hospitais	176	9	40,4% Preveníveis
França 2002	8754; 778 doentes	37 enfermarias em 7 hospitais		14,5	35,4% Preveníveis; 27,7 EA preveníveis 55% cirúrgicos e 40% em unidades médicas (Públicas/Privadas)
Brasil, 2003				7,6	66,7%
Suécia, 2003-2004	1967	28 Hospitais	241	12,3	70%
Estudo Nacional sobre os EA ligados à hospitalização - ENEA (Espanha 2005)				9,3	42,6% Preveníveis 16% Graves 37,4% medicação (24,8% dos preveníveis)

Descrição e Ano de Publicação	Processos (Nº)	Local	EA (Nº)	EA (%)	Tipo de EA
					25,3% infeção (56,6% dos preveníveis) 25% técnicos (31,7% dos preveníveis)
Tunísia, 2005	620		62	10	60% EA preveníveis
Holanda, 2005-2006	7926	21 Hospitais		5,7	39,6% EA preveníveis
Itália, 2008				5,2	56,7% Evitáveis
EA em hospitais Portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade (2009)	47.783 admissões hospitalares	3 Hospitais		11,1	53,2% Preveníveis 60,3% não causaram dano ou resultaram em dano mínimo 58,2% dos EA houve prolongamento do internamento
Países do Mediterrâneo, 2012				8,2	83% Preveníveis

3.3.2. NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), e tal como referido anteriormente, os estudos com enfoque nos EA são escassos, mas estima-se uma incidência de EA que varia entre os 0,004 e os 240 EA por cada 1000 consultas efectuadas². 45 a 76% destes eventos podiam ser evitados. A capacitação cada vez maior dos profissionais dos CSP faz com que muitos dos cuidados que antes eram essencialmente hospitalares possam agora ser realizados em centros de saúde o que contribui para níveis de EA nestes cuidados tão altos quanto os 8% com a ocorrência de um erro em mais de um quarto destas consultas¹⁰⁹.

Ao representarem a base de muitos sistemas de saúde, alguns dos Eventos Adversos (EA) identificados a nível hospitalar têm como ponto de partida os CSP¹¹⁰, com eventos geralmente mais fatais dos que ocorrem em ambiente hospitalar (devido provavelmente ao menor controlo ou monitorização a que estes doentes estão sujeitos e ao seu papel mais ativo sobre os seus próprios cuidados).

É importante perceber como, quando e porque é que os eventos adversos (EA) acontecem, para posteriormente criar e implementar estratégias que testadas e progressivamente adaptadas vão contribuir para a tão desejada e eticamente exigida – Segurança dos doentes/clientes/utentes que afinal, somos todos nós!

Estudos realizados a partir 1965, foram determinantes para a evolução do saber na área dos erros e EA nos CSP. Entre eles, destaco por ordem de publicação, os seguintes:

- Em 1993, *The Commonwealth Government* determinou a incidência de EA em seis especialidades clínicas, incluindo a MGF; neste estudo define-se Incidente como “*an unintended event, no matter how seemingly trivial or commonplace, that could have harmed or did harm a patient*”

- Um estudo piloto para monitorização da incidência de erros foi conduzido pelo RACGP e o departamento de investigação da Medicina Familiar da Universidade de Sidney; A análise dos

primeiros 805 incidentes reportados pelos MF entre outubro de 1993 e junho de 1995 demonstrou que a monitorização dos incidentes pode ser aplicada na MGF com sucesso e é útil para identificar fontes de “*misdiagnosis*” e para a implementação, levantamento e melhoria de estratégias de qualidade.

- Ely et al, em 1995, no “*Perceived causes of family physicians errors*”¹¹¹, através de entrevistas de aproximadamente 30 minutos, aplicadas a 53 médicos de família, selecionados aleatoriamente em Iowa, reportaram 53 erros (definidos como atos ou omissões que os médicos sentem-se responsáveis e que trazem sérias consequências para os doentes), subdivididos nas categorias – atraso no diagnóstico e erros no tratamento cirúrgico ou médico. Avançaram como principais causas para a ocorrência destes eventos, o desgaste/stress físico, os erros processuais, os fatores relacionados com os doentes e as características pessoais dos médicos.

- Para descrever a prevalência de eventos adversos numa base de dados de gestão de risco, Fischer et al¹¹² em 1997 fizeram uma revisão dos eventos reportados por oito médicos dos CSP e avançaram com uma prevalência de 3,7 EA (definidos como incidentes que resultam ou têm potencial para resultar em danos físicos, emocionais ou financeiros para os doentes), em por 100.000 consultas, com 83% destes a serem considerados preveníveis.

No estudo “*Analysing potential harm in Australian general practice*”¹¹³ Bhasale et al., descreveram os incidentes de segurança (relacionados com a medicação; não relacionados com a medicação; relacionados com o diagnóstico e relacionados com equipamentos) que ocorreram nos CSP australianos, utilizando para tal, o auto-registo desses mesmos incidentes por parte de 324 médicos de família sentinela. Identificaram 805 incidentes, cujas causas incluíram a comunicação, ação dos outros e erros de pensamento clínico. Cerca de 76% dos incidentes reportados podiam ter sido prevenidos.

Apesar de terem recorrido a uma metodologia particular (revisão dos processos clínicos dos doentes que faleceram), Holden et al¹¹⁴ descreveram que 5,1% das mortes analisadas foram provocadas por práticas no âmbito da MGF e eram preveníveis.

A taxonomia dos erros médicos na medicina geral e familiar apresentada por Dovey et al¹¹⁵ teve por base o auto-reporte (via eletrónica) por parte de 42 médicos de família. Dos 330 erros reportados (definidos como acontecimentos nos cuidados de saúde que não deviam acontecer, não foram antecipados e fazem verbalizar a expressão “eu não quero que isto volte a acontecer”) 83% estavam relacionados com o sistema de saúde e 13% estavam relacionados com o conhecimento/capacidades/aptidões. As subcategorias de erros foram: administrativos, de investigação, tratamentos, comunicação, execução de Normas de Orientação Clínica (NOCs), diagnóstico errado e erro na decisão de qual o tratamento a aplicar.

Em 2001, o Institute for Healthcare Improvement (UHI)¹¹⁶ iniciou o primeiro trabalho na área dos EA nos doentes de ambulatório utilizando para tal *Trigger Tool* definidos como pontos chave na análise de um processo clínico, que são facilmente identificáveis e sinalizam prováveis EA. No ambulatório os *triggers* são melhor descritos como “*life events*”, isto é, acontecimentos de vida relacionados com um contacto/interação com os cuidados de saúde e que são suficientemente importantes para constituírem um tema de conversa com amigos e familiares.

O “*Primary care international study of medical errors*” (PCISME) foi o primeiro estudo internacional a abordar os erros médicos na Medicina Geral e Familiar através do reporte quer de eventos atribuíveis a ação médica quer dos eventos inesperados relacionados com os cuidados prestados. Apesar de ter utilizado uma amostragem não aleatorizada (limita a comparação com outros estudos), trata-se de um estudo multicêntrico (envolvendo seis países com funcionamento e definição de CSP semelhantes - Austrália, Canadá, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos) que em 2001 define “Erros” como: “acontecimentos resultantes da prática diária que permitem concluir que houve uma ameaça para o bem-estar dos utentes e que devem ser evitados. Estes acontecimentos afetam ou podem afetar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Os erros podem ser pequenos ou grandes, administrativos ou clínicos, ações tomadas ou omissões, podendo não se identificar os seus efeitos. Os erros são neste estudo, qualquer coisa que se identifica como errada, e que não deve voltar a ocorrer.” Do total de 171 erros reportados por parte dos cerca de 20 profissionais de saúde de cada país, os autores identificam pelo menos 5 níveis de classificação dos Erros: Erros no atendimento administrativo; Erros com exames exploratórios; Erros com tratamento; Erros de comunicação; Erros de conhecimentos e de competências¹¹⁷. Em 2002, com base no PCISME, Meredith Makeham, Dovey SM, County M, e Kidd MR¹¹⁸ desenvolvem uma taxonomia internacional para os erros que ocorrem nos CSP.

Um estudo de 2003 concluiu que um quarto dos doentes/utentes observados nos CSP sofreu um EA medicamentoso (ADE) e 11% destes eram evitáveis¹¹⁹.

- No “*Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors*”⁸⁷ publicado em 2003, determinou-se uma frequência de erros de 7,6% (75,6 erros por cada 1000 consultas efetivadas nos CSP) com uma possível variação entre os cinco e os 80 erros por cada 100.000 consultas realizadas neste nível de cuidados de saúde.

Em 2006 o estudo TAPS¹²⁰ - “*The threats to Australian Patient Safety*”, o primeiro estudo de incidência de erros reportados, determinou uma incidência de 0,078% de erros por consulta médica e 0,24% de erros reportados por ano e por doente observado. Participaram neste estudo 84 clínicos gerais e a média de notificações foi de 5,3 por cada médico.

Neste mesmo ano, Resar apresenta um estudo onde através de 11 *triggers* identifica a maioria dos EA que ocorrem fora dos hospitais. Este autor considera que este número de *triggers* pode e deve ser adaptado a cada organização de saúde em particular, contudo, todos os *triggers* positivos devem ser investigados no sentido de serem ou não potenciais causadores de danos nos doentes¹¹⁶.

Nos “*Seven Steps to Patient Safety*”¹²¹ descreve-se a aplicação do MaPSaF – *Manchester Patient Safety Framework*¹²² na determinação e desenvolvimento de alguns dos elementos chave para uma cultura de segurança madura, aberta e livre. Este instrumento para além de facilitar a reflexão sobre a cultura de segurança do doente nas organizações de saúde e / ou equipas dos CSP, identifica as diferenças de perceção entre categorias profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica) no que diz respeito à cultura de segurança vigente e estimula a discussão sobre a cultura de segurança do doente nos serviços. Os temas selecionados nas nove dimensões presentes no MaPSaF surgiram após uma revisão da literatura sobre a segurança dos doentes nos CSP e no SNS, feedback dos líderes de opinião / entrevistados e teve em

consideração a utilidade dessas dimensões em termos da sua abrangência e adequação para os CSP.

O estudo APEAS⁷ de 2008, foi o primeiro estudo epidemiológico a estudar os EA nos CSP, envolveu 96.047 utentes e determinou uma prevalência de EA nos CSP espanhóis de 18,63 ‰ (com 11,18 ‰ de prevalência para os EA e de 7,45 ‰ para os incidentes), sendo que destes, 70% foram considerados preveníveis. Com recurso a uma amostragem oportunística, através da participação voluntária de 452 profissionais de saúde (251 médicos de família, 49 Pediatras e 152 enfermeiras) que preenchiem um formulário pré-definido sempre que identificassem um EA, extrapolaram que por cada 100 cidadãos espanhóis sete poderiam ser afetados por EA nos CSP por ano;

Singh *et al.* em 2009⁹⁷ através da análise retrospectiva (de 12 meses) de processos clínicos de pessoas com 65 anos de idade ou naquelas de mais idade mas que tivessem uma doença cardiovascular diagnosticada, realizado em seis centros de saúde, revisaram 1289 processos (por um médico e um farmacêutico), e concluíram que em 645 (50% dos processos revistos) havia pelo menos um *trigger* positivo; uma amostragem de 383 destes processos foram objeto de mais investigação (numa média de 64 processos por cada revisor); entre os 908 *triggers*, 232 representaram EA relacionado com fármacos (26%) dos quais 92 foram considerados evitáveis e 30% destes eventos foram graves. Os autores referem que a maioria dos 39 *triggers* utilizados apresentaram muito baixo Valor Preditivo Positivo (capacidade para identificar um EA) e que apenas nove dos 39 *triggers* foram responsáveis por 94% dos eventos adversos detetados, o que sugere que uma ferramenta mais curta pode e deve ser utilizada;

Wet e Bowie em 2009¹²³ apresentam uma revisão aleatória de 100 processos clínicos eletrónicos em cada um dos cinco centros de saúde urbanos na Escócia – A análise de 500 processos clínicos revelou 2251 consultas e 730 *triggers* – os resultados sugerem que ocorre um EA por cada 48 consultas realizadas, com 42% destes eventos a serem considerados preveníveis; a severidade dos danos causados foi baixa a moderada para a maioria das pessoas (83%); a frequência de EA foi maior nas pessoas com mais de 60 anos e a maioria destes eventos estavam relacionados com a medicação (59%).

O “Healthcare Improvement Scotland” e o “NHS Education for Scotland” no “The Safety Improvement in Primary Care Project – SIPC1¹²⁴, através da aplicação de Trigger Tool na revisão de processos clínicos com prévia avaliação da cultura de segurança (o resultado dos valores individuais e de grupo, das atitudes, perceções e dos comportamentos) e medida do clima de segurança (medição num determinado momento dos componentes da cultura de segurança que são mensuráveis) entre profissionais (médicos, enfermeiros, administrativos, pessoal auxiliar), foi pioneiro na obtenção de cuidados de saúde primários de alta qualidade, baseados na evidência, seguros, efetivos e centrados na pessoa.

De acordo com uma revisão sistemática e síntese da literatura médica realizada pela doutoranda e apresentada no 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do doente¹²⁵, o método mais comumente usado para avaliar os EA nos CSP é a análise de relatos de incidentes de segurança do paciente feito por médicos dos CSP ou utentes e a pergunta de investigação mais frequentemente colocada foi: "Que tipos de incidentes de segurança do paciente acontecem nos CSP". Dos artigos analisados quatro são revisões sistemáticas da literatura⁶⁴⁻⁶⁷ e três são revisões não sistemáticas⁶⁸⁻⁷⁰; dois ensaios clínicos controlados e randomizados^{71,72} e 2 estudos multicêntricos foram também analisados^{71,73}; constata-se que

pelo menos 14 artigos avançam com uma classificação dos erros e EA nos CSP^{66,71,73,74-84}. A Tabela 2 faz um resumo das metodologias e objetivos utilizados nos artigos analisados.

Tabela 2 - Objetivos e metodologias utilizadas nos artigos estudados

DESENHO DO ESTUDO			
OBJECTIVOS	RETROSPECTIVO	PROSPECTIVO	MISTO
Para estabelecer os tipos (e / frequência) dos incidentes de segurança que acontecem nos CSP	- Revisão Sistemática da Literatura ^{126,127} - Base de dados de risco ¹¹²	- Entrevistas ¹²⁸ - Inquéritos ¹²⁹ - Sistema de reporte ^{86, 87, 94,113, 115,118, 120,130 131,132,133,134, 135, 136 ,137 ,138,139}	- Inquéritos e Entrevistas ¹⁴⁰ - Inquéritos e Revisão Sistemática da Literatura ¹⁴¹
Para propor e / ou testar intervenções que tornem os CSP mais seguros para o paciente	- Revisão Sistemática da Literatura ¹⁴² - Estudo dos EA significativos em base de dados ¹⁴³	-Inquéritos ^{144,145} - Sistema de reporte ¹⁴⁶	- Revisão Sistemática da Literatura e Grupos Focais ¹⁴⁷
Para propor e / ou testar métodos de investigação para a segurança dos doentes nos CSP	- Estudo dos EA significativos em base de dados ^{148,149}	-Entrevistas ^{111,145} - Grupos focais ^{150,151} -Sistema de notificação ^{92,111,130, 134 137}	- Estudo Delphi + Entrevistas ¹⁵² - Revisão Sistemática da Literatura + Entrevistas + Grupos Focais ⁹⁴

Adaptado de Makeham, Dovey *et al.*²

A maioria dos estudos descritos na literatura pretende determinar a incidência dos eventos adversos nos CSP^{86,94,113,115,130,134,153}. Outros estudos, dos quais o APEAS⁷ é um exemplo, avançam com estimativas quantitativas da prevalência dos EA nos CSP^{112,118,137,154,155} e alguns destes surgem no contexto do projeto europeu LINNAEUS.

Apesar de ser muito importante proceder à caracterização e quantificação dos EA, a prioridade em matéria de gestão de risco deve centrar-se no conhecimento das potenciais causas e na definição de ações com vista à sua prevenção.

3.4. AVALIAÇÃO E GESTÃO DO RISCO CLÍNICO

A importância do risco em medicina deriva do facto de este estar relacionado com a incidência de doenças, e como tal, poder ser medido/calculado e até modulado por intervenções variadas. Em medicina este risco é normalmente relacionado com um fator (designado fator de risco), que influencia (frequentemente em conjunto com outros) a probabilidade de um evento ou doença poderem aparecer, ou tornarem-se mais ou menos graves, nos indivíduos em que aquele fator está presente. Todos nós, no nosso dia a dia, somos confrontados com o risco nos nossos processos de decisão, mas este ónus é claramente mais preponderante quando abordamos a prestação de cuidados de saúde¹⁵⁶.

Os resultados em saúde dependem, ou são influenciados, por múltiplos fatores destacando-se, entre outros, as características intrínsecas de cada doente. Como as doenças não se distribuem de forma aleatória pela população reconhecemos que há determinadas características ou fatores (fatores de risco) que potenciam a ocorrência de eventos adversos ou que condicionam

os resultados em saúde, sejam eles clínicos, económicos, ou relacionados com as expectativas, preferências e grau de satisfação dos doentes. A contabilização destes diferentes fatores de risco de cada indivíduo, bem como a aferição dos resultados tendo em conta esses riscos, é decisiva para a realização de estudos, projetos ou programas de gestão do risco e de melhoria e avaliação da qualidade em saúde¹⁵⁷.

A Segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a Gestão do Risco, um instrumento para a sua garantia. Entre os múltiplos fatores que comprovam este facto destacamos: i) A complexidade dos tratamentos e das tecnologias, a interdependência das tarefas e as infeções são fatores que tornam a prestação de cuidados uma atividade de elevada complexidade e risco, incerteza e insegurança que favorece a ocorrência de eventos adversos e erros, com possibilidade de indução de danos⁹⁰; ii) A origem do erro é, geralmente, multifatorial, decorrendo de fatores associados à prática assistencial, envolvendo profissionais e organização, à complexidade do doente ou, ainda, a todos estes fatores conjugados. A ocorrência de erros e eventos adversos representa uma oportunidade para aprendizagem e melhoria⁶¹; iii) São instrumentos de gestão de risco e prevenção do erro: os sistemas de notificação, sistemas de alerta, auditorias, protocolos, decisão em equipa multidisciplinar, sistemas de verificação redundante, reuniões de mortalidade e morbidade, discussão de evolução clínica inesperada e a formação contínua.

Existem ainda outras implicações para a segurança nos cuidados de saúde e essas são a dimensão ética e relacional, medidas pela maior ou menor confiança no sistema de saúde por parte da opinião pública e doentes e a dimensão de custos, que hoje se liga à da justiça distributiva, dado que a garantia de acesso à saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde estão hoje no centro das políticas de saúde, um pouco por todo o mundo¹⁰¹.

Os custos supracitados, podem ser diretos, indiretos e intangíveis. De entre os custos diretos são exemplo os recursos utilizados no tratamento (medicamentos, transporte, remuneração de técnicos e cuidadores). Os custos indiretos relacionam-se, por exemplo, com a redução da produtividade do cidadão (tempo despendido nos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento; atestados de incapacidade temporária para o trabalho; ausências laborais, etc...); os custos intangíveis dizem respeito, por exemplo, ao sofrimento associado ao tratamento, desesperança, desmotivação, medo, depressão, entre outros, que apesar de serem dificilmente mensuráveis, devem ser considerados dada a sua relevância para a saúde⁶².

De acordo com a OMS "(...) o importante é, precisamente, identificar o risco, avaliar a respetiva frequência e a severidade, reduzir ou eliminar o mesmo e avaliar o que se poupou na redução do risco ou dos custos de eventuais riscos"³⁶.

Limitar a ocorrência de eventos adversos (prevenindo) e minimizar os danos que estes provocam (recuperando) é o objetivo da gestão do risco clínico. Fragata considera que a gestão deste risco "corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação de cuidados de saúde, mediante a identificação prospetiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela atuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos"⁹⁰.

O risco clínico, pode ser definido de uma forma simples, como a probabilidade de um evento indesejado vir a ocorrer na sequência da prestação de cuidados de saúde. Habitualmente, este tipo de risco encontra-se intimamente ligado à ocorrência de eventos adversos, tornando-se

por isso essencial a sua apreciação, de forma a poder ser medido, comunicado e, conseqüentemente, gerido¹⁵⁸.

Ao longo do tempo, foram surgindo múltiplos métodos para a avaliação, quantificação e medidas de associação, do risco clínico, entre eles destaque para o cálculo do: risco relativo/razão de riscos (RR) – diz-nos quantas vezes é mais provável os indivíduos da população exposta ao fator de risco, virem a desenvolver o *outcome*, comparativamente aos indivíduos da população não exposta ao fator de risco; risco absoluto (RA) – fornece o excesso de risco em que o indivíduo incorre por ter estado exposto ao fator de risco; *odds ratio* (OR) ou razão de probabilidades, entre dois grupos, da ocorrência ou não de um determinado evento; número necessário tratar (NNT) – representa o número de doentes que será necessário tratar para prevenir um evento adverso adicional; número necessário lesar (NNL) – representa o número de doentes que terão de receber um tratamento para que um deles tenha um efeito adverso¹⁵⁶.

Em Portugal a gestão do risco ganhou maior visibilidade aquando da implementação de programas de acreditação nas instituições de saúde. Em 2003 com a introdução do manual de acreditação do *Health Quality System*, que teve origem no Reino Unido, cada vez mais os conceitos de *Clinical Governance* e de gestão do risco clínico são utilizados no nosso país.

Para uma maior qualidade, tanto na gestão como na prestação de cuidados foram criadas Estruturas de Gestão Integrada (GI). As GI Horizontais, permitem economia de escala e maior poder de mercado, e realizam a gestão entre centros hospitalares nos hospitais e entre centros de saúde nos ACES. As estruturas de gestão integrada Verticais têm o seu foco nas Unidades Locais de Saúde (ULS), que englobam CSP e Hospitalares.

A SD é hoje considerada como um princípio fundamental nos cuidados prestados ao doente e uma dimensão crítica da avaliação da qualidade e, de facto, é a ocorrência de EA a sua componente mais mediática.

4. CULTURA DE SEGURANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Os termos cultura de segurança e clima de segurança são muitas vezes apresentados na literatura científica como sinónimos, contudo, existem significativas diferenças conceptuais entre eles. Apesar de não existir uma definição unívoca e aceite por todos para “clima de segurança”, este pode ser definido como um fenómeno temporal, uma perceção instantânea da cultura de segurança, que é relativamente instável e como tal, sujeita a alterações¹⁵⁹. Enquanto o clima de segurança baseia-se no conjunto das atitudes dos profissionais nas organizações, a cultura de segurança, depreende as convicções e os significados subjacentes a essas atitudes, e como tal, é mais complexa, estável e duradoura.

Subjacente ao conceito Cultura de Segurança há partilha: do valor (intangível) da segurança entre membros da organização e dos resultados tangíveis desse valor compartilhado nas formas de comportamento e estrutura¹⁶⁰.

As capacitações, condições do ambiente e adequação do número de profissionais, tendem a desencadear processos de melhorias coletivos e mudanças de atitudes duradouras por parte dos trabalhadores na prestação do cuidado. Estes pressupostos associados a uma cultura que reconhece que muitos erros individuais ou “ativos” representam interações previsíveis entre operadores humanos e os sistemas em que trabalham, são os elementos chave para uma cultura justa. As organizações que adotam esta cultura, funcionam na base da justiça e compreensão, contudo, não toleram a má conduta grosseira ou a adoção de comportamentos que acarretem riscos conhecidos para os doentes¹⁶⁰.

As organizações de saúde influenciam e são influenciadas pelo meio social onde estão localizadas e pela cultura social e organizacional dos profissionais que nelas trabalham. Devido à socialização familiar, escolar e profissional, a que estes profissionais estão sujeitos, há uma estruturação das suas perceções e reações efetivas que influenciam a sua tomada de decisão e opções de ação.

Uma vez que até mesmo a perceção da ocorrência dos incidentes de segurança, por parte dos profissionais de saúde, varia de acordo com a cultura de segurança presente nos seus locais de trabalho, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) como o Conselho da União Europeia recomendam a avaliação desta cultura como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Alguns autores revelam que numa organização com uma cultura de segurança positiva, os profissionais que a ela se dedicam, trabalham em prol dos doentes, conhecem os EA, antecipam e previnem a sua ocorrência e, caso tal não seja possível, sabem notificá-los, discuti-los, partilhá-los e aprender com eles^{5,161}! O estudo de Najjar e colaboradores veio comprovar que os hospitais palestinianos com cultura de segurança mais positiva/robusta tinham menor taxa de eventos adversos¹⁶². A nível hospitalar, outros estudos mostraram também esta associação favorável entre cultura de segurança e alguns incidentes de segurança, tais como as úlceras por pressão¹⁶³, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)¹⁶⁴ e as quedas¹⁶⁵. Nos CSP esta relação não é tão conclusiva¹⁶⁶.

Alguns autores na senda de Reason, identificam cinco fases de maturidade na cultura de segurança das organizações – Patológica (a falta de segurança é um problema causado pelos profissionais/funcionários), Reativa (ações corretivas são tomadas após a ocorrência de incidentes), Calculista/Burocrática (a segurança é gerida administrativamente e as melhorias são impostas), Proactiva (os profissionais tomam iniciativas para melhorar os procedimentos e os sistemas) e Participativa (a participação dos profissionais na promoção da segurança faz parte da organização)^{167, 168}.

De acordo com Singer, Gaba, Geppert, Sinaiko, Howard e Park¹⁶⁹ foram identificados sete componentes da CS em organizações de alta fiabilidade:

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

Para avaliar a cultura de segurança, estão descritas pelo menos três tipos de abordagens metodológicas¹¹: a abordagem epidemiológica (que mede a cultura de segurança de uma forma quantitativa através de questionários), a abordagem sociológica (onde a cultura é avaliada qualitativamente no decurso de reuniões pluridisciplinares de consenso) e a abordagem socio-antropológica (que associa metodologias qualitativas e quantitativas). O conhecimento da diferença entre clima e cultura de segurança é fundamental na escolha de uma das abordagens supramencionadas¹¹. A combinação destas metodologias, tal como foi realizado no *Manchester Patient Safety Framework*¹²² e no nosso estudo, revela-se útil sobretudo na validação dos resultados encontrados.

Pelo menos 13 instrumentos estão descritos na literatura para medição da cultura de segurança nos hospitais¹⁷⁰. De entre estes destaco os mais utilizados: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* elaborado pela *Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ)* nos EUA no ano 2004; o *Safety Attitudes Questionnaires (SAQ)* desenvolvido na universidade do Texas no ano 2000; o *Safety Climate Survey (SCS)* desenvolvido em Israel em 1980; o *Patient Safety Climate in Healthcare Organization* desenvolvido nos EUA em 2003 e o *The Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)* elaborado pela universidade de Stanford em 2006¹⁷¹.

Nos CSP, o conhecimento na área da segurança dos doentes é relativamente recente e comparativamente com os cuidados hospitalares, muito mais escasso. A título de curiosidade, verificamos que o primeiro estudo a envolver um sistema de notificação nos CSP foi publicado em 1998 e envolveu a monitorização de incidentes de segurança entre 1993 e 1995¹¹³. A primeira revisão da literatura, desenvolvida com o objetivo de descrever estes incidentes, data de 2002¹²⁶. Em 2003, Sandars e Esmail publicaram a segunda revisão da literatura, que para além de descrever os incidentes de segurança nos CSP, avança com estimativas da sua frequência¹²⁷.

Ao longo do tempo foram surgindo instrumentos que possibilitam avaliar a cultura de segurança dos doentes¹⁷². Alguns exemplos incluem o *SCOPE-PC*¹⁷³, o *The Safety Attitudes*

Questionnaire – Ambulatory Version (SAQ-AV)^{174,175,176}, o *Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FRaSiK)*¹⁷⁷ e o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSOPSC)*¹².

De acordo com o projeto LINNAEEUS-PC¹⁰, dois instrumentos revelaram-se robustos na análise quantitativa da cultura de SD nos CSP europeus: a versão adaptada para os CSP do *Manchester Patient Safety Framework (MaPSAF)*¹¹ e o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSOPSC)* da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*¹².

O MOSOPSC surgiu nos EUA em 2007 e foi dispensado para uso dos profissionais de saúde em março 2009. Em 2013 é publicado um estudo onde se descreve a avaliação da cultura de segurança dos doentes nos CSP espanhóis através da aplicação da versão espanhola do MOSOPSC¹⁷⁸ e em 2015 verifica-se a utilização deste instrumento no Líbano¹⁷⁹.

O departamento da Qualidade da Direção Geral da Saúde (DGS) em parceria com a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), realizou a avaliação da cultura de SD (através da aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*) em sete hospitais portugueses¹⁸⁰ e através da Norma 003/2015¹⁸¹, recomenda a avaliação desta cultura nos CSP através da aplicação do MOSOPSC.

A Região Autónoma da Madeira (RAM) não participou no projeto de avaliação da cultura de segurança dos doentes realizado pela DGS, mas o Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais da Região Autónoma da Madeira - IP-RAM (IA-SAÚDE), reconhecendo a pertinência da temática estabeleceu uma parceria com a doutoranda e através da circular normativa S 10 de Outubro de 2015¹⁸² (Anexo K) recomenda a todos os profissionais de saúde que exercem funções nos CS da RAM a avaliação da cultura de segurança dos doentes através do preenchimento do questionário MOSOPSC traduzido e adaptado à região pela doutoranda.

III. METODOLOGIA

1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

OBJECTIVO GERAL:

- Avaliar a Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira e caracterizar os Incidentes e Eventos Adversos que ocorrem neste nível de cuidados de saúde;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

FASE 1

- Traduzir, adaptar, aplicar e validar o “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSOPSC) da *Agency for Healthcare and Research in Quality* (AHRQ) para os CSP da RAM;
- Avaliar a Cultura de Segurança dos Doentes nos CSP da Região Autónoma da Madeira através da aplicação do questionário MOSOPSC;
- Identificar os componentes fortes/robustos e frágeis da cultura de segurança nos CSP da RAM;
- Identificar se existem variações na cultura de segurança de acordo com as diferentes classes profissionais (medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, assistentes sociais, assistentes técnicos e assistentes operacionais);
- Verificar se há alguma relação entre o número de anos de trabalho dos profissionais e os resultados da avaliação da cultura de segurança;
- Fomentar e divulgar a temática da segurança dos doentes nos CSP, em geral, e nos CSP da RAM em particular;

FASE 2

- Traduzir, adaptar, aplicar e validar o formulário “*Estudio de los Eventos Adversos en Atención Primaria de Salud*” (APEAS) - versão espanhola do “*University of Washington Safety Questionnaire*” para os CSP Portugueses;
- Calcular a Prevalência dos EA e dos Incidentes nos CSP da RAM;
- Caracterizar os incidentes de segurança (inclui EA e incidentes) identificados neste nível de cuidados, no que diz respeito ao tipo de incidente, gravidade das lesões provocadas e capacidade de prevenção;
- Caracterizar os utentes envolvidos nos Incidentes de Segurança identificados (no que diz respeito à idade, sexo e presença de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos);
- Avaliar o impacte dos Incidentes de Segurança em termos clínicos e de consumo de recursos;

FASE 3

- Avaliar a existência de associações entre a cultura de segurança dos doentes e os EA identificados nos CSP da RAM, tendo por base a Zona/ACES de preenchimento dos questionários.

2. TIPO DE ESTUDO

A presente investigação foi metodologicamente, dividida em três grandes fases. Na primeira fase avalia-se a cultura de segurança nos CSP da RAM (através da aplicação do MOSOPSC) e na segunda fase analisamos e caracterizamos os EA que ocorreram nos CSP da RAM (através da aplicação do APEAS). Na terceira fase analisa-se as relações entre a cultura de segurança avaliada e a notificação dos incidentes de segurança, tendo por base, o local (ACES) de preenchimento dos questionários.

Os dois questionários supra mencionados (MOSOPSC e APEAS) foram traduzidos, adaptados, aplicados e validados nos CSP da RAM através de dois estudos quantitativos, observacionais, analíticos e transversais. Na componente de validação dos questionários recorreu-se à metodologia qualitativa através da técnica de *focus group*. As sessões de *focus group* realizadas, tiveram o propósito de obter e analisar os dados relativos aos instrumentos que traduzimos e validamos para a língua portuguesa, o MOSOPSC e o APEAS.

3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

FASE 1 – Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes

Modalidade de Recrutamento - Recorrendo a uma amostragem probabilística (a seleção dos profissionais foi aleatória; houve procedimentos bem estabelecidos para a inclusão destes profissionais no estudo e, todos os profissionais (População) tinham igual probabilidade/possibilidade de fazer parte da amostra), foi solicitada a colaboração/participação voluntária de 938 profissionais dos 47 centros de saúde da RAM, no preenchimento do questionário.

Critérios de Inclusão - Prestadores de cuidados (médicos especialistas, médicos em formação e enfermeiros), e restante equipa, inclui assistentes técnicos, assistentes operacionais, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos) que exerciam funções nos CS que compõem os CSP da RAM. Para os profissionais de saúde que trabalhavam em mais do que um serviço, sugerimos que restringissem as suas respostas ao local onde dispensavam maior carga horária.

Como Critérios de Exclusão para integrar a amostra definimos: Os Centros de Saúde da RAM com menos de três prestadores de cuidados (médicos especialistas, médicos em formação e enfermeiros) ou menos de cinco participantes; os participantes com menos de um mês de experiência no local onde aplicamos o questionário. Pela sua logística e localização o ACES relativo à ilha do Porto Santo não participou neste trabalho de investigação.

Aqueles questionários que depois de preenchidos apresentavam mais de cinco respostas em falta ou a mesma resposta a todas as questões de pelo menos uma secção (com questões cotadas positiva e negativamente, seções C, D, E e F) ou com “respostas sequenciais” (por exemplo C1 discordo plenamente; C2 Discordo; C3 Nem concordo nem discordo; C4 Concordo...) foram também excluídos da análise de dados.

FASE 2 – Prevalência e Caracterização dos Eventos Adversos

Modalidade de Recrutamento - Recorrendo a uma amostragem probabilística (a seleção dos profissionais e dos utentes foi aleatória; houve procedimentos bem estabelecidos para a sua inclusão e todos os participantes tinham igual probabilidade/possibilidade de fazer parte da amostra) foi solicitada, via Web (envio de link) e presencialmente pela doutoranda, a participação voluntária dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que exerciam funções nos 36 Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira que já tinham participado na Fase 1 do projeto.

Critérios de Inclusão - Uteses consultados (por médicos e enfermeiros de família) nos 36 CS participantes, durante os meses de novembro 2016 a abril 2017 e que apresentaram alguma condição clínica que pudesse indicar a ocorrência (atual ou prévia) de um incidente ou evento adverso. Pertencer a um dos CS que participaram na fase 1 do projeto (avaliação da cultura de segurança dos doentes).

Critérios de Exclusão - Médicos com menos de um ano de formação específica em medicina geral e familiar e os enfermeiros em formação (não licenciados); os participantes com menos de um mês de experiência no local onde aplicamos o questionário; doentes do foro psiquiátrico que eram seguidos simultaneamente pelo médico de família e pelo psiquiatra; profissionais de saúde que exerçam funções em CS com menos de três prestadores de cuidados (médicos especialistas, médicos em formação e enfermeiros) ou menos de cinco participantes; utentes pertencentes à lista de utentes da doutoranda; a doutoranda (enquanto médica) não participou no estudo;

Aqueles questionários que depois de preenchidos apresentavam mais de cinco respostas em falta, foram também excluídos da análise de dados.

4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS

Os dois questionários, utilizados para avaliar a cultura de segurança dos doentes (MOSOPSC) e identificar e caracterizar os EA nos CSP da RAM (APEAS), foram traduzidos, adaptados, validados e aplicados nos CSP da RAM através de dois estudos quantitativos, observacionais, descritivos e transversais. Tendo em conta que quando traduzimos e adaptamos um questionário para uma nova população, é fundamental ouvir o que os potenciais participantes têm a dizer, e que, quando aplicamos estes questionários, os participantes podem estar limitados nas suas respostas - recorreremos à abordagem por *focus group* como instrumento complementar na triangulação da recolha e análise dos dados¹⁴ em dois momentos diferentes do nosso projeto. Numa fase inicial (antes da aplicação do questionário MOSOPSC) para sensibilizar os colegas para a temática da segurança dos doentes, dar a conhecer o MOSOPSC-RAM e adaptá-lo à realidade dos CSP da RAM; alertá-los da importância de o divulgarem e participarem no seu preenchimento. Numa fase intermédia (após a aplicação do MOSOPSC) para divulgar e interpretar alguns resultados obtidos na avaliação da cultura de segurança dos doentes nos CSP da RAM; dar a conhecer o APEAS, validar a sua tradução e adaptação aos CSP da RAM e alertá-los da importância de o divulgarem e participarem no seu preenchimento.

A realização dos *focus group* foi a parte visível de um longo processo de trabalho que teve início com o planeamento da reunião e finalizou com a análise dos dados e elaboração de um relatório. A implementação desta metodologia decorreu assim em cinco fases:

- Na fase 1 – Planeamento – A doutoranda e seus orientadores do 3º ciclo de estudos, identificaram os objetivos orientadores da realização do *focus group*; definiram a estrutura do guião e o papel adotado pela moderadora (doutoranda); Selecionaram os participantes; Definiram o tamanho do grupo e consideraram não ser necessário mais do que um grupo de discussão;

- Na fase 2 – Preparação – Recrutamento dos profissionais de saúde / peritos / participantes; Escolha do local e das condições logísticas para a realização da reunião; Duas semanas antes da realização do *focus group* os participantes foram contactados; passado uma semana, receberam um email de confirmação e, no dia anterior à realização do *focus group*, foram contactados telefonicamente. Os participantes estavam informados dos objetivos do estudo e das regras de participação, incluindo o tempo estimado de duração da atividade (90 minutos) de modo a evitar abandonos precoces aquando a discussão em grupo.

- Na fase 3 – Moderação – A investigadora foi responsável pelo recrutamento dos participantes e moderação das sessões. O pacto de confiança que se estabelece entre os participantes do grupo e o moderador/investigador teve por suporte o anonimato e a confidencialidade. Foi seu papel, questionar, ouvir, manter a conversação no trilho e certificar-se que cada participante teve oportunidade de participar. A moderadora/investigadora/doutoranda exerceu um papel de liderança, procurando, no entanto, não interferir na dinâmica do grupo; promoveu a participação e a interação de todos os indivíduos, assegurando que não houvesse dispersão em relação aos objetivos previamente estabelecidos; proporcionou um clima favorável à exposição de ideias por todos os participantes, sem que houvesse excessiva interferência sua ou monopólio da palavra deste ou daquele membro; apresentou aos membros do grupo

explicações claras e objetivas sobre o trabalho a ser desenvolvido¹⁴. Foram ainda apresentados o plano de trabalhos e solicitada a autorização dos participantes para gravação da discussão.

Fase 4 – Análise dos Dados – Os *focus group* foram gravados (com autorização prévia dos participantes) e posteriormente alvo de transcrição; A participação da doutoranda no grupo de discussão revelou-se fundamental no processo de descodificação, interpretação e análise dos dados, pela obtenção de informações privilegiadas sobre expressões faciais, gestos, tom de voz e contextos dos discursos, que não seriam captados se a doutoranda não estivesse presente nas sessões de focus group.

Fase 5 – Divulgação dos Resultados sob a forma de relatório e em workshop realizado na RAM no final do estudo;

4.1. MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (MOSOPSC)

O questionário “Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes nos CSP da RAM” foi traduzido para a língua portuguesa, a partir do original inglês *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSOPSC) da *Agency for Healthcare and Research in Quality* (AHRQ) – Ver Anexo G.

O MOSOPSC surge da necessidade de elaboração de um questionário que avaliasse a opinião dos profissionais de saúde, sobre a cultura de segurança dos doentes e a qualidade dos serviços em instituições não hospitalares / ambulatório. Resulta de um extenso trabalho de revisão da literatura e consenso de peritos, elaborado pela AHRQ, com o objetivo de identificar e priorizar os aspetos fundamentais da segurança do doente nos centros de saúde, clínicas, e outros serviços externos ao hospital, bem como, as principais características destes centros e dos profissionais de saúde envolvidos nesta temática e os termos e conceitos mais apropriados para abordagem deste assunto.

Os autores do instrumento original recomendam a sua aplicação num centro de saúde com pelo menos cinco elementos: três “*providers*” (médicos especialistas, médicos em formação, profissionais de enfermagem e outros que estejam autorizados a diagnosticar problemas médicos, tratar doentes e prescrever medicação) e outros dois profissionais da equipa - “*staff*” (inclui administrativas, secretárias, rececionistas, telefonistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais ou quaisquer outras pessoas que passem “*enough time*” (tempo suficiente / mínimo) no consultório de modo a conhecê-lo e ser capaz de responder a pelo menos um dos tópicos deste questionário.

As dimensões (Abertura na comunicação; Comunicação acerca do erro; Aprendizagem organizacional; Perceções gerais sobre a qualidade e segurança do doente; Suporte por parte das chefias/gestão/liderança e Trabalho em equipa) são semelhantes às dimensões existentes no *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPS). As restantes quatro dimensões (Processos Administrativos e Uniformização de Procedimentos; Seguimento do doente; Treino e formação dos profissionais da equipa; Pressão / Ritmo / Quantidade de Trabalho) são específicas do MOSOPS;

Utilizado pela primeira vez em 2012 e várias vezes replicado em diversas partes do mundo, o MOSOPS e as bases de dados, compiladas e disponibilizadas pela AHRQ, com os resultados

obtidos das aplicações do instrumento em larga escala, representam o maior repositório de respostas a um questionário para avaliar a cultura de segurança dos doentes nos cuidados de saúde primários e, como tal, decidimos aplica-lo nos CSP da RAM.

Para garantir um instrumento de pesquisa válido e confiável (através das suas propriedades psicométricas - medir o que pretende medir e permitir produzir resultados semelhantes ao repetir a medição), e tendo em conta as características dos cuidados de saúde primários portugueses (em geral) e dos CSP da RAM (em particular), foi necessário proceder à sua adaptação cultural. Em março de 2014, a doutoranda formalizou (via telefónica e por email) o pedido à *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) para tradução, adaptação cultural, aplicação e validação do MOSOPS ao contexto regional.

Uma vez obtida autorização da AHRQ para a doutoranda utilizar o formulário MOSOPS no seu projeto de investigação (Anexo F), a tradução para a língua portuguesa e as validações culturais decorreram em quatro etapas:

1 – Tradução da versão original para a língua portuguesa:

Dois tradutores bilingues com o português como língua materna e conhecimento da literatura científica biomédica traduziram a versão original do questionário, tendo em conta as características do sistema nacional de saúde português em geral e dos CSP portugueses em particular; as duas traduções foram discutidas com a equipa de investigadores (doutoranda e seus orientadores) e depois de um consenso obtivemos a primeira versão das traduções.

2 – Avaliação da equivalência gramatical, linguística e semântica - Validação da Exatidão; Medição da aceitabilidade, viabilidade e aplicabilidade através de um pré-teste

Para a avaliação gramatical, linguística e semântica da primeira versão da tradução do questionário, recorreremos a uma sessão de *focus group* (fevereiro 2015). Para além destas avaliações, analisamos a equivalência conceptual, clareza e aplicabilidade de cada uma das perguntas e opções de resposta. Esta reunião teve a duração de 90 minutos e contou com a participação de 12 participantes. A seleção destes participantes / peritos foi feita tendo em conta o seu grau de conhecimento e experiência de trabalho nos CSP da RAM. Foi objetivo da doutoranda formar um grupo de peritos heterogéneo, onde cada participante selecionado pudesse adicionar valor / interesse / conhecimento à discussão que se pretendia realizar. O grupo foi assim formado por três médicos de família (um chefe de serviço com mais de 25 anos de trabalho nos CSP da RAM, outro com a formação específica em MGF portuguesa mas a exercer funções em Londres e uma colega orientadora de formação e membro da EURACT), um interno de terceiro ano de MGF, dois enfermeiros (uma enfermeira chefe e um enfermeiro especialista em saúde comunitária), uma assistente social, uma nutricionista, uma psicóloga, duas assistentes técnicas com vários anos de experiência em diferentes centros de saúde e uma assistente operacional. Com a escolha destes peritos a doutoranda procurou assegurar o equilíbrio entre a uniformidade e a diversidade do grupo¹⁴.

A legibilidade do questionário, como conjunto de características tipográficas e linguísticas do texto que permitem lê-lo e compreendê-lo com facilidade, foi avaliada pela escala de Inflesz. Os cinco níveis de dificuldade desta escala são: menor que 40 – muito difícil; entre 40 a 55 – pouco difícil; entre 56 e 65 – normal; entre 66 e 80 – bastante fácil e maior que 80 – muito fácil¹⁸³. Esta técnica de avaliação da legibilidade, não faz a análise conceptual ou de constructo

do questionário (que foi previamente realizada) e considera que um texto é mais fácil de ler se contiver palavras e frases curtas.

Ao longo desta reunião identificamos também algumas questões de compreensão mais difícil, alteramo-las e obtivemos uma 2ª versão do questionário. Tradutores inglês bilingue realizaram uma primeira retro-tradução;

3 – Análise da validade de conteúdo do instrumento/ Precisão/ Fiabilidade:

Realizamos no Centro de Saúde Santo António o teste/re-teste para avaliar a consistência externa ou precisão do questionário; o re-teste foi aplicado duas semanas depois do teste (as condições de aplicação do questionário não foram alteradas no intervalo da participação).

Para determinar a consistência interna do questionário e de cada uma das dimensões que o compõem, utilizamos o coeficiente de alfa de Cronbach. Para avaliar a adequação das questões dentro de cada dimensão calculamos este mesmo coeficiente omitindo a respetiva questão em análise. Um aumento do coeficiente quando uma questão é excluída da dimensão, indica que essa questão não é consistente. O coeficiente alfa de Cronbach foi calculado no teste e re-teste e voltamos a calculá-lo na fase de aplicação efetiva dos instrumentos nos centros de saúde da RAM. Consideramos (tal como os autores do instrumento original) que para uma boa consistência interna deveríamos obter valores de coeficientes alfa Cronbach superiores a 60%.

4 – Aplicação do instrumento aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da ilha da Madeira; análise das respostas e avaliação das suas propriedades psicométricas.

A divulgação do questionário e apelo à participação dos profissionais de saúde foi efetuada na sessão de *focus group* anteriormente realizada, via web pela doutoranda e posteriormente pela adjunta da direção clínica para os CSP da RAM. Fez também parte da estratégia metodológica a divulgação presencial, por parte de doutoranda, nos 47 centros de saúde que compõem os cuidados de saúde primários da ilha da Madeira. A unidade de saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim no Porto Santo, não participou no presente projeto por questões geográficas e logísticas.

Junto dos profissionais de saúde e no email enviado (para além do link que dava acesso ao questionário) foi explicado o objetivo e enquadramento do projeto e realçados os factos de que o preenchimento do questionário era anónimo e voluntário. Os profissionais de saúde receberam, posteriormente, e por parte do IA-Saúde a circular normativa S10¹⁸² que divulgava e recomendava o preenchimento do questionário da doutoranda para a avaliação da cultura de segurança dos doentes nos cuidados de saúde primários da RAM – Anexo K.

Para a distribuição dos questionários pelos profissionais, foi privilegiada a via eletrónica mediante entrada no link enviado, mas tendo em conta os profissionais com alguma dificuldade em preencher o questionário via web foi-lhes entregue a versão em papel (via secretariado e/ou por roteiro interno); O questionário esteve disponível para preenchimento, em papel e via online, durante os meses de fevereiro a maio 2016.

O instrumento aplicado nos CSP da RAM (**MOSOPS-RAM**), é um questionário de auto preenchimento (10 – 15 minutos para preencher) composto por três partes – a primeira com a identificação do centro de saúde (pergunta com listagem dos CS da RAM e onde o participante seleciona o CS onde dedica mais tempo do seu horário de trabalho; existe a possibilidade de não responder a esta questão e continuar a responder ao questionário) e um pequeno texto explicativo dos objetivos e conceitos do questionário; uma segunda parte com 52 questões para avaliação da cultura de segurança dos doentes, distribuídas por seis secções (secções A, B, C, D, E, F) e que avaliam 12 dimensões da qualidade; a terceira parte com a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (secção H com quatro perguntas).

Para além das 12 dimensões, o questionário inclui ainda a secção I destinada aos comentários dos profissionais de saúde e a secção G formada por duas questões de avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a segurança dos doentes e sobre a qualidade dos cuidados prestados nos CSP da RAM. A Tabela 3 pormenoriza as dimensões, secções e as questões que compõem o questionário.

Tabela 3 - Dimensões e questões presentes no MOSOPS da AHRQ e na versão validada para os CSP da RAM

QUESTÕES	DIMENSÕES DA QUALIDADE
TRABALHO EM EQUIPA	
C1	Quando alguém está sobrecarregado, os colegas ajudam
C2	Há uma boa relação de trabalho entre os vários elementos da equipa
C5	Neste serviço tratamos os outros com respeito
C13	Este serviço promove o trabalho em equipa na prestação de cuidados
APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL	
F1	Quando há um problema no serviço, procuramos saber se necessitamos de alterar a nossa conduta
F5	Este serviço muda facilmente os procedimentos com o objetivo de evitar que os erros se repitam
F7	Após uma mudança no sentido de melhorar os cuidados prestados, verificamos se estas mudanças foram de facto eficazes
PERCEÇÕES GERAIS SOBRE A QUALIDADE E A SEGURANÇA DO DOENTE	
F2	Os nossos procedimentos são os adequados para prevenir erros que possam afetar os doentes
F3R	Neste serviço os erros acontecem com mais frequência do que deveriam
F4R	É apenas por acaso que não cometemos mais erros que podem afetar os nossos doentes
F6R	Neste serviço, realizar maior quantidade de trabalho é mais importante do que prestar cuidados de saúde de qualidade
SEGUIMENTO DO DOENTE	
D3	Neste serviço alertamos os doentes quando há necessidade de se agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina
D5	Neste serviço documentamos a forma como os doentes crónicos seguem os respetivos planos de tratamento
D6	O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames que aguarda do exterior
D9	Este serviço acompanha os doentes que precisam de seguimento
TREINO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA	
C4	Os profissionais recebem formação quando novos procedimentos são implementados
C7	Este serviço garante que a equipa recebe a formação que necessita
C10R	A equipa é convidada a realizar atividades para as quais não recebeu formação
PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS	
C8R	Este serviço é mais desorganizado do que deveria ser
C9	Temos bons procedimentos para verificar se o nosso trabalho foi realizado corretamente

QUESTÕES	DIMENSÕES DA QUALIDADE
C12R	Temos problemas com a quantidade de trabalho
C15	A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos
COMUNICAÇÃO ACERCA DO ERRO	
D7R	A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela
D8	Os vários elementos da equipa falam abertamente sobre os problemas que existem no serviço
D11	Neste serviço discutimos formas de prevenir a repetição dos erros
D12	A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço
ABERTURA NA COMUNICAÇÃO	
D1	Os prestadores de cuidados aceitam sugestões por parte dos outros elementos da equipa sobre como melhorar os procedimentos do serviço
D2	A equipa é encorajada a expressar pontos de vista alternativos
D4R	Quando algo não parece correto, a equipa tem receio de fazer perguntas
D10R	É difícil mostrar qualquer tipo de descontentamento neste serviço
SUORTE POR PARTE DAS CHEFIAS/GESTÃO/LIDERANÇA	
E1R	Não estão a investir recursos suficientes para melhorar a qualidade de cuidados neste serviço
E2R	Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer
E3	Atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados ao doente
E4R	As suas decisões são muitas vezes baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os doentes
PRESSÃO/RITMO/QUANTIDADE DE TRABALHO	
C3R	Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes
C6R	Temos demasiados doentes para o número de prestadores de cuidados
C11	Temos o número suficiente de profissionais para prestar cuidados aos doentes
C14R	Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde eficazes
QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE	
A1	Devido a um problema de saúde agudo/grave, um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48 horas
A2	Utilização de um processo clínico que não corresponde ao do doente
A3	Um processo clínico não estava disponível quando necessário
A4	Informações clínicas foram guardadas, digitalizadas ou registadas no processo clínico do doente errado
A5	O Equipamento Médico (inclui computador) não estava a funcionar adequadamente ou necessitava de reparação ou substituição
A6	Um farmacêutico contactou o serviço para clarificar ou corrigir uma prescrição médica
A7	Não foi realizada uma revisão terapêutica durante a consulta
A8	Os resultados laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário
A9	Não houve seguimento de um resultado ANORMAL em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de um dia útil
GESTÃO E TROCA DE INFORMAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS	
B1	Laboratórios/centros de imagem externos?
B2	Outros serviços/ médicos externos?
B3	Farmácias?
B4	Hospitais?
B5	Outros?
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	
G1a	Centrado no Doente
G1b	Efetiva

QUESTÕES	DIMENSÕES DA QUALIDADE
G1c	Oportuna
G1d	Eficiente
G1e	Equitativa
AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO DOENTE	
G2a	Muito Fracos
G2b	Fracos
G2c	Razoáveis
G2d	Bons
G2e	Muito Bons

Cada dimensão (domínio de funcionalidade) é composta por três ou quatro questões/itens (indicadores de funcionamento). O score/quantificação destas dimensões é calculado para cada CS através da média da percentagem de respostas positivas nas questões que compõem as dimensões da qualidade. O cálculo da média da percentagem de respostas positivas, para cada CS, garante que cada CS recebe a mesma preponderância/peso na média global; um método alternativo seria atribuir uma percentagem de respostas positivas de acordo com o número de participantes, mas este método daria maior peso aos participantes de CS com maiores dimensões, o que não pretendemos.

As respostas ao questionário apresentam-se sob a forma de escala de *Likert*, graduada em cinco níveis para 51 questões/itens, desde “discordo plenamente” ou “nunca” = 1, até “concordo plenamente” ou “sempre” = 5. Existe ainda a opção “não se aplica ou não sei” para as situações em que os elementos da equipa (participantes) não estejam familiarizados com os conceitos ou questões abordadas.

O MOSOPS inclui questões “*positively worded*” (formuladas na positiva) e questões “*negatively worded*” (formuladas negativamente - R); para calcular os scores de respostas, determinamos a média da percentagem de respostas positivas para cada questão que compõe as dimensões da qualidade avaliadas. O cálculo da percentagem de respostas positivas é diferente para as questões com formulação positiva ou negativa (R); nas questões com conotação positiva e cujas respostas estão graduadas em 5 níveis de concordância ou frequência, a percentagem de respostas positivas é calculada pela soma do número de respostas (Concordo Plenamente=5 e Concordo=4 ou Geralmente=4 e Sempre=5); uma vez que, uma resposta negativa a uma questão com conotação negativa, indica uma resposta positiva, nas questões com conotação negativa, a percentagem de respostas positivas é calculada pela soma do número de respostas (Discordo Plenamente=5 e Discordo=4 ou Nunca=5 e Raramente=4) – Quadro 6.

As respostas ausentes (*missing values*) e as respostas “Não se aplica ou não sei” são excluídas do cálculo da percentagem de respostas positivas, negativas ou neutras.

Para as questões da seção A, a percentagem de respostas positivas é a soma das respostas “Não nos últimos 12 meses”, “Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses” e “3 ou mais vezes nos últimos 12 meses”. Para as questões da Seção B a percentagem de respostas positivas é a soma do número de respostas “Não houve problemas nos últimos 12 meses”, “1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses” e “Problemas 3 ou mais vezes nos últimos 12 meses”. Para estas duas secções de resultados (seção A e B) não se calcula a percentagem de respostas negativas ou neutras.

Quadro 6 - Opções de respostas para o cálculo da percentagem de repostas positivas, neutras ou negativas

SECÇÃO / PERGUNTA	MOSOPS – AHRQ	MOSOPS - RAM	ESCALA LIKERT
A e B	Daily	Diariamente	6
	Weekly	Semanalmente	5
	Monthly	Mensalmente	4
	Several times in the past 12 months	≥3 vezes nos últimos 12 meses	3
	Once or twice in the past 12 months	1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses	2
	Not in the past 12 months	Não nos últimos 12 meses	1
C1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 15 E3 F1, 2, 5, 7	Strongly disagree	Discordo plenamente	1
	Disagree	Discordo	2
	Neither agree nor disagree	Nem concordo nem discordo	3
	Agree	Concordo	4
	Strongly Agree	Concordo plenamente	5
C3, 6, 8, 10, 12, 14 E1, 2, 4 F3, 4, 6 Questões com conotação negativa	Strongly disagree	Discordo plenamente	5
	Disagree	Discordo	4
	Neither agree nor disagree	Nem concordo nem discordo	3
	Agree	Concordo	2
	Strongly Agree	Concordo plenamente	1
D1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12	Never	Nunca	1
	Rarely	Raramente	2
	Sometimes	Às vezes	3
	Most of the time	Geralmente	4
	Always	Sempre	5
D4, 7, 10 Questões com conotação negativa	Never	Nunca	5
	Rarely	Raramente	4
	Sometimes	Às vezes	3
	Most of the time	Geralmente	2
	Always	Sempre	1

A verde - Opções de respostas utilizadas para o cálculo da percentagem de repostas positivas

A laranja - Opções de respostas utilizadas para o cálculo da percentagem de repostas negativas

A amarelo - Opções de respostas utilizadas para o cálculo da percentagem de repostas neutras

Para a interpretação dos resultados mantiveram-se as recomendações da AHRQ que classificam as dimensões com uma média percentual igual ou superior a 75% como pontos fortes, e as que apresentam médias percentuais de repostas positivas iguais ou inferiores a 50% como áreas com necessidade de melhoria. Pese embora os autores deste instrumento não o definam, em nosso entender os resultados entre 50% e 75%, não sendo problemáticos, devem ser encarados como oportunidade para melhorar¹⁸⁴. Os dados são descritos e analisados por dimensão da escala (domínio de funcionalidade) e por itens (indicadores de funcionalidade).

4.2. APEAS

O questionário APEAS-PT é a versão portuguesa da adaptação ao contexto espanhol do Questionário de Segurança da Universidade de Washington - “*APEAS Study – Patient Safety in Primary Health Care*”¹⁸⁵, Madrid 2008 – Ver Anexo N;

Este questionário foi aplicado na “*atención primaria de salud*” em Espanha, para confirmar (ou não) a ocorrência de EA, “*near-miss*” ou incidente; determinar os principais aspetos relacionados com a frequência, impacte e evitabilidade destes eventos/acontecimentos; identificar as características dos utentes; categorizar os diferentes tipos de EA (EA relacionados com a medicação; pior curso evolutivo da doença base; EA relacionados com um procedimento; EA relacionados com infeção; EA relacionados com os cuidados...); analisar os fatores que contribuíram para a ocorrência destes eventos.

Em fevereiro de 2014, a doutoranda desloca-se a Alicante e com o Professor Jesus Aranz (coordenador do ENEAS e APEAS; representante da aliança mundial para a Segurança dos Doentes da Organização Mundial da Saúde...) conheceu a equipa de investigadores do estudo ENEAS (EA nos Hospitais de Espanha) e do APEAS (EA nos Cuidados de Saúde Primários), inteirou-se do funcionamento dos CSP em Espanha e da metodologia aplicada no estudo APEAS. Depois desta reunião a doutoranda propôs traduzir, adaptar e validar o formulário APEAS para aplicação nos CSP portugueses, e junto com os autores do questionário foi discutido a metodologia que melhor se adaptava à Região Autónoma da Madeira para o estudo dos EA nos CSP desta região. O pedido formal ao Professor Aranz para a utilização do referido formulário, foi realizado em novembro 2015 e a respetiva autorização obtida em janeiro de 2016. O processo de tradução, retroversão, adaptação e análise por peritos foi efetuado em simultâneo com a Fase 1 do presente projeto (Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes).

Tal como referido anteriormente na descrição do processo de tradução, adaptação e validação do MOSOPS, uma vez que o instrumento que serviu de base à formulação do APEAS espanhol é de língua inglesa e no presente projeto utilizamos a versão original traduzida e adaptada ao contexto espanhol, foi necessário realizar a tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa tendo em conta as diferenças culturais entre os países envolvidos. Este processo exigiu o uso de uma metodologia rigorosa, para atingir a equivalência entre a versão de origem e a versão de destino. Os itens foram traduzidos linguisticamente, assim como, adaptados culturalmente de forma a manter a validade das propriedades psicométricas do instrumento e permitir a partilha de dados e comparações a nível nacional e internacional.

Uma vez obtida autorização do investigador principal do estudo APEAS, para a doutoranda utilizar o formulário APEAS no seu projeto de investigação, a tradução para a língua portuguesa e as validações culturais decorreram em cinco fases:

1 – Tradução para português da versão espanhola original:

Dois tradutores bilingues com o português como língua materna e conhecimento da literatura científica biomédica traduziram as versões originais do questionário (Anexo L), tendo em conta considerações linguísticas, culturais, contextuais (sistema nacional de saúde português em geral e dos CSP portugueses em particular) e científicas. Foi solicitado que os tradutores

evitassem a tradução literal das palavras porque poderia resultar em frases incompreensíveis ou, pelo menos, não coerentes com a fluência da língua portuguesa.

Para minimizar o risco de vieses linguísticos, culturais e de compreensão teórica e prática a tradução foi realizada por dois tradutores independentes. Tal como recomendado pela literatura científica, os dois tradutores possuíam perfis diferentes¹⁸⁶:

- O tradutor A (TA) teve conhecimento dos objetivos e conceitos adotados. Pretendíamos que este tradutor realizasse uma tradução numa perspetiva mais clínica e direcionada para o fenómeno em estudo (os eventos adversos nos CSP da RAM), proporcionando maior equivalência numa perspetiva psicométrica;

- O tradutor B (TB) não teve conhecimento dos termos em análise, dos objetivos do estudo e não tinha formação médica ou clínica. Este tradutor tinha maior probabilidade de detetar diferenças subtis de significado, proporcionando uma tradução que reflete a linguagem utilizada pela população-alvo;

Durante o período de tradução foram realizados alguns contactos com os tradutores a fim de esclarecer questões relacionadas com a equivalência da tradução das questões. Estas sugestões e considerações foram anotadas pela investigadora principal e discutidas com a equipa de investigadores.

2 – Avaliação da equivalência gramatical, linguística e semântica - Validação da Exatidão:

Depois de uma análise das discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, presentes nas duas traduções obtidas, e realizada por parte da equipa de investigadores (doutoranda, seus orientadores e autor da versão original), obtivemos uma versão de consenso (composta por itens traduzidos pelos dois tradutores) – Apêndice H.

Posteriormente esta versão de consenso foi sujeita a uma retro-tradução por dois tradutores espanhol bilingue independentes; estes retro-tradutores (RtA e RtB) não tiveram acesso ao instrumento original e não tinham formação médica. A RtA era professora de línguas e a RtB bibliotecária. O objetivo das retro-traduções foi identificar palavras e/ou expressões que não refletiam com precisão alguns conteúdos e como tal poderiam afetar a equivalência conceitual do instrumento. Uma vez que as retro-traduções obtidas foram muito semelhantes à versão original, prosseguimos com esta primeira versão da tradução no pré-teste / estudo piloto.

3 – Medição da aceitabilidade, viabilidade e aplicabilidade através de um pré-teste:

A primeira versão do formulário APEAS-PT foi aplicada na primeira semana de abril 2016 durante a segunda sessão de *focus group*. Esta sessão decorreu em 90 minutos. Os profissionais presentes nesta sessão serviram de guias / colaboradores da investigadora para divulgar e ajudar outros colegas a preencher o formulário. Participaram nesta reunião dez profissionais de saúde (quatro médicos de família, dois internos da especialidade de medicina geral e familiar e quatro enfermeiros). Estes profissionais foram convidados por correio eletrónico (três) e pessoalmente (sete) de uma forma intencional, tendo em conta os seus conhecimentos nas áreas da qualidade e segurança dos doentes nos cuidados de saúde.

O facto de termos incluído neste *focus group* profissionais de saúde de diversas partes do país, permitiu incorporar eventuais diferenças culturais. Seis destes participantes / peritos (dois enfermeiros, um interno de MGF e três médicos de família) já tinham participado no primeiro *focus group* (onde foi apresentada e discutida a versão adaptada à Região Autónoma da Madeira do *Medical Office Survey on Patient Safety*) e revelaram interesse em saber os resultados da primeira fase do projeto, pelo que a doutoranda decidiu, nos dez minutos que se seguiram à apresentação dos participantes, prestar-lhes agradecimentos e feedback de alguns resultados obtidos. A reunião prosseguiu com a divulgação dos objetivos e metodologia inerente à fase dois do projeto (aplicação do formulário APEAS para caracterização dos EA) e com a clarificação de conceitos (evento adverso, incidente, complicação, reação adversa medicamentosa). A cada um dos dez profissionais foi entregue um questionário e pediu-se que o completassem e analisassem a clareza, aceitabilidade, relevância cultural e grau de compreensão das questões apresentadas no formulário.

Da análise do questionário e tendo em conta as sugestões efetuadas pelos elementos do grupo, foi necessário rever algumas questões e conceitos, que apresentamos no capítulo dos resultados.

As alterações descritas foram consideradas relevantes pelo que foram utilizadas na construção da 2ª versão do questionário.

Realizamos um teste de confiabilidade e validade para garantir a compreensão dos critérios em estudo, e da metodologia utilizada e desta forma calculamos o valor K (concordância) entre estes observadores.

A legibilidade do questionário foi avaliada pela escala de *Inflesz*.

4 – Análise da validade de conteúdo dos instrumentos/ Precisão/ Fiabilidade:

Para confirmação da equivalência/validade de conteúdo (previamente determinada na sessão de *focus group*) realizamos no Centro de Saúde Santo António o teste/re-teste para avaliar a consistência externa ou precisão do questionário; o re-teste foi aplicado duas semanas depois do teste (as condições de aplicação do questionário não foram alteradas no intervalo da participação). A amostra foi constituída por 14 profissionais de saúde que após contacto pessoal e/ou telefónico com a doutoranda (amostragem por conveniência) aceitaram participar nesta fase de validação do instrumento.

Após discussão das questões supra-citadas, e uma vez obtida a validade facial do instrumento formulamos a 3ª versão do APEAS-PT que foi validada em maio de 2016 pelo autor do questionário original, que salientou o rigor da abordagem metodológica aplicada pela doutoranda (Anexo M).

No sentido de validar os questionários ao nível da consistência interna calculamos o coeficiente alfa de Cronbach no teste e reteste e voltamos a calculá-lo na fase de aplicação efetiva dos mesmos nos centros de saúde da RAM. Seguindo as recomendações dos autores do instrumento original, consideramos que para uma boa consistência interna devemos obter valores de coeficientes alfa superiores a 75%.

5 – Aplicação do instrumento pelos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da ilha da Madeira; análise das respostas e avaliação das suas propriedades psicométricas.

Solicitou-se a participação voluntária dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que exerciam funções em 36 Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira, via Web (envio de link por parte da direção de enfermagem, direção clínica, coordenadora CSP da RAM e diretores de ACES, para o email dos profissionais); presencialmente pela doutoranda nos vários CS e em duas reuniões com médicos e enfermeiros e três reuniões com médicos internos de MGF e médicos de família. A divulgação do projeto e pedido de participação foi também realizada em dois workshops que a doutoranda dinamizou na RAM sobre a Segurança dos Doentes. Nestes workshops a formação acerca de Eventos Adversos e Segurança dos Doentes passou pela clarificação de vários conceitos, entre eles, destaque para Erros Médicos, Incidentes, Lesão, Dano, Eventos Preveníveis, não preveníveis, Eventos Adversos graves, ligeiros, moderados; Fatores de risco intrínsecos, extrínsecos).

O preenchimento do formulário APEAS por parte dos profissionais de saúde participantes fez-se paralelamente ao exercício das suas funções nos respetivos CS.

Os profissionais de saúde durante a consulta com um utente e perante a suspeita de ocorrência (atual ou prévia) de um Evento Adverso (EA) ou de um incidente de segurança, preenchem o formulário APEAS. Para garantir que os formulários estivessem o mais completos possível, os profissionais de saúde utilizaram a “entrevista” junto do utente (recolha direta/presencial) e a consulta do respetivo processo clínico (recolha indireta).

O formulário esteve disponível para preenchimento em formato digital (através de um link) e em papel no período de novembro de 2016 até abril de 2017; Os formulários em papel, depois de preenchidos foram enviados para a investigadora (em envelope fechado) por correio interno (das secretarias dos respetivos centros de saúde participantes para a secretaria do centro de saúde Bom Jesus que é o local de trabalho da investigadora); os dados recolhidos foram analisados numa base de dados SPSS construída pela investigadora para fins única e exclusivamente académicos (conclusão da sua tese de doutoramento em Medicina na NOVA Medical School / Faculdade de Ciências Médicas); Estes dados foram submetidos aos procedimentos quantitativos para avaliar as propriedades psicométricas (fidelidade – precisão e reprodutibilidade) do APEAS – PT. A consistência interna foi estimada através do coeficiente alfa e do *inter-item correlation*, partindo do pressuposto de que quanto maior for a correlação entre perguntas, maior será a consistência interna do instrumento, refletindo a homogeneidade e reprodutibilidade (avaliada no teste-reteste).

O **APEAS-PT** é um questionário composto por três partes. A primeira parte, apresenta três questões que visam a caracterização do profissional de saúde que preenche o formulário; na segunda parte, as duas questões apresentadas pretendem caracterizar o doente no que diz respeito ao género e à sua idade; A terceira parte, é formada por dez módulos de questões, que se encontram distribuídos de acordo com o quadro 7, que a seguir se apresenta:

Quadro 7 - Módulos que compõem o APEAS original e o APEAS – RAM e tipo de respostas permitidas

APEAS – VERSÃO PORTUGUESA		APEAS - ORIGINAL	
Módulos	Tipo de Resposta	Módulos	Tipo de Resposta
Módulo 1 - Identifica os fatores de risco apresentados pelo doente (extrínsecos e intrínsecos);	Múltiplas respostas são permitidas;	Módulo 10 - Factores de riesgo;	Apartado de respuestas múltiples. Señale tantos cuantos tenga el paciente;
Módulo 2 - Resume o que aconteceu (campo de texto livre), permite reconhecer a origem dos eventos/acontecimentos;	Campo de texto livre	Módulo 2 - Resuma qué es lo que ocurrió y cuál cree usted que fue la causa. Es muy conveniente, entre otras cosas, indicar el origen del EA;	Campo de texto libre;
Módulo 3 - Determina o impacto do evento sobre o doente; Neste módulo, e na descrição do impacto do acontecimento sobre o doente, consideramos que os eventos adversos foram GRAVES, se resultaram em morte, intervenção cirúrgica ou incapacidade; foram EA MODERADOS, de Grau1, os EA que necessitaram de recurso ao SU ou de consulta da especialidade; de Grau 2, os EA que causaram um internamento ≤ 1 dia; As lesões ou complicações que não originaram as situações supracitadas, foram consideradas de gravidade LIGEIRA.	Resposta única / Escala	Módulo 8 - Impacto sobre el paciente.	Elija una opción de las disponibles en el desplegable
Módulo 4 - Determina os efeitos/consequências causados no doente (Sem consequências; Com consequências relacionadas com: procedimento clínico, cuidados prestados, medicação ou outras consequências);	Múltiplas respostas são permitidas;	Módulo 6 - Efecto que se produjo en el paciente.	Rellene un cuestionario por cada efecto que haya podido sufrir un mismo paciente.
Módulo 5 - Pormenoriza os cuidados que tiveram de ser prestados ao doente na sequência do EA;	Múltiplas respostas são permitidas;	Módulo 9 - Atención sanitaria recibida por el paciente a consecuencia del EA;	Elija una opción de las disponibles en el desplegable;
Módulo 6 - Descreve os possíveis fatores causais do EA (Fatores relacionados com medicação, diagnóstico, comunicação, cuidados prestados, problemas administrativos ou outros);	Múltiplas respostas são permitidas;	Módulo 1 - Factores causales del EA;	Admite respuesta múltiple. En este apartado el investigador puede marcar tantas opciones como considere necesarias;
Módulo 7 - Determina em que medida foram os cuidados de saúde prestados a causa do	Resposta única numa escala de likert que varia de 1-”Não há evidência	Módulo 3 - En qué medida ha sido la asistencia	Elija una opción de las disponibles en el desplegable;

APEAS – VERSÃO PORTUGUESA		APEAS - ORIGINAL	
Módulos	Tipo de Resposta	Módulos	Tipo de Resposta
evento/acidente inesperado;	de que o incidente foi causado pelos cuidados de saúde prestados”; a 6 - “Evidente que os cuidados/atendimento foi a causa do incidente ou EA”; Consideramos positivas as respostas ≥ 2 - O atendimento prestado como causa do EA;	sanitaria la causante de la lesión;	
Módulo 8 - Avalia a possibilidade de prevenção do EA;	Resposta única: Sim ou Não;	Módulo 4 - Evitabilidad del EA;	Variable dicotómica (sí/no);
Módulo 9 - Determina o grau de evidência da possibilidade de prevenção;	Resposta única numa escala de likert que varia de 1-“Não há evidência de prevenção possível”; a 6-“Completa evidência da capacidade de prevenção”; Consideramos que as respostas ≥ 4 nesta escala são representativas (com evidência) da possibilidade de prevenção;	Módulo 5 - Evidencia de posibilidad de prevención;	Elija una opción de las disponibles en el desplegable;
Módulo 10 - Identifica o que poderia ter sido feito para evitar o evento/ acontecimento identificado;	Campo de texto livre;	Módulo 7 - Qué es lo que se podría haber hecho para evitar este problema;	Campo de texto libre;

5. INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram recolhidos e trabalhados estatisticamente com recurso ao - Microsoft Excel 2010 e IBM Statistical Package for Social Sciences – IBM SPSS versão 23.

O tratamento estatístico dos dados baseou-se na utilização de métodos descritivos e métodos de inferência estatística. Os métodos descritivos permitiram descrever os dados recolhidos e agregaram essencialmente tabelas de frequências, medidas descritivas tais como contagens, média, desvio-padrão, máximo, mínimo e proporções.

Com o cálculo do Desvio Padrão (SD) ficamos a saber o quanto os scores de respostas positivas diferem (afastam-se) da média; se os scores para todos os CS forem exatamente iguais, a média representa perfeitamente os scores e o SD é zero; se os scores para todos os CS forem muito próximos da média, o SD é baixo, rondando valores próximos do zero; se os scores dos CS forem muito diferentes da média, o SD é mais alto. Quando a distribuição dos scores segue uma curva normal (onde a maioria dos scores caiem a meio da distribuição e poucos scores estão nos scores mais baixos ou mais altos), a média, mais ou menos o SD irá incluir 68% de todos os scores. Por exemplo, se a média de percentagem de respostas positivas for 70% com um SD de 10% (e os scores são normalmente distribuídos), cerca de 68% de todos os CS devem ter scores compreendidos entre 60 e 80%.

Os métodos de inferência estatística permitiram aferir a associação e a correlação entre duas ou mais variáveis. O teste do Qui-Quadrado serviu para testar se duas ou mais populações independentes diferem relativamente a uma determinada característica. Isto verifica se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas categorias de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica¹⁸⁷. O teste do qui quadrado testou a hipótese nula: duas variáveis não estão relacionadas uma com a outra. Um valor significativo para o qui quadrado indica que as duas variáveis não são independentes, mas não indica o grau de relacionamento entre elas. Quando o tamanho das duas amostras independentes é pequeno aplicamos o teste exato de Fisher para testar a hipótese de que duas variáveis, apresentadas em uma tabela 2x2, estão associadas.

Para a análise da correlação foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson que é aplicável quando duas variáveis são medidas por uma escala de intervalo ou de razões (variáveis métricas, ordinais); a relação entre as variáveis é linear (ou pelo menos, não claramente não-linear); há distribuição bivariada gaussiana e homogeneidade de variâncias. A correlação foi avaliada qualitativamente quanto à intensidade usando-se o critério apresentado na Tabela 4C. Assumimos como aceitáveis os valores *inter item correlation* maiores que 0.3.

Tabela 4 - Avaliação qualitativa do grau de correlação entre duas variáveis

r	Correlação
0	Nula
0-0.3	Fraca
0.3-0.6	Regular
0.6-0.9	Forte
0.9-1	Muito Forte
1	Plena ou perfeita

Fonte: Callegary-Jaques, 2007

A legibilidade do questionário, como conjunto de características tipográficas e linguísticas do texto que permitem lê-lo e compreendê-lo com facilidade, foi avaliada pela escala de Inflesz. Os cinco níveis de dificuldade desta escala são: menor que 40 – muito difícil; entre 40 a 55 – pouco difícil; entre 56 e 65 – normal; entre 66 e 80 – bastante fácil e maior que 80 – muito fácil.

Os métodos associados à inferência estatística também possibilitaram a comparação entre amostras independentes utilizando o teste-T de Student para duas médias e One-Way Anova para mais de duas médias, com o objetivo de comparar os scores das escalas aplicadas. A normalidade da distribuição das variáveis em estudo foi testada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov. A homogeneidade destas amostras foi testada através do Teste de Levene.

Para a aferição dos determinantes foi aplicado um método de estatística multivariado, a regressão logística. Utilizamos esta técnica para modelar um fenômeno, em termos probabilísticos, de uma das duas realizações das categorias da variável. Aqui as variáveis independentes podem ser qualitativas e/ou quantitativas. O modelo logístico permitiu também avaliar a significância de cada uma das variáveis independentes do modelo¹⁸⁷.

O coeficiente de determinação (quadrado do coeficiente de correlação de Pearson) foi também aplicado. Este coeficiente indica a proporção de variância dos valores de uma variável “explicada” pela variância dos valores da outra variável; dá uma indicação da importância da correlação quando o coeficiente de correlação é significativo segundo um teste indutivo.

As escalas utilizadas, foram validadas através do teste Alpha de Cronbach. Este teste permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens. Para calcular o valor do Alpha de Cronbach na análise da consistência interna dos factores é condição necessária que as variáveis estejam categorizadas da mesma forma, o que em alguns casos correspondeu à aplicação da mesma escala de *Likert*, por isso devem excluir-se as variáveis de justificação. O valor do *alpha* deve ser positivo, variando entre 0 e 1, tendo as seguintes leituras: superior a 0,9-consistência muito boa; entre 0,8 e 0,9-bom; entre 0,7 e 0,8-razoável; entre 0,6 e 0,7-fraca; Inferior a 0,6-inadmissível¹⁸⁸. Os autores da versão original do MOSOPSC determinam que alfas de cronbach maiores ou iguais que 60% são representativos de uma boa consistência interna.No APEAS a percentagem defenida como representativa de uma boa consistência interna foi de 75%.

O nível de significância utilizado em todos os testes foi $\alpha \leq 0,05$.

6. QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido a avaliação pela Comissão Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (CEFCM) – Parecer nº 44 / 2014 (Anexo E);

Uma vez que o estudo e recrutamento de participantes decorreu na RAM, Serviço Regional de Saúde (SESARAM) foi solicitado o parecer da Comissão de Ética desta instituição – Parecer nº 46 / 2014 (Anexo A) e Parecer nº 06 / 2016 (Anexo C);

- Quando a revisão do processo clínico ou a consulta revelou um problema solucionável ou riscos eminentes para o utente este foi imediatamente informado e os problemas identificados devidamente solucionados por parte dos respetivos médicos ou enfermeiros assistentes;

- Para além dos pressupostos éticos inerentes a um trabalho de investigação, os profissionais de saúde que participaram na fase dois do projeto estavam também abrangidos pelo sigilo profissional que norteia o exercício da Medicina;

- No caso de dúvidas quanto à existência ou não de EA, os profissionais contactaram com a doutoranda e nos casos em que persistiram dúvidas recorremos a uma equipa de dois investigadores externos, pré-definidos (orientadores da tese);

- Foram considerados casos todos os eventos que ocorreram antes ou durante o período em estudo, independentemente do doente ainda sofrer ou não consequências do evento, ou estar sob tratamento relacionado com este;

- Só a investigadora tem acesso à base de dados e cinco anos após a apresentação/defesa da sua tese, esta será eliminada pela própria; o processamento dos dados, realizado pela investigadora principal foi efetuado com dados anonimizados onde não se identifica nem é possível identificar os titulares dos dados/utentes;

A confidencialidade foi garantida, uma vez que não foi pedido nenhum dado de identificação pessoal dos utentes e/ou dos profissionais de saúde participantes, aquando o preenchimento do MOSOPSC e APEAS.

IV. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

1. RESULTADOS DA FASE 1 - TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO, APLICAÇÃO E VALIDAÇÃO DO MOSOPSC - RAM

1.1. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO MOSOPSC PARA OS CSP DA RAM

A avaliação da compreensão do texto por parte dos profissionais de saúde realizou-se na primeira sessão de focus group que teve 90 minutos de duração. Nesta sessão, metade do tempo, foi ocupado para esclarecimento de alguns conceitos, entre eles destacam-se os seguintes termos: agudo, grave, equipa e equipamento médico.

Tal como referido anteriormente, fizeram parte desta sessão 13 participantes (inclui a investigadora) e da interação e discussão realizada destacam-se as seguintes opiniões / sugestões de melhoria:

- Reduzir o número de perguntas do questionário; Pelo menos dois profissionais alegaram que não tinham terminado o preenchimento do formulário devido à extensão do documento;
- O questionário aborda uma temática muito interessante e sobretudo útil para todos os profissionais de saúde, com destaque para os médicos e enfermeiros;
- Os assistentes técnicos, operacionais e sociais declararam sentirem-se pouco à vontade e com fraca capacidade de opinar sobre questões relacionadas com a prática médica e ou de enfermagem; O mesmo aconteceu com os enfermeiros relativamente às questões mais dirigidas aos médicos; tendo em conta esta dificuldade, quatro profissionais de saúde (um enfermeiro, um psicólogo e dois assistentes técnicos) sugeriram subdividir o questionário com partes dirigidas a cada categoria profissional;
- As perguntas da secção A (Qualidade e SD) foram as que despertaram maior número de dúvidas, essencialmente por parte dos assistentes técnicos e operacionais, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Foi necessário a investigadora esclarecer em que condições deveriam optar pela opção de resposta “Não sei ou não se aplica”;
- A identificação do local de trabalho dos profissionais de saúde suscitou também algumas dúvidas devido ao facto de alguns profissionais (médicos e enfermeiros) trabalharem em diferentes centros de saúde e mesmo em diferentes serviços (freguesias ou módulos) dentro do mesmo centro de saúde;
- Alguns colegas referiram as dificuldades (em termos informáticos) com que se depararam aquando o preenchimento, nomeadamente, a dificuldade em entrar no link e em recuperar o questionário previamente preenchido (mas incompleto).

Dos “*debriefing*” realizados surgiram as seguintes decisões:

- No Apêndice A, é possível analisar com mais pormenor o processo de tradução e adaptação do questionário, tendo em conta as traduções dos dois tradutores (A e B), a retro tradução e os consensos obtidos em reunião de peritos e na sessão de *focus group*;
- De entre as traduções e adaptações efetuadas, é pertinente realçar as expressões que exigiram mais debate:

- *“Medical Office Survey on Patient Safety”* que traduzimos para “Questionário da Segurança dos Doentes”;
- *“Patient”* que por consideramos englobar os conceitos portugueses de Doente, utente, cliente, paciente, traduzimos para “Doente”;
- *“Medical Office”* que por consenso foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa como “Centro de Saúde”;
- *“Physicians”*; *“Physician Assistants”* – Médicos; Médicos em Formação;
- *“The term provider refers to physicians, physicians assistants and nurse practitioners who diagnose, treat patients, and prescribe medications”* – Como em Portugal os enfermeiros não prescrevem medicação, e têm uma atividade muito abrangente, decidimos não especificar as suas atividades; Consideramos Prestador de Cuidados os médicos especialistas em MGF e os médicos em formação específica de MGF;
- *“staff”* – Traduzimos para Equipa. Este termo equipa inclui enfermeiros e todos os outros profissionais que trabalham no serviço;
- *“In your best estimate, how often did...”* – Inicialmente traduzimos para “Na sua opinião, quantas vezes...” mas depois das reuniões de consenso decidimos alterar para “Em retrospectiva, quantas vezes...”;

Nas situações em que o profissional de saúde trabalhava em dois CS ou em diferentes freguesias ou módulos dentro do mesmo CS, apelamos para que opção de resposta à questão “Local de Preenchimento”, correspondesse ao serviço/freguesia/CS onde exerciam mais horas de trabalho;

O título original da Secção A *“List of Patient Safety and Quality Issues”* foi inicialmente traduzido para “Lista de Questões relativas à Segurança dos Doentes e à Qualidade”, mas numa fase posterior decidimos por unanimidade alterar para “Qualidade e Segurança dos Doentes” para uniformizar com os restantes títulos das secções, que não incluíam a palavra *“list”*;

- Nas opções de resposta à Secção A (Qualidade e Segurança dos Doentes) e B (Troca de informação com outros serviços), a AHRQ coloca *“Daily; Weekly; Monthly; Several times in the past 12 months; Once or twice in the past 12 months; Not in the past 12 months; Does not apply or don’t know”* nós decidimos adaptar a opção *“several times in the past 12 months”* para três ou mais vezes nos últimos 12 meses” no sentido de seguirmos a sequência inicial (uma ou duas vezes nos últimos 12 meses);

É de realçar a motivação e interesse na abordagem da temática da SD revelado pelos profissionais de saúde participantes no *focus group*; a partilha de experiências foi uma constante ao longo de toda a discussão e o esclarecimento de conceitos e metodologias de análise dos EA foi uma mais valia para a progressão do projeto da doutoranda e sobretudo para a prática clínica dos profissionais envolvidos.

1.2. VALIDAÇÃO CULTURAL DO MOSOPSC-RAM

1.2.1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A aplicação dos critérios de exclusão, definidos anteriormente no capítulo da Metodologia, excluiu cinco CS (Madalena do Mar, Ribeira da Janela, Achadas da Cruz, Ilha e Jardim do Mar) dos 47 que existem na ilha da Madeira. No Apêndice B descreve-se com maior pormenor o número de profissionais de saúde que exerciam funções nos 42 CS selecionados, por categoria profissional e por local de trabalho. Alguns profissionais por trabalharem em mais do que um CS, foram contabilizados uma só vez e por isso aparece neste apêndice, CS sem profissionais de saúde contabilizados. A Figura 3 descreve o processo de seleção dos profissionais que pertenciam à população em estudo. O total de médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais foi de 1062 profissionais. A este número acresce 43 psicólogos, 13 nutricionistas e 10 assistentes sociais, o que perfaz 1129 profissionais nos CSP da RAM. Com a exclusão de 31 enfermeiros, 27 médicos, 43 assistentes técnicos e 90 assistentes operacionais a nossa população ficou representada por 938 profissionais.

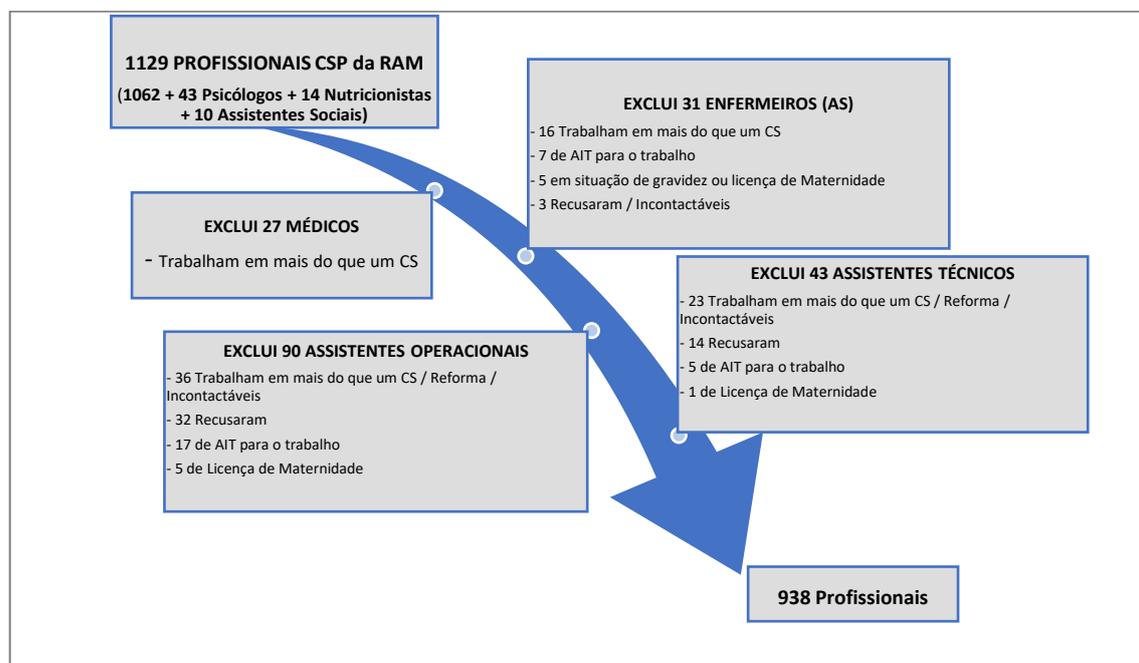


Figura 3 - Fases de seleção dos profissionais pertencentes à população AIT – Atestado de Incapacidade Temporária para o Trabalho

Dos questionários distribuídos pelos 938 profissionais de saúde, foram devolvidos 802 o que corresponde a uma taxa (preliminar) de respostas de 85,5% (802/938);

Destes 802 questionários devolvidos, 319 estavam incompletos (307 tinham mais de cinco respostas em falta; oito tinham a mesma resposta a todas as questões de pelo menos uma seção (com questões cotadas positiva e negativamente, seções C, D, E e F) e quatro tinham “respostas sequenciais” (por exemplo C1 discordo plenamente; C2 Discordo; C3 Nem concordo nem discordo; C4 Concordo...) pelo que foram retirados da análise. A Tabela 5 pormenoriza estes resultados.

Tabela 5 - Número de questionários aplicados, preenchidos, completos e incompletos

INFORMAÇÃO SOBRE PREENCHIMENTO	RESULTADOS
Número de Questionários Aplicados	938
Número de Questionários Preenchidos	802
Número de Questionários Completos/Válidos	483
Número de Questionários Incompletos	319
Número médio de Questionários aplicados por CS (Mínimo = 5; Máximo = 180 no CS Bom Jesus)	22 (938/42)
Número médio de Questionários preenchidos por CS	26 (802/31)
Número médio de Questionários Válidos por CS (Mínimo = 1; Máximo = 35)	16 (483/31)
Média de Questionários Válidos	52% (483/938*100)

Em 11 centros de saúde (26%) a taxa de participação foi nula o que provavelmente estará relacionado com o facto de serem estes mesmos centros de saúde que sofreram processos de fusão com outras unidades e estiveram durante algum tempo inoperacionais. Os 31 CS e 483 participantes são representativos da população em estudo, uma vez que todos os CS e todos os profissionais tinham a mesma probabilidade / possibilidade de participar. Esta representatividade reduz a possibilidade da ocorrência de erros estatísticos do tipo 2 (também conhecidos por erros beta) - falsos negativos.

A taxa final de respostas (802 questionários devolvidos menos 319 questionários incompletos a dividir por 938 questionários distribuídos) foi de 52%. A amostra foi assim constituída por 483 questionários, preenchidos pelas diferentes categorias profissionais, tal como representado na Tabela 6. De referir que como os profissionais com poderes de gestão (21) eram médicos ou enfermeiros, no cálculo da População, os gestores estão contabilizados nas respetivas categorias profissionais. Para o cálculo da amostra, decidimos agrupar os gestores numa categoria profissional no sentido de facilitar a recolha e análise dos dados.

Tabela 6 - População e amostra por categoria profissional

	POPULAÇÃO (Nº / %)	AMOSTRA (Nº / %)	% POPULAÇÃO
MÉDICOS MGF	111 / 11,8	61 / 12,6	55
INTERNOS MGF	27 / 3,0	27 / 5,6	100
ENFERMEIROS	382 / 40,7	203 / 42,0	53
GESTÃO	21	7 / 1,5	33
PSICOLOGOS	43 / 4,6	8 / 1,7	19
NUTRICIONISTAS	14 / 1,5	4 / 0,8	29
S. SOCIAL	10 / 1,0	5 / 1,0	50
A. TÉCNICOS	157 / 16,7	68 / 14,1	43
A. OPERACIONAIS	194 / 20,7	71 / 14,7	37
SEM RESPOSTA	-	29 / 6,0	6
TOTAL	938 (959-21)	483	-

A. – Assistente; Nº (Número); % (Percentagem)

Em termos gerais, os Enfermeiros foram a classe profissional com maior taxa de participação, seguindo-se dos Assistentes Operacionais, Assistentes Técnicos e por fim a classe Médica (Tabela 6). Quando ajustamos estes números à população verificamos que 100% dos médicos internos, 55% dos médicos especialistas em MGF e 53% dos enfermeiros participaram no presente projeto (Tabela 6).

Na tabela 7 apresentamos o número de questionários preenchidos por idade dos profissionais de saúde, categorias profissionais, tempo de serviço e horas de trabalho no CS. A maioria dos profissionais de saúde que preencheram o questionário (70%) tinham idades compreendidas entre os 31 e os 50 anos (Tabela 7); trabalhavam 33-40 horas por semana (85%) e já trabalhavam há 11 ou mais anos no mesmo serviço (43%).

Tabela 7 - Questionários por idade, categoria profissional, tempo de serviço e horas de trabalho no CS

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	N	%
Idade (465 questionários com resposta a esta questão = 96%)		
20-30 anos	53	11
31-40 anos	175	38
41-50 anos	148	32
≥ 51 anos	89	19
Categoria Profissional (454 questionários com resposta a esta questão = 94%)		
Enfermeira(o)	203	45
Assistente Operacional	71	16
Assistente Técnico	68	15
Médico(a) Família	61	13
Interno(a) MGF	27	6
Psicólogo(a)	8	2
Gestão	7	1
Assistente Social	5	1
Nutricionista	4	1
Tempo de serviço na unidade (455 questionários com resposta a esta questão = 94%)		
2 meses até menos de 1 ano	26	6
1 ano até menos de 3 anos	60	13
3 anos até menos de 6 anos	60	13
6 anos até menos de 11 anos	114	25
11 anos ou mais	195	43
Horas de trabalho semanais na unidade (465 questionários com resposta a esta questão = 96%)		
De 5 a 24 horas por semana	17	4
De 25 a 32 horas por semana	26	6
De 33 a 40 horas por semana	398	85
41 horas por semana ou mais	24	5

1.2.2. ANÁLISE DAS RESPOSTAS, FIABILIDADE E VALIDADE DO MOSOPSC-RAM

A versão final do questionário é formada por 1241 palavras, 2398 sílabas e 285 frases. A média de sílabas por palavra é de 1,9 e a média de palavras por frase é de 4,3. O índice de legibilidade de *Flesch-Szigriszt* tem um valor de 82,1, o que corresponde a um índice de legibilidade “Muito Fácil” na escala de *Inflesz*.

O coeficiente de precisão inter-observadores foi calculado aquando o processo de validação do instrumento (no teste re-teste) e nos resultados do questionário aplicado à RAM. O valor do alfa de *Cronbach* foi de 0.96 no teste (estudo piloto) e 0.91 no re-teste.

O coeficiente de reprodutividade alfa de *Cronbach* final para o questionário aplicado à RAM foi de 0.87. O valor mais baixo deste coeficiente foi de 0,78 na dimensão “Gestão e troca de

Informação com outros serviços”; o mais alto foi observado na “Qualidade e SD” equivalente a 0,89. Uma vez que definimos na metodologia (e que é o preconizado pela AHRQ no instrumento original) que alfas de Cronbach maiores ou iguais a 60% seriam representativos de uma boa consistência interna, os valores obtidos na nossa tradução refletem de facto essa consistência desejada. Na tabela 8 apresentamos os valores finais do coeficiente alfa de Cronbach em cada uma das dimensões da qualidade estudadas. No Apêndice D é possível verificar os valores dos *inter-item correlation* e do alfa de Cronbach.

Tabela 8 - Valores de Alfa de Cronbach nas dimensões do MOSOPS-RAM

DIMENSÃO	ALFA CRONBACH
Qualidade e SD	0.888
Abertura na Comunicação	0.880
Pressão / Ritmo / Quantidade de trabalho	0.880
Suporte por parte das chefias / gestão / liderança	0.879
Comunicação acerca do Erro	0.879
Processos administrativos e uniformização de procedimentos	0.877
Seguimento do Doente	0.876
Trabalho em Equipa	0.876
Aprendizagem Organizacional	0.875
Percepções gerais sobre a qualidade e SD	0.875
Treino e formação dos profissionais da equipa	0.874
Gestão e troca de informação com outros serviços	0.784

Como assumimos o valor 0.3 como o mínimo aceitável para o valor do *inter-item correlation*, verifica-se que na maioria do questionário a correlação apesar de não ser muito alta, apresentou valores dentro da regularidade (0.3 – 0.6). Na dimensão “Qualidade e Segurança do Doente” a correlação inter-item foi forte (0.6 – 0.9) à exceção da questão A6 (“Um farmacêutico contactou o serviço para clarificar ou corrigir uma prescrição médica”) onde o valor observado foi de 0.537 (correlação regular) (Apêndice D).

Na questão que aborda a classificação dos serviços em cada uma das cinco áreas da qualidade dos cuidados de saúde (Centrado no doente; Efetiva; Oportuna; Eficiente; Equitativa), a correlação inter-item foi forte à exceção das opções de respostas “Efetiva” e “Equitativa” onde os valores observados enquadram-se na categoria de correlação definida como regular (0.3 – 0.6) (Apêndice D).

Na dimensão “Gestão e troca de informação com outros serviços” a correlação inter-item observada foi forte (0.6 – 0.9) em todas as questões à exceção da opção de resposta “Outros” cujo valor indica uma fraca correlação (0.137); aquando o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, verificamos que se excluirmos esta opção de resposta aumentamos a consistência da dimensão de 0.78 para 0.87 o que é significativo.

Observa-se que nas dimensões “Processos administrativos e uniformização de procedimentos”; “Comunicação acerca do erro”; “Abertura na comunicação”; “Suporte por parte das chefias / gestão / liderança” e “Pressão / ritmo / quantidade de trabalho” pelo menos uma das questões que as compõem obtiveram uma correlação inter-item fraca (0 – 0.3). Destaque para esta última dimensão onde três das quatro questões que a compõem apresentam os valores de correlação inter-item mais baixos (Apêndice D).

As dimensões do questionário com maior número de respostas “não sei ou não se aplica” foram a “Qualidade e SD”, a “Gestão e troca de informação com outros serviços”, e o “Seguimento do doente”. No que diz respeito à falta de resposta ou “missing values” destacam-se as dimensões “Gestão e troca de informação com outros serviços”, “Qualidade e SD” e o “Suporte por parte das chefias / gestão / liderança” - tabela 9.

No conjunto observa-se que as dimensões com melhor taxa de resposta, e portanto, menos percentagem de respostas “não sei ou não se aplica” e “missing values” são o “Treino e formação dos profissionais da equipa” (179), o “Trabalho em equipa” (183) e a “Aprendizagem organizacional” (191). As dimensões com menor número de respostas “Não sei ou não se aplica” foram o “Trabalho em equipa” (37 respostas), os “Processos administrativos e uniformização de procedimentos” (55) e o “Treino e formação dos profissionais da equipa” (66). No que diz respeito às dimensões com menos “missing values” identificamos a “Aprendizagem organizacional” (100), “Treino e formação dos profissionais da equipa” (113) e as “Perceções gerais sobre a qualidade e SD” (132). Curioso verificar que a dimensão “Treino e formação dos profissionais da equipa” esteve entre as três dimensões com menor número de “Missing values” ou respostas “Não sei ou não se aplica”.

Tabela 9 - Total de respostas “Não sei ou não se aplica” e “Missing Values” por dimensões do questionário

DIMENSÃO DA QUALIDADE	“Não sei ou não se aplica” (Nº)	“Missing Values” (Nº)	TOTAL (Nº)
Qualidade e Segurança do Doente	1582	515	2097
Gestão e troca de informação com outros serviços	963	588	1551
Seguimento do Doente	388	180	568
Suporte por parte das chefias / gestão / liderança	141	418	559
Comunicação acerca do Erro	143	160	303
Abertura na Comunicação	102	158	260
Pressão / Ritmo / Quantidade de trabalho	108	152	260
Perceções gerais sobre a qualidade e Segurança do Doente	124	132	256
Processos administrativos e uniformização de procedimentos	55	156	211
Aprendizagem Organizacional	91	100	191
Trabalho em Equipa	37	146	183
Treino e formação dos profissionais da equipa	66	113	179

Nas questões onde pretendíamos classificações globais sobre a Qualidade e sobre a SD a percentagem de respostas “Não sei” e até mesmo a percentagem de respostas em falta “missing value” não ultrapassou os 7% (nas áreas da qualidade os “Missing values” rondaram os 3% e as respostas “Não sei” 4%; na classificação da SD como não havia possibilidade de optar pelo “Não sei”, apenas 7% dos profissionais (33) não responderam à questão).

O número de respostas “Não sei ou não se aplica” por dimensões da qualidade e por categoria profissional é apresentado na Tabela 10. Numa primeira análise, verifica-se que são os enfermeiros, seguidos pelos assistentes operacionais e assistentes técnicos que selecionaram mais vezes a opção de resposta “Não sei ou Não se aplica”, mas quando ajustamos estes valores ao número de participantes dentro de cada categoria profissional, verifica-se que foram os assistentes sociais que selecionaram mais vezes esta opção de resposta, seguindo-se dos psicólogos, assistentes operacionais, assistentes técnicos, nutricionistas, médicos internos de MGF, enfermeiros, órgãos de gestão e por fim os médicos de família. A frequência de respostas

“Não sei ou não se aplica” dadas pelos médicos de família foram iguais nas dimensões “Gestão e troca de informação” e “Qualidade e SD”; os nutricionistas deram mais respostas “Não sei ou não se aplica” na dimensão “Gestão e troca de informação” seguindo-se a dimensão “Qualidade e SD”; Nas restantes categorias profissionais (Internos MGF, Enfermeiros, Órgãos de gestão, Psicólogos, Assistentes Sociais, Assistentes Técnicas e Operacionais) a “Qualidade e SD” foi a dimensão com maior taxa de respostas “Não sei ou não se aplica”. No Apêndice C apresentamos estes resultados nas questões que compõem o questionário.

Tabela 10 - Número de respostas “Não sei ou Não se aplica” por dimensões da qualidade e por categoria profissional

DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DOS DOENTES	M	I	E	G	P	N	AS	AT	AO	TOTAL
Qualidade e segurança do doente	47	50	632	19	46	9	35	274	470	1582
Gestão e troca de informação com outros serviços	47	37	387	11	32	13	23	200	213	963
Seguimento do doente	12	8	84	3	16	6	11	99	149	388
Comunicação acerca do erro	13	29	26	-	9	5	8	35	18	143
Suporte por parte das chefias / gestão / liderança	6	23	30	-	3	3	3	34	39	141
Perceções gerais sobre a qualidade e segurança do doente	7	20	21	-	4	3	8	33	28	124
Pressão / ritmo / quantidade de trabalho	-	9	4	-	2	2	4	42	45	108
Abertura na comunicação	5	24	14	-	9	7	7	32	4	102
Aprendizagem organizacional	2	21	20	1	5	2	9	18	13	91
Treino e formação dos profissionais da equipa	3	19	3	1	5	-	3	21	11	66
Processos administrativos e uniformização de procedimentos	2	11	5	-	2	1	-	24	10	55
Trabalho em equipa	6	6	3	1	3	2	2	11	3	37

M – Médicos; I – Internos; E – Enfermeiros; G – Gestão; P – Psicologia; N – Nutricionistas;
AS – Assistentes Sociais; AT – Assistentes Técnicos; AO – Assistentes Operacionais

Uma vez que as dimensões da qualidade são formadas por entre três a nove constructos/questões e o questionário MOSOPSC-RAM é composto por 58 perguntas, importa realçar que na tabela 10 apresentamos o número de respostas “Não sei ou não se aplica” pelo total de profissionais de cada categoria profissional e por dimensão da qualidade, e por isso, a título de exemplo, as 632 respostas “Não sei ou não se aplica” dadas pelos 203 colegas de enfermagem na dimensão “Qualidade e Segurança do Doente” corresponde a uma média de três respostas “Não sei ou não se aplica” por enfermeiro.

No Apêndice G, apresentamos os comentários que os profissionais de saúde teceram acerca dos CSP da RAM. Tal como foi realizado nos CSP australianos, no estudo de Hernan *et al.*¹⁸⁹, identificamos pelo menos 125 fatores contribuintes (distribuídos em nove categorias – Recursos materiais; Recursos humanos; Carga e volume de trabalho; Liderança/chefias; Cultura de Segurança; Equipa; Qualidade e Lista de espera) nos 52 comentários efetuados.

1.3. AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

1.3.1. POR DIMENSÕES DA QUALIDADE

Nos CSP da RAM o “Trabalho em equipa” e o “Seguimento dos doentes” são as dimensões da cultura de segurança mais robustas, e como tal com maior média de respostas positivas (83 e 79% respetivamente). As áreas com potencial para melhoramento, e, portanto, com menor percentagem de respostas positivas são a “Pressão / Ritmo / Quantidade de Trabalho” (24%) e o “Suporte por parte das chefias / gestão / liderança” com 49% de respostas positivas – Tabela 11.

Tabela 11 - Percentagem média de repostas positivas por dimensões da cultura de SD

Dimensões da Cultura de Segurança dos Doentes	% Respostas Positivas
Trabalho em Equipa	83
Seguimento do Doente	79
Aprendizagem Organizacional	72
Perceções Gerais sobre a Qualidade e SD	72
Qualidade e Segurança dos Doentes	67
Gestão e Troca de Informação com outros Serviços	67
Treino e Formação dos Profissionais da Equipa	64
Processos Administrativos e Uniformização de Procedimentos	60
Comunicação acerca do Erro	57
Abertura na Comunicação	50
Suporte por parte das Chefias / Gestão / Liderança	49
Pressão / Ritmo / Quantidade de Trabalho	24

Uma vez que o “Trabalho em equipa” nos CSP da RAM se destaca como dimensão da qualidade com melhor cotação, é importante enaltecer, que os valores inerentes a esta dimensão são a ajuda, o respeito, a camaradagem e a partilha de tarefas e responsabilidades – Figura 4.

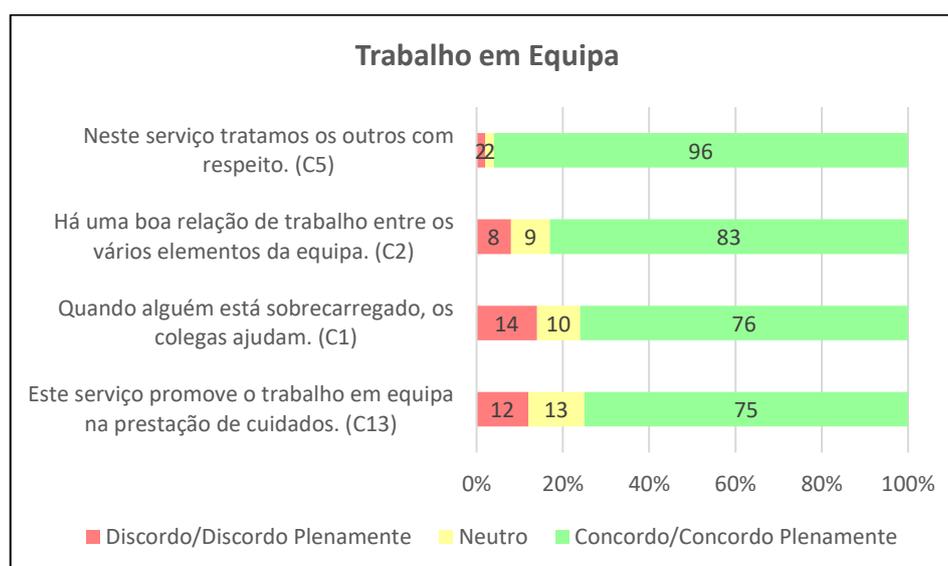


Figura 4 - Percentagem de respostas positivas, neutras e negativas na dimensão “Trabalho em Equipa”

Nas figuras seguintes apresentamos a média das respostas (em percentagem) positivas, neutras e negativas por questões/constructos que compõem as dimensões. Estes resultados estão apresentados por ordem decrescente das dimensões com maior percentagem de respostas positivas. Tal como referido na metodologia, para o cálculo da percentagem de respostas excluimos os “missing values”.

A Figura 4, apresentada anteriormente, reflete estes resultados para a dimensão mais forte ou robusta da cultura de segurança dos doentes nos CSP da RAM – o “Trabalho em Equipa”.

No que diz respeito ao seguimento/accompanhamento do doente no complexo sistema de prestação de cuidados, a perceção dos profissionais dos CSP da RAM é francamente favorável (79%). A adoção de medidas em relação a resultados de exames complementares de diagnóstico que aguarda do exterior, apesar de obter 67% de respostas positivas, é uma medida com particular margem de melhoria (33%) – Figura 5.

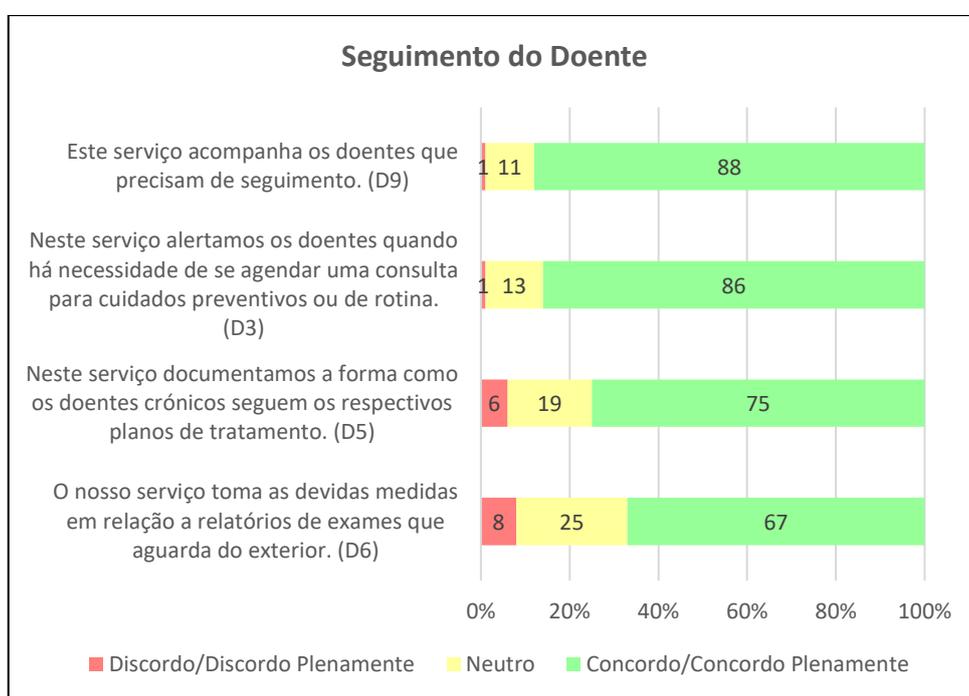


Figura 5 - Percentagem de respostas positivas, neutras e negativas na dimensão “Seguimento do Doente”

A aprendizagem organizacional, com 72% de respostas positivas foi a terceira dimensão da qualidade com melhor cotação, contudo, nos aspetos que implicam mudanças (F5) verifica-se uma menor percentagem de respostas “Concordo plenamente / Concordo” (53%) – Figura 6.

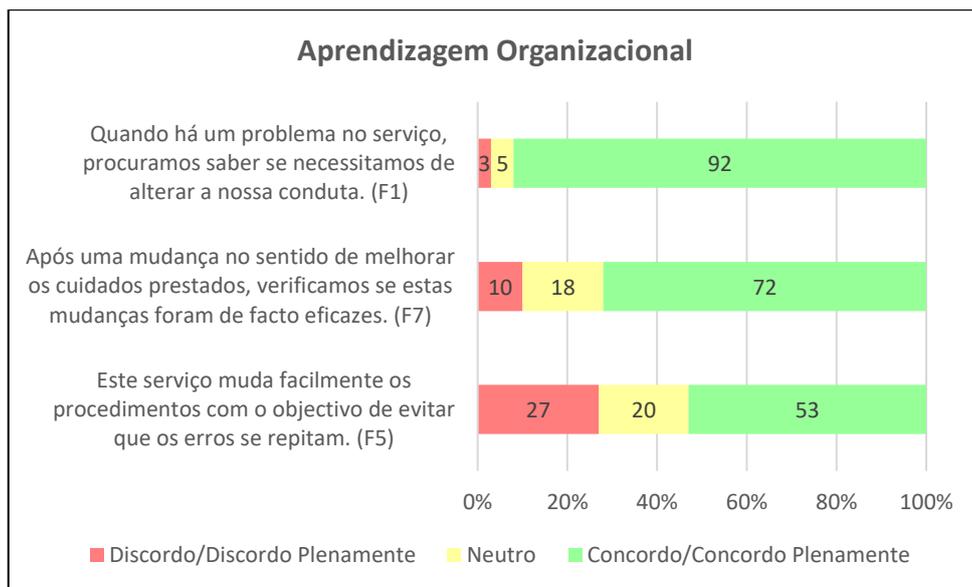


Figura 6 - Percentagem de respostas positivas, neutras e negativas na dimensão “Aprendizagem Organizacional”

84% dos profissionais consideraram adequados os procedimentos implementados nos CSP da RAM para prevenir erros possam afetar os doentes. 77% dos profissionais discordam com a afirmação “É apenas por acaso que não cometemos mais erros que podem afetar os nossos doentes”. A maioria dos profissionais (59%) considerou que, nos seus serviços, realizar maior quantidade de trabalho é de facto menos importante do que prestar cuidados de saúde de qualidade, contudo 24% tem uma perceção contrária – Figura 7.

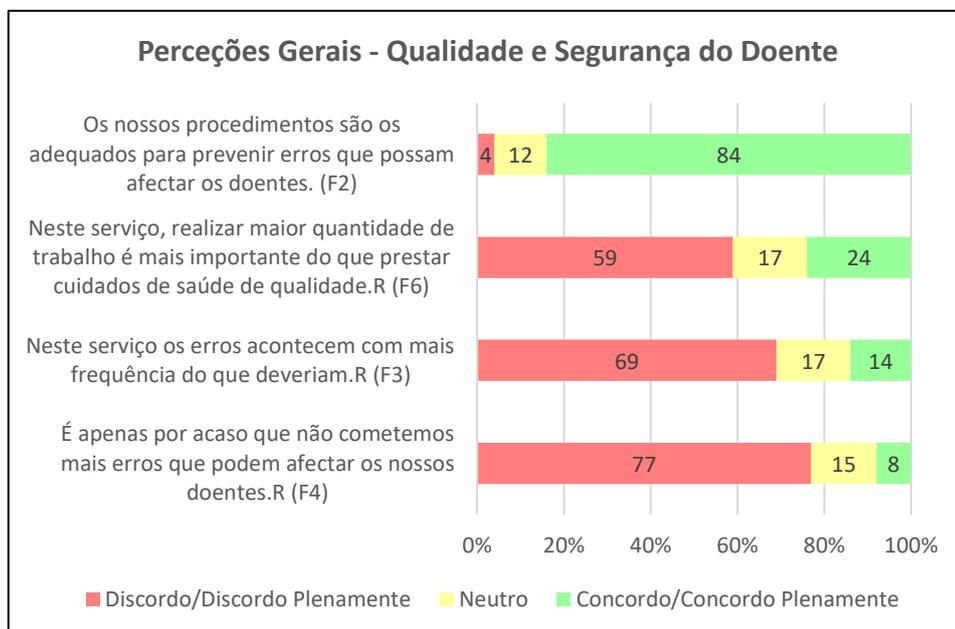


Figura 7 - Percentagem de respostas positivas, neutras e negativas na dimensão “Perceções gerais sobre a qualidade e segurança do doente”

R - Indica uma questão formulada negativamente

Os itens da qualidade e SD com uma perceção mais favorável (95% de respostas positivas) por parte dos profissionais de saúde participantes foram a utilização de um processo clínico que não corresponde ao doente (A2) e as informações clínicas foram guardadas, digitalizadas ou registadas no processo clínico do doente errado (A4). De referir que nesta dimensão todas as

questões são formuladas negativamente pelo que uma resposta positiva corresponde às opções de resposta “Não aconteceu”, “Aconteceu uma ou duas vezes” e “Aconteceu três ou mais vezes” nos últimos 12 meses – Figura 8.

As questões que abordam o funcionamento do equipamento médico e os exames complementares de diagnóstico foram as que apresentaram menor percentagem de respostas positivas, o que indica que os profissionais consideraram que “O equipamento médico (inclui computador) não estava a funcionar adequadamente ou necessitava de reparação” diária ou semanal (38%) ou mensalmente (16%); e de acordo com a opinião de 48% dos profissionais os resultados laboratoriais ou de imagem não estiveram disponíveis pelo menos uma vez por mês. Quanto à falta de seguimento de um resultado anormal em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de um dia útil, 32% dos profissionais refere que esta situação acontece diária ou semanalmente e 26% considerou que isto acontece pelo menos uma vez por mês – Figura 8.

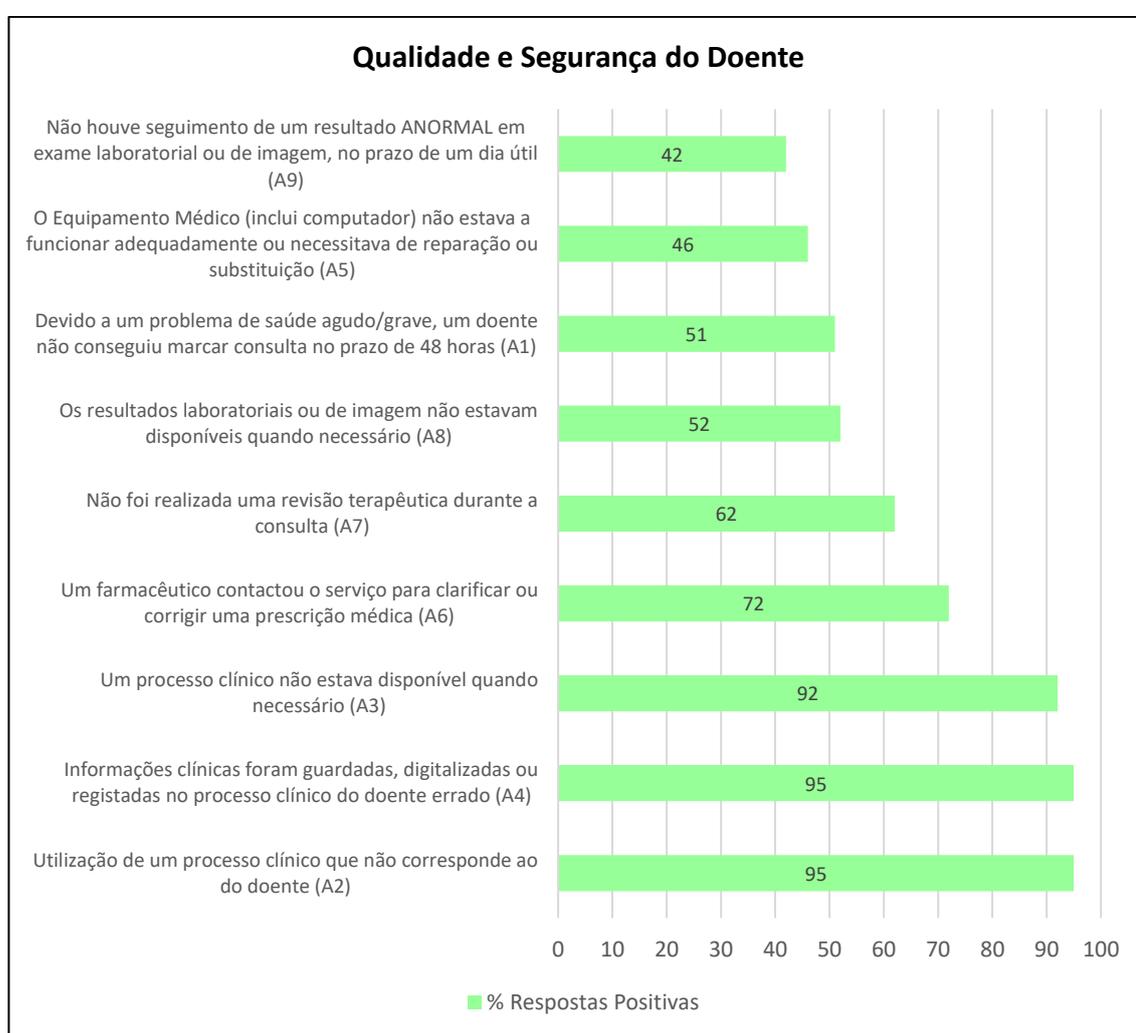


Figura 8 - Percentagem de respostas positivas nos problemas relacionados com a qualidade e SD

À semelhança do que aconteceu na dimensão analisada anteriormente (“Qualidade e SD) na “Gestão e troca de informação com outros serviços” observou-se uma média de respostas favoráveis igual a 67%, o que corresponde a uma dimensão conotada positivamente pelos profissionais de saúde. Apesar desta percentagem dever-se em grande parte aos 100% de

participantes que responderam “Não aconteceu”, “Aconteceu uma ou duas vezes” ou “Aconteceu três ou mais vezes” à questão “Nos últimos 12 meses, quantas vezes o seu serviço teve problemas na transferência de informação exata, completa e temporalmente adequada com outros serviços (que inclui por exemplo os lares de idosos)”, é de realçar que 42% dos profissionais admitem problemas, pelo menos uma vez por mês, com hospitais, 43% com laboratórios/centros de imagem externos e 47% admitem estes problemas ao nível dos consultórios médicos ou outros serviços/médicos externos ao CS. Cerca de 21% destes profissionais admite a ocorrência destes problemas diária ou semanalmente – Figura 9.

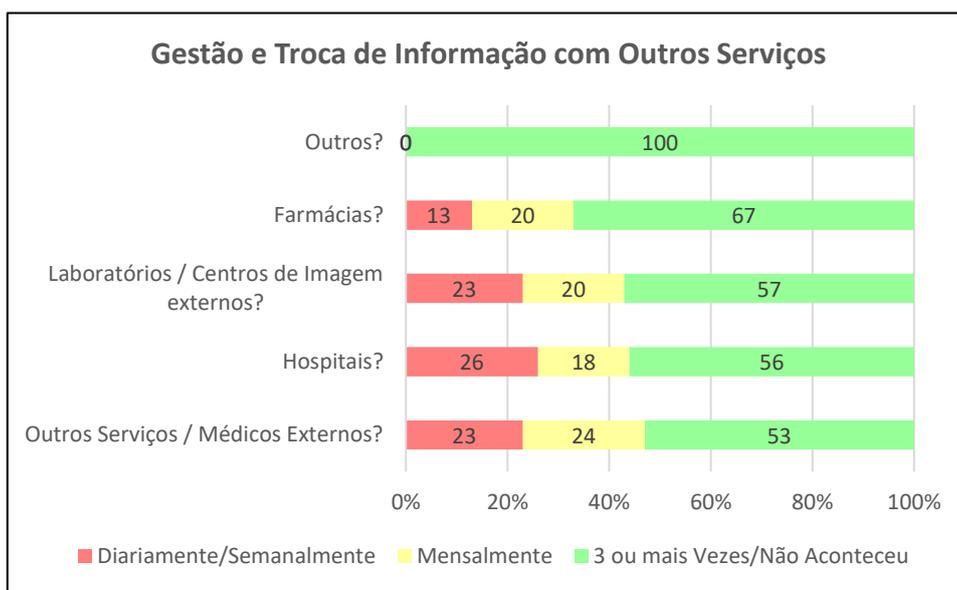


Figura 9 - Respostas (em percentagem) às questões da dimensão “Gestão e troca de informação com outros serviços”

Na dimensão “Treino e formação dos profissionais” com 64% de respostas positivas, 71% dos profissionais considerou receber a formação necessária quando novos procedimentos são implementados e 64% afirma que os CSP da RAM garantem que a equipa recebe a formação que necessita. Cerca de 21% dos participantes responderam que a “equipa é convidada a realizar atividades para os quais não recebeu formação” – Figura 10.

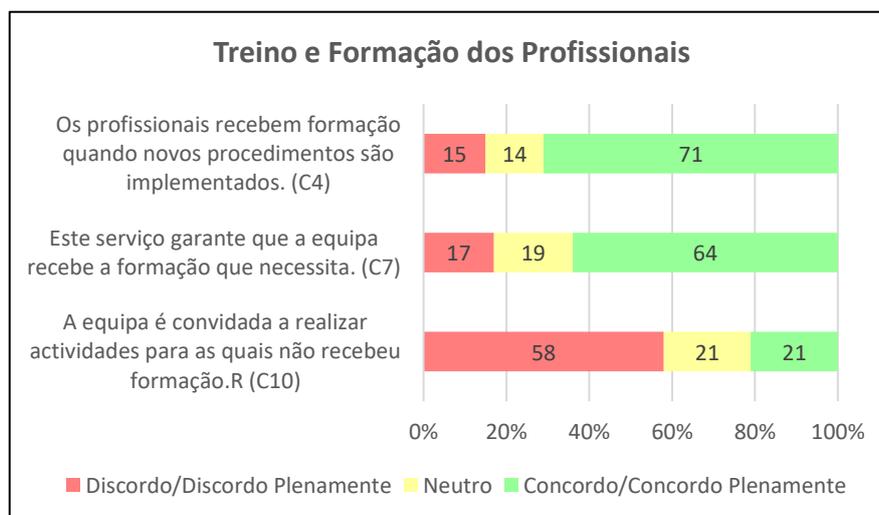


Figura 10 - Percentagem de respostas positivas, neutras e negativas na dimensão “Treino e formação dos profissionais”
R - Indica uma questão formulada negativamente

“A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos” foi afirmado por 82% dos profissionais e 66% admitem ter bons procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente. Apesar de 58% dos profissionais afirmarem ter problemas com a quantidade de trabalho, 64% discorda da afirmação “Este serviço é mais desorganizado do que deveria ser” – Figura 11.

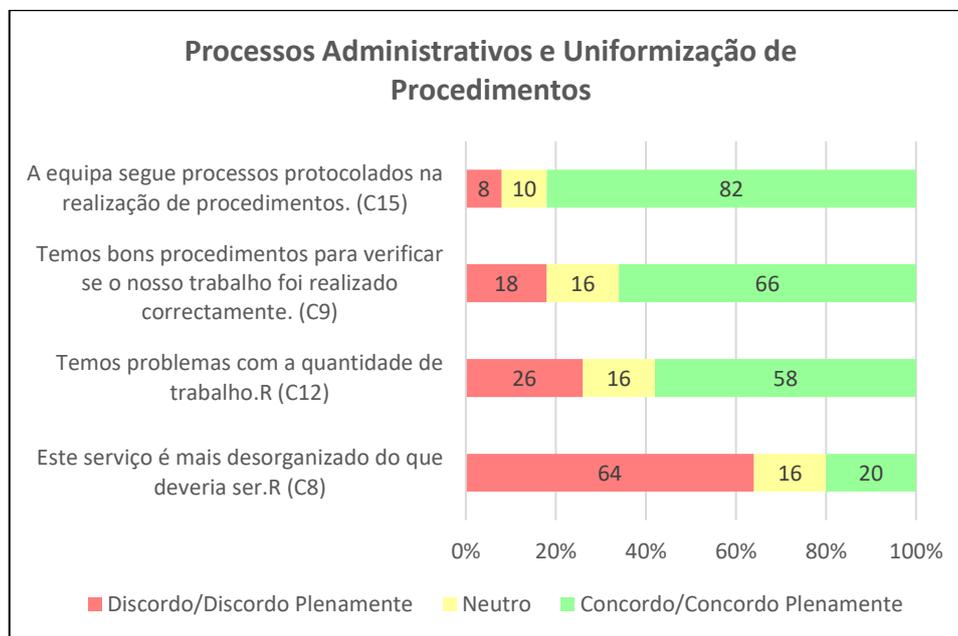


Figura 11 - Percentagem de respostas positivas, neutras e negativas na dimensão “Processos Administrativos e Uniformização de Procedimentos”
R - Indica uma questão formulada negativamente

A componente “Comunicação sobre o erro” nos CSP da RAM apresentou uma percentagem de respostas positivas muito próxima dos 50% (57%), o que corresponde a uma área / dimensão da qualidade com necessidade de implementação de estratégias de melhoria. Esta necessidade, é ainda maior na dimensão “Abertura na Comunicação” (com 50% de respostas positivas) - Figuras 12 e 13. Apesar de 61% da equipa estar disposta a discutir os erros que acontecem no serviço e as formas de prevenir a sua repetição (60%), 33% dos profissionais afirma que “Às vezes” a equipa sente que os erros que comete são usados contra ela e 38% consideram que só “Às vezes” falam abertamente sobre os problemas que existem no serviço. A dimensão com maior percentagem de respostas “Às vezes” ou Neutras (média de 40%), foi a “Abertura na Comunicação” – Figura 13. É Interessante ressaltar que dentro desta dimensão, foi a questão “É difícil mostrar qualquer tipo de descontentamento neste serviço” que juntou maior frequência desta resposta (46%). Apenas 47% dos participantes considerou que a equipa é encorajada a expressar pontos de vista alternativos.

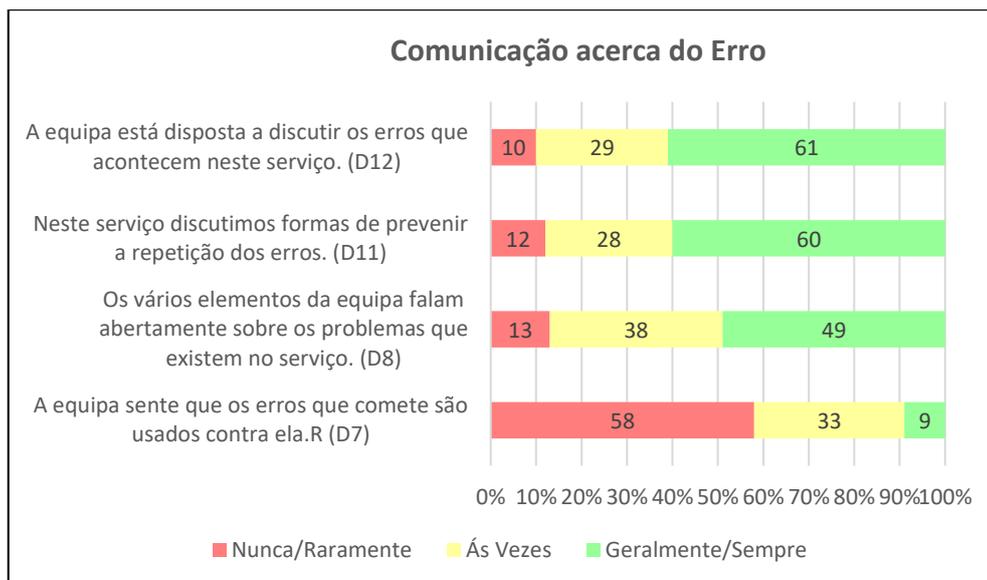


Figura 12 - Percentagem de respostas positivas, neutras e negativas na dimensão “Comunicação acerca do erro”
R - Indica uma questão formulada negativamente

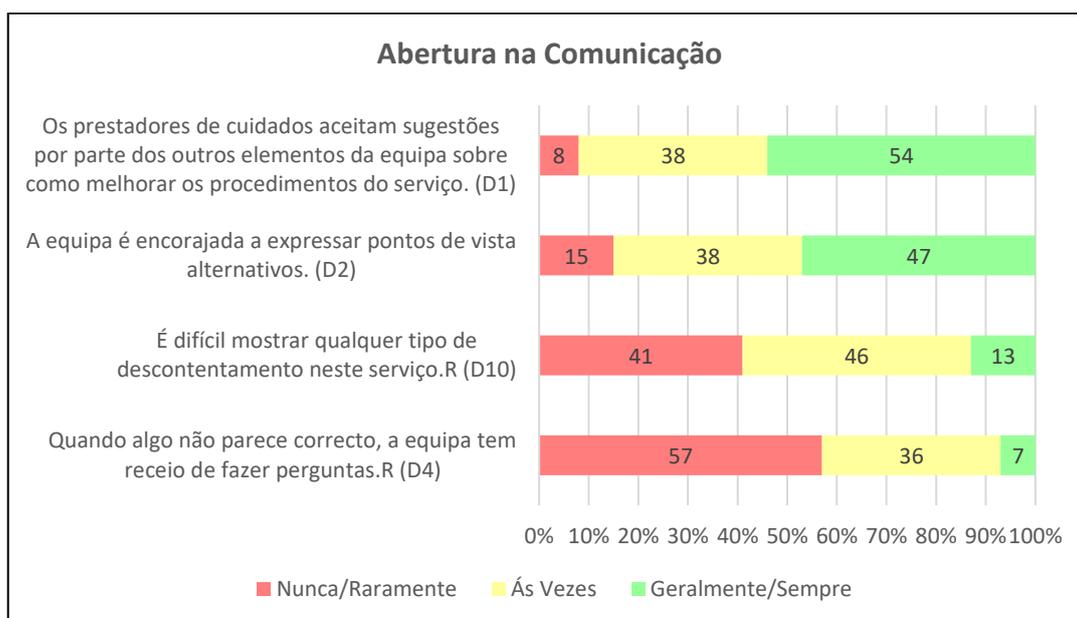


Figura 13 - Percentagem de respostas positivas, neutras e negativas na dimensão “Abertura na comunicação”
R - Indica uma questão formulada negativamente

Nos CSP da RAM 59% dos profissionais de saúde consideram que as chefias / gestão / liderança atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados de saúde ao doente, contudo, esta mesma percentagem de profissionais afirma que “Não estão a investir recursos suficientes para melhorar a qualidade de cuidados”. Nesta dimensão a percentagem de respostas neutras nas quatro questões que a compõem, rondou os 20% - Figura 14.

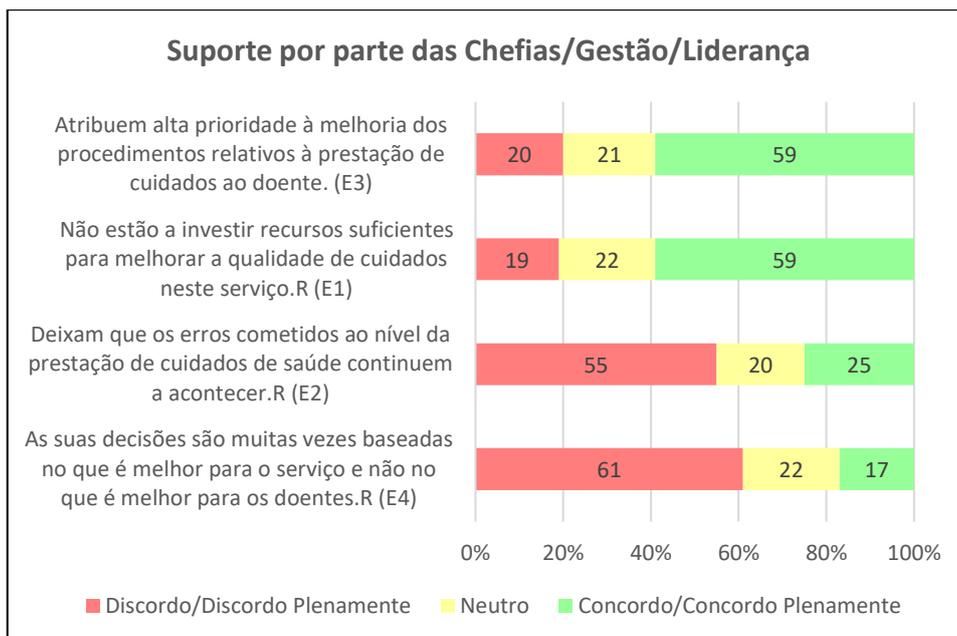


Figura 14 - Percentagem de respostas positivas, neutras e negativas na dimensão “Suporte por parte das chefias / gestão / liderança”
R - Indica uma questão formulada negativamente

À semelhança do que aconteceu com a dimensão “Suporte por parte das chefias / gestão / liderança” (49% de média de respostas positivas) a dimensão “Pressão / ritmo / quantidade de trabalho” nos CSP da RAM é uma dimensão fraca ou frágil (24% de média de respostas positivas) – Figura 15.

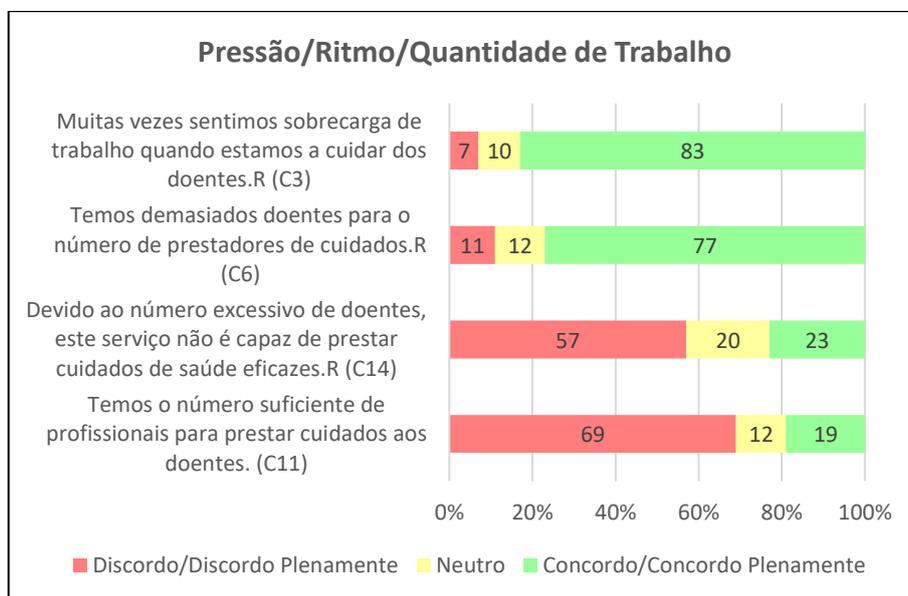


Figura 15 - Percentagem de respostas positivas, neutras e negativas às questões da dimensão “Pressão / Ritmo / Quantidade de Trabalho”
R - Indica uma questão formulada negativamente

A maioria dos profissionais classificou como “Muito Bom / Bom” a Centralização dos cuidados de saúde no doente, a Efetividade, Oportunidade, Eficiência e Equidade dos CSP da RAM; de entre estas cinco áreas da qualidade, a Equidade (Providenciar a mesma qualidade de cuidados independentemente do género, raça, etnicidade, status socioeconómico e língua) foi a que obteve maior percentagem de respostas positivas (84%), seguindo-se a Efetividade (Baseada no conhecimento científico) (79%). A Centralização no doente (Ter em conta as preferências, necessidades e valores dos doentes) e a Eficiência (Assegurar cuidados custo-efetivos) obtiveram 62% de respostas “Muito Bom / Bom”. O minimizar esperas e atrasos potencialmente danosos (Oportunidade) foi o aspeto da qualidade com menor percentagem de respostas positivas (57%) e maior percentagem de respostas “Muito Fraco / Fraco” (10%) – Figura 16.

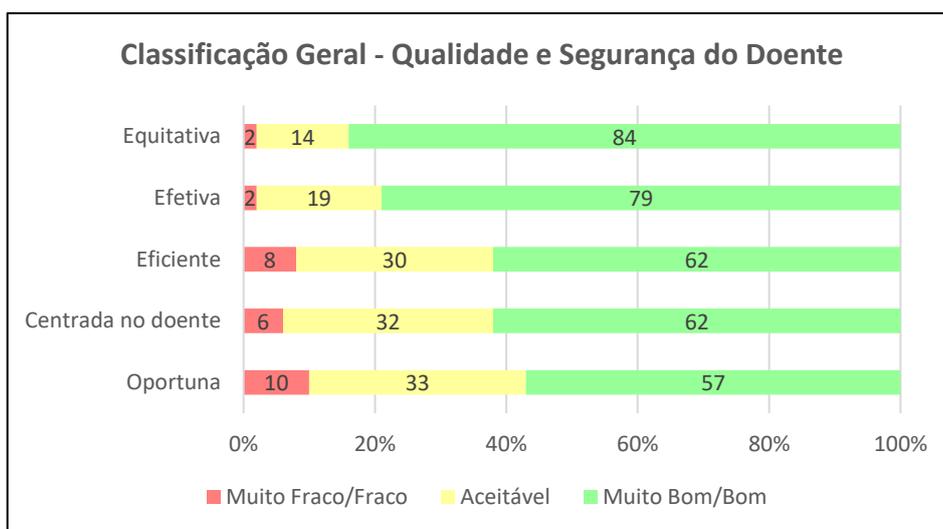


Figura 16 - Classificação geral da qualidade e SD (em percentagem) de respostas

No que diz respeito aos sistemas e procedimentos clínicos implementados nos CSP da RAM para evitar, identificar e corrigir os problemas que possam afetar os doentes, a maioria dos profissionais de saúde (42%) consideraram-nos “Bons”, 30% como “Razoáveis” e 11% (54) atribuíram a classificação “Muito Fracos” ou “Fracos” - Figura 17. De realçar que cerca de 8% (33) dos profissionais não responderam a esta pergunta e 9% (45) atribuíram uma classificação de “Muito Bom” a estes sistemas e procedimentos clínicos.

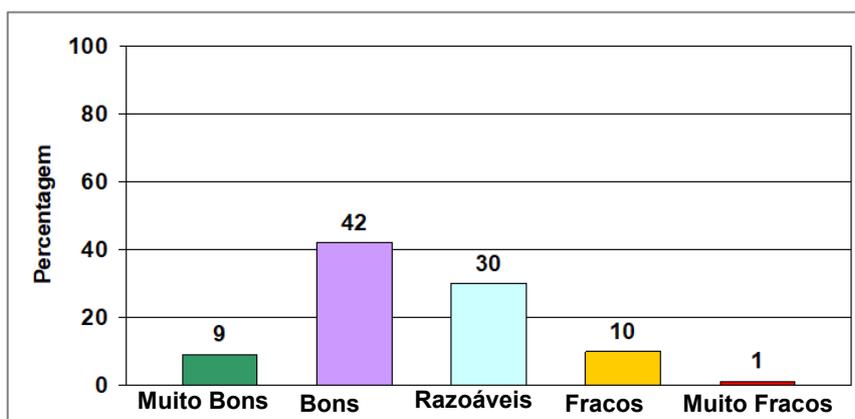


Figura 17 - Classificação atribuída pelos profissionais à Qualidade e Segurança dos Doentes nos CSP da RAM

1.3.2. TEMPO DE SERVIÇO

Os profissionais com 11 ou mais anos de tempo de serviço foram os que apresentaram a mais alta percentagem média de respostas positivas nas dimensões em análise (65%); Os profissionais com tempo de serviço compreendido entre um ano e menos de três anos foram os que apresentaram a mais baixa percentagem de respostas positivas (54%) (Tabela 12). A percentagem de respostas positivas foi maior na dimensão “Trabalho em Equipa” nos profissionais que trabalham entre três e seis anos no mesmo centro de saúde (86%). A menor percentagem foi observada na “Pressão / Ritmo / Quantidade de trabalho” nos profissionais com três a seis anos de tempo de serviço no CS onde o questionário foi aplicado.

Tabela 12 - Percentagem de respostas positivas por dimensões da qualidade e tempo de serviço

DIMENSÕES DA QUALIDADE	<1 Ano	1 a 3 Anos	3 a 6 Anos	6 a 11 Anos	11 ou Mais
Trabalho em Equipa	79	76	86	83	85
Seguimento do Doente	83	66	78	80	83
Perceções gerais sobre a Qualidade e SD	71	66	69	68	79
Aprendizagem Organizacional	67	69	69	73	75
Treino e Formação dos Profissionais da Equipa	54	61	63	63	66
Comunicação acerca do Erro	46	39	55	58	66
Abertura na Comunicação	54	39	40	50	57
Processos Administrativos e Uniformização de Procedimentos	50	49	59	61	64
Suporte por parte das Chefias / Gestão / Liderança	37	48	42	53	53
Pressão / Ritmo / Quantidade de Trabalho	23	23	21	25	24
Média	56	54	58	61	65

No Apêndice E apresentamos os resultados da tabela 12 por questões/constructos do questionário. Da análise dos dados apresentados neste apêndice, destaca-se que:

- Todos os profissionais (independentemente do tempo de serviço) deram uma percentagem média de respostas positivas ao constructo “Neste serviço tratamos os outros com respeito” (C5) maior ou igual a 93%;
- No que diz respeito aos constructos com menor percentagem de respostas positivas destacam-se os relativos à dimensão “Pressão / Ritmo / Quantidade de trabalho” onde por exemplo no C3 – “Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes” a maior percentagem média de respostas positivas foi de 9% nos profissionais com tempo de serviço compreendido entre os três e os seis anos. Nos profissionais com seis a onze anos de tempo de serviço a percentagem de respostas “Discordo Plenamente” e “Discordo” a este constructo foi de 6% o que reflete a percepção de sobrecarga de trabalho sentida por estes profissionais.

Os profissionais com 11 ou mais anos de trabalho foram os que consideraram os CSP da RAM mais centrados no doente, oportunos e eficientes, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p\text{-value} = 0,019$) (Tabelas 13, 14 e 15).

Os profissionais com menos anos de tempo de serviço têm a percepção que os CSP da RAM não estão centrados no doente, e como tal, não são sensíveis às preferências individuais do doente, suas necessidades e valores ($p\text{-value} = 0,019$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Avaliação da “Centralização no doente” dos CSP da RAM por anos de serviço do profissional de saúde

Anos de Serviço no CS	CENTRADO NO DOENTE (Nº/%)			Total
	Negativo	Aceitável	Positivo	
Menos de 3 anos	10	36	52	98
	34,5%	24,8%	18,5%	21,5%
Entre 3 e menos de 6 anos	6	14	39	59
	20,7%	9,7%	13,9%	13,0%
Entre 6 e menos de 11 anos	7	44	62	113
	24,1%	30,3%	22,1%	24,8%
11 anos ou mais	6	51	128	185
	20,7%	35,2%	45,6%	40,7%
Total	29	145	281	455
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Teste de Independência do Qui-Quadrado - $p\text{-value} = 0,019 < 0,05$; N° (Número); % (Percentagem)

41,3% das classificações “Fracos” ou “Muito Fraco” (Negativo) atribuídas à capacidade dos CSP da RAM em minimizar tempos de espera, provieram dos profissionais com seis a onze anos de serviço ($p\text{-value} = 0,002$). 66% ($120/181 * 100$) dos profissionais de saúde com onze ou mais anos de experiência nos CS avaliaram esta dimensão da qualidade (Oportunidade) como “Bom” ou “Muito Bom” (Positiva) (Tabela 14).

Tabela 14 - Avaliação da “Oportunidade” dos CSP da RAM por anos de serviço do profissional de saúde

Anos de Serviço no CS	OPORTUNA (Nº/%)			Total
	Negativo	Aceitável	Positivo	
Menos de 3 anos	7	44	48	99
	15,2%	30,1%	18,8%	22,1%
Entre 3 e menos de 6 anos	9	17	31	57
	19,6%	11,6%	12,1%	12,7%
Entre 6 e menos de 11 anos	19	35	57	111
	41,3%	24,0%	22,3%	24,8%
11 anos ou mais	11	50	120	181
	23,9%	34,2%	46,9%	40,4%
Total	46	146	256	448
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Teste de Independência do Qui-Quadrado - $p\text{-value} = 0,002 < 0,05$; N° (Número); % (Percentagem)

A maioria (46,7%) das respostas positivas (Muito Bom e Bom) na dimensão eficiência foram dadas pelos profissionais com onze ou mais anos de tempo de serviço ($p\text{-value} = 0,003$). 28,9% das respostas negativas (Fracos e Muito Fracos) foram provenientes dos profissionais com seis a onze anos de trabalho e onze ou mais anos (Tabela 15).

Tabela 15 - Avaliação da "Eficiência" dos CSP da RAM por anos de serviço do profissional de saúde

Anos de Serviço no CS	EFICIENTE (Nº/%)			Total
	Negativo	Aceitável	Positivo	
Menos de 3 anos	7	38	54	99
	18,4%	28,8%	19,6%	22,2%
Entre 3 e menos de 6 anos	9	15	34	58
	23,7%	11,4%	12,3%	13,0%
Entre 6 e menos de 11 anos	11	41	59	111
	28,9%	31,1%	21,4%	24,9%
11 anos ou mais	11	38	129	178
	28,9%	28,8%	46,7%	39,9%
Total	38	132	276	446
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Teste de Independência do Qui-Quadrado - $p\text{-value} = 0,003 < 0,05$; N° (Número); % (Porcentagem)

Existe evidência estatística de que a experiência profissional está associada à avaliação que os profissionais de saúde fazem aos sistemas e procedimentos clínicos que têm lugar nos CSP da RAM para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afetar os doentes, com as opções de resposta "Fraco" e "Muito Fraco" (Negativo) a serem selecionadas mais frequentemente pelos profissionais de saúde com menos de três anos de experiência profissional ($p\text{-value}=0,019$). 69% ($125/180 * 100$) dos profissionais com onze ou mais anos de tempo de serviço no CS consideram os sistemas e procedimentos "Muito bons" ou "Bons" (Tabela 16).

Tabela 16 - Classificação dos sistemas e procedimentos por tempo de serviço no CS

Tempo de Serviço no CS	Negativo (Nº/%)	Aceitável (Nº/%)	Positivo (Nº/%)	TOTAL
Menos de 3 anos	16	42	41	99
	29,6%	29,2%	16,5%	22,1%
Entre 3 e menos de 6 anos	13	20	24	57
	24,1%	13,9%	9,6%	12,8%
Entre 6 e menos de 11 anos	13	39	59	111
	24,1%	27,1%	23,7%	24,8%
11 anos ou mais	12	43	125	180
	22,2%	29,9%	50,2%	40,3%
TOTAL	54	144	249	447
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Teste de Independência do Qui-Quadrado - $p\text{-value} = 0,019 < 0,05$; N° (Número); % (Porcentagem)

1.3.3. CATEGORIA PROFISSIONAL

Na Tabela 17 apresentamos a percentagem de respostas positivas em cada uma das 12 dimensões da qualidade, por categoria profissional. A percentagem de respostas positivas foi 100% na dimensão “Seguimento do Doente” entre os Psicólogos e na “Qualidade e Segurança do Doente” entre os assistentes sociais. A melhor média de respostas positivas foi observada na dimensão “Trabalho em Equipa” e a pior na dimensão “Pressão / ritmo/ quantidade de trabalho”. Nesta última dimensão é de realçar que a menor percentagem de respostas positivas (4%) foi dada pelos médicos em formação na questão / constructo C12R “Temos problemas com a quantidade de trabalho”.

Tabela 17 - Percentagem de respostas positivas por dimensões da qualidade e por categoria profissional

DIMENSÕES DA CULTURA DE SD	M	I	E	G	P	N	AS	AT	AO	MÉDIA
Trabalho em equipa	66	63	89	89	86	69	63	89	85	78
Seguimento do doente	74	66	84	78	100	50	63	86	60	73
Qualidade e segurança do doente	66	79	62	93	50	72	100	75	60	73
Perceções gerais sobre a qualidade e segurança do doente	51	63	73	61	77	86	42	83	82	69
Aprendizagem organizacional	51	50	76	83	54	50	33	80	82	62
Processos administrativos e uniformização de procedimentos	37	35	63	60	57	46	30	67	73	52
Abertura na comunicação	36	42	55	73	61	79	13	59	42	51
Gestão e troca de informação com outros serviços	64	80	61	75	60	-	-	71	49	51
Treino e formação dos profissionais da equipa	44	33	72	75	57	19	-	65	81	49
Comunicação acerca do erro	36	30	65	71	49	21	38	69	49	47
Suporte por parte das chefias / gestão / liderança	30	19	51	75	32	54	-	63	67	43
Pressão / ritmo / quantidade de trabalho	19	17	25	18	25	54	18	28	36	27
MÉDIA	48	48	65	71	59	50	33	70	64	56

A verde dimensões com percentagem de respostas positivas maior ou igual a 75% (Robustas); A vermelho dimensões com percentagem de respostas positivas menor ou igual que 50% (Fracas)

M – Médico; I – Interno MGF; E – Enfermeiro; G – Órgão de Gestão; P – Psicologia; N – Nutricionista; AS – Assistente Social; AT – Assistente Técnica; AO – Assistente Operacional

De entre as categorias profissionais, foram os órgãos de gestão e as assistentes técnicas que deram maior número de respostas positivas, 72 e 70% respetivamente. Por outro lado, com menor percentagem de respostas positivas destacam-se os assistentes sociais (34%) e os médicos (especialistas e em formação), sobretudo na dimensão “Pressão / Ritmo / Quantidade de Trabalho”.

No Apêndice F, descrevemos a percentagem de respostas positivas por categoria profissional nos constructos do questionário e nas dimensões que o compõem. As dimensões robustas e, portanto, com mais de 75% de respostas positivas foram por ordem decrescente de resultados, o “Seguimento do Doente” na psicologia (100%), a “Qualidade e SD” entre os assistentes sociais (100%) e órgãos de gestão (93%), o “Trabalho em Equipa” na enfermagem (89%), na Gestão (89%) e nos assistentes técnicas (89%). Com 86% de respostas positivas estão as assistentes técnicas na dimensão “Seguimento do doente”, os psicólogos no “Trabalho em Equipa” e a nutrição nas “Perceções gerais sobre a qualidade e SD”. As dimensões mais fracas foram a “Abertura na comunicação” entre os assistentes sociais (13%) e a “Pressão / ritmo / quantidade de trabalho” entre os internos de MGF da RAM; o “Suporte por parte das chefias / gestão /

liderança” aos médicos em formação e o “Treino e formação dos profissionais da equipa” dos nutricionistas obtiveram também 19%, o que reflete algum descontentamento e insatisfação por parte destes profissionais.

Para estudar uma possível relação / associação entre as dimensões da qualidade e a classe profissional, categorizamos as variáveis (Centrado no doente; Efetiva; Oportuna; Eficiente e Equitativa) como, Negativo (para abranger as opções de resposta Muito fraco e fraco), e Positivo (para abranger as opções de resposta Bom e Muito Bom). As profissões Nutricionista, Psicóloga e Assistente Social foram agrupadas e classificadas como Técnicos Superiores na área da Saúde de modo a podermos obter contagens que permitissem a aplicação do teste do Qui-Quadrado com maior rigor estatístico.

Verificamos que existe uma associação estatisticamente significativa entre as classes profissionais e as dimensões da qualidade Efetividade ($p\text{-value}=0$) e Eficiência ($p\text{-value}=0,001$), com os enfermeiros a considerarem os CSP da RAM mais efetivos (Tabela e Figura 18) e eficientes (Tabela e Figura 19) e os médicos especialistas a atribuírem maior percentagem de respostas negativas (“Fraco” e “Muito Fraco”) na dimensão eficiência (Tabela e Figura 19).

Tabela 18 - Efetividade por categoria profissional

Categoria Profissional	EFETIVA (Nº/%)			Total
	Negativo	Aceitável	Positivo	
Médico Especialista	2	11	46	59
	22,2%	14,7%	14,1%	14,4%
Médico em Formação	0	8	19	27
	0,0%	10,7%	5,8%	6,6%
Enfermeiro (a)	2	23	178	203
	22,2%	30,7%	54,6%	49,5%
Órgãos de Gestão	0	0	7	7
	0,0%	0,0%	2,1%	1,7%
Técnico Superior de Saúde	2	3	12	17
	22,2%	4,0%	3,7%	4,1%
Assistente Técnica	0	14	29	43
	0,0%	18,7%	8,9%	10,5%
Assistente Operacional	3	16	35	54
	33,3%	21,3%	10,7%	13,2%
TOTAL	9	75	326	410
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Teste de Independência do Qui-Quadrado - $p\text{-value} = 0,000 < 0,001$; Nº (Número); % (Percentagem)

Nota: 10 células (47,6 %) têm contagens inferiores 5; O mínimo expectável é 0,15

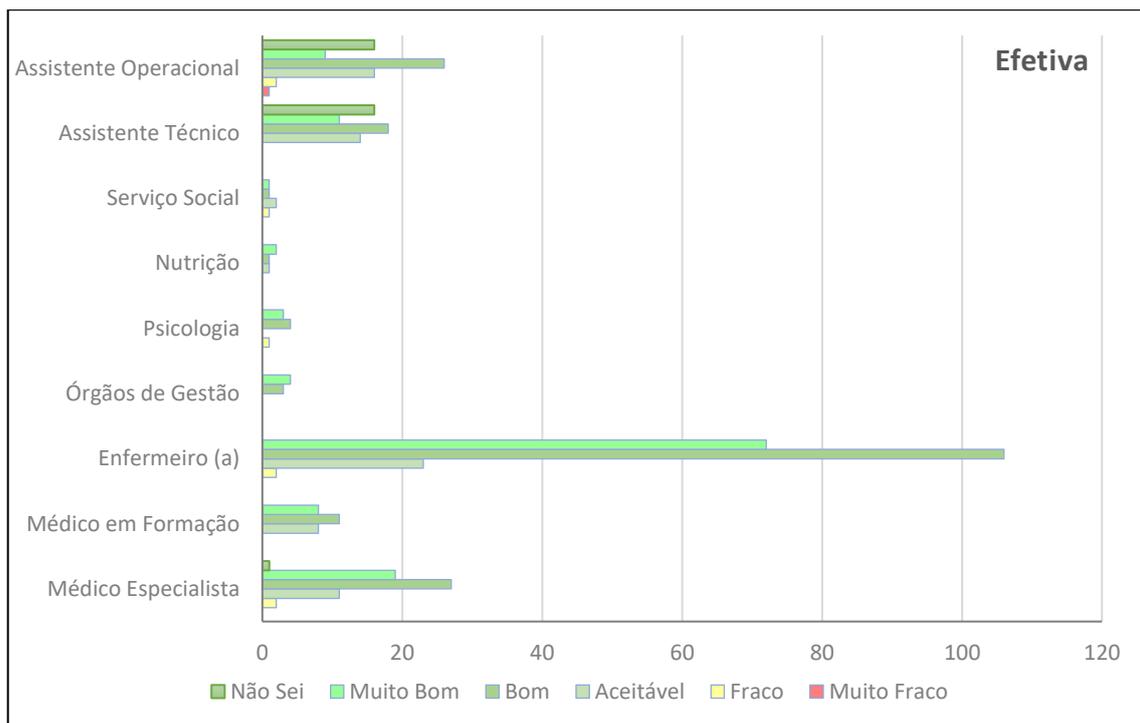


Figura 18 - Classificação da Efetividade dos CSP por categoria profissional e número de respostas dadas

Tabela 19 - Eficiência por categoria profissional

Categoria Profissional	EFICIENTE (Nº/%)			Total
	Negativo	Aceitável	Positivo	
Médico Especialista	15	17	27	59
	40,5%	13,2%	10,2%	13,7%
Médico em Formação	4	8	15	27
	10,8%	6,2%	5,6%	6,3%
Enfermeiro (a)	11	63	128	202
	29,7%	48,8%	48,1%	46,8%
Órgãos de Gestão	1	1	5	7
	2,7%	0,8%	1,9%	1,6%
Técnico Superior de Saúde	1	4	10	15
	2,7%	3,1%	3,8%	3,5%
Assistente Técnica	0	15	41	56
	0,0%	11,6%	15,4%	13,0%
Assistente Operacional	5	21	40	66
	13,5%	16,3%	15,0%	15,3%
TOTAL	37	129	266	432
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Teste de Independência do Qui-Quadrado - $p\text{-value} = 0,001 < 0,05$; N° (Número); % (Porcentagem)
 Nota: 7 células (33,3%) têm contagens inferiores 5. O mínimo expectável é 0,6.

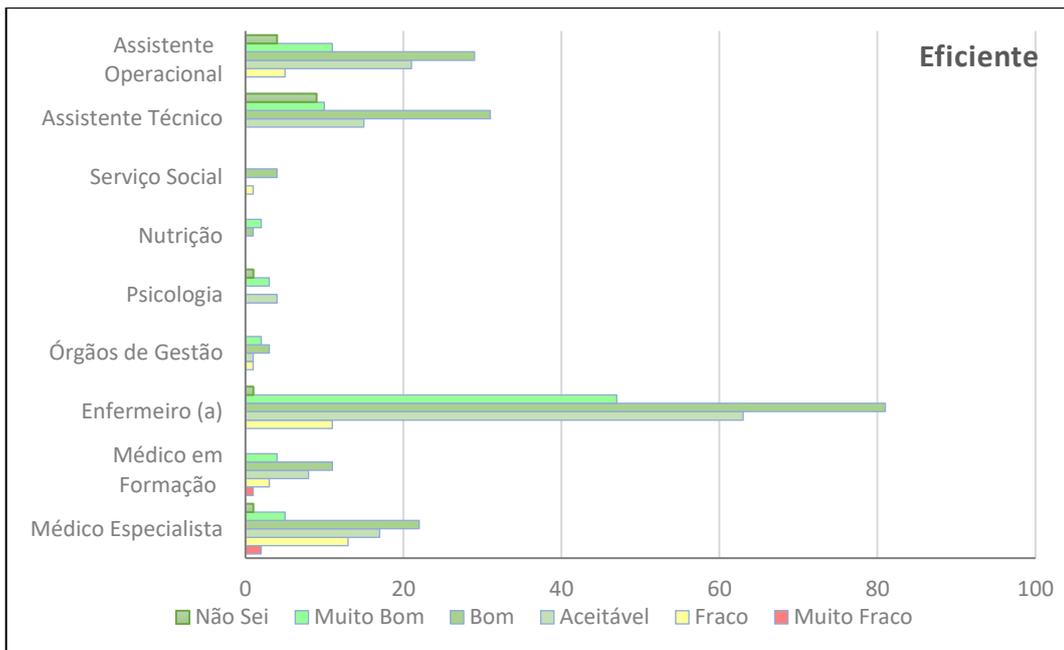


Figura 19 - Classificação da Eficiência dos CSP por categoria profissional e número de respostas dadas

Na Centralização no doente, Oportunidade e Equidade apesar de não termos encontrado evidência estatística que comprove estas associações, verificamos que:

- Na “Centralização dos cuidados no doente”, há assistentes operacionais e sociais, bem como médicos em formação a considerarem os CSP da RAM “Muito Fracos” (Figura 20);
- Apesar da maioria dos profissionais classificarem os CSP como “Bons” no minimizar tempos de espera e atrasos potencialmente danosos (Oportunidade), 15 enfermeiros, 11 médicos e nove assistentes operacionais consideraram esta área da qualidade como “Fraca” (Figura 21);
- À exceção dos assistentes operacionais (maioria classificou os cuidados como “Aceitáveis”) nas outras classes profissionais a “Equidade” nos CSP da RAM foi avaliada como muito boa (Figura 22).

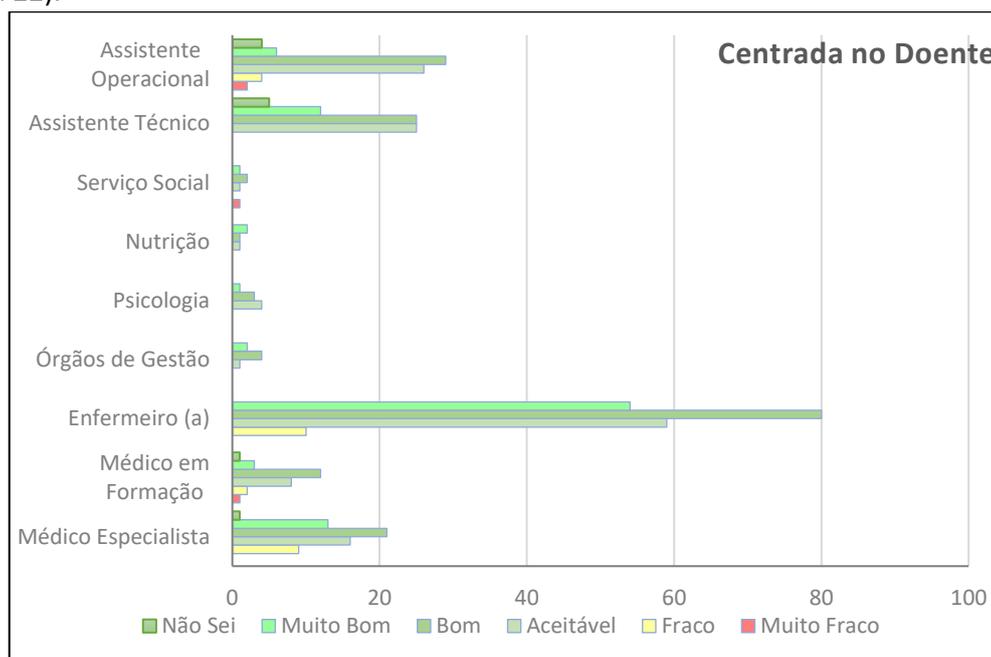


Figura 20 - Classificação da centralização dos CSP por categoria profissional e número de respostas dadas

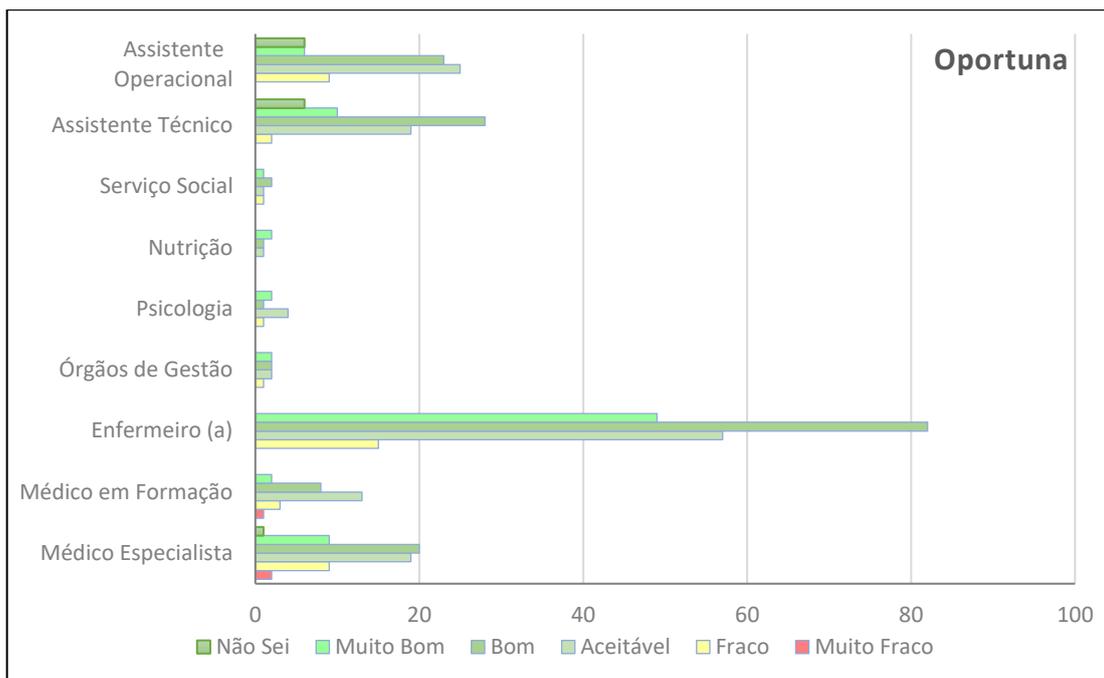


Figura 21 - Classificação da Oportunidade dos CSP por categoria profissional e número de respostas dadas

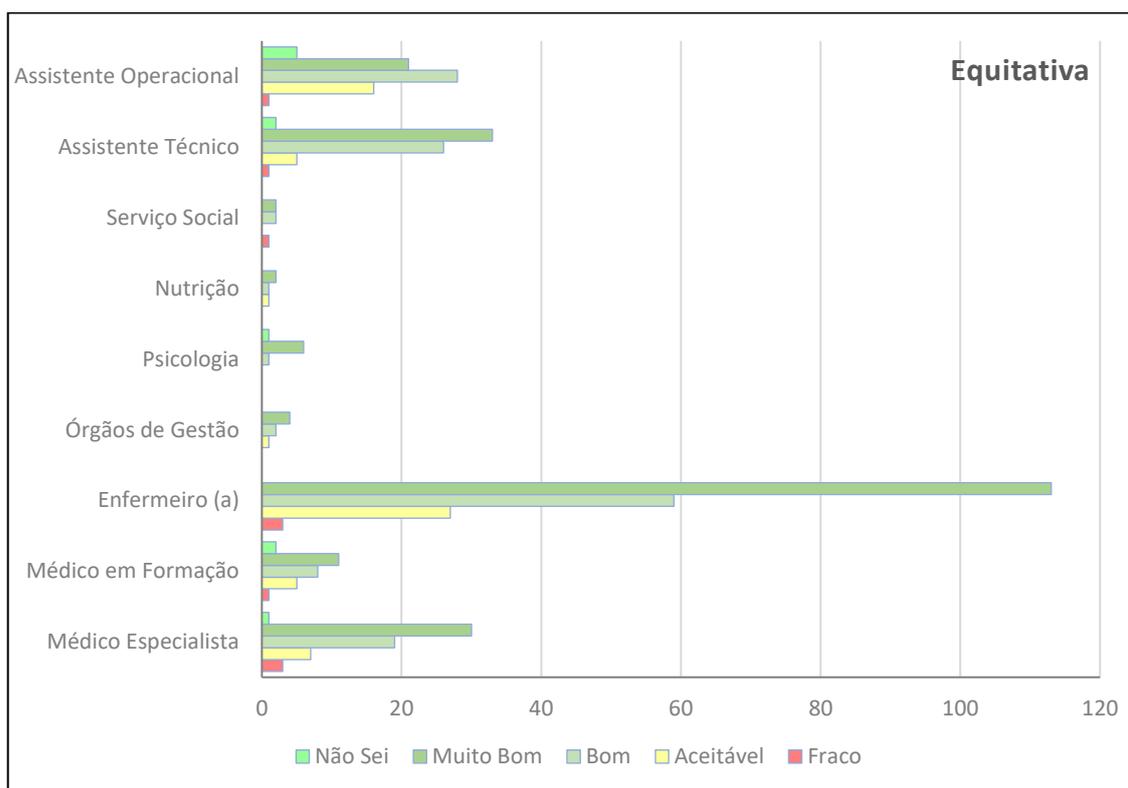


Figura 22 - Classificação da Equidade dos CSP por categoria profissional e número de respostas dadas

Quatro médicos especialistas classificaram os sistemas e procedimentos adotados nos CSP da RAM para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afetar os doentes como “Muito Fracos”, sendo esta categoria profissional a única que selecionou esta opção de resposta – Tabela 20.

No sentido de identificar possíveis associações entre a categoria profissional e a classificação atribuída por estes profissionais à questão “Em geral, como classificaria os sistemas e procedimentos clínicos que têm lugar no seu serviço para evitar, identificar e corrigir problemas que possam os doentes?”, voltamos a categorizar as opções de resposta “Muito fraco” e “Fraco” como Negativo e os “Muito bom” e “Bom” como Positivo. Encontramos evidência estatística ($p\text{-value} = 0$) de que a classificação dos sistemas e procedimentos está associada à categoria profissional, sendo que 49,1% das respostas negativas foram dadas pelos enfermeiros e 32,1 % pelos médicos especialistas. A maioria dos médicos em formação e dos Assistentes operacionais classificaram os sistemas e procedimentos como aceitáveis, nas restantes profissões esta classificação foi (“Muito Bom” e “Bom”) – Positivo (Tabela 20).

Tabela 20 - Classificação dos sistemas e procedimentos de acordo com a categoria profissional

Categoria Profissional	Negativo (Nº/%)	Aceitável (Nº/%)	Positivo (Nº/%)	TOTAL
Médico Especialista	17	18	24	59
	32,1%	12,8%	10,1%	13,7%
Médico em Formação	2	13	11	26
	3,8%	9,2%	4,6%	6,0%
Enfermeiro (a)	26	56	118	200
	49,1%	39,7%	49,6%	46,3%
Órgãos de Gestão	1	0	6	7
	1,9%	0,0%	2,5%	1,6%
Técnico Superior de Saúde	1	6	7	14
	1,9%	4,3%	2,9%	3,2%
Assistente Técnico	0	17	43	60
	0,0%	12,1%	18,1%	13,9%
Assistente Operacional	6	31	29	66
	11,3%	22,0%	12,2%	15,3%
TOTAL	53	141	238	432
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Teste de Independência do Qui-Quadrado - $p\text{-value} = 0,000 < 0,001$; Nº (Número); % (Percentagem)

Nota: 6 células (28,6 %) têm contagens inferiores 5; O mínimo expectável é 0,86

1.3.4. POR ZONAS ACES

Relativamente ao local de preenchimento (Tabela 21), verificou-se que a maioria dos questionários foram preenchidos por profissionais de saúde do Agrupamento de centros de saúde (ACES) da zona do Funchal (173; 35,8%), sendo que o centro de Saúde do Bom Jesus agrupou 48,6 % das notificações (84). O ACES da zona Oeste registou 159 questionários (32,9%), com os centros de saúde de Câmara de Lobos (52; 10,8%) a terem uma maior participação. O ACES zona Leste participou com 132 questionários preenchidos (27,3%). Em 19 questionários (4%) os profissionais não identificaram o local de preenchimento do questionário (Tabela 21).

Tabela 21 - Notificações por local de preenchimento do questionário MOSOPSC-RAM

ZONA	Número	Percentagem
Funchal	173	35,8
Oeste	159	32,9
Leste	132	27,3
Sem Resposta	19	4
TOTAL	483	100

2. RESULTADOS DA FASE 2 - TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO, APLICAÇÃO E VALIDAÇÃO DO APEAS - RAM

2.1. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO APEAS AOS CSP DA RAM

À semelhança do que aconteceu com o questionário da avaliação da cultura de segurança dos doentes, no APEAS, solicitamos aos profissionais que trabalhavam em mais de um CS ou em diferentes módulos / freguesias dentro do mesmo CS, que restringissem as suas respostas relativas à questão “Local de preenchimento” ao serviço/freguesia/CS onde exerciam mais horas de trabalho.

Na segunda sessão de *focus group* que teve 90 minutos de duração, foram discutidos alguns conceitos e expressões que aquando a tradução e adaptação do questionário à realidade portuguesa, suscitaram algumas dúvidas - Apêndice H. Da interação dos onze participantes (inclui a doutoranda) e discussão realizada destacam-se as seguintes decisões do grupo:

- No instrumento original a expressão “suceso adverso” é o “conjunto de incidentes e efectos adversos”⁷, o que na nossa CISD (tradução para a língua portuguesa) corresponde a “incidentes de segurança”;
- Na versão espanhola do formulário APEAS o conceito “efecto” é várias vezes utilizado; decidimos traduzi-lo para “evento adverso” na expressão “el efecto ha ocurrido, y el resultado del mismo há sido la muerte del enfermo...” e para “consequências ou efeitos” na expressão “señale todos los efectos que se produjeron en el paciente”. A frase “el efecto no ha ocurrido...” suscitou muita discussão na procura de consenso entre as traduções; ao poder ser traduzida para “Não ocorreu efeito ou evento” ou “Não ocorreu evento adverso” e ao estar incluída na questão relativa ao impacte do acontecimento/ “suceso adverso” (inclui incidentes e EA), decidimos (em conjunto com o autor da versão original) traduzir para “Não ocorreu incidente de segurança” para desta forma estarmos em consonância com a classificação internacional para a segurança do doente;
- Consideramos que a expressão “error de dispensación” – traduzida para “Erro na dispensa ou venda do medicamento” inclui erros / eventos relacionados com a prescrição e venda (dispensa) dos medicamentos;
- Na versão espanhola do APEAS há referência a “consultas de atención especializada” o que foi, numa fase inicial, interpretado pelo grupo como, consultas especializadas ou realizadas por especialistas, mas tendo em conta que a Medicina Geral e Familiar é também uma especialidade, foi decidido traduzir esta expressão para “consultas hospitalares”; por este motivo a frase “Requirió una nueva consulta o derivación a atención especializada o urgencias sin ingreso” foi também traduzida para “precisou de consulta adicional, referenciação ao hospital ou recurso à sala de emergência sem necessidade de hospitalização”;
- Na expressão “Necesidad de repetir el procedimiento o visita” apesar da tradução para a língua portuguesa incluir apenas os “procedimentos ou consultas”, foi por unanimidade que o grupo decidiu adaptar a expressão para “Necessidade de repetir procedimentos / internamentos / consultas”;
- A “lista de espera prolongada” foi interpretada pelo grupo como uma longa lista de espera que resulta no atraso da observação do doente;

- O “Manejo inadequado de la técnica” foi interpretado como problemas na realização de uma técnica (inclui técnica efetuada de modo inapropriado e técnica aplicada inapropriadamente).

2.2. VALIDAÇÃO CULTURAL DO APEAS – PORTUGAL

2.2.1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Aplicando os critérios de exclusão, não incluímos (por terem menos de cinco participantes e não terem participado na fase 1) os seguintes CS: CS da Madalena do Mar, Ribeira da Janela, Achadas da Cruz, Ilha e Jardim do Mar; o mesmo aconteceu com outros seis CS que por não terem participado na fase 1, foram também excluídos: CS Arco de S. Jorge, S. Jorge, Fajã da Ovelha, Ponta do Pargo, Prazeres e Ponta Delgada). A amostra de CS participantes foi formada por 32 dos 36 CS possíveis; de realçar que em dez formulários o profissional de saúde não identificou o local de preenchimento ou seja, não foi possível identificar o CS em que foi recolhida a informação.

Depois de consultarem o utente e perante uma suspeita de incidente, EA ou complicações de doenças os profissionais de saúde dos CSP preencheram o formulário APEAS (disponível online e no processo clínico do utente) que caracteriza os incidentes de segurança identificados.

O link com o formulário APEAS foi enviado a 520 profissionais de saúde (111 MF + 27 internos MGF + 382 enfermeiros) que exerciam funções nos 32 CS participantes. Durante o período de tempo compreendido entre novembro de 2016 e abril de 2017 obtivemos 331 entradas no link / formulários, dos quais 152 (46%) foram considerados válidos. As 152 notificações corresponderam a 152 episódios de consulta (médica e/ou de enfermagem) e 152 utentes. Cada profissional pode ter realizado uma ou mais notificações.

Na tabela 22 apresentamos o motivo de exclusão de 179 questionários (54% dos formulários submetidos). Como é possível verificar, os principais motivos de exclusão foram os questionários com menos de cinco respostas (124) e as notificações/registos relativos a utentes que eram simultaneamente seguidos pelo MF e pelo psiquiatra (40).

Tabela 22 - Motivo de exclusão dos formulários da análise de dados

MOTIVO	Número	Percentagem
Questionários com menos de cinco respostas	124	69
Utentes seguidos simultaneamente pelo médico de família e psiquiatra	40	22
Profissionais de saúde com menos de um mês de tempo de serviço	8	5
Local de preenchimento	6	3
Médicos com menos de um ano de especialidade em MGF	1	1
TOTAL	179	100

Durante o período em estudo realizaram-se 752.817 consultas (259.624 médicas e 493.193 de enfermagem) de MGF nos CSP da RAM. Como não foi possível ter conhecimento do número de consultas realizadas por cada profissional de saúde que participou no estudo, decidimos extrapolar este número com base no número de consultas efetuadas, no período em estudo, por categoria profissional. Todos os doentes e consultas foram incluídos no estudo para o

cálculo da população e amostra. Todos os profissionais participaram no estudo de forma voluntária.

Como é possível observar na tabela 23, a amostra de profissionais de saúde foi de 125, o que corresponde a 24% da população; destes 125 profissionais, 79 eram médicos de família, 16 internos da especialidade de MGF e 30 enfermeiros.

Tabela 23 - População (em Número) e Amostra de participantes (Número e percentagem) no APEAS-PT

	Médicos de Família	Internos MGF	Enfermeiros	TOTAL
População Profissionais	111	27	382	520
	138		382	520
Amostra Profissionais	79 (71%)	16 (59%)	30 (8%)	125 (24%)
	95 (69%)			
População Consultas	259.624		493.193	752.817
Amostra Consultas	179.141		39.455	218.596

Na tabela 24 apresentamos os 152 questionários válidos por tipo de incidente de segurança notificado. A percentagem de não resposta a esta questão foi de 13,8%; dentro dos 27,6% de incidentes registados é de realçar que 25% afetaram o utente, mas não chegaram a causar dano e 2,6% dos incidentes foram detetados antes de afetar o doente. Por outro lado, 9.9% dos EA causaram dano permanente no utente e 4.6% resultou em morte.

Tabela 24 - Distribuição das notificações por tipo de incidente de segurança

TIPO DE INCIDENTE DE SEGURANÇA	Número	Percentagem
Não ocorreu incidente de segurança mas esteve próximo de acontecer	4	2,6
Ocorreu um Incidente que foi detetado antes de afetar o doente	4	2,6
Ocorreu um Incidente que afetou o doente mas não chegou a causar dano	38	25,0
Ocorreu EA e o doente ficou danificado durante um período de tempo	53	34,9
Ocorreu EA e o doente esteve numa situação crítica	10	6,6
Ocorreu EA e o doente ficou com dano permanente	15	9,9
Ocorreu EA que resultou na morte do doente	7	4,6
Não Resposta	21	13,8
Total	152	100,0

Os médicos de família (n=79; 52% da amostra) e enfermeiros (n=30; 19,7%) foram os profissionais de saúde que, proporcionalmente, mais notificaram (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição das notificações por categoria profissional

Profissional de Saúde	Número	Percentagem
Médico de Família	79	52,0
Enfermeiro	30	19,7
Interno da Especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF)	16	10,5
Não resposta	27	17,8
Total	152	100,0

Relativamente ao local de preenchimento dos questionários (Tabela 26), verificou-se que a maioria das notificações foram obtidas do Agrupamento de centros de saúde (ACES) da zona do Funchal (n=66; 43,4%), sendo que o centro de Saúde do Bom Jesus agrupou 30,9 % das notificações (n=47). O ACES da zona Oeste registou 42 notificações (27,6%), com o centro de saúde da Ponta Sol (n=12; 7,9%) a realizar maior número de notificações/registos. O ACES zona Leste foi o que menos registou (22,4%).

Tabela 26 - Distribuição das notificações por local de preenchimento do formulário APEAS-PT

ZONA	Nº	%
Funchal	66	43,4
Oeste	42	27,6
Leste	34	22,4
Sem Resposta	10	6,6

2.2.2. ANÁLISE DAS RESPOSTAS, FIABILIDADE E VALIDADE

O tempo de resposta ao questionário variou entre os sete e os 18 minutos.

A validade de conteúdo foi obtida pela concordância de cerca de 95% dos participantes relativamente a cada um dos itens do instrumento. A precisão inter-observadores, avaliada pelo coeficiente de reprodutividade alfa de Cronbach foi obtida no teste e re-teste (estudo piloto) (alfa Cronbach de 0,79 e 0,81 respetivamente) e na aplicação efetiva do formulário APEAS nos centros de saúde da RAM. O APEAS-PT obteve um alfa de Cronbach global de 0,74 (com um mínimo de 0,719 e um máximo de 0,75).

Os valores do *inter-item correlation* variaram entre os -0,326 e os 0,493.

A versão final do questionário ficou constituída por 1328 palavras, 2895 sílabas e 239 frases o que corresponde a um índice de *Flesch-Szigrist* (índice de legibilidade) de 65,47 - “Bastante fácil” na escala de Inflesz¹⁸³.

O *focus group* tornou possível reunir, simultaneamente, as várias categorias profissionais envolvidas (gestores, médicos especialistas, internos de MGF, enfermeiros) e recolher uma vasta quantidade de informação qualitativa num espaço de tempo relativamente curto. Ao partilhar e comparar as suas experiências e pontos de vista, os participantes criaram novos conhecimentos e entendimentos¹⁹⁰.

2.3. CARACTERIZAÇÃO DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA

2.3.1. PREVALÊNCIA DOS EVENTOS ADVERSOS E DOS INCIDENTES NOS CSP-RAM

Como referimos na caracterização da amostra, a proporção de EA nas notificações analisadas foi de 56% (85 EA em 152 notificações/questionários preenchidos). Se extrapolarmos estes valores para a amostra de consultas efetuadas durante o período em estudo (e que por si só é também uma extrapolação) e que foi de 218.596, encontramos uma prevalência de EA igual a quatro eventos por dez mil consultas efetuadas por médicos (inclui especialistas – MF e internos de MGF) e enfermeiros nos CSP da RAM (Intervalo de confiança a 95% entre os 3,7 e os 4 EA por 10.000 consultas). A prevalência de EA notificados pelos médicos foi de três eventos

por 10.000 consultas e nos enfermeiros esta prevalência foi de seis EA por 10.000 consultas (tabela 27).

Tabela 27 - Prevalência de Eventos Adversos por categoria profissional

Categoria Profissional	Nº de consultas	Nº de EA notificados	Prevalência EA por 10.000 consultas	Intervalo de Confiança a 95%
Enfermeiro	39.455	22	5,6	[5,2 – 6,0]
Médico	179.141	48	2,7	[2,3 – 3,1]
Total	218.596	85	3,9	[3,7 – 4,0]

Uma vez que também obtivemos o número de incidentes notificados por categoria profissional, consideramos também pertinente proceder ao cálculo da prevalência de notificações deste tipo de incidente de segurança, pelo que apresentamos a tabela 28. Nesta tabela é possível verificar que a prevalência total de incidentes foi de dois por 10.000 consultas com um IC a 95% de 1,8 a 2; nos enfermeiros esta prevalência foi de 0,8 por 10.000.

Tabela 28 - Prevalência de incidentes por categoria profissional

Categoria Profissional	Nº de consultas	Nº de Incidentes notificados	Prevalência Incidentes por 10.000 consultas	Intervalo de Confiança a 95%
Médico	179.141	35	2	[1,8 – 2,1]
Enfermeiro	39.455	3	0,76	[0,6 – 0,9]
Total	218.596	42	1,9	[1,8 – 2,0]

2.3.2. ATENDIMENTO PRESTADO COMO CAUSA DO INCIDENTE DE SEGURANÇA

Tendo em conta que consideramos as respostas maior ou igual a dois (na escala de *Lickert*) como positivas (e portanto, com evidência em relação à capacidade de prevenção dos incidentes), verifica-se que cerca de 90% das lesões ou acontecimentos foram considerados pelos profissionais de saúde como resultantes dos cuidados de saúde prestados, com mais de 70% destes eventos a serem associados ao atendimento com total evidência (seis na escala de *Lickert*) - 33,7% ou alta probabilidade (cinco na escala de *Lickert*) - 38,8% - Tabela 29. Apesar dos resultados apresentados, tal não é corroborado pela evidência estatística ($p\text{-value}=0,364$).

Tabela 29 - Notificações por grau de evidência de que o atendimento prestado foi a causa dos incidentes de segurança

Em que medida o atendimento prestado foi a causa da lesão?	Incidentes		EA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não há evidência de que o Incidente foi causado pelos cuidados prestados. A lesão deve-se apenas à própria doença (1)	3	10,7	7	10,0	10	10,2
Mínima probabilidade de que os cuidados/ atendimento prestados fossem a causa (2)	1	3,6	0	0,0	1	1,0
Ligeira probabilidade de que os cuidados/ atendimento prestados fossem a causa (3)	2	7,1	3	4,3	5	5,1
Probabilidade moderada de que os cuidados/ atendimento prestados fossem a causa (4)	5	17,9	6	8,6	11	11,2
Alta probabilidade de que os cuidados/ atendimento prestado fosse a causa (5)	8	28,6	30	42,9	38	38,8
Evidente que os cuidados/ atendimento prestado foi a causa do incidente ou evento adverso (6)	9	32,1	24	34,3	33	33,7
Total	28	100,0	70	100,0	98	100,0

Em parêntesis apresenta-se o grau de evidência na escala de *lickert*; Nº (Número); % (Porcentagem)

As 25 notificações onde não ocorreu EA mas os profissionais associaram a lesão/acidente ao atendimento prestado (score ≥ 2 na escala de *Lickert*), assumimos tratar-se de incidentes.

Apesar de quando falamos em EA, assumirmos que os cuidados de saúde prestados ao doente foram a causa do dano, verificamos que em 10% das notificações relativas a EA os profissionais consideram que “Não há evidência de que o incidente foi causado pelos cuidados prestados e a lesão deveu-se apenas à própria doença” o que poderá estar associado a alguma incompreensão dos conceitos por parte dos profissionais e/ou falta de clareza aquando a prestação de esclarecimentos por parte da doutoranda. É de realçar que na maioria das notificações de EA (90%) não identificamos este problema.

2.3.3. EVITABILIDADE DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA

Quando questionados se havia alguma evidência de que o EA pudesse ser prevenido ou evitado, 71,4% dos profissionais de saúde responderam sim (o que foi estatisticamente significativo com um *p-value* no teste de *Fisher* igual a 0,012). A resposta a esta questão foi “sim” em 63% do total de incidentes de segurança (inclui incidentes e EA). Quando não ocorreu EA 50% dos profissionais considerou que a lesão/ acidente podia ser evitada (Tabela 30).

Tabela 30 - Notificações por evidência de que o incidente de segurança pudesse ser prevenido

Em sua opinião há alguma evidência de que o Evento Adverso pudesse ser prevenido/ evitado?	Incidente		EA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	27	50,0	60	71,4	87	63,0
Não	27	50,0	24	28,6	51	37,0
Total	54	100,0	84	100,0	138	100,0

Nº (Número); % (Porcentagem)

Ao analisarmos as respostas dos profissionais de saúde a esta questão e à pergunta “Selecione o grau de evidência da possibilidade de prevenção” (Tabela 31) verificamos que 96% dos profissionais consideraram os EA preveníveis, apesar de 71,4% ter respondido “Sim” na primeira questão. Esta dupla análise das respostas serviu também para controle da qualidade / coerência das respostas dadas pelos profissionais de saúde.

Dos 45 incidentes notificados em 20% não há evidência de prevenção. De entre os 80% de incidentes com possibilidade de prevenção, cerca de 22,2% tinham uma probabilidade de prevenção moderada, 20% alta e 17,8% completa.

76% dos EA podiam ser evitados com um grau de evidência maior ou igual a 4 na escala de *Lickert* e 20% foram considerados com uma possibilidade de prevenção mínima ou ligeira (respostas 2 e 3 na escala de *Lickert*). Quatro por cento dos EA notificados eram inevitáveis – Tabela 31.

Tabela 31 - Notificações por possibilidade de prevenção e tipo de incidente de segurança

	Nº Incidentes (%)	Nº EA (%)	Total
Não há evidência de prevenção possível (1)	9 (20)	3 (4)	12 (10)
Possibilidade mínima de prevenção (2)	7 (15,6)	6 (8)	13 (10,8)
Ligeira possibilidade de prevenção (3)	2 (4,4)	9 (12)	11 (9,2)
Moderada possibilidade de prevenção (4)	10 (22,2)	12 (16)	22 (18,3)
A prevenção era fortemente possível (5)	9 (20)	34 (45,3)	43 (35,8)
Completa evidência da capacidade de prevenção (6)	8 (17,8)	11 (14,7)	19 (15,8)
Total	45 (100)	75 (100)	120 (100)

Em parêntesis apresenta-se o grau de evidência na escala de *Lickert*
 Teste de Independência do qui-quadrado $p\text{-value} = 0,006 < 0,001$

Verificou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de incidentes de segurança e a apreciação dos profissionais de saúde quanto à possibilidade da sua prevenção ($p\text{-value} = 0,006$), sendo que a maioria dos profissionais considerou os EA fortemente preveníveis (cinco na escala de *Lickert*) e os incidentes com uma moderada probabilidade de prevenção (quatro na escala de *Lickert*).

A evitabilidade ou capacidade de prevenção dos eventos relacionaram-se com a sua gravidade, de tal forma que os EA leves foram os mais preveníveis, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,02$).

No formulário APEAS existem quatro questões de resposta aberta: “Faça um breve resumo do que aconteceu e qual a causa possível”; “Identifique outras consequências dos incidentes de segurança ocorridos”; “Identifique outros fatores causais dos incidentes de segurança” e “O que poderia ter sido feito para evitar / prevenir este problema”. À primeira questão responderam 131 profissionais de saúde (86%). As respostas a esta questão encontram-se discriminadas no Apêndice I. Foram identificadas outras 37 consequências (24%) e 28 fatores causais (18%). Na última questão obtivemos 81 respostas (que se encontram transcritas no Apêndice J) o que corresponde a 53% do total de notificações.

2.3.4. OCORRÊNCIA DE INCIDENTES DE SEGURANÇA POR ZONA / ACES

Ao analisar o tipo de incidente de segurança por local, verifica-se que foi no agrupamento de CS (ACES) da zona do Funchal que houve mais notificações de EA (37; 46% das notificações de EA) e foi no ACES zona Oeste que foram identificados maior número de incidentes (20), tal como representado na tabela 32. Esta associação entre ACES e ocorrência de EA foi comprovada com um $p\text{-value}$ de 0,041. O mesmo se verificou com o tipo de incidente de segurança notificado e o ACES de preenchimento do questionário, com $p\text{-value}$ de 0,040, com o ACES do Funchal a registar mais EA e o ACES da zona Oeste mais incidentes.

Tabela 32- Tipo de incidentes de segurança por ACES

Tipo de Incidente de Segurança	ACES Funchal	ACES Oeste	ACES Leste	Total
Não ocorreu	3	1	0	4
Incidente	15	20	7	42
Evento Adverso	37	19	25	81
Total	55	40	32	127

Tendo em conta o total de questionários preenchidos por zona de CS verificamos que foi o ACES zona Leste que proporcionalmente notificou mais EA (74%), seguindo-se do Funchal (56%) e por fim o ACES zona Oeste (45%).

Quando nos focamos apenas nos EA, e através de uma regressão logística com a variável binária, dependente (Ocorrência do EA – Sim/ Não) e as seguintes variáveis independentes: profissão, grupo-etário e anos de serviço dos profissionais de saúde, local de preenchimento do questionário, género e idade do doente, o nível de cuidados de saúde onde o problema aconteceu (atendimento urgente no centro de saúde, consultas médicas no CS, consultas de enfermagem do CS, serviço de urgência hospitalar, internamento prévio, outros serviços hospitalares, consultas médicas hospitalares, farmácia, outros locais - ervanárias, clínicas de reabilitação...), número de fatores de risco intrínsecos, número de fatores de risco extrínsecos e o número de fatores causais relacionados com (medicação, problemas administrativos, diagnóstico, comunicação e cuidados prestados) identificamos (com significância estatística) que os fatores que podem determinar o risco de sofrer um EA são, o não ter realizado uma consulta médica nos CSP e o utente não ter (ou ter poucos) fatores de risco intrínsecos (Tabela 33).

Tabela 33 - Medidas e variáveis associadas ao modelo logístico "Ocorrência do EA"

Medidas e variáveis associadas ao modelo logístico								
Variáveis Explicativas	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Consultas Médicas no Centro de Saúde	2,046	0,520	15,500	1	0,000	7,740	2,794	21,437
N.º de fatores intrínsecos	0,438	0,158	7,652	1	0,006	1,549	1,136	2,112
Constante	-1,774	0,527	11,330	1	0,001	0,170		

Omnibus Tests of Model Coefficients *p-value*=0,000 <0,001
Nagelkerke R Square = 0,288

2.3.5. ORIGEM DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA

No que diz respeito à (provável) origem dos incidentes de segurança registados, verifica-se que os profissionais consideraram que 55% ocorreram ao nível dos CSP (nas consultas médicas e de enfermagem e nos serviços de atendimento permanente e serviços de urgência) dos centros de saúde dispersos pela ilha da Madeira. Os cuidados de saúde secundários estiveram na origem de 47% dos incidentes de segurança e 5% ocorreram nas farmácias, tal como é possível observar na tabela seguinte (Tabela 34). Alguns eventos tiveram origem em mais do que um local (por exemplo nas consultas médicas e na farmácia ou no internamento prévio e serviço de urgência).

Tabela 34 - Notificações por local de origem dos incidentes de segurança

A que nível de cuidados de saúde o problema aconteceu?	Incidentes		EA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consultas Médicas no Centro de Saúde *	35	52,2	26	30,6	61	40,1
Serviço de Urgência Hospitalar	6	9,0	15	17,6	21	13,8
Consultas Médicas de outras especialidades	5	7,5	15	17,6	20	13,2
Internamento prévio *	3	4,5	16	18,8	19	12,5
Consultas de Enfermagem do Centro de Saúde	5	7,5	8	9,4	13	8,6
Outros serviços hospitalares *	1	1,5	10	11,8	11	7,2
Atendimento Urgente no Centro de Saúde	3	4,5	7	8,2	10	6,6
Farmácia	4	6,0	4	4,7	8	5,3
Outros locais (ervanárias, clínicas de reabilitação...)	1	1,5	0	0,0	1	0,7

Teste de Fisher **p-value* <0,05; Nº (Número); % (Porcentagem)

Através da aplicação do teste de Fisher verificamos que existe evidência estatística de que a ocorrência de incidentes de segurança está associada às consultas médicas no CS, aos internamentos prévios e às consultas em outros serviços hospitalares (*p-value* menor que 0,05) – Tabela 34.

2.3.6. INCIDENTES DE SEGURANÇA POR CATEGORIA PROFISSIONAL

No que diz respeito ao tipo de incidente de segurança notificado, por categoria profissional, há uma relação que é estatisticamente significativa (*p-value*=0,041) entre os médicos de família e a notificação de incidentes e EA, contudo, não existe evidência estatística de que a ocorrência do evento adverso esteja associada à categoria do profissional de saúde (teste de Independência do Qui-Quadro *p-value*=0,09 >0,05) (Tabela 35).

Tabela 35 - Tipo de incidente de segurança por categoria profissional

Tipo de Incidente de Segurança	Enfermeiro	Médico de Família	Interno (MGF)	Total
Não ocorreu	2	1	1	4
Incidente	3	28	7	38
Evento Adverso (EA)	22	40	8	70
Total	27	69	16	112

Tendo em conta que 27 enfermeiros (identificaram a sua categoria profissional e responderam à questão que tipifica os incidentes de segurança), as 22 notificações relativas a EA corresponderam a mais de 81 % das suas notificações. Em relação aos médicos de família os 40 formulários que descrevem EA, representam cerca de 58 % das suas notificações. Metade das notificações realizadas pelos internos de MGF foram relativas a EA. Da análise da tabela 35 é possível inferir que apesar da maioria das notificações de EA terem sido realizadas por médicos de família, a categoria profissional que proporcionalmente mais notificou este tipo de incidente de segurança foi a enfermagem.

Na tabela 36, apresentamos as consequências dos incidentes de segurança por profissional de saúde (de referir que estas consequências não são mutuamente exclusivas, ou seja, o utente pode ter sofrido várias consequências), e na tabela 37 sintetizamos as dez mais frequentes consequências/efeitos causados ao doente resultante dos incidentes de segurança.

Tabela 36 - Consequências dos incidentes de segurança por categorias e por profissional de saúde

CONSEQUÊNCIAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA	ENFERMEIRO Nº (%)	MÉDICO Nº (%)	INTERNO Nº (%)	TOTAL Nº
Relacionadas com a Medicação	24 (20)	84 (71)	10 (9)	118
Relacionadas com os Cuidados	17 (41)	20 (48)	5 (12)	42
Pior curso evolutivo da doença base	15 (43)	18 (51)	2 (6)	35
Relacionadas com Procedimento	20 (44)	19 (42)	6 (13)	45
Relacionadas com Infeção	10 (59)	7 (4)	0	17
Necessidade de repetir consultas ou procedimentos	16 (33)	27 (55)	6 (13)	49
Ansiedade, Stress, Depressão	12 (25)	30 (63)	6 (13)	48
TOTAL	114	205	35	354

Nº (Número); % (Percentagem)

Tabela 37 - As dez consequências dos incidentes de segurança mais frequentemente identificadas pelos profissional de saúde

CONSEQUÊNCIAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA	ENFERMEIRO Nº	MÉDICO Nº	INTERNO Nº	TOTAL Nº
Necessidade de repetir procedimentos / internamentos / consultas	16	27	6	49
Ansiedade, Stress ou Depressão	12	30	6	48
Pior evolução da doença base	15	18	2	35
Outras complicações relacionadas com o procedimento clínico	10	15	5	30
Outras consequências dos cuidados prestados	12	14	3	29
Prurido, eritema ou outras lesões na pele relacionadas com fármacos	3	13	4	20
Náusea, vómitos ou diarreia secundários à medicação	0	15	0	15
Outros efeitos (Tosse, dispneia, boca seca...)	3	10	1	14
Reação alérgica sistémica	1	8	1	10
Infeção de ferida cirúrgica ou traumática	4	4	0	8

Quando analisamos os incidentes de segurança por tipologia e categoria profissional verifica-se que os médicos especialistas notificaram sobretudo incidentes de segurança relacionados com a medicação (69), com 46 notificações relativas a Reações Adversas Medicamentosas (RAM) e 15 relativos aos cuidados inapropriados ao doente. Tendo em conta a natureza multifatorial dos incidentes de segurança, e a possibilidade dos profissionais de saúde selecionarem múltiplas opções de resposta nesta questão, verifica-se que os totais apresentados são superiores ao número de notificações. Os médicos em formação (internos) notificaram sobretudo RAM (8), eventos relacionados com cuidados inapropriados aos doentes (6), problemas de comunicação entre Médico e Doente (5) e as técnicas aplicadas inapropriadamente (4). Os enfermeiros notificaram sobretudo problemas com os cuidados inapropriados perante sinais de alerta (13), as técnicas aplicadas inapropriadamente (8), os problemas relacionados com a comunicação entre o médico e o doente (6) e as RAM (6).

2.3.7. INCIDENTES DE SEGURANÇA POR IDADE E TEMPO DE SERVIÇO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Como é possível observar na tabela 38, 52,6% dos profissionais de saúde tinham mais de seis anos de serviço naquele ACES. De realçar que 30,9% destes profissionais tinham entre 6 a 11 anos de experiência profissional e 21,7% tinham 11 ou mais anos de tempo de serviço. Quando analisamos o tempo de serviço dos profissionais por tipo de incidente de segurança notificado, verifica-se que são os profissionais com mais de seis anos de experiência que notificam mais EA, enquanto os que têm menos tempo de serviço identificam mais incidentes (Tabela 39); esta relação foi estatisticamente significativa com um *p-value* de 0,033.

A maioria dos profissionais de saúde tinham idades compreendidas entre os 31-40 anos (n=69; 45,4%), sendo que, cerca de 60%, da amostra analisada, tinha entre 31 e 50 anos de idade (n=91) – tabela 38. Foram os profissionais com 31 a 40 anos que mais notificaram incidentes e EA, contudo não há significância estatística nesta relação (*p-value*=0,065) – Tabela 40.

Tabela 38 - Notificações por tempo de serviço e idade do profissional de saúde

Experiência Profissional	Número	Percentagem
Menos de 3 anos	19	12,5
Entre 3 anos e menos de 6 anos	38	25,0
Entre 6 anos e menos de 11 anos	47	30,9
11 anos ou mais	33	21,7
Não resposta	15	9,9
Total	152	100,0
Grupo Etário	Número	Percentagem
20 – 30 anos	20	13,2
31 – 40 anos	69	45,4
41 – 50 anos	22	14,5
Mais de 51 anos	26	17,0
Não resposta	15	9,9
Total	152	100

Tabela 39 - Tipo de incidente de segurança notificado por tempo de serviço do profissional de saúde

Tipo de Incidente de Segurança	Entre 1 e menos de 3 anos	Entre 3 e menos de 6 anos	Entre 6 e menos de 11 anos	11 anos ou mais	Total
Não ocorreu	0	2	0	2	4
Incidente	11	14	10	6	41
Evento Adverso	7	21	30	22	80
Total	18	37	40	30	125

Tabela 40 - Tipo de incidente de segurança notificado por idade do profissional de saúde

Tipo de Incidente de Segurança	20 - 30 anos	31 - 40 anos	41 - 50 anos	Mais de 51 anos	Total
Não ocorreu	2	0	1	1	4
Incidente	7	25	2	7	41
Evento Adverso	11	35	17	17	80
Total	20	60	20	25	125

Apesar de não existir associação entre a notificação de EA e o tempo de serviço dos profissionais de saúde ($p\text{-value}=0,152$), quando analisamos esta característica nas notificações de EA verificamos (Tabela 39) que os profissionais de saúde que mais notificaram EA têm entre seis e onze anos de tempo de serviço no local de preenchimento do questionário (30), seguindo-se dos profissionais com onze ou mais anos de tempo de serviço (22).

Como é possível verificar na tabela 33, foram os profissionais de saúde com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos que notificaram mais EA (35), seguindo-se dos profissionais com idades compreendidas entre os 41-50 anos que notificaram 17 EA Ex aequo com os profissionais com idade igual ou superior a 51 anos. Quando aplicamos o teste qui-quadrado constata-se que também não existe associação entre a ocorrência/notificação de EA e a idade dos profissionais de saúde ($p\text{-value}=0,138$).

2.3.8. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES COM INCIDENTES DE SEGURANÇA

O utente alvo da notificação, por parte do profissional de saúde, pertencia maioritariamente ao grupo etário dos 40 aos 59 anos de idade (22,4%), sendo que 44% tinham idades compreendidas entre os 40 e os 79 anos, tal como é possível observar na tabela 41. A média da idade do utente foi de 54,5 anos, com uma mediana de 55,5 e um desvio padrão de 19,2. Verificou-se ainda que as idades variaram entre os 6 meses e os 93 anos de idade. A média da idade dos utentes com EA foi 54,46 anos (com um desvio padrão de 19,67). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade dos utentes e os incidentes de segurança analisados ($p\text{-value}=0,970$).

Tabela 41 - Distribuição das notificações por grupo etário e género do utente

Grupo Etário	Nº	(%)
0-19 anos	3	2,0
20-39 anos	19	12,5
40-59 anos	34	22,4
60-79 anos	33	21,7
80-99 anos	9	5,9
Sem resposta	54	35,5
Total com resposta	98	64,5
Total	152	100,0
Género	Nº	(%)
Feminino	91	59,9
Masculino	51	33,6
Não resposta	10	6,6
Total	152	100,0

60% do total de notificações estavam relacionadas com utentes do sexo feminino e cerca de 34% com o sexo masculino (Tabela 41); este padrão de resposta foi também observado quando analisamos as notificações relativas a EA – 64% das notificações (54) dizem respeito a mulheres (Tabela 42). Através da aplicação do teste de Fisher verificamos que apesar destes resultados serem consensuais, não existe associação entre a ocorrência/notificação de EA e o género feminino ($p\text{-value}= 1$). Os incidentes foram também mais frequentemente notificados nas mulheres, mas mais uma vez, não há evidência estatística que comprove esta associação ($p\text{-value}=0,769$).

Tabela 42 - Tipo de incidente de segurança notificado por género do utente

Tipo de Incidente de Segurança	Feminino	Masculino	Total
Não ocorreu	3	1	4
Incidente	25	17	42
Evento Adverso	54	30	84
Total	82	48	130

Da totalidade de utentes com notificações relativas a EA, 72% apresentavam pelo menos um problema de saúde ou fator de risco para o desenvolvimento de doenças; estes problemas ou fatores de risco foram subdivididos em fatores de risco intrínsecos (doenças ou problemas de saúde que aumentam o risco / probabilidade de doenças) e fatores de risco extrínsecos (dispositivos ou terapêuticas administradas aos doentes e que por si só aumentam o risco de desenvolvimento ou agravamento das doenças de base).

Tal como é possível observar na tabela 43, os principais fatores intrínsecos que concorreram para a ocorrência do EA, face à amostra estudada, foram a hipertensão arterial (n=64; 42,1%), diabetes (n=36; 23,7%), dislipidemia (n=32; 21,1%), obesidade (n=27; 17,8%), depressão (n=25; 16,4%), insuficiência cardíaca (n=14; 9,2%), neoplasia (n=13; 8,6%), alcoolismo (n=11; 7,2%) e a doença coronária (n=10; 6,6%). A hipertensão arterial, a diabetes, a insuficiência cardíaca e a insuficiência renal associaram-se aos EA com significância estatística ($p\text{-value}<0,05$), ou seja, os EA ocorreram com mais frequência nos utentes com estes fatores de risco. De realçar que estes fatores de risco à semelhança do que acontece com as consequências dos incidentes de segurança, não são de resposta exclusiva, pelo que a soma das contagens e proporções associadas são maiores do que o total da amostra (N) e do que 100%.

Tabela 43 - Notificações de EA por fatores de risco intrínsecos

Fatores de Risco Intrínsecos	Não ocorreu EA		Ocorreu EA		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Hipertensão Arterial*	22	32,8	42	49,4	64	42,1
Diabetes*	10	14,9	26	30,6	36	23,7
Dislipidemia	11	16,4	21	24,7	32	21,1
Obesidade	10	14,9	17	20,0	27	17,8
Depressão	9	13,4	16	18,8	25	16,4
Insuficiência Cardíaca**	1	1,5	13	15,3	14	9,2
Neoplasia	5	7,5	8	9,4	13	8,6
Alcoolismo	3	4,5	8	9,4	11	7,2
Doença Coronária	2	3,0	8	9,4	10	6,6
Insuficiência Renal **	0	0	9	10,6	9	5,9
DPOC	2	3,0	6	7,1	8	5,3
Défice Imunitário	0	0	4	4,7	4	2,6
Úlcera de Pressão	0	0	4	4,7	4	2,6
Neutropenia	1	1,5	2	2,4	3	2,0
Cirroze Hepática	0	0	2	2,4	2	1,3
Dependência de Fármacos	0	0	2	2,4	2	1,3
HIV / Sida	1	1,5	1	1,2	2	1,3
Hipo albuminemia	0	0	1	1,2	1	0,7

Teste de Fisher ** $p\text{-value}<0,001$; * $p\text{-value}<0,05$; DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)

Verificou-se que a presença de fatores de risco extrínsecos nos utentes com EA (Tabela 44) foi muito baixa nos CSP RAM. Todos os utentes com fatores de risco extrínseco tinham também fatores de risco intrínsecos. Os principais fatores de risco extrínsecos presentes nos utentes com evento adverso, foram a algaliação (n=3; 2,0%) e a nutrição entérica (n=2; 1,3%), sendo que não foi encontrada qualquer significância estatística (p-value>0,05) entre este tipo de fator e a ocorrência/notificação de EA.

Tabela 44 - Número de notificações por fatores de risco extrínsecos e ocorrência de EA

Fatores de Risco Extrínsecos	Não ocorreu EA		Ocorreu EA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Algaliação	0	0	3	3,5	3	2,0
Nutrição Entérica	2	3,0	0	0	2	1,3
Traqueostomia	1	1,5	0	0	1	0,7
Terapia Imunossupressora	2	3,0	3	3,5	5	3,3
Colostomia	0	0	1	1,2	1	0,7
Sonda Nasogástrica	0	0	1	1,2	1	0,7

Teste de Independência de Fisher p-value >0,05; Nº (Número); % (Porcentagem)

2.3.9. POSSÍVEIS FACTORES CAUSAIS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA

Nas 152 notificações analisadas, identificamos pelo menos um possível fator causal e em 73% das notificações estiveram envolvidos dois ou mais fatores.

Destaca-se que, de entre os possíveis fatores causais mais frequentes, 69% estavam associados à medicação, 54% aos cuidados de saúde prestados, 41% aos problemas de comunicação e 22% ao diagnóstico (Tabela 45).

No Diagrama de Causa e Efeito também conhecido como Espinha de Peixe, Diagrama 6M ou Diagrama Ishikawa apresentado na Figura 23, descrevemos, de forma esquemática, a relação entre os EA identificados no nosso estudo e as causas que para eles contribuíram.

Tabela 45 - Fatores Causais dos incidentes de segurança

FATORES CAUSAIS	N	%
Relacionados com a Medicação	106	69,1
Relacionados com os Cuidados	79	54,0
Relacionados com a Comunicação	62	40,9
Relacionados com o Diagnóstico	33	21,7
Outras Causas	28	18,2
Problemas Administrativos	24	15,8

Em 34% dos EA relacionados com a medicação ocorreu uma reação adversa medicamentosa, em cerca de 7% houve administração de medicação errada e em 9% monitorização insuficiente da terapêutica prescrita. Os cuidados inapropriados ao doente foram referidos em 31% das notificações de EA e em 22% dos casos estes cuidados foram considerados inapropriados mesmo perante sinais de alerta. Uma técnica aplicada inapropriadamente foi referida em 16 formulários (19%) - (Quadro 8 e Figura 23).

Quadro 8 - Fatores causais dos EA

	FACTORES CAUSAIS	Não Ocorreu EA		EA		Total	
		Nº	%	Nº	%	N	%
Relacionados com a Medicação	Reação Adversa Medicamentosa	32	42,8	29	34,1	61	40,1
	Medicação Errada	5	7,5	6	7,1	11	7,2
	Dose Incorreta de medicamento	1	1,5	2	2,4	3	2,0
	Omissão de uma dose, medicação ou vacina	2	3,0	4	4,7	6	3,9
	Frequência de administração incorreta	0	0	2	2,4	2	1,3
	Monitorização Insuficiente	2	3,0	8	9,4	10	6,6
	Erro na dispensa / venda do medicamento	2	3,0	4	4,7	6	3,9
	Doente errado	1	1,5	0	0,0	1	0,7
	Duração do tratamento incorreta	0	0	3	3,5	3	2,0
	Falha na adesão ao tratamento	0	0	1	1,2	1	0,7
	Interação medicamentosa	1	1,5	0	0	1	0,7
Problemas Administrativos	Perda de documentos	1	1,5	0	0	1	0,7
	Engano na informação médica (por exemplo registo de resultados analíticos de um outro doente...)	2	3,0	0	0	2	1,3
	Erro na identificação do doente *	5	7,5	0	0	5	3,3
	Longa lista de espera / atraso na observação do doente	4	6,0	7	8,2	11	7,2
	Problemas com o histórico do doente	1	1,5	3	3,5	4	2,6
	Erro de agendamento	1	1,5	0	0	1	0,7
Relacionados com diagnóstico	Erro no diagnóstico	5	7,5	3	3,5	8	5,3
	Atraso na referência para cuidados hospitalares	4	6,0	5	5,9	9	5,9
	Atraso no diagnóstico	6	9,0	10	11,8	16	10,5
Relacionados com a Comunicação	Médico – Doente	6	9,0	15	17,6	21	13,8
	Médico – Enfermeiro	0	0	3	3,5	3	2,0
	Enfermeiro – Doente *	0	0	7	8,2	7	4,6
	Entre médicos	2	3,0	10	11,8	12	7,9
	Barreira linguística	0	0	1	1,2	1	0,7
	Barreira Cultural	1	1,5	0	0	1	0,7
	Outra	7	10,4	10	11,8	17	11,2
Relacionados com os Cuidados Prestados	Cuidados inapropriados ao doente *	8	11,9	26	30,6	34	22,4
	Cuidados inapropriados perante sinais de alerta *	5	7,5	19	22,4	24	15,8
	Técnica aplicada inapropriadamente *	3	4,5	16	18,8	19	14,5
	Cuidados com o cateter inapropriados	0	0	2	2,4	2	1,3

Teste de Fisher **p-value*<0,05.

Tal como é possível observar no Quadro 8, tanto a comunicação com os utentes (barreiras culturais e linguísticas), como os problemas de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde e até mesmo os que ocorrem entre diferentes níveis assistenciais, são importantes no estudo causal dos incidentes de segurança em saúde. No APEAS-PT encontramos evidência estatística de que os problemas de comunicação entre os profissionais de enfermagem e os doentes estão associados à ocorrência/notificação de EA (*p-value* menor que 0,05). O mesmo acontece com os erros na identificação do doente e os cuidados inapropriados a este.

Quando estudamos os fatores causais relacionados com o diagnóstico (Quadro 8) verificamos que em 11,8% das notificações relativas a EA, ocorreu atraso no diagnóstico, em cerca de 6%

há atraso na referenciação para os cuidados hospitalares e em 3,5% verificou-se erro no diagnóstico; estes resultados vão em linha de conta com os cerca de 8% de atrasos na observação do doente (inclui problemas com longas listas de espera ou melhor dito, problemas com as listas de espera sejam elas longas ou curtas);

O formulário APEAS para além das questões dirigidas, permite a identificação de outros fatores causais dos EA (através de uma questão aberta). No nosso estudo, responderam a esta questão 28 profissionais (18%) e em quase 5% das ocorrências os profissionais consideraram que o dano ao doente, resultou da indisciplina / não cumprimento das *legis artis* por parte dos profissionais de saúde, o que poderá sinalizar alguns casos de negligência médica (Tabela 46). De realçar que inerente ao conceito EA estão acontecimentos inesperados e involuntários que ocorrem quando os profissionais de saúde exercem a sua atividade de acordo com as *legis artis*; quando falamos em negligência médica e/ou indisciplina do profissional de saúde entramos no âmbito da falta de zelo / cuidado e da falta de respeito pelos pressupostos éticos inerentes ao exercício da medicina e do verdadeiro “cuidar”. Verificamos ainda, através da análise das respostas a esta questão aberta, que a falta de recursos materiais e humanos esteve presente numa percentagem de casos não desprezível (Tabela 46); os 9 e 14% respetivamente detetados, que no seu conjunto perfazem 23%, refletem a perceção globalizada de todos nós acerca da falta de pessoal nos cuidados de saúde (dotações inseguras) sejam eles primários, secundários ou até mesmo terciários.

Tabela 46 - Outros Fatores Causais Identificados pelos profissionais de saúde

OUTROS FATORES CAUSAIS DOS EA	Número	Percentagem
Relacionados com o Tratamento	10	15,3
Falta de Recursos Humanos	9	13,7
Falta de Recursos Materiais	6	9,2
Indisciplina do Profissional de Saúde	3	4,6
TOTAL	28	18,2

A partir das variáveis qualitativas associadas aos fatores causais selecionados pelos profissionais de saúde, nomeadamente os fatores relacionados com a Medicação, Problemas Administrativos, Diagnóstico, Comunicação e com os Cuidados Prestados, foram criadas as variáveis quantitativas número de fatores causais relacionados com: a Medicação, Problemas Administrativos, Diagnóstico, Comunicação e com os Cuidados Prestados, respetivamente. Com a aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson*, nos eventos adversos, verificou-se que:

- O número de fatores causais do EA, relacionado com o diagnóstico, está correlacionado positivamente com o número de fatores causais relacionado com problemas administrativos ($r=0,366$; $p\text{-value}=0,001$) e com cuidados prestados ($r=0,260$; $p\text{-value}=0,016$), sendo que a correlação existente é estatisticamente significativa;
- O número de fatores causais do EA, relacionado com a comunicação está correlacionado positivamente com o número de fatores causais relacionado com cuidados prestados ($r=0,347$; $p\text{-value}=0,001$), sendo que a correlação existente é estatisticamente significativa. Assim, ao aumento ou à diminuição do número de fatores causais relacionado com a comunicação poderá estar associado o aumento ou diminuição, respetivamente, do número de fatores relacionado com cuidados prestados.

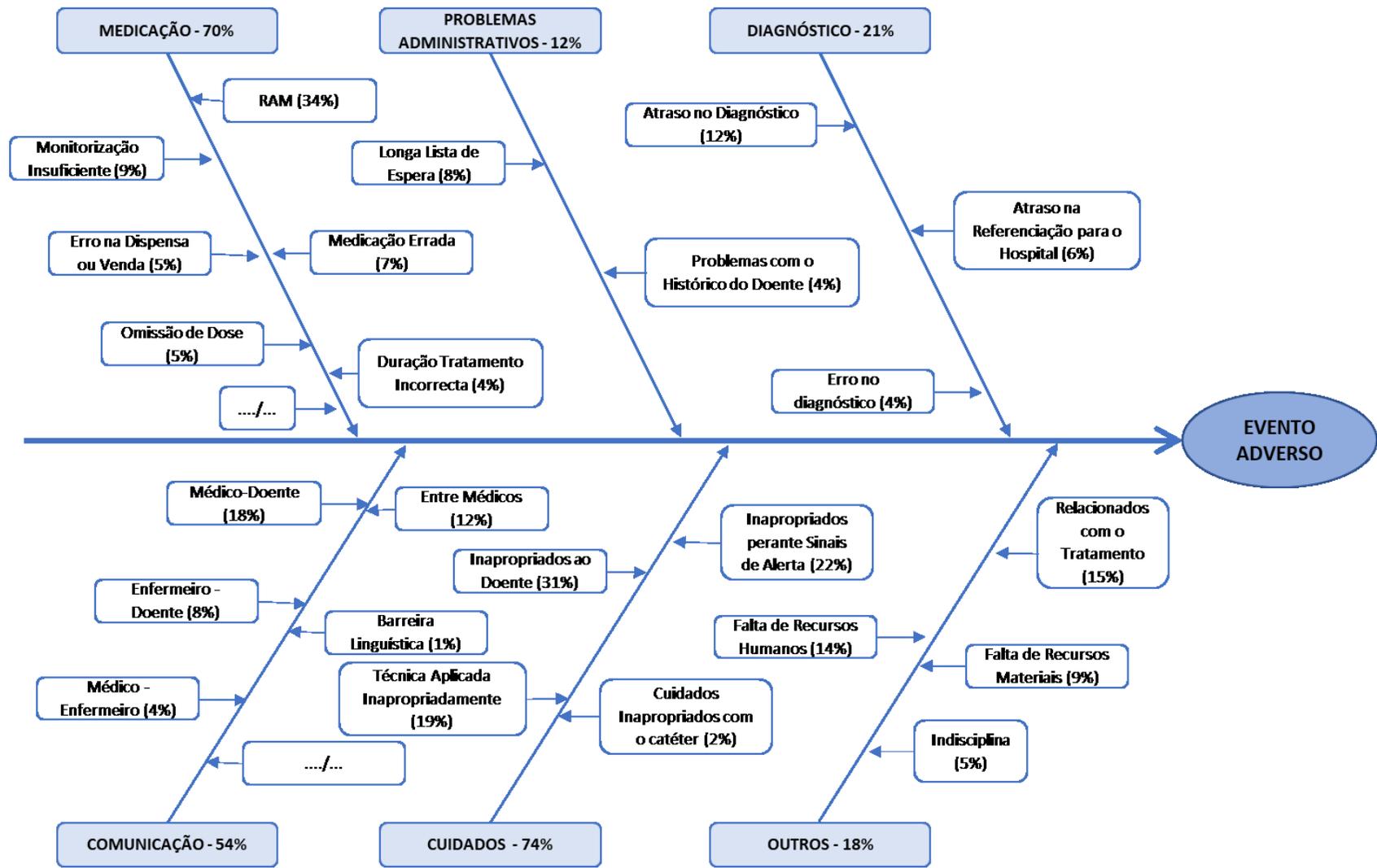


Figura 23 - Diagrama de Ishikawa

2.3.10. CONSEQUÊNCIAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA

Como possíveis consequências dos EA ocorridos/notificados (Quadro 9) destacamos a “Ansiedade, Stress e/ou Depressão” (44 casos – 51,8%), a “Necessidade de repetir procedimentos ou consultas” (43 casos – 50,6%) e o “Pior curso evolutivo da doença de base” (40 casos – 47,1%). Também frequentes foram as “Complicações secundárias a um procedimento” (23 casos – 27,1%), as reações secundárias a fármacos, tais como o “Prurido, eritema ou lesões dermatológicas” (10 casos – 11,8%) e as “Náuseas, vômitos ou diarreia” (8 casos – 9,4%).

Quadro 9 - Possíveis consequências dos incidentes de segurança nos doentes

POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA		Não ocorreu EA		Ocorreu EA		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Procedimento Clínico	Outras complicações relacionadas com o procedimento clínico	12	17,8	23	27,1	35	23,0
	Disfunção circulatória	1	1,5	5	3,9	6	5,9
	Hemorragia ou hematoma relacionado com uma intervenção cirúrgica ou procedimento clínico *	0	0,0	6	7,1	6	3,9
	Deiscência da Sutura	1	1,5	2	2,4	3	2,0
	Seromas, Abscessos ou Granulomas	1	1,5	2	2,4	2	2,0
	Hematúria relacionada com a Algaliação	0	0	2	2,4	2	1,3
Relacionados com Infecção Nosocomial	Infeção de ferida cirúrgica ou traumática	4	6,0	6	7,1	10	6,6
	Infeção de uma Úlcera de Pressão	0	0,0	4	4,7	4	2,6
	Infeção do Trato Urinário relacionada com a algaliação	1	1,5	2	2,4	3	2,0
	Bacteriemia associada ao uso de um dispositivo médico	0	0,0	3	3,5	3	2,0
	Infeção oportunista secundária ao tratamento com imunossuppressores ou antibióticos	1	1,5	0	0	1	0,7
Relacionados com os Cuidados Prestados	Outras consequências dos Cuidados Prestados	6	9,0	30	35,3	36	23,7
	Úlcera de Pressão	1	1,5	5	5,9	6	3,9
	Queimadura, feridas, quedas ou contusões (incluindo as resultantes de fraturas)	0	0	6	7,1	6	3,9
	Flebite	0	0,0	2	2,4	2	1,3
Relacionados com a Medicação	Náusea, vômitos ou diarreia secundários à medicação	7	10,4	8	9,4	15	9,9
	Epigastralgias (dores no estômago)	0	0	5	5,9	5	3,3
	Prurido, eritema ou outras lesões na pele relacionados com fármacos	10	14,9	10	11,8	20	13,2
	Reação alérgica sistémica	4	6,0	6	7,1	10	6,6
	Cefaleia	0	0	4	4,7	4	2,6
	Alterações neurológicas	5	7,5	2	2,4	7	4,6
	Outros efeitos (tosse, dispneia, boca seca...)	6	9	8	9,4	14	9,2
	Hipotensão	2	3,0	3	3,5	5	3,3
	Tensões arteriais de difícil controlo	0	0	3	3,5	3	2,0
	Hemorragia do trato digestivo superior	0	0	1	1,2	1	0,7
	Hemorragia relacionada com o uso de anticoagulantes	0	0	1	1,2	1	0,7
	Enfarte Agudo Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Tromboembolismo Pulmonar, Trombose Venosa Profunda	0	0,0	2	2,4	2	1,3
	Desequilíbrio hidroeletrólítico	1	1,5	2	2,4	3	2,0
	Edema, Insuficiência cardíaca ou choque	2	3,0	4	4,7	6	3,9
	Alterações da frequência e/ou ritmo cardíaco	0	0,0	5	5,9	5	3,3

POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA		Não ocorreu EA		Ocorreu EA		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Alterações da função (hepática, renal, tiroideia...)	3	4,5	2	2,4	5	3,3
	Glicemias de difícil controlo	0	0,0	3	3,5	3	2,0
	Efeitos locais ou febre após vacina ou fármacos de aplicação cutânea	0	0,0	4	4,7	4	2,6
	Difícil controlo da dor *	0	0,0	8	9,4	8	5,3
Consequências Gerais	Ansiedade, Stress ou Depressão *	20	29,9	44	51,8	64	42,1
	Necessidade de repetir procedimentos/ internamentos/ consultas *	19	21,4	43	50,6	62	40,8
	Pior evolução da doença de base **	5	7,5	40	47,1	45	29,6

Teste de Fisher ***p-value*<0,001; **p-value*<0,05; Nº (Número); % (Percentagem)

Existe evidência estatística (*p-value* menor que 0,05) de que as consequências “Difícil controlo da dor”, “Ansiedade, stress ou depressão”, “Necessidade de repetir procedimentos/internamentos/consultas” e “Pior evolução da doença de base” estão associadas à ocorrência de EA. Esta associação é mais evidente entre os EA e a pior evolução da doença de base (*p-value* menor que 0,001).

Quando transformamos as variáveis qualitativas associadas às Consequências/Efeitos dos EA no doente (nomeadamente as relacionadas com: Procedimento Clínico, Infecção Nosocomial, Cuidados Prestados, Medicação e Consequências Gerais) nas variáveis quantitativas - número de consequências/efeitos causados ao doente (no contexto dos EA) (relacionados com: Procedimento Clínico, Infecção Nosocomial, Cuidados Prestados, Medicação e Consequências Gerais, respetivamente) e aplicando o coeficiente de correlação de *Pearson*, verificou-se que:

- O número de consequências/efeitos causados ao doente relacionado com o procedimento clínico mostrou-se correlacionado positivamente com o número de consequências/efeitos relacionado com a Infecção Nosocomial ($r=0,282$; *p-value*=0,009), com os cuidados prestados ($r=0,357$; *p-value*=0,001) e com as consequências gerais ($r=0,368$; *p-value*=0,001), sendo que a correlação existente foi estatisticamente significativa. Assim, ao aumento ou à diminuição do número de consequências/efeitos causados ao doente relacionado com o procedimento clínico poderá estar associado um aumento ou diminuição, respetivamente, do número de consequências/efeitos relacionado com a infeção nosocomial, cuidados prestados e consequências gerais;
- O número de consequências/efeitos causados ao doente relacionado com os cuidados prestados está correlacionado positivamente com o número de consequências/efeitos relacionado com a Infecção Nosocomial ($r=0,339$; *p-value*=0,002) e com as consequências gerais ($r=0,446$; *p-value*=0), sendo que a correlação existente é estatisticamente significativa. Assim, ao aumento ou à diminuição do número de consequências/efeitos causados ao doente relacionado com os cuidados prestados poderá estar associado o aumento ou diminuição, respetivamente, do número de consequências/efeitos relacionado com a infeção nosocomial e com as consequências gerais.

2.3.11. IMPACTE DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA E NECESSIDADE DE CUIDADOS ADICIONAIS

Como indicador da gravidade dos EA, analisou-se o impacto destes eventos nos utentes. O impacto foi baseado nas repercussões clínicas e na necessidade de cuidados de saúde extra como consequência dos EA.

Como é possível verificar na tabela seguinte, alguns utentes sofreram mais do que uma consequência em simultâneo. Em 41,6% dos casos, os profissionais de saúde consideraram que se geraram sentimentos como a ansiedade, o stress e a depressão, em 40,3% houve a necessidade de repetir procedimentos, internamentos ou consultas e em 29,2% dos casos houve pior evolução da doença de base.

Tabela 47 - Consequências dos Incidentes de Segurança

CONSEQUÊNCIAS / EFEITOS	Número	Percentagem
Ansiedade, Stress ou Depressão	64	41,6
Necessidade de repetir procedimentos/ internamentos/ consultas	62	40,3
Pior evolução da doença de base	45	29,2
TOTAL	171	111,1

Mais de 95% dos incidentes de segurança exigiram mais cuidados ao nível dos centros de saúde, no sentido de resolvê-los e/ou minimizá-los. Em mais de metade dos casos, foi necessário mais observação e monitorização nos CSP (53%), 30% tiveram de ser submetidos a tratamentos adicionais e 16% dos casos necessitaram de exames complementares de diagnósticos (realizados ao nível dos centros de saúde). Os recursos hospitalares foram também utilizados na sequência destes acontecimentos inesperados (incidentes de segurança) em 32% dos casos (17% dos casos para consultas e/ou atendimento em serviço de urgência e 15% para internamento e/ou tratamentos de suporte de vida) (Tabela 48).

Ao analisar os cuidados (adicionais) prestados ao doente no contexto dos EA verifica-se o mesmo padrão de necessidade de cuidados, à exceção do que diz respeito aos recursos hospitalares, onde constatamos que os internamentos e/ou tratamentos de suporte de vida (intubação oro-traqueal, técnicas de reanimação, intervenção cirúrgica) foram mais frequentes (22 casos) do que o recurso a uma consulta hospitalar e/ou sala de emergência (sem hospitalização) (16 casos).

Tabela 48 - Cuidados de saúde prestados ao doente como consequência dos Incidentes de Segurança

CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS	Sem EA		Com EA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os cuidados não foram afetados/ alterados	11	16,4	5	5,9	16	10,5
Mais observação e monitorização nos Cuidados de Saúde Primários / CS*	28	41,8	52	61,2	80	52,6
Exames Complementares de Diagnóstico (Raio X, TAC, Análises...) no Centro de Saúde	7	10,4	18	21,2	25	16,4
Medicação ou tratamentos adicionais (antibioterapia, pequena cirurgia...) no Centro de Saúde *	12	17,9	32	37,6	44	28,9
Consulta adicional, referenciação ou recurso à sala de emergência (sem hospitalização)	10	14,9	16	18,8	26	17,1
Hospitalização. Tratamentos de suporte de vida (intubação oro-traqueal, técnicas de reanimação, intervenção cirúrgica) **	1	1,5	22	25,9	23	15,1

Teste de Fisher ***p-value* <0,001; **p-value*<0,05; Nº (Número); % (Percentagem)

É curioso verificar que em cinco notificações de EA não houve necessidade de prestar mais cuidados, ou modificar os cuidados que já estavam a ser prestados aos doentes (Tabela 48).

No APEAS-PT existe evidência estatística de que a ocorrência / notificação de EA está associada à necessidade de “Mais observação e monitorização nos CSP /CS”, “Medicação ou tratamentos adicionais no CS” e “Hospitalização; Tratamentos de suporte de vida”, sendo que nestes últimos, a evidência estatística é maior (Teste de Fisher *p-value* menor que 0,001) – Tabela 48.

2.3.12. SEVERIDADE / GRAVIDADE DOS EVENTOS ADVERSOS

Para criar a variável severidade foram usados os seguintes critérios:

- Severa / Grave – Inclui as opções de resposta dadas à pergunta “Qual destas afirmações descreve melhor o impacto do acontecimento sobre o doente?": “Ocorreu EA e o doente ficou com dano permanente” e “Ocorreu EA que resultou na morte do doente”;
- Moderada - Inclui as opções de resposta dadas à pergunta “Que cuidados foram prestados ao doente no contexto do Evento Adverso?": “Medicação ou tratamentos adicionais (antibioterapia, pequena cirurgia...) no Centro de Saúde”; “Consulta adicional, referência ou recurso à sala de emergência (sem hospitalização)” e “Hospitalização. Tratamentos de suporte de vida (intubação oro-traqueal, técnicas de reanimação, intervenção cirúrgica)”;
- Ligeira / Leve - Inclui as opções de resposta dadas à pergunta “Que cuidados foram prestados ao doente no contexto do Evento Adverso;”: “Os cuidados não foram afetados/ alterados”; “Mais observação e monitorização nos Cuidados de Saúde Primários / Centro de Saúde”; e “Exames Complementares de Diagnóstico (Raio X, TAC, Análises...) no Centro de Saúde”;

Para os casos onde os profissionais de saúde selecionaram mais de uma opção de resposta nas perguntas supramencionadas, foi considerada na categorização da severidade o grau mais grave ou severo.

Através desta categorização, notamos que a maioria dos EA foram ligeiros (54%) seguindo-se dos EA severos com 26% das notificações (Tabela 49). Com a aplicação do teste de independência do qui-quadrado apuramos que de facto há uma associação entre a ocorrência/notificação de EA e o grau de severidade destes eventos (*p-value* = 0) com os EA notificados a serem sobretudo de severidade ligeira.

Tabela 49 - Grau de severidade dos EA e dos Incidentes

Grau de Severidade	Incidentes		Ocorreu EA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ligeira	44	81,5	46	54,1	90	64,7
Moderada	10	18,5	17	20,0	27	19,4
Severa	0	0,0	22	25,9	22	15,8
Total	54	100	85	100	139	100

Teste de Independência do Qui-Quadrado *p-value*= 0; (Número); % (Percentagem)

Ao estudar o grau de severidade dos incidentes de segurança, por categorias profissionais (Tabela 50) verificamos que tanto os médicos especialistas, quanto os médicos internos e os enfermeiros notificaram sobretudo incidentes de segurança de gravidade ligeira. Apesar de não ser estatisticamente significativo ($p\text{-value}= 0,615$) enquanto os médicos especialistas notificaram, em segundo lugar, incidentes de gravidade moderada (21,3%), a maioria dos enfermeiros notificou mais EA de gravidade severa (21,4%) comparativamente com os de gravidade moderada (17,9%). Mais uma vez torna-se necessário explicar que o total de incidentes de segurança apresentado na tabela 50 (119) é diferente do apresentado na tabela anterior (139) pois as variáveis associadas são outras e houve profissionais de saúde que preencheram o questionário, mas não especificaram a sua categoria profissional.

Tabela 50 - Severidade dos Incidentes de segurança por categoria profissional

Grau de Severidade	Profissão							
	Enfermeiro		Médico de MGF		Interno MGF		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ligeira	17	60,7%	51	68,0	12	75,0	80	67,2
Moderada	5	17,9	16	21,3	2	12,5	23	19,3
Severa	6	21,4	8	10,7	2	12,5	16	13,4
Total	28	100,0	75	100,0	16	100,0	119	100,0

Teste de Independência do Qui-Quadrado $p\text{-value}= 0,615 > 0,05$; (Número); % (Porcentagem)

Nota: 3 células (33,3%) têm contagens inferiores a 5. O mínimo expectável de contagens inferiores a 5 é 2,15;

Transformando a variável grau de severidade numa variável dependente e binária (Severa versus Moderada/Ligeira) e aplicando um modelo multivariado (regressão logística) entre esta variável e as seguintes variáveis independentes (Profissão; Grupo-Etário do profissional de saúde; Zona/ACES de preenchimento do questionário; Anos de serviço do profissional de saúde; Idade do Doente; Nível de cuidados de saúde onde o problema aconteceu (Atendimento Urgente no Centro de Saúde; Consultas Médicas no Centro de Saúde; Consultas de Enfermagem do Centro de Saúde; Serviço de Urgência Hospitalar; Internamento prévio; Outros serviços hospitalares; Consultas Médicas de outras especialidades; Farmácia; Outros locais - ervanárias, clínicas de reabilitação...); Número de Fatores de Risco Intrínsecos; Número de Fatores de Risco Extrínsecos; Consequências / efeitos causados no doente; Número de Fatores Causais do EA) verifica-se que não ter (ou ter poucos) fatores de risco intrínsecos, não ter fatores relacionados com o diagnóstico e com a comunicação, e não ter tido uma consulta médica nos CSP são determinantes (com significância estatística) da severidade dos EA (Tabela 51).

Tabela 51 - Medidas e variáveis associadas ao modelo logístico Severidade

Variáveis Explicativas	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
N.º de fatores de Risco Intrínsecos	0,991	0,356	7,754	1	0,005	2,693	1,341	5,41
N.º de fatores relacionados com o diagnóstico	2,215	0,870	6,487	1	0,011	9,163	1,666	50,40
N.º de fatores relacionados com a comunicação	1,586	0,613	6,683	1	0,010	4,883	1,467	16,25
Consultas Médicas no Centro de Saúde	5,510	2,143	6,608	1	0,010	247,077	3,702	16.490,29
Constante	-10,669	3,226	10,937	1	0,001	0,000		

Omnibus Tests of Model Coefficients $p\text{-value}=0$

Nagelkerke R Square = 0,638

3. MOSOPSC E APEAS (RAM)

No MOSOPSC a categoria profissional que mais participou foi a enfermagem (42,1%), no APEAS-PT foi a classe médica que contribuiu com mais questionários preenchidos (Tabela 52).

Tabela 52 - Frequência de respostas no MOSOPSC e APEAS – RAM por categoria profissional

Categoria Profissional	MOSOPSC (Nº / %)	APEAS (Nº / %)
Enfermeiro(a)	203 / 42,1	30 / 19,7
Médico(a) de Família	61 / 12,6	79 / 52,0
Interno MGF	27 / 5,6	16 / 10,5
Sem resposta	29 / 6,0	27 / 17,8
Outras categorias profissionais	163 / 33,7	-
TOTAL	483 / 100	152 / 100

(Número); % (Porcentagem)

A maioria dos participantes nas duas fases do estudo tinham idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos (Tabela 53).

Tabela 53 - Frequência de respostas no MOSOPSC e APEAS RAM por idade do profissional de saúde

Idade do Profissional	MOSOPSC (Nº / %)	APEAS (Nº / %)
20-30 anos	53 / 11,0	20 / 13,2
31-40 anos	175 / 36,3	69 / 45,4
41-50 anos	148 / 30,6	22 / 14,5
Mais de 51anos	89 / 18,4	26 / 17,0
Sem resposta	18 / 3,7	15 / 9,9
TOTAL	483 / 100	152 / 100

(Número); % (Porcentagem)

Os profissionais a exercerem funções no Agrupamento de centros de saúde da zona Funchal foram os que mais participaram no preenchimento dos dois questionários, seguindo-se o ACES zona Oeste (Tabela 54).

Tabela 54 - Frequência de respostas no MOSOPSC e APEAS RAM por ACES

ACES	MOSOPSC (Nº / %)	APEAS (Nº / %)
Funchal	173 / 35,8	66 / 43,4
Oeste	159 / 32,9	42 / 27,6
Leste	132 / 27,3	34 / 22,4
Sem Resposta	19 / 3,9	10 / 6,6
TOTAL	483 / 100	152 / 100

(Número); % (Porcentagem)

Enquanto no MOSOPSC-RAM 40,4% dos profissionais de saúde (inclui médicos, enfermeiros, técnicos, psicólogos, nutricionistas...) trabalhavam há 11 ou mais anos no local onde foi preenchido o questionário, no APEAS-PT, 30,9% trabalhavam há 6-11 anos e 25% entre três a seis anos, tal como é possível verificar na tabela 55.

Tabela 55 - Frequência de respostas no MOSOPSC e APEAS RAM por tempo de serviço

Resposta	MOSPSC (Nº / %)	APEAS (Nº / %)
Menos de 1 ano	26 / 5,4	-
Entre 1 Ano e menos de 3	60 / 12,4	19 / 12,5
Entre 3 e menos de 6	60 / 12,4	38 / 25,0
Entre 6 e 11 anos	114 / 23,6	47 / 30,9
11 anos ou mais	195 / 40,4	33 / 21,7
Sem resposta	28 / 5,8	15 / 9,9
TOTAL	483 / 100	152 / 100

(Número); % (Porcentagem)

Apesar de não podermos garantir que os profissionais que responderam aos dois questionários foram os mesmos, para avaliar uma possível associação entre as características dos profissionais de saúde que preencheram o APEAS e o MOSOPSC, integramos a informação tendo por base a Zona / ACES onde os questionários foram preenchidos. Seleccionamos as respostas positivas dadas às perguntas “No geral, como classifica o seu serviço em cada uma das seguintes áreas da qualidade dos cuidados de saúde?” e “Em geral, como classificaria os sistemas e procedimentos clínicos que têm lugar no seu serviço para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afetar os doentes?” do MOSOPSC e as respostas dadas no APEAS às questões relativas à evitabilidade, causalidade e severidade dos EA.

Com a aplicação do coeficiente de correlação de *Spearman*, verificamos que nos CS com mais notificações ou registos de EA existe também uma melhor avaliação da cultura de segurança ao nível da qualidade do serviço ser centrada no doente ($r=0,753$; $p\text{-value}=0,012$), efetiva ($r=0,765$; $p\text{-value}=0,010$), oportuna ($r=0,689$; $p\text{-value}=0,027$), eficiente ($r=0,652$; $p\text{-value}=0,041$) e equitativa ($r=0,782$; $p\text{-value}=0,008$) – Quadro 10. O mesmo acontece com a classificação dos sistemas e procedimentos clínicos que têm lugar nos CSP da RAM para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afetar os doentes ($r=0,715$; $p\text{-value}=0,020$) – Quadro 10.

No que diz respeito aos incidentes, encontramos também uma correlação positiva entre os ACES com mais registos ou notificações de incidentes e as melhores classificações que os profissionais atribuíram aos sistemas e procedimentos adotados nos CSP da RAM para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afetar os doentes ($r=0,641$; $p\text{-value}=0,046$) – Quadro 10.

Ao analisarmos uma possível relação de causalidade entre o atendimento prestado pelos profissionais de saúde e a ocorrência do incidente/evento adverso verificamos que existe uma correlação positiva entre os ACES com um sistema de cuidados mais centrados nos doentes ($r=0,654$; $p\text{-value}=0,040$), efetivos ($r=0,713$; $p\text{-value}=0,021$) e equitativos ($r=0,740$; $p\text{-value}=0,014$) e a causalidade dos incidentes de segurança – Quadro 10.

A severidade ligeira dos incidentes e EA notificados está correlacionada positivamente com os cuidados de saúde centrados no doente ($r=0,648$; $p\text{-value}=0,043$), efetivos ($r=0,636$; $p\text{-value}=0,048$) e equitativos ($r=0,659$; $p\text{-value}=0,038$). Este mesmo grau de severidade dos incidentes e EA também se correlacionou positivamente com a classificação dos sistemas e procedimentos clínicos ($r=0,641$; $p\text{-value}=0,046$) – Quadro 10.

Quadro 10 - Coeficientes de correlação de *Spearman*, entre as áreas da qualidade e a classificação dos sistemas e procedimentos - com a ocorrência e tipo de incidentes de segurança

Áreas da Qualidade	Incidentes	EA	Evitab_S	Causal_S	Causal_L	Severo	Moderado	Ligeiro
Centrada	0,614	0,753*	0,298	0,654*	0,428	0,438	0,591	0,648*
	0,059	0,012	0,404	0,040	0,217	0,206	0,072	0,043
Efetiva	0,608	0,765**	0,353	0,713*	0,441	0,475	0,541	0,636*
	0,062	0,010	0,317	0,021	0,202	0,165	0,106	0,048
Oportuna	0,591	0,689*	0,251	0,584	0,420	0,418	0,546	0,610
	0,072	0,027	0,485	0,076	0,227	0,230	0,103	0,061
Eficiente	0,560	0,652*	0,171	0,525	0,356	0,330	0,558	0,561
	0,092	0,041	0,636	0,119	0,313	0,351	0,093	0,092
Equitativa	0,622	0,782**	0,391	0,740*	0,472	0,517	0,533	0,659*
	0,055	0,008	0,263	0,014	0,168	0,126	0,112	0,038
Classificação positiva dos sistemas e procedimentos	0,641*	0,715*	0,277	0,627	0,429	0,367	0,625	0,641*
	0,046	0,020	0,439	0,053	0,216	0,297	0,053	0,046

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed); **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed);
Evitab_S (Evitabilidade Severa); Causal_S (Causalidade Severa); Causal_L (Causalidade Ligeira)

V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA

Ao longo do caminho percorrido com vista à obtenção dos resultados, deparamo-nos com questões metodológicas, que foram no mínimo, desafiadoras. Em primeiro lugar destacamos as questões inerentes ao processo de tradução e adaptação do MOSOPSC:

- Quando os autores fazem referência aos “*primary care*”, “*ambulatory care*”, “*outpatients*” podem estar a referir-se a cuidados de saúde prestados no ambulatório mas que fazem parte de programas de cuidados hospitalares, realidade que é totalmente diferente da que acontece em Portugal, onde para além dos cuidados de saúde terciários, falamos de cuidados de saúde primários (Unidades de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Centros de Saúde) e cuidados de saúde secundários (hospitalares);

- Um outro aspeto que convém realçar é o facto de que muitos dos estudos apresentados, realizados nos “*Medical Offices*” não são realizados nos que são para nós considerados sistemas de saúde públicos e dizem muitas vezes respeito a cuidados de saúde nos sistemas “privados” ou abrangidos por seguradoras^{191,192}. O facto dos cuidados de saúde serem ou não gratuitos influencia sobremaneira o recurso / taxa de utilização destes serviços;

- Muitos sistemas de saúde para além da “nossa” equipa base que sustenta os CSP (médicos de medicina geral ou familiar, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e pessoal administrativo) são também formados por pediatras, dentistas e farmacêuticos¹⁹², o que representa uma logística de funcionamento diferente da observada nos CSP da RAM;

Após o processo de tradução, adaptação e retroversão, o coeficiente de reprodutividade alfa de *Cronbach* final para o questionário aplicado à RAM foi de 0.87, o que corresponde a uma forte precisão do instrumento. Como os valores isolados de alfa de *Cronbach* são uma estimativa da fiabilidade dos dados obtidos e este valor pode estar sujeito a alguns vieses (questionário longo; alguma redundância, isto é, a existência de questões praticamente iguais, verbalizadas de forma diferente) procedemos também ao cálculo das correlações inter-item, que confirmaram a coerência e consistência interna do MOSOPSC-RAM na avaliação da cultura de segurança dos doentes.

O valor mais baixo do alfa de *Cronbach* foi de 0,78 na dimensão “Gestão e troca de Informação com outros serviços”, devido essencialmente à opção de resposta “Outros” que apresentou um inter-item fraco (correlação igual 0.137). Constitui uma nossa proposta de melhoria para uma versão mais definitiva do questionário, eliminar esta opção de resposta, o que aumenta a consistência interna da dimensão de 0.78 para 0.87. O índice de legibilidade do MOSOPSC RAM foi de 82,1 o que representa um valor mais alto do que o verificado no processo de tradução do MOSOPSC para Espanha¹⁹³ mas que à semelhança do que aconteceu com este, reflete uma legibilidade muito fácil na escala de *Inflesz*.

Os 483 questionários válidos representam uma taxa de participação de 52% e uma média de 16 questionários preenchidos / válidos por centro de saúde. Uma vez que a divulgação e indicações para preenchimento do questionário foram uniformes, a sua aplicação decorreu de

igual forma em todos os CS da RAM e o tamanho amostral permitiu identificar e analisar diferenças estatisticamente significativas entre os vários CS que compõem os CSP da RAM, consideramos os 483 questionários válidos, representativos da população em estudo.

No estado de Ohio, nos EUA um estudo publicado em 2012 obteve uma taxa de participação de 79%¹⁶⁶. Na Arábia Saudita, em Al-Mukala (Yemen) realizou-se em 2015 o primeiro estudo sobre cultura de segurança realizado em países em desenvolvimento e apesar da taxa de participação ser de 71%¹⁷⁹, correspondeu ao preenchimento do questionário por apenas 78 profissionais de saúde.

Apesar das diferenças populacionais, estruturais e organizacionais entre os CSP, na RAM, em Portugal continental ou a nível internacional, exigirem cautela nas comparações entre estudos, ao longo desta discussão, fazemos referência a alguns trabalhos de investigação onde foi efetuada a aplicação do MOSOPSC nos CSP. Na tabela 56 e figura 24 apresentamos as percentagens de respostas positivas observadas nestes estudos. OS resultados são apresentados na tabela por ordem decrescente de percentagem de respostas positivas observadas no nosso estudo (RAM 2016).

Tabela 56 - Percentagem de respostas positivas nos diferentes estudos que aplicaram o MOSOPSC nos CSP

Dimensões da Cultura de Segurança dos Doentes	RAM 2016	DGS 2015	AHRQ 2016	YEMEN 2015	OHIO 2012	ESPANHA 2010
D1 - Trabalho em Equipa	83	76	87	96	83	57
D2 - Seguimento do Doente	79	77	86	52	75	63
D3 - Aprendizagem Organizacional	72	72	80	83	71	63
D4 - Perceções Gerais sobre a Qualidade e SD	72	70	80	77	75	48
D5 - Qualidade e Segurança dos Doentes	67	71	86	-	69	72
D6 - Gestão e Troca de Informação com outros Serviços	67	70	82	-	51	58
D7 - Treino e Formação dos Profissionais da Equipa	64	46	75	61	74	42
D8 - Processos Administrativos e Uniformização de Procedimentos	60	54	69	65	64	34
D9 - Comunicação acerca do Erro	57	55	71	67	59	48
D10 - Abertura na Comunicação	50	54	69	58	65	42
D11 - Suporte por parte das Chefias / Gestão / Liderança	49	29	69	63	62	39
D12 - Pressão / Ritmo / Quantidade de Trabalho	24	21	50	57	37	12

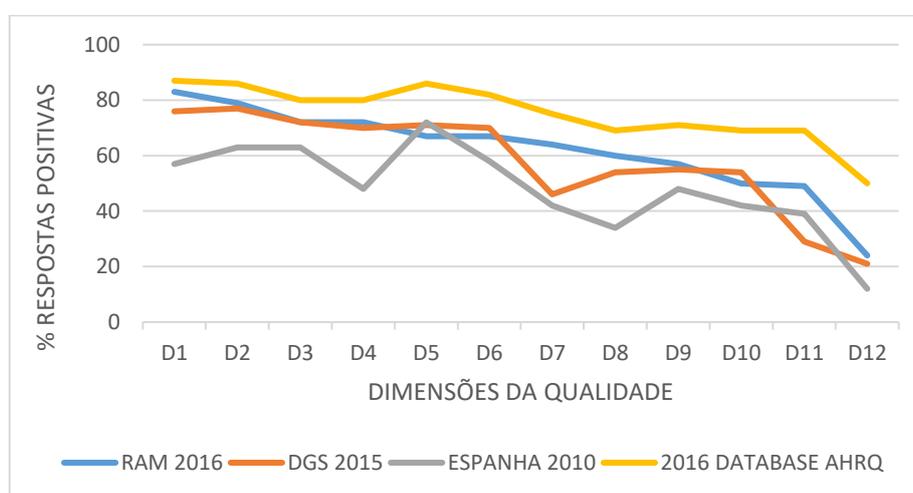


Figura 24 - Percentagem de respostas positivas por dimensões da qualidade em diferentes estudos

Na base de dados da AHRQ apresentada em 2016 a participação foi de 68% e à semelhança do que aconteceu nos CSP da RAM, a média de questionários preenchidos e válidos foi de 16 por centro de saúde. Esta base de dados constitui uma referência útil para comparação¹⁹⁴ devido ao grande número de participantes e ao rigor metodológico aplicado. Torna-se necessário, identificar algumas diferenças metodológicas entre o estudo da AHRQ e o MOSOPSC aplicado nos CSP da RAM. Para além das questões conceituais que já identificamos é de realçar que os 1528 “*medical offices*” (CS) participantes nesta base de dados foram selecionados de uma forma não estatística e não representativa da população (representaram menos de um por cento do total de “*medical offices*” existentes¹⁹⁴). Por outro lado, enquanto na RAM a colheita de dados decorreu em quatro meses, na base de dados da AHRQ as respostas foram recolhidas durante dois anos.

As dimensões do MOSOPSC-RAM com maior número de respostas “não sei ou não se aplica” foram a “Qualidade e SD”, a “Gestão e troca de informação com outros serviços”, e o “Seguimento do doente”. Estes resultados são semelhantes aos verificados em Espanha¹⁹³. No que diz respeito à falta de resposta ou “*missing values*” destacam-se as dimensões “Gestão e troca de informação com outros serviços”, “Qualidade e SD” e o “Suporte por parte das chefias / gestão / liderança”. Verificamos que foram os assistentes sociais que selecionaram mais vezes a opção de resposta “Não sei ou não se aplica”, seguindo-se dos psicólogos, assistentes operacionais, assistentes técnicos, nutricionistas, médicos internos de MGF, enfermeiros, órgãos de gestão e por fim os médicos de família. Este padrão de respostas está de acordo com as atividades desempenhadas pela maioria dos profissionais participantes (42% de enfermeiros, 15% de assistentes operacionais e 14% de assistentes técnicos) e que não incluem a revisão terapêutica ou o seguimento de resultados / relatórios de exames, que são competências essencialmente médicas. Estas percentagens de participantes refletem a população de profissionais nos CSP da RAM, que carece sobretudo de médicos de família.

Ao ajustarmos o número de participantes ao total de profissionais dentro de cada categoria profissional, verificamos que proporcionalmente, foi a classe médica que mais participou (55% dos médicos de família da RAM e 100% dos médicos internos de MGF), seguindo-se a classe de enfermagem (53%).

No que respeita à idade dos profissionais de saúde, 70% tinham idades compreendidas entre os 31 e os 50 anos (38% com idades entre os 31 e os 40 anos e 32% entre os 41 e os 50 anos). Trabalhavam 33 a 40 horas por semana 85% dos profissionais e 43% destes já trabalhavam há 11 ou mais anos no mesmo serviço. Os valores apresentados refletem, por um lado, alguma estabilidade quanto ao local de trabalho dos profissionais, e por outro, alguma experiência profissional dos profissionais que preencheram o questionário.

Nos CSP da RAM destacam-se como áreas fortes ou robustas da cultura de segurança dos doentes (percentagem de respostas positivas igual ou superior a 75%), o trabalho em equipa com 83% de respostas positivas e o seguimento dos doentes com 79% de respostas positivas. Como dimensões fracas (médias percentuais de respostas positivas iguais ou inferiores a 50%) destacam-se a “Pressão / Ritmo / Quantidade de Trabalho” com 24% de respostas positivas, o “suporte por parte das chefias / gestão / liderança” (49%) e a “Abertura na comunicação” (50%). As restantes dimensões (que obtiveram percentagem de respostas positivas entre os 49 e os 74%) não sendo problemáticas devem ser melhoradas¹⁸⁴.

Apesar do “Trabalho em equipa” nos CSP da RAM destacar-se como dimensão da qualidade com melhor cotação e todos os profissionais (independentemente do tempo de serviço e da categoria profissional) terem atribuído uma percentagem média de respostas positivas maior ou igual a 93% ao constructo “Neste serviço tratamos os outros com respeito” (C5), a sobrecarga de trabalho e pressão ao executá-lo pode (a curto, médio prazo) diluir valores como a ajuda, o respeito, a camaradagem e a partilha de tarefas e responsabilidades.

A “Pressão / ritmo / quantidade de trabalho” nos CSP foi de facto a dimensão com menor percentagem de respostas positivas na RAM, em Portugal continental, nos Açores e em todos os estudos internacionais analisados. Representam assim aspetos da qualidade que precisam da implementação de medidas de melhoria urgentes para poder minimizar os seus efeitos, que a curto, médio prazo repercutir-se-ão na saúde dos doentes, e, não menos importante, na saúde dos profissionais de saúde. Os 24% de percentagem de respostas positivas atribuídos pelos profissionais dos CSP da RAM a esta dimensão, reflete insatisfação e sobrecarga de trabalho. Quando 83% dos profissionais de uma organização de saúde assumem sentir sobrecarga de trabalho quando estão a cuidar de doentes (C3) e 77% destes, afirma que “Temos demasiados doentes para o número de prestadores de cuidados” (C6), com 69% a discordar da expressão “Temos o número suficiente de profissionais para prestar cuidados aos doentes” (C11), é urgente analisar e mudar esta realidade. O cumprir das dotações seguras no número de profissionais de saúde deve ser um imperativo legal ao invés de representar o que seria ideal na prestação de cuidados. Na opinião da doutoranda, numa área como a medicina os ideais devem ser metas obrigatórias a serem atingidos no mais curto espaço de tempo possível.

Ao contrário do que aconteceu na Holanda onde a taxa de participação foi de 24% e as dimensões mais robustas foram a “Abertura na comunicação” e o “Suporte por parte das chefias / gestão / liderança”¹⁹⁵, em Portugal o caminho a percorrer para o alcance de um clima que favoreça a comunicação franca e a gestão por parte de líderes em vez de chefes é ainda longo. Na RAM 59% dos profissionais consideraram que os seus representantes atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados ao doente, contudo, esta mesma percentagem de profissionais afirmou que não estavam a investir os recursos suficientes para o aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Na avaliação da cultura de segurança dos doentes nos CSP portugueses realizada em 2015 pela DGS¹⁹⁶ a taxa de participação global foi de 20% com a Região Autónoma dos Açores a contribuir com uma participação de 39%. Neste estudo as dimensões mais robustas foram, à semelhança do que aconteceu na RAM, o “Seguimento do Doente” (77% de respostas positivas) e o “Trabalho em Equipa” com 76% de respostas positivas. As dimensões “Pressão / Ritmo / Quantidade de Trabalho” e o “Suporte por parte das chefias / gestão / liderança” com menos de 30% de respostas positivas revelaram-se fracas, tal como aconteceu na RAM e em Espanha. Como é possível observar na Figura 25 e Tabela 56 a percentagem de respostas positivas dadas nos CSP da RAM foram na sua maioria superiores ao observado no estudo nacional e no estudo espanhol, o que pode revelar uma cultura de segurança mais robusta na ilha de Madeira. Esta diferença na percentagem de respostas positivas é mais evidente nos resultados observados entre os CSP espanhóis e os da ilha da Madeira.

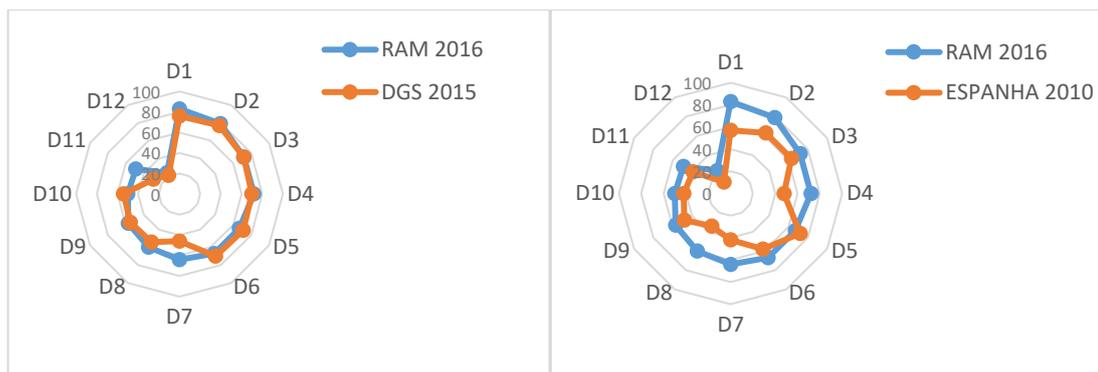


Figura 25 - Percentagem de respostas positivas na RAM vs Portugal Continental e na RAM vs Espanha

Relativamente ao Acesso aos Cuidados, é interessante verificar que 51% dos profissionais consideraram que um doente (quando apresentava um problema de saúde grave ou sério) não conseguiu marcar uma consulta num prazo de 48 horas. Quando analisamos a avaliação que os profissionais atribuíram à “Oportunidade” nos CSP da RAM constata-se que 57% considerou esta área da qualidade como “Muito Bom/Bom”, o que denota a existência de coerência nos resultados observados. O minimizar esperas e atrasos potencialmente danosos (Oportunidade) foi de facto o aspeto da qualidade com maior percentagem de respostas “Muito Fraco / Fraco” (10%) sendo que, 41,3% destas classificações provieram dos profissionais com seis a onze anos de serviço ($p\text{-value} = 0,002$). Quinze enfermeiros, nove médicos de família, três médicos em formação e nove assistentes operacionais consideraram esta área da qualidade “Fraca”.

Quatro médicos especialistas classificaram os sistemas e procedimentos adotados nos CSP da RAM para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afetar os doentes como “Muito Fracos”, sendo esta categoria profissional a única que selecionou esta opção de resposta.

Verificou-se existir evidência estatística de que a experiência profissional estava associada à avaliação que os profissionais de saúde atribuem a estes sistemas e procedimentos clínicos, com as opções de resposta “Fraco” e “Muito Fraco” (Negativo) a serem selecionadas mais frequentemente pelos profissionais de saúde com menos de três anos de experiência profissional ($p\text{-value} = 0,019$) e os profissionais com 11 ou mais anos de trabalho no mesmo CS a considerarem os CSP da RAM mais centrados no doente, oportunos e eficientes ($p\text{-value} = 0,019$).

Encontramos também evidência estatística para a associação entre a classificação dos sistemas e procedimentos e a categoria profissional ($p\text{-value} = 0$) com 49,1% das respostas negativas a serem dadas pelos enfermeiros e 32,1 % pelos médicos especialistas. A maioria dos médicos em formação e dos assistentes operacionais classificaram os sistemas e procedimentos como aceitáveis, enquanto nas restantes categorias profissionais, a maioria considerou estes procedimentos e sistemas (“Muito Bom” e “Bom”). Estes resultados podem, por um lado, denunciar alguma insatisfação da parte dos médicos em formação e assistentes operacionais, nos sistemas e procedimentos clínicos que visam evitar e corrigir os problemas que possam afetar o doente, e por outro lado, podem ser representativos da falta de conhecimento ou experiência profissional destes profissionais, o que não lhes permite avaliar estes problemas e/ou sistemas e procedimentos de uma forma segura (com conhecimento de causa).

No nosso estudo verificamos que existe uma associação estatisticamente significativa entre as categorias profissionais e as dimensões da qualidade Efetividade ($p\text{-value}=0$) e Eficiência ($p\text{-value}=0,001$), com os enfermeiros a considerarem os CSP da RAM mais efetivos e eficientes comparativamente com as outras categorias profissionais.

Os gestores deram uma maior percentagem de respostas positivas comparativamente com as outras categorias profissionais, esta constatação foi também observada no HSOPSC da AHRQ e em outros estudos hospitalares¹⁶⁹. Os profissionais de enfermagem da RAM apresentaram uma perceção mais favorável da cultura de segurança comparativamente com os médicos, ao contrário do que foi observado em outros estudos¹⁹⁷.

Holden *et al.* afirmam que clínicos gerais de mais idade tinham melhores pontuações no SAQ comparativamente com os clínicos gerais mais novos (menos de 32 anos)¹⁷⁴; Bondevik *et al.* através da aplicação deste mesmo questionário na Noruega relatam também que profissionais de saúde com mais idade tinham melhores scores do que os mais novos. Os resultados divulgados por estes autores vão em linha de conta com o que aconteceu no nosso estudo, onde a maioria (46,7%) das respostas positivas (Muito Bom e Bom) na dimensão eficiência foram dadas pelos profissionais com onze ou mais anos de tempo de serviço ($p\text{-value} = 0,003$).

Nos CSP da RAM apesar de 61% da equipa estar disposta a discutir os erros que acontecem no serviço e as formas de prevenir a sua repetição (60%), 33% dos profissionais afirma que “Às vezes” a equipa sente que os erros que comete são usados contra ela e 38% consideram que só “Às vezes” falam abertamente sobre os problemas que existem no serviço. De facto, a dimensão com maior percentagem de respostas “Às vezes” ou Neutras, foi a “Abertura na Comunicação” (média de 40%). É Interessante ressaltar que dentro desta dimensão, foi a questão “É difícil mostrar qualquer tipo de descontentamento neste serviço” que juntou maior frequência desta resposta (46%). Apenas 47% dos participantes considerou que a equipa é encorajada a expressar pontos de vista alternativos. Estes resultados podem indiciar alguma dificuldade por parte dos profissionais de saúde em assumir esta dificuldade, como podem também ser representativos de uma fraca cultura de segurança na dimensão “Abertura na Comunicação”.

Os 92% de respostas positivas na questão “Quando há um problema verificamos se é necessário mudar a nossa conduta”, reflete uma proatividade face a problemas da prática, contudo a adoção de medidas em relação a resultados de exames complementares de diagnóstico que aguarda do exterior, apesar de obter 67% de respostas positivas, é uma medida com particular margem de melhoria (33%). A aprendizagem organizacional, com 72% de respostas positivas foi a terceira dimensão da qualidade com melhor cotação, contudo, nos aspetos que implicam mudanças (F5 e F7) verifica-se uma menor percentagem de respostas “Concordo plenamente / Concordo” (53%).

De acordo com Sorra *et al.*, a aplicação do instrumento (MOSOPSC) não pode ser considerada como um objetivo único ou suficiente¹⁶¹. O processo que levou à validação do MOSOPSC para os CSP da RAM, veio corroborar esta premissa. O preenchimento / aplicação deste instrumento numa região autónoma de Portugal, rodeada de oceano e com uma orgânica de funcionamento particular (onde por exemplo, a primeira USF foi criada em 2017) exigiu adaptações, parcerias, exposição e diálogo com profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais, pelo que, a importância dos seus resultados não reside apenas no conhecimento inovador que dele

advém, mas também da sensibilização e divulgação da temática que foi necessário fazer. É de realçar que esta necessidade de sensibilização e divulgação dos conceitos relativos à cultura de segurança dos doentes e das componentes/dimensões que a influenciam, revelou-se necessária, não pelo desinteresse ou desmotivação dos profissionais de saúde que se comprometem com a prestação de cuidados seguros e minimizadores do erro, mas sim pela sensibilidade e complexidade inerente à temática.

Os resultados obtidos, e que aqui se apresenta, ao exporem as limitações (ao nível dos recursos materiais e humanos, suporte por parte das chefias e pressão/ritmo/quantidade de trabalho) e os pontos fortes dos CSP regionais (trabalho em equipa, acompanhamento e seguimento dos doentes, equidade e efetividade) são certamente um contributo para a segurança dos doentes/pacientes/clientes/utentes que mais tarde ou mais cedo seremos todos nós.

A divulgação e debate destes resultados junto das entidades competentes será certamente uma mais valia, tanto para os prestadores de cuidados, quanto para doentes, e a replicação deste e de outros tipos de estudos semelhantes, uma forma de monitorizar e avaliar as melhorias implementadas.

2. AVALIAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS (APEAS-PT)

Para a presente discussão de resultados, fizemos uma análise exaustiva e comparativa com outros estudos já publicados. Reconhecemos que pelo facto de haver diferentes metodologias, populações em estudo e multiplicidade de definições/conceitos na área da segurança dos doentes, as conclusões que apresentamos de seguida são apenas comparações grosseiras. A variedade de taxonomias e classificações dos erros/EA/danos não são consistentes nem estão estandardizados o que para além de dificultar a tarefa a que nos propusemos, impossibilita comparações fidedignas entre estudos.

Até ao ano de 2016 identificamos pelo menos 14 artigos que avançam com uma classificação dos erros e EA nos CSP^{87,111,112,113,115, 126,128,129,131,132,140,198,199,200}; por outro lado a clássica expressão “erro médico / *medical error*” pode apresentar pelo menos 25 definições¹⁴¹ diferentes. Na revisão sistemática da literatura²⁰¹ publicada em 2005 “*The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*” avançou com uma taxonomia para os incidentes de segurança (quase eventos ou incidentes e EA) analisando estudos publicados entre janeiro de 1993 e junho de 2003. Nesta revisão individualizaram-se cinco notas de raiz complementares: Impacte, Tipo, Domínio, Causa, Prevenção e Mitigação; estas cinco notas raiz foram divididas em 21 subclassificações que foram posteriormente subdivididas em mais de 200 códigos de categorias e num número indeterminado de texto não codificado (narrativa sobre alguns incidentes específicos). Esta variedade de conceitos tem sido minimizada ao longo do tempo com a elaboração (pela OMS em 2009) e utilização da Classificação Internacional para a Segurança do Doente⁷⁶ e que foi também por nós adotada neste estudo.

No nosso estudo para além de abordamos a questão da prevalência dos incidentes de segurança, procuráramos também compreender a possível etiologia, fatores contribuintes/causais e as consequências destes acontecimentos.

No APEAS⁷ em Espanha em duas semanas 452 profissionais de 48 CS efetuaram 2.059 notificações. Nos CSP da RAM, os 152 formulários submetidos e válidos (nos seis meses de estudos) corresponderam a uma taxa de participação de 30% (de realçar que 27 profissionais apesar de terem notificado incidente de segurança não quiseram especificar a sua categoria profissional). Esta participação é claramente baixa mas ligeiramente superior à observada no estudo realizado em 2005 pela rede portuguesa de médicos sentinela, onde apesar dos profissionais participantes estarem altamente motivados para a notificação, apenas 28% dos médicos participantes notificou, ao longo de um ano, um ou mais EA, num total de 208 notificações⁵. Também o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos Português (NOTIFIQ@), que abrange notificações de todos os níveis de cuidado, tem um total de notificações que está longe de refletir a realidade nacional (1.675 notificações realizadas pelos profissionais de saúde e 159 notificações provenientes dos doentes ou seus familiares) desde 2013 até 2015²⁰².

De acordo com a literatura, nos estudos que utilizam os questionários como instrumento de recolha de dados sobre os incidentes de segurança nos CSP, a taxa de participação / resposta varia entre os 29%¹⁴¹ e os 76%¹⁴⁴, sendo de destacar que taxas de resposta superiores a 50% foram observadas em apenas um estudo¹⁴⁴. Infelizmente a subnotificação é um problema bem

conhecido e uma inevitável limitação dos sistemas voluntários de notificação por parte dos profissionais de saúde.

De acordo com Runciman *et al.* menos de 5% dos incidentes de segurança são notificados voluntariamente²⁰³. Através de uma extensa revisão da literatura para estudo do sistema de notificação de incidentes nos CSP canadenses O'Beirne *et al.* concluíram que para um sistema de notificação e aprendizagem ser funcional, é fundamental, para além de uma forte liderança, um sistema de notificação voluntário com a proteção legal e feedback aos notificadores²⁰⁴. No estudo que teve por base o sistema de aprendizagem e segurança “*Medical Safety in Community Practice*” (MSCP), os autores revelam que a média de notificações por centro de saúde e por mês é de 1,4 o que vai de encontro à teoria de que os sistemas voluntários de notificação podem não ser o melhor método para identificar a ocorrência de incidentes de segurança nos CSP^{172,205}. Até mesmo na Dinamarca e na Holanda, onde os sistemas de notificação de incidentes de segurança nos CSP estão bem estabelecidos, as condicionantes – falta de conhecimento da utilidade das notificações efetuadas, problemas de tempo e disponibilidade de agenda para a notificação por parte dos profissionais dos CSP e considerações acerca dos problemas relacionais (que podem advir das notificações) entre os profissionais, estão bem identificadas²⁰⁶.

No nosso estudo os acontecimentos ou lesões foram considerados como altamente relacionados com os cuidados de saúde prestados (probabilidade moderada, muito provável ou total evidência) em 84% do total de incidentes de segurança e em 86% dos EA (superior ao verificado em Espanha, onde esta percentagem foi de 77,4% para os EA). Por outro lado, enquanto no APEAS espanhol 22,6% dos EA estavam relacionados com os cuidados prestados numa probabilidade mínima ou ligeira, no APEAS-PT esta percentagem foi de 4,3% para os EA e 6% para o total de incidentes de segurança. Verifica-se assim que nos CSP da RAM apesar do número de EA e incidentes notificados ser baixo, a probabilidade destes eventos serem “verdadeiros” EA (acontecimentos, involuntários e indesejáveis resultantes dos cuidados de saúde prestados ao doente, e não da progressão da sua doença base) é francamente elevada.

59,9% das notificações realizadas pelos profissionais de saúde dos CSP da RAM eram relativas a doentes do sexo feminino, o mesmo foi observado em Espanha onde esta percentagem foi de 57,4%. No estudo dos EA em hospitais portugueses⁶, e que teve por base a análise de informação contida nos processos clínicos de uma amostra de 1.669 doentes internados no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro 2009, o sexo masculino foi o mais afetado pelos EA (55,4%). Tendo em conta a diferente metodologia usada, amostra obtida e objetivos, estes valores podem ser explicados (em parte) pelo facto de as mulheres recorrerem mais aos CSP para programas de vigilância e prevenção do que os homens, que na maioria das vezes não aderem às rotinas e quando estão doentes recorrem diretamente aos SU hospitalares.

Apesar de no estudo de Wetzels *et al.*⁹⁴ os médicos terem sido os profissionais com mais resistência em notificar os incidentes²⁰⁷, 52% das notificações na ilha da Madeira foram realizadas por MF, 20% por enfermeiros e 11% por internos de MGF. A falta de resposta a esta questão rondou os 14%. O mesmo aconteceu em Espanha onde 64% dos incidentes de segurança foram notificados pelos profissionais nas consultas médicas e 27% nas consultas de enfermagem. Quando partimos para a análise específica dos EA, estas percentagens de notificação foram semelhantes em Espanha e Portugal onde cerca de 65% versus 57% dos EA

foram notificados por médicos e 30% versus 31% por enfermeiros, respetivamente em Espanha e Portugal.

No presente estudo, os profissionais que mais notificaram EA pertenciam ao ACES Funchal, e os que mais notificaram incidentes pertenciam ao ACES da zona Oeste; mais de 45% tinham idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos e entre seis e menos de onze anos de experiência profissional. Apesar da divulgação do estudo e apelo à participação dos colegas ter sido efetuada tanto pela coordenação dos ACES, como pela coordenação do internato médico de MGF na RAM, quanto pela doutoranda (que deslocou-se fisicamente aos 32 CS para apresentar este projeto aos profissionais de saúde), a maioria das notificações foram provenientes do maior ACES, que é também o ACES que partilha a localização com o hospital central (Dr. Nélio Mendonça) e o Hospital dos Marmeleiros e é o ACES onde a doutoranda está integrada na sua atividade profissional.

Foram identificados 85 EA pelo que a prevalência pontual de EA foi de quatro eventos por dez mil consultas realizadas nos CSP da RAM com um intervalo de confiança a 95% entre 3,7 a 4. A prevalência de EA notificados por médicos (especialistas e internos de MGF) foi de três por dez mil consultas efetuada e nos enfermeiros esta prevalência foi de seis EA por dez mil consultas. A prevalência de incidentes foi de dois por dez mil consultas. Em Espanha a prevalência de EA encontrada foi de oito por dez mil consultas realizadas (o dobro do observado na ilha da Madeira); estes números podem ser claramente mais preocupantes no âmbito da segurança dos doentes, mas podem também representar uma maior e melhor cultura de segurança dos doentes nos CSP espanhóis (com mais notificações e sensibilização para esta temática).

Em 1997 Fischer através da análise das reclamações por má prática médica, identificou uma prevalência de EA de 3,7 por 100.000 consultas¹¹². Seis anos mais tarde Sandars e Esmail referem que pode ocorrer entre cinco a oito “erros médicos” por cem mil consultas realizadas nos CSP¹²⁶. De acordo com a revisão sistemática da literatura realiza por Makeham, Dovey *et al.* em 2008 a incidência de EA variou entre os 0,004¹¹² e os 240¹⁴⁰ EA por mil consultas efectuadas². É curioso verificar que há medida que se realizam mais estudos, a frequência estimada de EA nos CSP vai aumentando, o que reflete bem a pertinência do enfoque da investigação nesta área.

96% dos EA notificados na RAM foram considerados preveníveis, sendo que destes, 79% podiam ser evitados com um grau de evidência maior ou igual a 4 na escala de *Lickert* e 20% foram considerados pouco evitáveis (respostas 2 e 3 na escala de *Lickert*). 4% dos eventos notificados foram inevitáveis. Em Espanha⁷ a inevitabilidade rondou os 6,7% e os EA claramente evitáveis corresponderam a 70,2% do total de EA. A proporção de EA evitáveis, encontrada no nosso estudo, foi superior ao observado em outros estudos^{2,208}, e que varia entre os 45¹⁴⁰ e os 76%^{86,113}.

Ao contrário do que aconteceu em Espanha (onde os EA mais graves foram os mais preveníveis, com um *p-value* menor que 0,001), nos CSP da RAM a evitabilidade dos eventos relacionou-se com a sua gravidade, mas os EA mais leves ou ligeiros foram considerados mais preveníveis (*p-value* menor que 0,02).

Na maioria dos estudos analisados pela doutoranda a severidade dos eventos foi determinada pelos seguintes *outcomes*: morte do utente (3,4%¹¹², 4%^{86,113}, 37%⁸⁶ dos “erros”);

incapacidade severa ou permanente (13,8%¹¹², 19%²⁰⁹); incapacidade moderada ou temporária (34,5%¹¹² e 26%²⁰⁹); baixa severidade ou *outcomes* emocionais (48,3%¹¹² e 18%²⁰⁹).

Nos CSP da RAM, estes *outcomes* tiveram de ser adaptados (de acordo com o explanado no estudo APEAS original e tendo em conta a realidade dos CSP portugueses) e 26% dos EA (22 notificações) foram considerados Severos/Grave (mortes e incapacidades permanentes), 20% (17) moderados (necessidade nova consulta, tratamento cirúrgico, medicação ou admissão no hospital) e 54% (46) foram considerados leves (sem mais cuidados ou apenas mais observação). Estes valores são mais preocupantes do que os encontrados em Espanha (6% de EA graves) e na maioria da literatura analisada, vejamos: a) no estudo realizado na Nova Zelândia em 2011^{208,210} em 83% das notificações encontraram-se danos de menor gravidade e em 12% danos com maior gravidade; b) em outros dois estudos realizados na década de 90, descrevem-se os incidentes de segurança nos CSP notificados de forma anónima pelos clínicos gerais e encontraram uma incidência de danos graves de 17% com a morte a ocorrer em 4% dos EA^{86,113}; c) de acordo com Makeham, Dovey *et al.* numa revisão da literatura sobre os métodos e medidas utilizadas nos estudos para abordar a SD nos CSP, os danos resultantes dos incidentes de segurança neste nível de cuidados variaram entre os 1,3 incidentes por 1.000 tratamentos, com 17-39% de eventos a causar dano e 4% a resultar em morte do utente²; d) Murie e McGhee em 2003 através da análise de 56 notificações provenientes de clínicos gerais da Escócia, identificaram eventos severos ou eventos que colocaram a vida dos utentes em risco em 22% das notificações²¹¹.

Os EA moderados foram mais frequentes em Espanha 37%, mas tanto no APEAS espanhol como no nosso estudo, a frequência de EA de gravidade ligeira rondou os 50% (57,6% em Espanha e 54% na RAM).

Para além do enfoque nos EA, foi também nossa ambição estudar os incidentes. Do estudo efetuado destaca-se que dos 45 incidentes notificados em 80% os profissionais consideraram existir possibilidade de prevenção. 22,2% tinham uma probabilidade de prevenção moderada, 20% alta e em 17,8% os profissionais consideraram existir evidência total na capacidade de prevenção. Esta taxa de prevenção de incidentes nos CSP da RAM constitui uma mais valia e um foco de ação/melhoria urgente. Parnes *et al.* num estudo observacional, retrospectivo e descritivo, realizado nos Estados Unidos em 2007, referiram também que de entre 754 notificações, em 60 houve interrupção de uma cascata de erros antes que estes afetassem os doentes¹³⁴. Um outro aspeto que releva a importância da identificação e análise dos incidentes é os 70 – 76% de incidentes com potencial para causar dano descritos por Makeham².

A presença de fatores de risco foi de 72% nos CSP da RAM; Em Espanha este valor foi de 58%. Estes dois estudos encontram a HTA e a Diabetes como principais fatores de risco intrínsecos para a ocorrência de EA. O padrão epidemiológico dos fatores de risco identificado no nosso estudo é perfeitamente sobreponível ao padrão descrito para a população portuguesa em geral. A hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e obesidade são verdadeiras epidemias, que para além da incontornável componente de saúde pública, repercute-se na “carga” de trabalho e exigência de cuidados seguros por parte dos profissionais dos CSP. Uma vez que o peso da doença nos CSP deixou de ser uma situação pontual, de um ou outro doente, e passou a ser o padrão dos nossos doentes, é inegável o papel protetor dos CSP num qualquer sistema nacional de saúde⁷.

Pelo facto de considerarmos que na génese de um EA há geralmente vários fatores causais que em sinergia ultrapassam as barreiras de defesa dos serviços de saúde e provocam o dano, decidimos (tal como aconteceu no APEAS Espanhol) aceitar múltiplas respostas a esta questão. Foi possível identificar pelo menos um fator causal para os incidentes de segurança nas 152 notificações analisadas nos CSP da RAM; em 73% dos casos, dois ou mais fatores estiveram envolvidos.

De entre os fatores causais mais frequentes dos incidentes de segurança, 69% estavam associados à medicação, 54% aos cuidados de saúde prestados, 41% aos problemas de comunicação e 22% ao diagnóstico. No estudo liderado por Aranaz 48,2% dos fatores causais estavam relacionados com a medicação, 25,7% com os cuidados de saúde prestados aos doentes, 24,6% com a comunicação, 15,6% com os procedimentos administrativos e 8,9% com a gestão das organizações de saúde⁷.

Nos CSP da RAM, todos os fatores causais dos EA foram selecionados mais vezes do que em Espanha⁷. Na tabela 57 descrevemos os fatores causais dos EA mais frequentemente selecionados pelos profissionais de saúde dos CSP da RAM.

Tabela 57 - Fatores causais dos EA - Resultados APEAS RAM versus Espanha

FACTORES CAUSAIS DOS EA	APEAS RAM (%)	APEAS ESPANHA (%)
Reação Adversa Medicamentosa	34,1	26
Cuidados Inapropriados ao Doente	30,6	13,7
Cuidados Inapropriados ao Doente perante Sinais de Alerta	22,4	8,9
Técnica aplicada inapropriadamente	18,8	10,4
Problemas de comunicação entre médico e doente	17,6	15
Problemas de comunicação entre médicos	11,8	3,6
Atraso no diagnóstico	11,8	7,5
Monitorização Insuficiente	9,4	1,9
Longa lista de espera / Atraso na observação do doente	8,2	5,3
Administração de medicação errada	7,1	3,9

De acordo com a literatura, os problemas / erros de comunicação nos CSP variam entre os 4,5%¹⁴⁰, 15%^{7,135,212} e os 72%²¹³. No APEAS-PT os problemas de comunicação entre os médicos e os doentes (17,6%) foram significativos. Os principais problemas de comunicação nos CSP da ilha da Madeira ocorreram de facto entre os médicos e os doentes e entre médicos (11,8%) sendo que este último, foi problemático numa percentagem de notificações, quase quatro vezes superior, à observada no APEAS espanhol. O mesmo se verifica na comunicação entre médicos e enfermeiros (3,5 vs. 0,8 em Espanha). Em Espanha a frequência dos problemas de comunicação entre médico e doente foi semelhante à observada na RAM.

Curioso verificar que aquando a aplicação do questionário da avaliação da cultura de segurança nos CSP da RAM, os problemas na comunicação foram já identificados, com a dimensão “Comunicação acerca do erro” a ter 57% de respostas positivas (dimensão com necessidade de implementação de estratégias de melhoria) e a dimensão “Abertura na Comunicação” a ser considerada uma dimensão da cultura de segurança dos doentes nos CSP da RAM fraca (50% de respostas positivas).

Na Madeira 69,5% dos EA tiveram por base problemas relacionados com a medicação, em Espanha esta percentagem foi de 47,8. Na revisão sistemática da literatura realizada por Makeham, Dovey *et al.*² foi encontrada uma variação da frequência deste tipo de incidente de 7%¹⁵⁰ a 52%⁸⁶, contudo, sete anos mais tarde, Marchon S. e Mendes W. numa revisão da literatura abrangendo estudos de 2007 a 2012, encontraram uma frequência de incidentes associados à medicação de entre 12,4 a 83%²⁰⁷. De notar que estas percentagens incluem os designados erros relacionados com o tratamento, e como tal, abrange outro tipo de situações para além das relacionadas com a medicação.

O clássico trabalho de Kohn *et al.*³² já havia estimado que uma em cada 131 mortes relacionadas com cuidados primários pode ser atribuída a erros de medicação. Uma vez que 60% de todos os fármacos são consumidos pelos pacientes com mais de 65 anos de idade, não é surpreendente que o risco de ter um EA é especialmente maior entre a população idosa, por outro lado, expor doentes a tratamentos não desejados (se estes tivessem sido mais bem informados) pode ser visto como um evento adverso evitável⁷⁹.

A frequência dos erros de diagnóstico descrita na literatura varia entre os 26%¹¹² e os 57%¹¹¹. No nosso estudo 21% dos EA estavam relacionados com o diagnóstico o que é corroborado por outros estudos^{214,215}. No estudo realizado por McKay *et al.*²¹⁶ em 2009, no Reino Unido, em 32,5% das notificações houve erro diagnóstico, sendo que em 25,1% houve dano. De realçar que neste estudo o termo “erro” foi utilizado indiscriminadamente para fazer referência a EA e Incidentes. Ao abrangerem os diagnósticos errados, a falta de diagnóstico e os diagnósticos inadequadamente tardios, tais erros são generalizados e são mais comuns em ambientes ambulatoriais (56% de todos os diagnósticos de erros) do que no setor de urgência (28%) ou em ambiente de internamento (16%)⁷⁹. A colaboração/coordenação mais estreita entre profissionais de saúde, doentes e famílias, em conjunto com uma educação clínica ampliada e treino no processo de diagnóstico, será fundamental para a melhoria⁷⁹.

As infeções nosocomiais estiveram envolvidas em 13,9% do total de EA na RAM enquanto que em Espanha⁷ este valor foi de 8,4%; 27,1% tinham subjacentes complicações decorrentes de algum procedimento clínico efetuado (10,6% em Espanha) e 32,7% (6,5% em Espanha) consequências dos cuidados.

51,8% do total de EA identificados na RAM corresponderam a “Ansiedade, Stress e/ou Depressão” a “Necessidade de repetir procedimentos ou consultas” esteve presente em 50,6% das notificações e o “Pior curso evolutivo da doença de base” (47,1%). “Complicações secundárias a um procedimento” (27,1%), “Prurido, eritema ou lesões dermatológicas” (11,8%) e as “Náuseas, vômitos ou diarreia” (9,4%) foram também EA notificados.

No estudo espanhol coordenado pelo Professor Aranz⁷ os cinco EA mais frequentes representaram 44% do total de EA e diziam respeito a “Pior curso evolutivo da doença base” (19,9%), “Náuseas, vômitos ou diarreia” (8,9%), “Prurido, eritema ou lesões dermatológicas” (5,2%), “Infeção da ferida cirúrgica ou traumática” (5,1%) e as “Alterações neurológicas secundárias à administração de fármacos” (5,1%). Nos CSP da RAM os cinco EA mais frequentemente notificados foram as consequências gerais (ansiedade, stress, depressão; necessidade de repetir procedimentos ou consultas; pior evolução da doença base), as reações adversas medicamentosas e a prestação de cuidados inapropriados ao doente.

Na literatura são poucos os estudos que abordam os danos emocionais associados aos EA; Hickner *et al.* realizaram em 2008 nos EUA um estudo onde a dor / sofrimento foi referida (por médicos e técnicos administrativos) em 11% das notificações²¹⁷; Wetzels *et al.* em 2009 também referem que 33% dos eventos provocaram um agravamento sintomático que resultou num internamento hospitalar não planeado²¹⁸. Apesar desta lacuna no conhecimento dos danos emocionais consequentes aos incidentes de segurança nos CSP, julgamos que as percentagens observadas nos CSP da RAM, apesar de serem mais preocupantes do que as observadas nos estudos de Aranaz e Hickner, são mais representativas do que de facto acontece neste nível de cuidados – apesar dos danos físicos serem mais facilmente mensuráveis, e de acordo com a literatura, mais referenciados / notificados, os danos psicológicos (stress, medo, ansiedade, depressão...) são claramente subnotificados nos sistemas de notificação por parte dos profissionais de saúde. Para uma mais precisa quantificação destes danos, é fundamental alargar o foco das notificações aos doentes / utilizadores dos sistemas de saúde. O estudo de Kistler *et al.* numa amostra de 1.697 doentes²¹⁹ é disso um bom exemplo.

No que diz respeito à origem dos incidentes de segurança notificados, verifica-se que 56% ocorreram ao nível dos CSP (nas consultas médicas e de enfermagem e nos serviços de atendimento permanente e serviços de urgência), nos centros de saúde dispersos pela ilha da Madeira.

Ao analisar a origem dos EA versus a origem dos incidentes, verificamos que os EA tinham como origem (provável) sobretudo os cuidados hospitalares (65,8%), ao contrário dos incidentes que tinham por base os CSP (64,2%). Em Espanha verificou-se precisamente o oposto, com 73,5% dos EA a terem origem nos CSP e 25,8% nos cuidados hospitalares.

Ao contrário do estipulado no APEAS Espanhol (onde havia apenas a possibilidade de selecionar um local de origem dos EA) consideramos que na origem de um EA vários locais podem estar envolvidos e por isso os profissionais de saúde poderiam selecionar várias opções de resposta, a título de exemplo fazemos referência a EA que ocorreram nas consultas médicas e na farmácia (relacionados com a medicação prescrita) e no internamento prévio e serviço de urgência (relacionados com infeção nosocomial). Apesar desta diferença metodológica poder explicar uma maior percentagem de notificações em cada uma das categorias de respostas, consideramos não ser justificativa para a grande percentagem de EA nos CSP da RAM a terem origem sobretudo nos serviços hospitalares. Uma vez que os problemas de comunicação estão bem patentes nos CSP da RAM e os exames complementares de diagnóstico, referências e SU estão centralizados no hospital, não é de estranhar que ocorram falhas de comunicação (interprofissionais de saúde; entre doente, médicos hospitalares e médico de família e entre o doente e o seu médico ou enfermeiro de família) e problemas no assumir de responsabilidades aquando a prestação de cuidados de saúde aos doentes.

Como consequência destes eventos, verificamos que em 61,2% dos casos foi necessário mais observação e monitorização nos CSP da RAM (em Espanha 33,1%), 37,6% tiveram de ser submetidos a tratamentos adicionais (em Espanha 17,1%) e 21,2% dos casos (7,5% em Espanha) necessitaram de exames complementares de diagnósticos (realizados ao nível dos centros de saúde). Os recursos hospitalares foram também utilizados na sequência destes acontecimentos inesperados (EA) em cerca de 45% das notificações. Ao contrário do observado nos CSP da RAM, em Espanha houve mais EA a necessitar consulta hospitalar (24,9% versus

18,8% na RAM) e menos eventos a causar internamento e/ou tratamentos de suporte de vida (5,8% versus 25,9% na RAM), o que está de acordo com a severidade dos eventos notificados na ilha da Madeira e com o facto desta mesma severidade relacionar-se com a falta de seguimento médico (consultas médicas) neste nível de cuidados.

A multicausalidade na origem dos EA ficou bem patente neste estudo, mas ficou também assinalado que há sinergias entre as possíveis consequências e fatores causais destes eventos, com o aumento das consequências relacionadas ao procedimento clínico a aumentar as consequências relacionadas com os cuidados prestados e que por sua vez aumentam as consequências gerais (ansiedade, stress, depressão; necessidade de repetir procedimentos ou consultas; pior evolução da doença base).

A envolvimento de vários fatores causais na ocorrência de um EA, ficou bem demonstrada no estudo de Amalberti *et al.* Estes investigadores ao procederem à revisão de 1046 processos de negligência médica (que supostamente tinham ocorrido nos CSP) de uma seguradora francesa, identificaram cinco “tempos” problemas/fatores na base das ocorrências: 1) o “tempo” da doença (evoluções do estado de saúde do doente inesperadas, rápidas; reação lenta ao tratamento); 2) o “tempo” do consultório/Centro de Saúde (agenda e interrupções do dia a dia); 3) o “tempo” do doente (tempo para expressar sintomas, cumprimento terapêutico, emoção); 4) o “tempo” do sistema (marcação, realização e relatórios de exames complementares de diagnóstico) e o 5) “tempo” para assimilar e gerir as informações obtidas. Apesar destes fatores não estarem incluídos na maioria das taxonomias dos incidentes de segurança existentes, seria de grande utilidade incorporá-los, uma vez que, "a arte da medicina é controlar todos esses “tempos” em paralelo e simultaneamente"²²⁰.

Vários estudos têm demonstrado que os doentes com doenças crónicas são mais suscetíveis de sofrer EA²²¹, nos CSP da RAM estes eventos ocorreram sobretudo nos doentes com HTA, diabetes, insuficiência renal e/ou insuficiência cardíaca, pertencentes ao grupo etário dos 40 aos 59 anos e ao sexo feminino.

3. MOSOPSC E APEAS

Uma vez que não podemos garantir que os profissionais que preencheram o MOSOPSC foram os mesmos que notificaram EA através do APEAS, decidimos verificar a existência de possíveis relações tendo por base o local de preenchimento dos questionários.

Da análise efetuada verificamos que nas zonas / ACES com cuidados de saúde mais centrados no doente, efetivos, oportunos, eficientes e equitativos poderá estar associada uma maior notificação de eventos adversos. O mesmo acontece nos ACES com bons e muito bons sistemas e procedimentos clínicos para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afetar os doentes que para além de notificarem mais EA, notificam sobretudo os incidentes de segurança ligeiros.

Nos ACES com melhor pontuação na centralização dos cuidados de saúde no doente, na efetividade e na equidade poderá estar associado uma maior evidência da causalidade do cuidado prestados na ocorrência de incidentes e EA, bem como, uma maior notificação de EA ligeiros.

Como referimos anteriormente (na discussão dos resultados relativos à aplicação do MOSOPSC-RAM) a componente comunicação nos CSP da RAM apresentou uma percentagem de respostas positivas muito próxima dos 50%, o que corresponde a uma área / dimensão da qualidade com necessidade de implementação de estratégias de melhoria. Esta necessidade sai ainda mais reforçada com os resultados do APEAS RAM onde 40% dos EA notificados estavam relacionados com problemas comunicacionais.

VI. CONCLUSÕES

Na ilha da Madeira a abordagem da temática sobre a cultura de segurança e os EA nos CSP não foi fácil, mas com diálogo permanente, divulgação e esclarecimento junto dos profissionais de saúde e entidades competentes, foi possível avaliar a cultura de segurança dos doentes e dar o pontapé de saída para a quantificação e análise dos incidentes de segurança que ocorrem neste nível de cuidados. Apesar de haver um sistema de notificação de incidentes e acidentes da responsabilidade da Comissão de Gestão de Risco Global do SESARAM (onde a doutoranda está integrada), verifica-se que as notificações relativas a incidentes de segurança provenientes dos CSP são de facto escassas. Reconhecendo a pertinência da aplicação do APEAS na RAM, dos seus resultados e da motivação/interesse que este estudo suscitou, a direção clínica solicitou à doutoranda a incorporação do instrumento no processo clínico informatizado do doente no portal dos CSP do SESARAM.

Este reconhecimento, e o facto de estarmos a contribuir, para o cumprimento do Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2015-2020 e do seu primeiro objetivo estratégico - avaliação da cultura de segurança dos doentes nos CSP, e para as prioridades estabelecidas pela OMS e Direção-Geral da Saúde, deixa-nos um sentimento de dever cumprido.

O MOSOPSC-RAM para além de avaliar a cultura de segurança nos CSP da RAM e identificar as suas fragilidades, foi utilizado nesta dissertação como instrumento para divulgar e fomentar a temática da segurança dos doentes e traçar planos de ação e melhoria.

O APEAS-PT foi o primeiro estudo de identificação e caracterização dos EA nos CSP regionais, e ousamos dizer (por falta de conhecimento de outros estudos desta natureza realizados em Portugal) nacionais. O seu foco de atuação incide na prevenção primária, secundária, terciária e até mesmo quaternária. Ao investigar os fatores de risco (intrínsecos e extrínsecos) dos doentes e os fatores que contribuíram para a ocorrência dos EA, a metodologia inerente ao estudo APEAS apoiam a prevenção primária; por outro lado ao promover o diagnóstico precoce dos danos, a sua correção e minimização do seu impacte no doente contribui tanto para a prevenção secundária, como terciária; por fim, e não menos importante, foca a prevenção quaternária, identificando as práticas seguras e aceitáveis para os doentes e evitando a sobre-utilização de exames complementares de diagnóstico, tratamentos desnecessários e o “encarniçamento” terapêutico⁷.

A Segurança do Doente implica, de facto, uma concertação de esforços políticos, organizacionais, dos profissionais de saúde e dos doentes, mas também de todos os intervenientes no processo de contato dos doentes/utentes/clientes com o sistema de saúde. No nosso trabalho por termos em conta estas múltiplas influências e determinantes, avaliamos a cultura de segurança dos doentes não só nos médicos e enfermeiros (que é o habitual em outros estudos internacionais) mas também nos outros profissionais (assistentes técnicos, operacionais, sociais, nutricionistas, psicólogos e órgãos de gestão) que contactam com o utente e como tal podem causar e/ou prevenir e identificar incidentes de segurança.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo podemos afirmar que os CSP da RAM são razoavelmente seguros: a frequência de eventos adversos é baixa (quatro EA por 10.000 consultas), com a maioria dos EA identificados a terem uma gravidade leve / ligeira (54,1%), seguindo-se dos EA mais graves (26%). Apesar desta constatação, não podemos ignorar que o número absoluto de doentes vítimas de EA é sempre alto demais.

Os profissionais de saúde que trabalham nos CSP da RAM estão de facto dispostos / propensos a aprender com as falhas, erros, incidentes e EA ocorridos e têm uma perceção favorável da qualidade e SD dos serviços onde exercem a sua atividade profissional (72% de respostas positivas na dimensão “Aprendizagem organizacional”). No que diz respeito à adaptação ou mudança nas suas rotinas / práticas de trabalho, é necessário intervir para as tornar mais seguras e céleres.

A desmotivação, cansaço, más condições de trabalho, *burnout*, falta de recursos materiais e humanos nas organizações de saúde, que está bem evidenciada na literatura publicada e foi comprovada neste projeto, promove o acontecimento de incidentes de segurança (que por si só são altamente stressantes e desgastantes tanto para quem prestou os cuidados, como para quem os recebeu). A resiliência dos profissionais de saúde e dos doentes no complexo sistema de CSP para além de ser uma realidade é uma qualidade imensurável, pois, apesar de não ser aprendida nas faculdades, constitui uma robusta barreira protetora contra a ocorrência de situações que poderiam implicar mais sofrimentos evitáveis.

A falta de recursos materiais e/ou humanos nos CSP da RAM, que de uma forma direta (através dos resultados do MOSOPSC-RAM) ou indireta (através da análise dos fatores causais dos incidentes de segurança registados no APEAS-PT) foi identificada neste estudo, vai de encontro ao que estudos internacionais de grandes dimensões concluem, nomeadamente o estudo do *International Council of Nurses (ICN)*, citado pela bastonária da ordem dos enfermeiros – “...cada doente adicional por enfermeiro com uma carga de quatro doentes estava associado a um aumento de 7% na probabilidade de morte no intervalo de 30 dias após a admissão e um aumento de 7% na probabilidade de insucesso no salvamento”.

Se tivermos em conta que 96% dos EA foram considerados preveníveis, sendo que destes, 79% podiam ser evitados com um grau de evidência maior ou igual a 4 na escala de *Lickert*, os EA nos CSP são de facto um problema de saúde pública e a sua prevenção tem de ser uma estratégia prioritária nas agendas politico-organizacionais dos CSP da RAM.

A adoção desta estratégia, no mínimo, reduziria o consumo de recursos (materiais e humanos) ao nível dos CSP (uma vez que 82,4% dos EA necessitaram de mais observação ou exames neste nível de cuidados) e dos cuidados hospitalares (26% dos EA necessitaram de internamento e/ou tratamentos de suporte de vida e 18,8% consultas de especialidades hospitalares).

Os problemas de comunicação nos cuidados de saúde em geral e nos CSP em particular, têm subjacentes, na opinião da doutoranda, uma panóplia de fatores envolvidos e que passam por: necessidade de cada vez mais reduzirmos a duração das consultas, devido aos números / indicadores solicitados pelas chefias; cansaço e desmotivação que destas solicitações advêm;

grande maioria dos doentes / utentes / clientes serem idosos e não estarem acompanhados nas consultas (problema do envelhecimento e isolamento destes utentes).

Dado o papel de destaque dos fármacos, tanto na origem como nas consequências dos EA, é fundamental investir na prescrição segura (tanto para o médico que prescreve como para o doente que segue/cumprir a prescrição). Apesar das aplicações informáticas instituídas nos nossos CSP terem sofrido consideráveis melhoramentos (com a prescrição eletrónica – PEM) há ainda uma margem de manobra onde é possível e desejável atuar. A título de exemplo, refiro os problemas com a troca de medicamentos nas farmácias, sejam estes genéricos ou não, e as centenas de normas de orientação clínica (NOCs) que pelo número, periodicidade e qualidade / aplicabilidade prática esgotam os profissionais de saúde em geral e os profissionais que trabalham nos CSP em particular (devido à abrangência de cuidados prestados por estes profissionais, e que inclui, entre outros, a cardiologia, dermatologia, pediatria, ginecologia, gastroenterologia). Tendo em conta que os doentes são observados nas diferentes especialidades hospitalares, o papel dos profissionais que trabalham nos CSP é cada vez mais exigente, devido, entre outros factos, à multimorbilidade com conseqüente polimedicação dos doentes e à necessidade de coordenar cuidados e terapêuticas.

Ainda no contexto das NOCs, uma vez que os procedimentos e os cuidados de saúde exigem uma atualização permanente, é prioritário fomentar esta necessidade tanto nos médicos “que nunca param de estudar” como nas outras categorias profissionais.

Uma vez que em Portugal a qualidade na saúde e a SD não estão incluídos nos currículos do 1º ciclo dos cursos superiores de saúde (pelo menos de uma forma organizada e sistematizada)²²² é fundamental promover a formação nesta área. O primeiro Mestrado em Segurança do Doente, lecionado na ENSP é disso um exemplo e tem como objetivos o aprofundar conhecimentos, incentivar e desenvolver a investigação nas áreas da qualidade em saúde, da gestão do risco e da segurança do doente.

Não menos importante é a aposta na literacia em saúde, os doentes devem ser capazes de ler, perceber e avaliar as informações que lhes transmitem, sobre o seu estado de saúde, pois só desta forma estarão empenhados e empenhados na promoção da qualidade em saúde e serão parceiros dos profissionais de saúde na luta contra os incidentes de segurança.

A dificuldade em estabelecer o limite/origem entre o que poderá ser uma complicação médica, uma consequência da progressão de uma doença base e um evento inesperado causado pela prestação de cuidados de saúde está amplamente divulgada na literatura científica, contudo, não menos complexo é o estabelecimento de uma relação de causalidade entre um ato (de omissão ou ação) por parte do profissional de saúde e a ocorrência de determinados EA. Os erros relacionados com o diagnóstico, presentes em 21,2% dos EA identificados na RAM, podem sofrer um acréscimo caso a prática clínica de elaboração do diagnóstico ao doente continue a ser um trabalho solitário, sobretudo na especialidade de MGF.

Alguns estudos revelam que a avaliação da CS é uma medida superficial e que abrange ou analisa apenas opiniões e atitudes pessoais¹⁶⁷, pelo que aconselham o uso de metodologia qualitativa

(entrevistas, *focus group*...) na análise deste complexo construto²²³. As sessões de *focus group* que realizamos nas fases de tradução e adaptação do MOSOPSC e APEAS à realidade regional, revelou de facto grandes vantagens: baixo custo, rapidez na recolha de dados, flexibilidade do formato e possibilidade de conciliação com outras metodologias de investigação. As limitações deste método / técnica que estão descritas na literatura (interferência do moderador/investigador e as dispersões próprias dos grupos multidisciplinares¹⁴) não foram encontradas nos CSP da RAM pois, apesar da metodologia inerente ao *focus group* poder ser considerada como uma ação não natural que pode inibir a espontaneidade do grupo de participantes, como esta metodologia exige uma ação previamente organizada e dirigida a um grupo previamente definido, permitiu à investigadora maior agilidade na recolha dos dados¹⁴.

Avaliar a cultura de segurança dos doentes nos CSP não pode continuar a ser uma atividade “legislada”, “recomendada” ou “sugerida” para este nível de cuidados. É essencial comprovar com estudos de investigação, robustos e metodologicamente assertivos, que as organizações de saúde que adotem ou promovam esta cultura de segurança têm a curto, médio prazo melhores *end points* e indicadores de qualidade que têm de ser previamente definidos e divulgados. É inegável que os piores *outcomes* (desfechos ou mortes) ocorrem nos cuidados hospitalares (internamentos, mortes por enfarte, AVC...) mas torna-se também prioritário definir / criar estes indicadores no contexto dos CSP¹⁶⁶.

Com a presente dissertação, esperamos ter contribuído para a:

- Segurança dos doentes e para colmatar a lacuna no conhecimento científico sobre esta temática nos cuidados de saúde em geral e nos CSP em particular;
- Evolução quantitativa da produção de saber nos CSP que poderia e deveria ser mais relevante e útil para o médico de família e para a MGF.

VII. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

O presente estudo apresenta as seguintes limitações metodológicas:

- Viés retrospectivo – O facto dos profissionais de saúde geralmente considerarem os EA passados mais preveníveis ou previsíveis do que os mais recentes, pode ter sobrestimado a frequência de doentes com EA evitáveis;
- Viés de seleção – Os profissionais que participaram / registaram incidentes de segurança através do preenchimento do APEAS, podem ter sido os mais interessados por esta temática, ou os mais contagiados pela doutoranda. O facto de incluir médicos em formação pode, por um lado, ter sobrestimado a ocorrência de EA (há estudos que indicam que hospitais universitários identificam mais EA¹⁰⁶) ou, pelo contrário, ter subestimado a ocorrência destes eventos devido à falta de “experiência” ou “olho clínico” para a sua identificação;
- O carácter exploratório dos fatores relacionados com os EA, podem ter sugerido fatores adicionais que se não constassem no instrumento de colheita de dados (APEAS), provavelmente poderiam não ser referidos / lembrados pelos participantes;
- A determinação do grau de Evitabilidade e Causalidade dos EA é de certa forma subjetiva e como tal, pode depender do profissional que notifica, da sua interpretação quanto ao que aconteceu e da sua motivação para registar estes eventos;
- A taxa de não resposta ou de respostas “não sei ou não se aplica” dadas no MOSOPSC-RAM comprova o que está descrito na literatura e é certamente uma limitação da metodologia inerente à aplicação de questionários;
- Tendo em conta a variação conceitual sobre a temática da segurança dos doentes nos CSP e as diferenças estruturais e organizacionais dos CSP observadas em diferentes países e sistemas/serviços de saúde, a generalização e representatividade dos resultados obtidos exige cautela e muita ponderação;
- As diferentes taxonomias, conceitos e classificações (CID-10; ICPS; WHO Family of International Classification) com que nos deparamos limita muito a comparação ou discussão de resultados, pelo que é necessário uniformizar conceitos⁸⁸.
- Apesar de considerarmos atingidos os objetivos estabelecidos, a inexistência de resultados de outros estudos na RAM que abordem a temática em análise, limita uma discussão mais rica e fundamentada dos resultados obtidos no nosso estudo;
- O MOSOPSC tem sido utilizado em diversas partes do mundo para avaliar a cultura de SD contudo, não podemos ignorar, que é no mínimo ambicioso ter um questionário que se adegue a todas as categorias profissionais que exercem funções nos CSP;

Como projeto futuro (mas já proposto pela doutoranda aos seus superiores hierárquicos) apontamos a implementação de um conjunto de recomendações para cada uma das dimensões da cultura de segurança avaliadas como fracas ou frágeis (“Pressão / Ritmo / Quantidade de trabalho”; “Suporte por parte das chefias / gestão / liderança”; “Abertura na comunicação”) numa

articulação entre os CS e a Comissão de Segurança do Doente. Quantificar e avaliar a efetividade das estratégias de melhoria implementadas é também fundamental.

Conhecer a perspetiva dos utentes, nas dimensões da qualidade avaliadas e no seu modo particular de descrever os acontecimentos / incidentes de segurança, para além de interessante, é na nossa opinião, prioritário. Destacamos ainda a importância / necessidade de fornecermos um *feedback*, aos profissionais de saúde e doentes/familiares que registam, ou venham a registar, acontecimentos adversos.

A nível regional, gostávamos de manter a divulgação destes resultados (EA) com alguma periodicidade e se possível proceder ao *benchmarking* com outras organizações de saúde de CSP regionais (por exemplo com a USF que foi recentemente inaugurada na Ponta de Sol), nacionais (com outras UCSP e USF) e até mesmo internacionais. A avaliação da evolução da cultura de segurança avaliada, constam dos planos estabelecidos pela doutoranda, para um futuro próximo.

Pelo facto dos dados analisados advirem da notificação/registo voluntário dos EA por parte dos profissionais saúde, a taxa de participação foi baixa, o que vai de encontro ao descrito na literatura⁷. A dificuldade dos profissionais em reconhecerem os EA^{224,225}, os problemas com a definição de conceitos^{226,227}, o medo de represálias ou formulação de juízos de valor por parte das chefias^{228,229}, as preocupações sobre o anonimato e confidencialidade das notificações, a falta de tempo para notificar e a desconfiança ou incerteza do possível efeito que a notificação pode ter⁹² constituem áreas de trabalho prioritárias quando pretendemos altas taxas de participação dos profissionais de saúde.

Sugere-se incluir no horário de trabalho dos médicos de família tempo para notificar e analisar os incidentes de segurança que ocorrem nos doentes. Por outro lado, e como facilitadores da comunicação interprofissional destacamos o papel crucial das reuniões de serviço ou reunião de grupos de trabalho, compostas por profissionais de saúde, gestores / diretores / coordenadores e profissionais da área administrativa, a fim de capturar e analisar as perceções de uma forma multidisciplinar.

A coordenação e junção de esforços para a implementação de uma base de dados nacional de notificações, funcionante e prática, exige antes de mais nada, um conhecimento aprofundado da realidade local/regional e um exercício sistematizado e culturalmente incorporado do que se pretende.

Uma vez que as disciplinas médicas são também partilhas de saberes entre líderes e profissionais seniores^{230,231}, com clara influencia dos seus ensinamentos no comportamento dos mais novos, afigura-se como um potencial foco de investigação no domínio da cultura organizacional, a aposta nesta transmissão de saberes e experiências, o reforço da comunicação entre seniores e jovens e a formação atempada e curricularmente determinada dos formandos (sejam eles médicos ou enfermeiros) no âmbito da Segurança dos Doentes¹⁸⁴.

Para além da sugestão da realização destes dois estudos com uma base amostral maior, seria interessante verificar (através de estudos prospetivos) o resultado do trabalho que efetuamos em termos práticos (nomeadamente no número de consultas e exames complementares de diagnóstico realizados no contexto dos incidentes de segurança).

VIII. LISTA DE CONCEITOS

Saúde - “O estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não só a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS);

Cuidados de Saúde – “Serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde”; “os cuidados de saúde incluem o autocuidado”⁷⁶;

Doente – “Pessoa que recebe os cuidados de saúde”; “São referidos como doentes ao invés de clientes, utentes ou consumidores, apesar de ser reconhecido que beneficiários como uma grávida saudável ou uma criança submetida a imunização não podem ser considerados, como doentes”⁷⁶;

Segurança do Doente – “É a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo”⁷⁶;

Dano – “Dano associado ao Cuidado de Saúde é o dano resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente”; “Implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico. Doença é uma disfunção fisiológica ou psicológica. Lesão é o dano dos tecidos causado por um agente ou evento e Sofrimento é experimentar qualquer desconforto subjetivo. Sofrimento inclui dor, mal-estar, náusea, depressão, agitação, alarme, medo e tristeza. Incapacidade implica qualquer tipo de diminuição da estrutura ou função corporal, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade, associada a dano passado ou presente”⁷⁶;

“O grau de danos é a gravidade e duração de qualquer dano, e as implicações no tratamento, resultantes de um incidente”⁷⁶. Parece desejável, a partir dos princípios orientadores, registar separadamente a natureza, gravidade e duração do dano. Embora, em termos puros, se possa argumentar pela classificação separada, na realidade a maioria das escalas de danos reconhecem que estes elementos são agregados na avaliação natural que é feita quando se atribui o grau de dano. As tentativas anteriores para classificar o grau de dano tendem a agregar os parâmetros numa escala única. No contexto da CISD⁷⁶, o grau de danos é definido por:

- Nenhum - A consequência no doente é assintomática ou sem sintomas detetados e não necessita tratamento.
- Ligeiro - A consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, história clínica, análise ou pequeno tratamento).
- Moderado - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional), um aumento do tempo de internamento, danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.
- Grave - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, reduz a esperança de vida, causa danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.

- Morte - No balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.

Incidente de Segurança do Doente – É um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. “Pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso). Uma ocorrência comunicável é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente” (por exemplo, uma unidade de cuidados intensivos movimentada e com falta de recursos humanos, onde apesar do risco, tudo funcionou dentro dos parâmetros considerados normais; ou levar um desfibrilhador para uma sala de emergência e descobrir que não funciona apesar de não ter sido necessário). Um quase evento (*near-miss*) é um incidente que não alcançou o doente (por exemplo, conectar uma unidade de sangue à via endovenosa do doente errado, mas detectar o erro antes de iniciar a transfusão). Um evento sem danos é um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis (por exemplo, a unidade de sangue foi transfundida, mas o sangue não era incompatível com o doente). Um incidente com danos (evento adverso) é um incidente que resulta em danos para o doente (por exemplo, transfundiu-se a unidade de sangue errada e o doente morreu por reação hemolítica)”⁷⁶;

“Os incidentes são classificados em diferentes tipos. Um tipo de incidente é uma categoria composta por incidentes de natureza comum, agrupados de acordo com características comuns e é uma categoria “mãe” sobre a qual se podem agrupar diversos conceitos. Os tipos de incidentes incluem administração clínica, processo/procedimento clínico, documentação, infecções associadas aos cuidados de saúde, medicação/fluidos endovenosos, sangue/hemoderivados, nutrição, oxigênio/gás/vapor, dispositivos médicos/equipamento, comportamento, acidente do doente, infraestruturas/edifícios/instalações, e recursos/gestão organizacional”⁷⁶;

Acidente – “É um evento não esperado e não desejado mas que determina necessariamente danos gerais e altera o resultado final da ação, comprometendo o todo”⁹⁰;

Evento Adverso – “Incidente que resulta em danos para o doente”; São alguns exemplos: pneumotórax causado pela colocação de cateter venoso central, infecção pós-operatória da ferida cirúrgica... Identificar algum acontecimento como evento adverso não implica “negligência”, ou má qualidade da assistência, simplesmente indica que um resultado clínico indesejado resultou de um diagnóstico ou de um tratamento prescrito (ou a sua falta) e não do processo subjacente à doença⁸⁸; De acordo com o Institute of Medicine, um EA é uma lesão provocada num doente devido à intervenção médica em si (e não à sua condição clínica subjacente)”⁴;

Evento Adverso Prevenível ou Evitável – “É um incidente que resulta em dano para o doente e que é aceite pela comunidade como escusável num determinado conjunto de circunstâncias”; São o subconjunto de EA provocados pelo erro (punção arterial em doente hipocoagulado)⁴;

Evento Adverso Não Prevenível – EA inesperado, na ausência de qualquer erro (complicação cirúrgica, alergia medicamentosa...)⁴;

Evento Sentinela (*never event*) – “São um tipo de eventos adversos definidos pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) como ocorrências inesperadas envolvendo morte, danos físicos ou psicológicos graves, ou qualquer outro acontecimento que inclua a perda de uma função ou de um membro”⁹⁰;

Risco – “É a probabilidade de ocorrência de um incidente”;

Erro – “É a falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou “a aplicação de um plano incorreto” o desenvolvimento incorreto de um plano”. De acordo com Fragata, os erros podem acontecer por distração (falhas ou lapsos), por má aplicação de regras ou por má deliberação (enganos)⁹⁰. A título de exemplo, uma falha é não colocar a identificação num dos tubos de colheita de sangue; um lapso é colocar um zero a mais quando se descreve o tamanho de uma lesão nodular; uma má aplicação de regras é assumir um diagnóstico de gripe perante um quadro de febre e tosse, sem realizar um exame objetivo adequado, num doente com pneumonia; a má deliberação é conceber, racional e pensadamente uma solução que acaba por ser a solução errada (mudar a antibioterapia a um doente com diagnóstico de pneumonia sem considerar a possibilidade deste ter um cancro do pulmão).

“Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução”⁹⁰; por exemplo, prescrever um fármaco a um doente com uma alergia documentada àquela medicação seria um ato de comissão. Deixar de prescrever uma medicação com benefícios comprovados cientificamente a um paciente qualificado (por exemplo, baixa dosagem de heparina não fracionada como profilaxia de tromboembolismo venoso num doente submetido a uma colocação de prótese cirúrgica ortopédica) representaria um erro de omissão.”

Ao contrário das transgressões, infrações ou negligência, que se cometem por imprudência, comportamentos de risco ou desobediências aos preceitos estabelecidos (*legis artis*), os erros são, por definição, não intencionais⁹⁰.

No “estudo de Harvard”²³² realizado em abril 1988, os erros foram categorizados em:

- Erros de Performance – Inadequada preparação do doente antes do procedimento; Erros Técnicos; inadequada monitorização do doente depois do procedimento; Uso inapropriado de uma terapêutica; Atraso no tratamento; profissional de saúde não especializado para realizar determinado procedimento;
- Erros de Prevenção – Falha na tomada de precauções para prevenir dano acidental/evento adverso; Falha na aplicação de exames indicados; Uso inapropriado de testes de diagnóstico; Atraso no tratamento; profissional de saúde não especializado para realizar determinado procedimento;
- Erros de Diagnóstico - Falha na aplicação de exames indicados; Uso inapropriado de testes de diagnóstico; Atraso no diagnóstico; profissional de saúde não especializado para realizar determinado procedimento; outro erro de diagnóstico; Razão não aparente;
- Erros no tratamento farmacológico – Erro na dose ou método de utilização; Falha em reconhecer possíveis efeitos ou interações antagonistas ou agonistas; inadequado seguimento do tratamento; Uso de um fármaco inapropriado; Atraso no tratamento; profissional de saúde não especializado para realizar determinado procedimento;
- Erros no Sistema – Falha no equipamento ou abastecimento; Equipamentos ou abastecimentos não indicados; inadequada monitorização do sistema; inadequado reporte ou comunicação; inadequada experiência ou supervisão do médico ou outro profissional de saúde; Atraso no aprovisionamento ou no agendamento deste aprovisionamento; Staff inadequado; inadequado funcionamento do serviço de saúde;

Efeito ou Reação Adversa - Dano inesperado que resulta de uma ação justificada onde o processo correto foi seguido para o contexto no qual o evento ocorreu⁷⁶;

Reação Adversa Medicamentosa - Qualquer resposta inesperada, não intencional, indesejada ou excessiva a um medicamento que obriga à descontinuação do medicamento (terapêutico ou diagnóstico); obriga à modificação da terapia medicamentosa; obriga à modificação da dose (exceto ligeiros ajustes de dosagem); exige admissão hospitalar; prolonga a estadia numa unidade de cuidados de saúde; exige suporte de vida; complica significativamente o diagnóstico; afeta negativamente o prognóstico; ou resulta em dano temporário ou permanente, incapacidade ou morte²³³;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parlamento Europeu, Conselho da União Europeia. Directiva Conselho Europeu. Jornal Oficial da União Europeia; 2011.
2. Makeham M, Dovey S, Runciman W. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. 2008.
3. Milligan FJ. Establishing a culture for patient safety - the role of education. Nurse Educ Today [Internet] 2007;27(2):95–102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16713030>
4. Institute of Medicine (IOM). To Err is Human; Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 2000; 2000.
5. Ribas MJ. Eventos adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. Rev Port Clin Geral 2010;26(Dossier: Erro Médico):585–9.
6. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals : a contribution to improving quality and patient safety. BMC Health Serv Res 2014;14(311):6–11.
7. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: 2008.
8. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Fam Pr [Internet] 2010;11:81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20979612>
9. The National Patient Safety Agency Regulations 2001 n° 1724: Statutory Instruments. 2001;
10. Martin H, Larsen J. Patient involvement in Patient Safety: A literature review about European Primary Care. 2012.
11. Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. Ciência e Saúde Coletiva 2011;16(8):3591–602.
12. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>.
13. Ministério da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. 2015.
14. Galego C, Gomes A. Emancipação, ruptura e inovação: o focus group como instrumento de investigação. Rev Lusófona Educ 2005;5:173–84.
15. Fernandes T. Doença Crónica: Intervenção do Médico de Família para limitar as suas repercussões na pessoa e na família. 2016;

16. Miguel L, Sá A. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: 2011.
17. World Health Organization [WHO]. Declaração de Alma-Ata. Conf Int Cuid Primarios 1978;3.
18. World Health Organization, Organization WH. World Health Statistics 2008. World Heal Organ [Internet] 2008;112. Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_TOCintro.pdf
19. OECD, Commissione E. Health at a Glance: Europe 2014 [Internet]. OECD; 2014. Available from: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf
20. African Population and Health Research Center (APHRC). Population and Health Dynamics in Nairobi's Informal Settlements: Report of the Nairobi Cross-Sectional Slums Survey (NCCS) 2012. 2014;(April):1–185.
21. World Health Organization. Cuidados de saúde primários- Agora mais que nunca. 2008.
22. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. MPOWER Packag [Internet] 2008;Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_jpn.pdf
23. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370(9603):1929–38.
24. Provenzale D, Ofman J, Gralnek I, Rabeneck L, Koff R, McCrory D. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists--an evaluation of effectiveness and efficiency. *Am J Gastroenterol* 2003;98(1):21–8.
25. Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: A systematic review and methodologic critique. *Arch Intern Med* [Internet] 2007;167(1):10–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.167.1.10>
26. Zoorob RJ, Jones GN, Mainous 3rd AG, Hagen MD, Mainous 3rd AG, Hagen MD. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter* [Internet] 1999;4(4):243–8. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=10597394%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed4&NEWS=N&AN=10597394>
27. Rose JH, O'Toole EE, Dawson N V, et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. *Med Care* 2000;38(11):1103–18.
28. Donovan EF, Ammerman RT, Besl J, et al. Intensive home visiting is associated with

- decreased risk of infant death. *Pediatrics* 2007;119(6):1145–51.
29. Manandhar PDS, Osrin D, Prasad Shrestha B, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: Cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364(9438):970–9.
 30. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary Care, Self-rated Health, and reductions in social disparities in health. *Heal Serv Res* 2002;37(3):529–50.
 31. Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
 32. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Natl. Acad. Press. 2000;
 33. Reason J. Human error - models and management. *BMJ* 2000;320:768–70.
 34. Kripalani S, LeFevre F, Phillips C, Williams M, Basaviah P, Baker D. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA [Internet]* 2007;297(8):831–41. Available from: <http://jama.ama-assn.org/content/297/8/831.short>
 35. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. *Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*. 2008.
 36. OMS. *Financiamento Dos Sistemas De Saúde. Relatório Mund da Saúde 2010*;1–119.
 37. Lopes O. Planeamento em saúde, para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. *Rev Crit Cienc Sociais* 1987;23:99–114.
 38. Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. *Rev Port Saúde Pública [Internet]* 2001;2:5–11. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Cuidados+de+saude+primarios+em+Portugal#0>
 39. Sousa JCDE, Sardinha a N a M, Sanchez JPY, Melo M. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Rev Port Saúde Pública [Internet]* 2001;Vol. Temat:63–74. Available from: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-06-2001.pdf>
 40. Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011;16(6):2841–52.
 41. Direção Nacional da APMGF. *Um futuro para a medicina de família em portugal E Declaração da Madeira*. 1990.
 42. WONCA. *A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar*. 2002.
 43. Legislativa A. Decreto Legislativo Regional nº 11/2016/M. *Diário da República - I Série - Nº 48*; 2016.

44. Deming WE. The Deming management method: the complete guide to quality management. 1994;
45. Blumenthal D. Quality of health care. Part 4: the origins of the quality-of-care debate. N Engl J Med 1996;335(15):1146–9.
46. Palmer RH. A review of methods for ambulatory medical care evaluation. Med Care 1982;20:758–81.
47. Pisco L, Biscaia JL. Qualidade de cuidados de saúde primários. Rev Port Saúde Pública - Vol Temático 2 2001;43–51.
48. The Joint Commission. The measurement mandate: on the road to performance improvement in health care. Oakbrook Terrace; 1993.
49. Edinger S. The definitions of quality of care - measurement and applications to the clinical and public health laboratories. Am Public Heal Assoc 2000;
50. Brook RH, Mcglynn EA, Cleary PD. Measuring quality of care. N Engl J Med 1996;335(13):966–70.
51. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited : from thought action. Qual Saf Health Care 1992;1:171–7.
52. Sousa P. Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. Edições Sílabo. 2010;19–31.
53. Neto A, Gastal F. Acreditação hospitalar: protecção aos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. Porto Alegre: DaCasa: 1997.
54. Pires A. Qualidade: sistemas de gestão da qualidade. 3ª Ed. Edições Sílabo; 2007.
55. Boto P, Costa C, Lopes S. Acreditação, benchmarking e mortalidade. Rev Port Saúde Pública 2008;103–15.
56. Portugal. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços.
57. Sousa P. Ajustamento pelo risco em Cardiologia de Intervenção: análise de resultados na perspectiva da qualidade e da segurança do doente. 2008;
58. Marshall MN, Davies H. Public release of information on quality care: how are health services and public expected to respond? J Heal Serv Res Policy 2001;6(3):158–62.
59. Sousa P, Et al. Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. Rev Port Saúde Pública 2008;57–65.
60. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care 2003;15(6):523–30.
61. Campos L, Saturno P, Carneiro A V. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. 2010.

62. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde. Plano Nac Saúde 2012-2016 2012;24.
63. Portugal. Ministério da Saúde. Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002. 1999;
64. Diário da República. Portaria nº 288/99. Diário da Republica Série I-B; 1999.
65. WHO Europe. EOHSP. Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action. 2008;
66. WHO Europe. EOHSP. Health systems in transition: Portugal health system review. World Heal. Organ. 2011;
67. Diário da República. Despacho nº 14223/2009. Portugal: Diário da Republica Série I; 2009.
68. Portugal. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Direcção Geral da Saúde. 2004;
69. Cabral MA, Silva PA. O Estado da Saúde em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2009.
70. Oliveira A. Programa nacional de acreditação de unidades de saúde: quatro USF integram grupo pioneiro. J Médico Família 2009;1(75):18.
71. Leape LL, Et al. The nature of adverse events in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324(6):377–84.
72. Leape LL. The preventability of medical injury. 1994;
73. James JT. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. J Patient Saf [Internet] 2013;9(3):122–8. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01209203-201309000-00002>
74. World Alliance for Patient Safety. Forward programme 2008 - 2009. 2008;
75. European Commission. Luxembourg declaration on patient safety - Patient Safety: Making it happen. 2005;
76. Departamento da Qualidade na Saúde - DGS. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa: 2011.
77. World Alliance for Patient Safety. Forward programme 2006-2007. 2006;
78. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009;360(5):491–9.
79. Expert Panel Convened by The National Patient Safety Foundation. Free from Harm. 2015.

80. Leape L, Bates D, Cullen D. Systems analysis of adverse drug events. ADE prevention study. *J Am Med Assoc* 1995;274:35–43.
81. Carneiro A V. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Rev Port Saúde Pública* 2010;3–10.
82. Nanji KC, Rothschild JM, Salzberg C, et al. Errors associated with outpatient computerized prescribing systems. *J Am Med Inf Assoc [Internet]* 2011;18(6):767–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21715428>
83. Panesar SS, DeSilva D, Carson-Stevens A, et al. How safe is primary care? A systematic review. *Qual Heal Care [Internet]* 2015;(December):bmjqs-2015-004178-. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/12/28/bmjqs-2015-004178?paperoc>
84. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-lopez C, Prasopa-plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care : analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013;22:809–15.
85. Ornelas MD, Sousa P, Pais D, Andrade F. 4th International Meeting on Quality and Patient Safety. In: *O Desafio de Quantificar os Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários*. 2014.
86. Britt HC, Miller GC, Steven IA, et al. Collecting data on potentially harmful events: a method for monitoring incidents in general practice. *Fam Pract Int J* 1997;14(2):101–6.
87. Rubin G, George A, Chinn DJ, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Saf Heal Care* 2003;12:443–7.
88. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf T V, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* 2009;21(1):18–26.
89. Institute of Medicine. *Crossing The Quality Chasm: A new health system for the 21st century [Internet]*. 2001. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309072808/html/>
90. Fragata J, Martins L. *O Erro em Medicina*. 2009;
91. Bruno P. *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*. 1ª Edição. 2010.
92. Elder NC, Graham D, Brandt E, Hickner J. Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). *J Am Board Fam Med [Internet]* 2007;20(2):115–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17341747>
93. Thomas EJ, Petersen L a. Measuring errors and adverse events in health care. *J Gen*

- Intern Med 2003;18(1):61–7.
94. Wetzels R, Wolters R, van Weel C, Wensing M. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. *BMC Fam Pr* [Internet] 2008;9:35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18554418>
 95. Wet C, Bowie P. Screening electronic patient records to detect preventable harm: a trigger tool for primary care. *Qualiy Prim Care* 2011;19:115–25.
 96. Michel P. Strengths and weaknesses of available methods for assessing the nature and scale of harm caused by the health system: literature review. 2003.
 97. Singh R, McLean-Plunckett EA, Kee R, et al. Experience with a trigger tool for identifying adverse drug events among older adults in ambulatory primary care. *Qual Saf Heal Care* [Internet] 2009;18(3):199–204. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19468002>
 98. Agency for Healthcare Research and Quality. Triggers and Targeted Injury Detection Systems (TIDS) Expert Panel Meeting: Conference Summary. 2009.
 99. Chassin MR. Improving the quality of care. *N Engl J Med* 1996;335(14):1060–3.
 100. Vicent C, Coulter A. Patient Safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 2001;76–80.
 101. Fragata J. A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Rev Port Clin Geral* 2010;26:564–70.
 102. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;(322):517–9.
 103. Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ* 2004;328(7433):199.
 104. Aranaz JM, Et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Heal Care* 2009;21(6):408–14.
 105. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009;21(4):285–91.
 106. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170(11):1678–86.
 107. Davis P. Preventable in-hospital medical injury under the “no fault” system in New Zealand. *Qual Saf Heal Care* 2003;12(4):251–6.
 108. Andrade D, Mendes W. adversos hospitalares , Rio de Janeiro , Brasil : avaliação da

- qualidade do prontuário do paciente Incidence of in-hospital adverse record. 2011;14(4):651–61.
109. The Health Foundation. Does improving safety culture affect patient outcomes ? 2011.
 110. WHO. Safer Primary Care - A Global Challenge. In: Summary of Inaugural Meeting of Safer Primary Care Expert Working Group. Geneva: 2012.
 111. Ely JW, Levinson W, Elder NC, Mainous a G, Vinson DC. Perceived causes of family physicians' errors. *J. Fam. Pract.* 1995;40(4):337–44.
 112. Fischer G, Fetters M, Munro A, Goldman E. Adverse Events in Primary Care Identified from a Risk-Management Database. *J Fam Pract* 1997;45(1):40–53.
 113. Bhasale AL, Miller GC, Reid S, Britt HC. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study. *Med J Aust* 1998;169(2):73–6.
 114. Holden J, O'Donnell S, Brindley J, Miles L. Analysis of 1263 deaths in four general practices. *Br J Gen Pract* 1998;48:1409–12.
 115. Dovey SM, Meyers D, Phillips RL, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Heal Care* 2002;11:233–8.
 116. Resar R. Outpatient Adverse Event Trigger Tool. 2006.
 117. Woolf SH. A String of Mistakes: The Importance of Cascade Analysis in Describing, Counting, and Preventing Medical Errors. *Ann Fam Med* 2004;2(4):317–26.
 118. Makeham M a B, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust* 2002;177(2):68–72.
 119. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. Adverse Drug Events in Ambulatory Care. *N Engl J Med* 2003;(348):1556–64.
 120. Makeham MA, Kidd MR, Saltman DC, et al. The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. *MJA* 2006;185(2):95–8.
 121. National Patient Safety Agency (NHS). Seven Steps to patient safety for primary care - The fill reference guide. 2006.
 122. Parker D. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) - Primary care. 2006.
 123. de Wet C, Bowie P. The preliminary development and testing of a global trigger tool to detect error and patient harm in primary-care records. *Postgr Med J [Internet]* 2009;85(1002):176–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19417164>
 124. Went S, Wright M. Patient Safety in Primary Care: It's no trouble at all.
 125. Ornelas MD. Avaliação dos Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários. In: Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Lisbon: 2013. p. 25–9.

126. Elder NC, Dovey SM. Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature. *J Fam Pract* 2002;51(11):927–32.
127. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract* 2003;20(3):231–6.
128. Kuzel AJ, Woolf SH, Gilchrist VJ, et al. Patient Reports of Preventable Problems and Harms in Primary Health Care. *Ann Fam Med* 2004;2(4):333–40.
129. Donnell SO, Brindley J. Analysis of 1263 deaths in four general practices. 1998;(July):1409–12.
130. Dovey SM, Phillips RL, Green LA, Fryer G. Family Physicians Solutions to Common Medical Errors. *Am Fam Physician* 2003;67(6):1168.
131. Jacobs S, Derflinger LP, Vlach L, Rosser W, Drummond N. Erreurs et événements fâcheux en médecine familiale. *Recherche* 2007;53.
132. Kostopoulou O. From cognition to the system: developing a multilevel taxonomy of patient safety in general practice. *Ergonomics* [Internet] 2006;49(5–6):486–502. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16717006>
133. Kostopoulou O, Delaney B. Confidential reporting of patient safety events in primary care: results from a multilevel classification of cognitive and system factors. *Qual Saf Health Care* 2007;16(2):95–100.
134. Parnes B, Fernald D, Quintela J, et al. Stopping the error cascade: a report on ameliorators from the ASIPS collaborative. *Qual Saf Heal Care* [Internet] 2007;16(1):12–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17301195>
135. Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crighton E, Drummond N. Medical errors in primary care: Results of an international study of family practice. *Can Fam Physician* 2005;51:386–12.
136. Shaw R, Drever F, Hughes H, Osborn S, Williams S. Adverse events and near miss reporting in the NHS. *Qual Saf Health Care* 2005;14(4):279–83.
137. Tilyard M, Dovey S, Hall K. Avoiding and fixing medical errors in general practice: Prevention strategies reported in Linnaeus Collaboration`s Primary Care International Study of Medical Errors. *NZ Med J* 2005;118(1208):1–11.
138. Wilf-Miron R, Lewenhoff I, Benyamini Z, Aviram A. From aviation to medicine: applying concepts of aviation safety to risk management in ambulatory care. *Qual Saf Heal Care* 2003;12:35–9.
139. Analysis C. A String of Mistakes: The Importance of Cascade Analysis in Describing, Counting, and Preventing Medical Errors. 2004;317–26.
140. Elder NC. The Identification of Medical Errors by Family Physicians During Outpatient Visits. *Ann Fam Med* 2004;2(2):125–9.

141. Elder NC, Pallerla H, Regan S. What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. *BMC Fam Pract* 2006;7:73.
142. Baker R, Sullivan E, Camosso-Stefinovic J, et al. Making use of mortality data to improve quality and safety in general practice: a review of current approaches. *Qual Saf Health Care* 2007;16(2):84–9.
143. Mcghee C, Rgn RMN. Assessing risk by analysing significant events in primary care. *Qual Prim Care* 2003;205–11.
144. McKay J, Bowie P, Murray L, Lough M. Attitudes to the identification and reporting of significant events in general practice. *Clin Gov An Int J* 2004;9(2):96–100.
145. Elder N, McEven T, Flach J, Gallimore J. Management of Test Results in Family Medicine Offices. *Ann Fam Med* 2009;343–51.
146. Fernald DH, Harris DM, West DR, Westfall JM. Event Reporting to a Primary Care Patient Safety Reporting System : A Report From the ASIPS Collaborative. *Ann Fam Med Fam Med* 2004;327–32.
147. Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, Tripp-Reimer T, Hillis SL. An Empirically Derived Taxonomy of Factors Affecting Physicians' Willingness to Disclose Medical Errors. *J Gen Intern Med* 2006;(3):060721075157049–???
148. Bowie P, McCoy S, McKay J, Lough M. Learning issues raised by the educational peer review of significant event analyses in general practice. *Qual Prim Care* 2005;75–83.
149. Cox SJ, Holden JD. A retrospective review of significant events reported in one district in 2004-2005. *Br J Gen Pract* 2007;57(542):732–6.
150. Dowell D, Manwell LB, Maguire A, et al. Urban Outpatient Views on Quality and Safety in Primary Care. *LONGWOODS Rev* 2005;3(1):1–8.
151. Mazor KM, Fischer M a, Haley H-L, Hatem D, Quirk ME. Teaching and medical errors: primary care preceptors' views. *Med Educ* 2005;39(10):982–90.
152. Dean JE, Hutchinson A, Escoto KH, Lawson R. Using a multi-method, user centred, prospective hazard analysis to assess care quality and patient safety in a care pathway. *BMC Health Serv Res* 2007;7:89.
153. Makeham MAB, Kidd MR, Saltman DC, et al. The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. *Gen Pract - Qual Saf* 2006;185(2):95–8.
154. Dovey SM, Philips RL, Green LA, Fryer G. Types of Medical Errors Commonly Reported by Family Physicians. *Am Fam Physician* 2003;67(4):697.
155. Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, van Weel C, Wensing M. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: a retrospective medical record review study. *Implement Sci [Internet]* 2011;6:37.

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21470418>

156. Costa J, Carneiro A V. Cálculo, expressão e percepção do risco em medicina: implicações para o processo de decisão clínica. *Rev Port Cardiol* 2011;30(1):95–119.
157. Iezzoni LI. Reasons for risk adjustment. *Am. Coll. Healthc. Exec.* 2003;1–17.
158. Rozovsky FA, Conley JL. Health care organizations risk management: forms, checklist and guidelines. Second. Austin:Wolters Kluwer and Business; 2007.
159. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Heal Care* [Internet] 2005;14(5):364–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16195571>
160. Groves P. The Relationship Between Safety Culture and Patient Outcomes : Results From Pilot Meta- Analyses. *West J Nurs Res* [Internet] 2014;36(1):66–83. Available from: wjn.sagepub.com
161. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Qual Saf Heal Care* 2003;12(Suppl II):17–24.
162. Najjar S, Nafouri N, Vanhaecht K, Euwema M. The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospitals. *Saf Heal* [Internet] 2015;1(1):16. Available from: <http://www.safetyinhealth.com/content/1/1/16>
163. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Heal Serv Res* [Internet] 2009;44(2 Pt 1):399–421. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19178583>
164. Warren N, Hodgson M, Craig T, Dyrenforth S, Perlin J. Employee Working Conditions and Healthcare System Performance : the Veterans Health Administration Experience. *JOEM* 2007;49(4):417–29.
165. Bonner AF, Castle NG, Men A, Handler SM. Certified Nursing Assistants ' Perceptions of Nursing Home Patient Safety Culture : Is There a Relationship to Clinical Outcomes ? *JMDA* [Internet] 2009;10(1):11–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.06.004>
166. Hagopian B, Singer ME, Curry-smith AC, Nottingham K, Hickner J. Better Medical Office Safety Culture Is Not Associated With Better Scores on Quality Measures. *J Patient Saf* 2012;8(1):15–21.
167. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Heal Care* [Internet] 2007;16(4):313–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17693682>
168. Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, Noyce PR. Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Qual Saf Heal Care* 2005;14:417–21.

169. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Heal Care* 2003;12:112–8.
170. Palacios-derflingher L, Beirne MO, Sterling PD, Zwicker K, Harding BK, Casebeer A. Dimensions of Patient Safety Culture in Family Practice. *Healthc Quaterly* 2010;13(September).
171. Xuanyue M, Yanli N, Hao C, Pengli J, Mingming Z. Literature review regarding patient safety culture. *J Evid Based Med* 2013;6(1):43–9.
172. Makeham M, Prgomet M, Carson-Stevens A, Lake R, Purdy H, Westbrook J. Patient safety in primary healthcare: an Evidence Check review. 2015.
173. VerbaKel NJ, Zwart DL, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C. Measuring safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE-PC questionnaire. *BMC Health Serv Res* 2013;13(354):1–8.
174. Holden LM, Watts DD, Hinton Walker P. Patient Safety Climate in Primary Care. *J Patient Saf* [Internet] 2009;5(1):23–8. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01209203-200903000-00005>
175. Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkås ECT. Patient safety culture in Norwegian primary care: A study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Scand J Prim Health Care* [Internet] 2014;32(3):132–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4206561&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
176. Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkas EC. The safety attitudes questionnaire - ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Health Serv Res* 2014;14(139).
177. Hoffmann B, Muller V, Rochon J, et al. Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: an open randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf* [Internet] 2014;23(1):35–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23955468>
178. Pozo Munoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Rev Calid Asist* 2013;
179. Webair HH, Al-assani SS, Al-haddad RH, Al-shaeeb WH, Selm MA Bin, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting , Al-Mukala , Yemen. *BMC Fam Pract* [Internet] 2015;1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0355-1>
180. Departamento da Qualidade na Saúde - DGS. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. 2013.

181. DGS. Norma 003/2015 - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários. 2015.
182. Ornelas MD, Nunes A, Silva AC, IASAÚDE IP-RAM. Circular Normativa Avaliação Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários. 2015;(S 10):1–22.
183. Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Melguizo M, Escalona I, Marijuán MI, Hernando P. Validación de la Escala INFLESZ para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes. *An Sist Sanit Navarra* 2008;31(2):131–52.
184. Fernandes AM, Queirós PJ. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Rev Enferm Ref* 2011;37–48.
185. National Health System Quality Agency. APEAS Study: Patient Safety in Primary Health Care. Madrid: 2008.
186. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25(24):3186–91.
187. Maroco J. *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: 2007.
188. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: 2008.
189. Hernan AL, Giles SJ, Fuller J, Johnson JK, Walker C, Dunbar JA. Patient and carer identified factors which contribute to safety incidents in primary care: a qualitative study. *BMJ Qual Saf [Internet]* 2015;24(9):583–93. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/24/9/583?etoc>
190. Morgan DL. Focus Groups. *Annu Rev Sociol [Internet]* 2009;22(1996):129–52. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2083427>
191. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert D. Medical Errors Involving Trainees: A study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med* 2007;167(19):2030–6.
192. The Health Foundation: Inspiring Improvement. Improving safety in primary care. 2011.
193. Torijano-Casalengua ML, Olivera-Canadas G, Astier-Pena MP, Maderuelo-Fernandez JA, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria [Internet]* 2013;45(1):21–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22981282>
194. Famolaro T, Yount N, Hare R. Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report Part I. 2016.
195. Verbakel NJ, Van Melle M, Langelaan M, Verheij TJM, Wagner C, Zwart DLM. Exploring

- patient safety culture in primary care. *Int J Qual Heal Care* [Internet] 2014;26(6):585–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25085256>
196. Departamento da Qualidade na Saúde - DGS. *Conversas de fim de tarde - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020* [Internet]. Serviço Nac. Saúde. 2017; Available from: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020.aspx>
 197. Hickner J, Smith SA, Yount N, Sorra J. Differing perceptions of safety culture across job roles in the ambulatory setting: analysis of the AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Qual Saf* [Internet] 2015;(October):1–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26467390>
 198. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *Br Med J* 2000;320:484–8.
 199. Makeham MA, Stromer S, Bridges-Webb C, et al. Patient safety events reported in general practice: a taxonomy. *Qual Saf Heal Care* [Internet] 2008;17(1):53–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18245220>
 200. Keriél-Gascou M, Figon S, Letrilliart L, Chanelière M, Colin C. [Classifications and definitions of adverse events in primary care: a systematic review]. *Presse Med* 2011;40(11):e499-505.
 201. Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O`Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Heal Care* 2005;17(2):95–105.
 202. Departamento da Qualidade na Saúde - DGS. *Tipologia de Incidentes Notificados Top 3 - Profissional Top 3 - Cidadão*. 2015.
 203. Runciman WB, Roughead EE, Semple SJ, Adams RJ. Adverse drug events and medication errors in Australia. *Int J Qual Health Care* 2003;15(Supplement I):i49–59.
 204. O`Beirne M, Sterling PD, Reid RJ, Tink W, Hohman S, Norton P. Safety learning system development - incident reporting component for family practice. *Qual Saf Health Care* 2010;19(3):252–7.
 205. O`Beirne M, Sterling PD, Zwicker K, Herbert P, Norton PG. Safety incidents in family medicine. *BMJ Qual Saf* 2011;20(12):1005–10.
 206. Kousgaard MB, Joensen AS, Thorsen T. Reasons for not reporting patient safety incidents in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care* [Internet] 2012;30(4):199–205. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2012.732469>
 207. Marchon SG, Vieira W, Junior M. *Segurança do paciente na atenção primária à saúde : revisão sistemática*. 2014;30(9):1–21.

208. Wallis KA, Mbchb KW, Obst D, Mph SD. Assessing patient safety culture in New Zealand primary care : A pilot study using a modified Manchester Patient ... Assessing patient safety culture in New Zealand primary care : a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Duned. *J Prim Health Care* 2011;3(1):35–40.
209. Phillips RL. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Qual Saf Heal Care* 2004;13(2):121–6.
210. Wallis K, Dovey S. No-fault compensation for treatment injury in New Zealand : identifying threats to patient safety in primary care. *BMJ Qual Saf* 2011;20:587–91.
211. Murie J, McGhee C. Assessing risk by analysing significant events in promary care. *Qualiy Prim Care* 2003;(11):205–10.
212. Makeham MA, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *MJA* 2002;(177):68–72.
213. Westfall JM, Fernald DH, Staton EW, Vanvorst R, West D, Pace WD. Applied Strategies for Improving Patient Safety: A comprehensive Process To Improve Care in Rural and Frontier Communities. *J Rural Heal* 2004;20(4):355–62.
214. Ely JW, Kaldjian LC, Alessandro DMD. Diagnostic Errors in Primary Care : Lessons Learned. *J Am Board Fam Med* 2012;1:87–97.
215. Singh H, Giardina TD, Meyer AND, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med* [Internet] 2013;173(6):418–25. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1656540&resultclick=1>
216. McKay J, Bradley N, Lough M, Bowie P. A review of significant events analysed in general practice: implications for the quality and safety of patient care. *BMC Fam Pr* [Internet] 2009;10:61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19723325>
217. Hickner J, Graham DG, Elder NC, et al. Testing process errors and their harms and consequences reported from family medicine practices: a study of the American Academy of Family Physicians National Research Network. *Qual Saf Heal Care* [Internet] 2008;17(3):194–200. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.2006.021915>
218. Wetzels R, Wolters R, van Weel C, Wensing M. Harm caused by adverse events in primary care: a clinical observational study. *J Eval Clin Pr* [Internet] 2009;15(2):323–7. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2008.01005.x/abstract>
219. Kistler CE, Walter LC, Mitchell CM, Sloane PD. Patient Perceptions of Mistakes in Ambulatory Care. *Arch Intern Med* 2010;170(16):1480–7.
220. Amalberti R, Brami J. “Tempos” management in primary care: a key factor for

- classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf* [Internet] 2012;21(9):729–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22927486>
221. Makeham MA, Saltman DC, Kidd MR. Lessons from the TAPS study - Management of medical emergencies. *Aust Fam Physician* 2008;37(7).
 222. Sousa P, Uva A, Serranheira F. Segurança do Doente e avaliação e gestão do risco em hospitais. *Tecno Hosp Rev Eng e gestão da saúde* 2011;12–5.
 223. Hann M, Bower P, Campbell S, Marshall M, Reeves D. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Fam Pr* [Internet] 2007;24(4):323–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17591607>
 224. Tamuz M, Thomas EJ, Franchois KE. Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems. *Qual Saf Heal Care* 2004;13(1):13–21.
 225. Hobgood C, Xie J, Weiner B, Hooker J. Error Identification , Disclosure , and Reporting : Practice Patterns of Three Emergency Medicine Provider Types. *Acad Emerg Med* 2004;11(2):196–9.
 226. Jeffe DB, Dunagan WC, Garbutt J, et al. Using focus groups to understand physicians' and nurses' perspectives on error reporting in hospitals. *J Qual Saf* [Internet] 2004;30(9):471–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15469124
 227. Dovey SM, Phillips RL. What should we report to medical error reporting systems ? *Qual Saf Heal Care* 2004;13(5):322–3.
 228. Taylor JA, Brownstein D, Christakis DA, et al. Use of Incident Reports by Physicians and Nurses to Document Medical Errors in Pediatric Patients. *Pediatrics* 2004;114(3):729–35.
 229. Karsh B, Hamilton K, Beasley JW, Holden RJ. Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. *Appl Ergon* 2006;37(3):283–95.
 230. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Sch* [Internet] 2010;42(2):156–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618600>
 231. Blake SC, Kohler S, Rask K, Davis A, Naylor DV. Facilitators and Barriers to 10 National Quality Forum Safe Practices. *Am J Med Qual* 2006;21(5):323–34.
 232. Harvard Medical Practices Study. Patients, doctors, and lawyers: medical injury, malpractice litigation, and patient compensation in New York - NY1990 II-1. 1990.
 233. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Guidelines on Adverse Drug Reaction Monitoring and Reporting. *Am J Heal Pharm* 1995;52:417–9.

APÊNDICES

Apêndice A - Etapas da tradução e adaptação do questionário MOSOPSC para os CSP da RAM

Secção/ Questão	AHRQ	Tradutor A	Tradutor B	1ª VERSÃO	PRÉ - TESTE	FINAL
A	"Medical Office Survey on Patient Safety"	"Questionário Médico sobre a Segurança dos Pacientes"	"Questionário Médico sobre a segurança dos doentes"	"Questionário Médico sobre a segurança dos doentes"	"Questionário sobre a Segurança dos Doentes"	"Questionário sobre a Segurança dos Doentes"
A	"...overall safety..."	"...segurança geral..."		"...segurança geral..."	"...segurança..."	"...segurança..."
A	"Physician Assistants"	"Médicos Assistentes"	"Médicos em formação"	"Médicos em formação"	"Médicos em formação"	"Médicos em formação"
A	"medical offices"	"unidades de saúde"	"unidades de saúde"	"unidades de saúde"	"centros de saúde"	"centros de saúde"
A1	"A patient was unable to get an appointment within 48 hours for an acute/serious problem"	"Um paciente não conseguiu marcar uma consulta no prazo de 48h para um problema de saúde agudo/grave"	"Devido a um problema de saúde agudo/grave um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48h"	"Devido a um problema de saúde agudo/grave um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48h"	"Devido a um problema de saúde agudo/grave um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48h"	"Devido a um problema de saúde agudo/grave um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48h"
A2	"The wrong chart/medical record was used for a patient"	"Utilização errada de um processo clínico num paciente"	"Utilização de um processo clínico que não corresponde ao doente"	"Utilização de um processo clínico que não corresponde ao doente"	"Utilização de um processo clínico que não corresponde ao doente"	"Utilização de um processo clínico que não corresponde ao doente"
A6	"A pharmacy contacted our office to clarify or correct a prescription"	"Uma farmácia contactou a unidade..."	"Uma farmácia contactou a unidade..."	"Uma farmácia contactou a unidade..."	"Um farmacêutico contactou o serviço..."	"Um farmacêutico contactou o serviço..."
A9	"A critical abnormal result from a lab or imaging test was not followed up within 1 business day"	"Um resultado anormal (laboratorial ou de imagem) não foi acompanhado no prazo de 1 dia"	"Não houve seguimento de um resultado anormal em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de 1 dia útil"	"Não houve seguimento de um resultado anormal em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de 1 dia útil"	"Não houve seguimento de um resultado anormal em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de 1 dia útil"	"Não houve seguimento de um resultado anormal em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de 1 dia útil"
C	"How much do you agree or disagree with the following statements?"	"Qual o seu grau de concordância, ou não, com os seguintes aspetos"	"Qual o seu grau de concordância, ou não, com os seguintes aspetos"	"Qual o seu grau de concordância com os seguintes aspetos"	"Qual o seu grau de concordância com os seguintes aspetos"	"Qual o seu grau de concordância com os seguintes aspetos"
C1	"When someone in this office gets really busy, others help out"	"...está realmente ocupada outra pessoa..."	"Quando alguém no serviço necessita de"	"Quando alguém no serviço necessita de ajuda, outra pessoa ajuda-a"	"Quando alguém no serviço está"	"...está sobrecarregado os colegas..."

			ajuda, outra pessoa ajuda-a”		sobrecarregado os colegas ajudam”	
C3	“In this office, we often feel rushed when taking care of patients”	“Neste serviço, muitas vezes nos sentimos apressados ao cuidar de pacientes”	“Neste serviço sentimos muitas vezes que temos de cuidar dos doentes à pressa”	“Neste serviço sentimos muitas vezes que temos de cuidar dos doentes à pressa”	“Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes”	“Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes”
C12	“We have problems with workflow in this office”	“Temos problemas com o fluxo de trabalho neste serviço”	“Temos problemas com a quantidade de trabalho que temos”	“Temos problemas com a quantidade de trabalho que temos”	“Temos problemas com a quantidade de trabalho que temos”	“Temos problemas com a quantidade de trabalho que temos”
C14	“This office has too many patients to be able to handle everything effectively”	“Este serviço tem pacientes a mais para ser capaz de intervir de forma eficaz”	“Este serviço tem doentes a mais para ser capaz de intervir de forma eficaz”	“Este serviço tem doentes a mais para ser capaz de intervir de forma eficaz”	“Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde eficazes”	“Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde eficazes”
C15	“Staff in this office follow standardized processes to get tasks done”	“A equipa neste serviço segue processos padronizados para realizar as tarefas”	“A equipa segue processos protocolados para realizar procedimentos”	“A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos”	“A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos”	“A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos”
D6	“Our office follows up when we do not receive a report we are expecting from an outside provider”	“O nosso serviço acompanha o estado dos relatórios de exames de que está à espera e que ainda não recebeu de um prestador externo”	“O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames de que está à espera e ainda não recebeu de um prestador externo”	“O nosso serviço acompanha o estado dos relatórios de exames de que está à espera e que ainda não recebeu de um prestador externo”	“O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames que aguarda do exterior”	“O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames que aguarda do exterior”
D7	“Staff feel like their mistakes are held against them”	“A equipa sente que os seus erros são invocados contra ela”	“A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela”	“A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela”	“A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela”	“A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela”
D12	“Staff are willing to report mistakes they observe in this office”	“A equipa está disposta a denunciar os erros que testemunha neste serviço”	“A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço”	“A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço”	“A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço”	“A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço”
E	“Are you an owner, a managing partner, or in a leadership position with	“É proprietário, sócio-gerente, ou está numa posição	“É proprietário, sócio-gerente, ou está numa posição	“É proprietário, sócio-gerente, ou está numa posição de liderança com	“É responsável / ocupa algum cargo de direção /tem responsabilidade	“É responsável / ocupa algum cargo de direção /tem responsabilidade

	responsibility for making financial decisions for your medical office?"	de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras para o seu serviço"	de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras para o seu serviço"	responsabilidade para tomar decisões financeiras para o seu serviço"	para tomar decisões financeiras para o seu serviço"	para tomar decisões financeiras para o seu serviço"
	"How much do you agree or disagree with the following statements about the owners/ managing partners/leadership of your medical office?"	"...aspectos relacionados com proprietários/sócios-gerentes/liderança do seu serviço"	"...aspectos relacionados com proprietários/sócios-gerentes/liderança do seu serviço"	"...aspectos relacionados com proprietários/sócios-gerentes/liderança do seu serviço"	"...aspectos relacionados com a direção do seu serviço"	"...aspectos relacionados com a direção do seu serviço"
E2	"They overlook patient care mistakes that happen over and over"	"Ignoram erros nos cuidados prestados ao paciente que se repetem no tempo"	"Não ligam o suficiente a erros cometidos a nível da prestação de cuidados ao doente que se repetem continuamente no tempo"	"Não ligam o suficiente a erros cometidos a nível da prestação de cuidados ao doente que se repetem no tempo"	"Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer"	"Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer"
F	"How much do you agree or disagree with the following statements?"	"...seguintes requisitos"	"...seguintes requisitos"	"...seguintes requisitos"	"...seguintes aspetos"	"...seguintes aspetos"
F2	"Our office processes are good at preventing mistakes that could affect patients"	"...procedimentos são bons a prevenir..."	"...procedimentos são bons a prevenir..."	"...procedimentos são bons a prevenir..."	"...procedimentos são os adequados..."	"...procedimentos são os adequados..."
G	"Poor; Fair; Good; Very good; Excellent"	"Pobre; Razoável; Bom; Muito Bom; Excelente"	"Pobre; Razoável; Bom; Muito Bom; Excelente"	"Pobre; Razoável; Bom; Muito Bom; Excelente"	"Muito fraco; Fraco; Aceitável; Bom; Muito bom; Não sei"	"Muito fraco; Fraco; Aceitável; Bom; Muito bom; Não sei"
G1d	"Ensures cost-effective care (avoids waste, overuse, and misuse of services)"	"Assegura uma gestão adequada..."	"Assegura cuidados custo-eficazes..."	"Assegura cuidados custo-eficazes..."	"Assegura cuidados custo-eficazes..."	"Assegura cuidados custo-eficazes..."
G2	"Poor; Fair; Good; Very good; Excellent"	"Pobre; Razoável; Bom; Muito bom; Excelente"	"Pobre; Razoável; Bom; Muito bom; Excelente"	"Pobre; Razoável; Bom; Muito bom; Excelente"	"Muito fracos; Fracos; Razoáveis; Bons; Muito bons"	"Muito fracos; Fracos; Razoáveis; Bons; Muito bons"
H	"Physician Assistant"	"Médico Assistente"	"Médico em formação"	"Médico em formação"	"Médico em formação"	"Médico em formação"

Apêndice B - Distribuição dos Profissionais de Saúde

CENTRO DE SAÚDE	ENF. (N)	AS. O (N)	AS. T (N)	MÉD. (N)	TOTAL
PONTA DO SOL	11	6	4	3	24
TITO NORONHA	8	3	3	2	16
PORTO MONIZ	9	5	3	2	19
SEIXAL		2	1		3
SANTA DO PORTO MONIZ		2	1	1	4
RIBEIRA BRAVA	22	16	13	4	55
CAMPANÁRIO	7	3	2	2	14
SERRA DE ÁGUA	2	1	1	2	6
SANTO ANTÓNIO	25	26	16	20	87
NAZARÉ	26	12	12	13	63
BOM JESUS	67	37	31	33	168
MONTE	12	5	4	5	26
S. ROQUE	13	9	4	4	30
MACHICO	35	17	19	14	85
CANIÇAL	7	3	2		12
PORTO DA CRUZ	5	3	2	2	12
SANTO DA SERRA	3	2	2	2	9
SANTANA	7	12	8	2	29
ARCO DE S. JORGE	1	2	1		4
FAIAL	4	3	1	1	9
S. JORGE	2	2	2	1	7
S. ROQUE DO FAIAL	2	2	1		5
S. VICENTE	19	26	9	3	57
BOAVENTURA	1	1	1		3
PONTA DELGADA	2	2	1	1	6
SANTA CRUZ	15	11	9	8	43
CAMACHA	10	6	4	4	24
GAULA					
CANIÇO	22	11	11	12	56
CÂMARA DE LOBOS	25	15	8	9	57
CARMO	4	3	2	1	10
CURRAL DAS FREIRAS	3	3	2	1	9
ESTREITO DE CÂM. LOBOS	14	9	6	6	35
JARDIM DA SERRA	5	3	2	1	11
QUINTA GRANDE					
CALHETA	11	13	8		32
PRAZERES	1	1		1	3
PONTA DO PARGO	1	1	1		
PAÚL DO MAR					
FAJÃ DA OVELHA	1	1	1	1	4
ESTREITO DA CALHETA	7	2	1	3	13
ARCO DA CALHETA	4	3	1	1	9
TOTAL CS = 42	413	284	200	165	1062

ENF - Enfermeiros(as); AS. O – Assistentes Operacionais; AS. T – Assistentes Técnicos; MÉD – Médicos (inclui médicos de família e internos da especialidade de MGF); alguns profissionais por trabalharem em mais do que um CS só foram contabilizados uma vez e por isso há CS sem profissionais contabilizados. Para melhor análise desta tabela, complementar estes dados com os dados da Figura 3.

Apêndice C - Respostas “Não sei ou não se aplica” (NS) por categoria profissional e questões do questionário MOSOPSC-RAM

MED (Médicos); INT (Internos de MGF); ENF (Enfermeiros); GES (Gestão); PSI (Psicologia); NUT (Nutrição); AS (Assistentes Sociais); AT (Assistentes Técnicos); AO (Assistentes Operacionais);

QUESTÕES AGRUPADAS EM DIMENSÃO DA QUALIDADE	CATEGORIA PROFISSIONAL										
	MED	INT	ENF	GES	PSI	NUT	AS	AT	AO	TOTAL	
	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	Missing
TRABALHO EM EQUIPA	6	6	3	1	3	2	2	11	3	37	146
C1 - Quando alguém está sobrecarregado, os colegas ajudam	5	3	2	1	1	2	2	3	1	20	35
C2 - Há uma boa relação de trabalho entre os vários elementos da equipa	1	2	-	-	1	-	-	2	-	6	34
C5 - Neste serviço tratamos os outros com respeito	-	-	1	-	1	-	-	2	1	5	34
C13 - Este serviço promove o trabalho em equipa na prestação de cuidados	-	1	-	-	-	-	-	4	1	6	43
APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL	2	21	20	1	5	2	9	18	13	91	100
F1 - Quando há um problema no serviço, procuramos saber se necessitamos de alterar a nossa conduta	-	4	-	-	-	-	3	4	1	12	32
F5 - Este serviço muda facilmente os procedimentos com o objetivo de evitar que os erros se repitam	-	8	13	1	2	1	4	8	7	44	34
F7 - Após uma mudança no sentido de melhorar os cuidados prestados, verificamos se estas mudanças foram de facto eficazes	2	9	7	-	3	1	2	6	5	35	34
PERCEÇÕES GERAIS SOBRE A QUALIDADE E A SEGURANÇA DO DOENTE	7	20	21	-	4	3	8	33	28	124	132
F2 - Os nossos procedimentos são os adequados para prevenir erros que possam afetar os doentes	2	4	2	-	2	-	2	8	6	26	32
F3R - Neste serviço os erros acontecem com mais frequência do que deveriam	4	6	9	-	1	1	2	7	8	38	32
F4R - É apenas por acaso que não cometemos mais erros que podem afetar os nossos doentes	1	5	7	-	1	1	2	14	11	42	35
F6R - Neste serviço, realizar maior quantidade de trabalho é mais importante do que prestar cuidados de saúde de qualidade	-	5	3	-	-	1	2	4	3	18	33
SEGUIMENTO DO DOENTE	12	8	84	3	16	6	11	99	149	388	180
D3 - Neste serviço alertamos os doentes quando há necessidade de se agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	-	-	1	-	3	1	3	12	32	52	35
D5 - Neste serviço documentamos a forma como os doentes crónicos seguem os respetivos planos de tratamento	1	2	5	-	6	2	3	43	46	108	45
D6 - O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames que aguarda do exterior	11	6	76	3	6	3	4	33	45	187	59
D9 - Este serviço acompanha os doentes que precisam de seguimento	-	-	2	-	1	-	1	11	26	41	41

TREINO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA	3	19	3	1	5	-	3	21	11	66	113
C4 - Os profissionais recebem formação quando novos procedimentos são implementados	-	5	-	-	2	-	2	4	2	15	35
C7 - Este serviço garante que a equipa recebe a formação que necessita	1	6	-	1	-	-	-	6	2	16	36
C10R - A equipa é convidada a realizar atividades para as quais não recebeu formação	2	8	3	-	3	-	1	11	7	35	42
PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS	2	11	5	-	2	1	-	24	10	55	156
C8R - Este serviço é mais desorganizado do que deveria ser	-	1	1	-	-	-	-	6	1	9	38
C9 - Temos bons procedimentos para verificar se o nosso trabalho foi realizado corretamente	1	5	2	-	-	-	-	5	2	15	37
C12R - Temos problemas com a quantidade de trabalho	1	3	1	-	1	1	-	6	1	14	40
C15 - A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos	-	2	1	-	1	-	-	7	6	17	41
COMUNICAÇÃO ACERCA DO ERRO	13	29	26	-	9	5	8	35	18	143	160
D7R - A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela	7	9	21	-	3	3	3	19	6	71	51
D8 - Os vários elementos da equipa falam abertamente sobre os problemas que existem no serviço	1	5	1	-	2	-	1	7	3	20	41
D11 - Neste serviço discutimos formas de prevenir a repetição dos erros	1	7	2	-	2	2	2	4	4	24	34
D12 - A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço	4	8	2	-	2	-	2	5	5	28	34
ABERTURA NA COMUNICAÇÃO	5	24	14	-	9	7	7	32	4	102	158
D1 - Os prestadores de cuidados aceitam sugestões por parte dos outros elementos da equipa sobre como melhorar os procedimentos do serviço	1	2	1	-	2	2	1	8	-	17	38
D2 - A equipa é encorajada a expressar pontos de vista alternativos	1	6	1	-	2	2	1	9	-	22	38
D4R - Quando algo não parece correto, a equipa tem receio de fazer perguntas	3	7	6	-	3	2	3	7	2	33	38
D10R - É difícil mostrar qualquer tipo de descontentamento neste serviço	-	9	6	-	2	1	2	8	2	30	44
SUPORTE POR PARTE DAS CHEFIAS/GESTÃO/LIDERANÇA	6	23	30	-	3	3	3	34	39	141	418
E1R - Não estão a investir recursos suficientes para melhorar a qualidade de cuidados neste serviço	-	5	15	-	-	1	-	10	9	40	104
E2R - Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer	2	5	3	-	2	1	1	7	11	32	103
E3 - Atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados ao doente	1	6	7	-	1	1	1	10	10	37	105
E4R - As suas decisões são muitas vezes baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os doentes	3	7	5	-	-	-	1	7	9	32	106
PRESSÃO/RITMO/QUANTIDADE DE TRABALHO	-	9	4	-	2	2	4	42	45	108	152
C3R - Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes	-	1	1	-	1	-	2	22	16	43	38
C6R - Temos demasiados doentes para o número de prestadores de cuidados	-	3	1	-	-	1	-	5	12	22	36

C11Temos o número suficiente de profissionais para prestar cuidados aos doentes	-	2	1	-	1	1	-	6	7	18	40
C14R - Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde eficazes	-	3	1	-	-	-	2	9	10	25	38
QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE	47	50	632	19	46	9	35	274	470	1582	515
A1 - Devido a um problema de saúde agudo/grave, um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48 horas	10	10	41	2	4	2	4	19	45	137	46
A2 - Utilização de um processo clínico que não corresponde ao do doente	5	8	51	2	4	-	4	32	61	167	46
A3 - Um processo clínico não estava disponível quando necessário	4	7	43	2	2	-	3	20	53	134	48
A4 - Informações clínicas foram guardadas, digitalizadas ou registadas no processo clínico do doente errado	6	8	50	2	4	-	4	40	59	173	50
A5 - O Equipamento Médico (inclui computador) não estava a funcionar adequadamente ou necessitava de reparação ou substituição	1	-	30	-	4	-	4	10	40	89	44
A6 - Um farmacêutico contactou o serviço para clarificar ou corrigir uma prescrição médica	3	3	109	3	7	3	4	17	52	201	61
A7 - Não foi realizada uma revisão terapêutica durante a consulta	4	4	114	4	7	1	4	52	59	249	77
A8 - Os resultados laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	2	3	90	2	7	-	4	38	53	199	67
A9 - Não houve seguimento de um resultado ANORMAL em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de um dia útil	12	7	104	2	7	3	4	46	48	233	76
GESTÃO E TROCA DE INFORMAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS	47	37	387	11	32	13	23	200	213	963	588
Laboratórios/centros de imagem externos?	8	6	80	2	8	3	5	45	46	203	58
Outros serviços/ médicos externos?	7	8	81	3	6	3	4	43	47	202	69
Farmácia?	12	6	111	3	7	3	5	41	52	240	65
Hospitais?	6	7	60	2	6	3	5	45	46	180	65
Outras?	14	10	55	1	5	1	4	26	22	138	331

MED (Médicos); INT (Internos de MGF); ENF (Enfermeiros); GES (Gestão); PSI (Psicologia); NUT (Nutrição); AS (Assistentes Sociais); AT (Assistentes Técnicos); AO (Assistentes Operacionais);

Apêndice D - Desvio padrão, média, inter-item correlation e alfa de Cronbach no MOSOPSC – RAM

		N	%
Cases	Valid	397	82,2
	Excluded ^a	86	17,8
	Total	483	100,0

As questões seguintes descrevem situações que podem surgir nos Centros de Saúde e que afetam a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. Em retrospectiva, quantas vezes:	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
[Devido a um problema de saúde agudo/grave, um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48 horas]	43,94	93,011	,602	,457	,871
[Utilização de um processo clínico que não corresponde ao do doente]	42,68	107,556	,619	,731	,871
[Um processo clínico não estava disponível quando necessário]	42,99	108,586	,497	,430	,876
[Informações clínicas foram guardadas, digitalizadas ou registadas no processo clínico do doente errado]	42,59	108,470	,618	,708	,871
[O Equipamento Médico (inclui computador) não estava a funcionar adequadamente ou necessitava de reparação ou substituição]	44,73	93,485	,659	,506	,864
[Um farmacêutico contactou o serviço para clarificar ou corrigir uma prescrição médica]	43,04	102,781	,537	,398	,873
[Não foi realizada uma revisão terapêutica durante a consulta]	42,79	94,400	,749	,705	,855
[Os resultados laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário]	43,48	90,265	,728	,636	,857
[Não houve seguimento de um resultado ANORMAL em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de 1 dia útil]	43,18	89,893	,747	,677	,855

	N	%
Valid	155	32,1
Cases Excluded ^a	328	67,9
Total	483	100,0

Nos últimos 12 meses, quantas vezes o seu serviço teve problemas na transferência de informação exata, completa, e temporalmente adequada com:	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
[Laboratórios/centros de imagem externos?]	26,11	8,306	,744	,629	,733
[Outros serviços/ médicos externos?]	26,00	8,169	,786	,667	,717
[Farmácias?]	25,83	10,400	,674	,493	,764
[Hospitais?]	26,06	8,788	,678	,487	,757
[Outros?]	25,49	14,342	,137	,039	,866

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	.145	-.267	.757	1.023	-2.839	.028	38

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Quando alguém está sobrecarregado, os colegas ajudam	18.5242	46.642	.325	.876
Há uma boa relação de trabalho entre os vários elementos da equipa	18.3548	47.125	.322	.876
Neste serviço tratamos os outros com respeito	18.2016	48.227	.302	.876
Este serviço promove o trabalho em equipa na prestação de cuidados	18.4113	46.374	.417	.874
Quando há um problema no serviço, procuramos saber se necessitamos de alterar a nossa conduta	18.2984	46.487	.524	.873
Este serviço muda facilmente os procedimentos com o objetivo de evitar que os erros se repitam	18.6935	46.328	.355	.875
Após uma mudança no sentido de melhorar os cuidados prestados, verificamos se estas mudanças foram de facto eficazes	18.5242	46.203	.394	.874
Os nossos procedimentos são os adequados para prevenir erros que possam afetar os doentes	18.3790	46.270	.462	.873

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Neste serviço os erros acontecem com mais frequência do que deveriam	18.6371	46.363	.350	.875
É apenas por acaso que não cometemos mais erros que podem afetar os nossos doentes	18.5081	46.024	.427	.874
Neste serviço, realizar maior quantidade de trabalho é mais importante do que prestar cuidados de saúde de qualidade	18.7419	46.226	.375	.875
Neste serviço alertamos os doentes quando há necessidade de se agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	18.3790	47.067	.316	.876
Neste serviço documentamos a forma como os doentes crónicos seguem os respetivos planos de tratamento	18.4274	46.312	.418	.874
O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames que aguarda do exterior	18.5887	45.171	.539	.871
Este serviço acompanha os doentes que precisam de seguimento	18.3790	46.855	.354	.875
Os profissionais recebem formação quando novos procedimentos são implementados	18.4597	46.153	.427	.874
Este serviço garante que a equipa recebe a formação que necessita	18.5000	46.057	.425	.874
A equipa é convidada a realizar atividades para as quais não recebeu formação	18.6129	46.077	.395	.874
Este serviço é mais desorganizado do que deveria ser	18.7097	45.183	.531	.871
Temos bons procedimentos para verificar se o nosso trabalho foi realizado corretamente	18.6210	45.067	.550	.871
Temos problemas com a quantidade de trabalho que temos	19.0565	47.859	.237	.877
A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos	18.3629	46.331	.466	.873
A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela	19.0887	48.732	.052	.879
Os vários elementos da equipa falam abertamente sobre os problemas que existem no serviço	18.7419	44.697	.611	.869
Neste serviço discutimos formas de prevenir a repetição dos erros	18.6452	44.507	.634	.869
A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço	18.6532	44.993	.558	.871
Os prestadores de cuidados aceitam sugestões por parte dos outros elementos da equipa sobre como melhorar os procedimentos	18.7097	45.769	.441	.873
A equipa é encorajada a expressar pontos de vista alternativos	18.7823	46.302	.370	.875

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Quando algo não parece correto, a equipa tem receio de fazer perguntas	19.0806	48.839	.021	.879
É difícil mostrar qualquer tipo de descontentamento neste serviço	19.0806	49.018	-.024	.880
Não estão a investir recursos suficientes para melhorar a qualidade de cuidados neste serviço	19.0000	48.276	.112	.879
Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer	18.7016	45.170	.532	.871
Atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados ao doente	18.6855	45.827	.431	.873
As suas decisões são muitas vezes baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os doentes	18.6855	45.990	.406	.874
Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes	19.1048	48.339	.176	.877
Temos demasiados doentes para o número de prestadores de cuidados	19.0968	48.560	.104	.878
Temos o número suficiente de profissionais para prestar cuidados aos doentes	19.0645	49.118	-.048	.880
Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde eficazes	18.7742	46.729	.303	.876

No geral, como classifica o seu serviço em cada uma das seguintes áreas da qualidade dos cuidados de saúde?	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
[CENTRADO NO DOENTE (É sensível às preferências individuais do doente, suas necessidades e valores)]	16,15	8,514	,719	,533	,789
[EFFECTIVA (É baseada em conhecimentos científicos)]	15,74	9,559	,545	,299	,836
[OPORTUNA (Minimiza tempos de espera e atrasos potencialmente danosos)]	16,24	8,184	,729	,593	,786
[EFICIENTE (Assegura cuidados custo-eficazes (evita o desperdício, o uso excessivo e o uso indevido dos serviços))]	16,17	8,379	,715	,558	,790
[EQUITATIVA (Presta a mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas independentemente do sexo, raça, etnia, nível socioeconómico, língua, etc.)]	15,60	9,869	,529	,295	,839

Apêndice E - Resultados MOSOPS - RAM de acordo com tempo de serviço

QUESTÕES QUE COMPOEM AS DIMENSÕES	Tempo de Serviço				
	<1 Ano	1 a 3 Anos	3 a 6 Anos	6 a 11 Anos	11 ou + Anos
TRABALHO EM EQUIPA					
Quando alguém está sobrecarregado, os colegas ajudam (C1)	68%	66%	78%	74%	83%
Há uma boa relação de trabalho entre os vários elementos da equipa (C2)	81%	73%	86%	85%	84%
Neste serviço tratamos os outros com respeito (C5)	93%	95%	97%	97%	96%
Este serviço promove o trabalho em equipa na prestação de cuidados (C13)	74%	71%	81%	76%	77%
SEGUIMENTO DO DOENTE					
Neste serviço alertamos os doentes quando há necessidade de se agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina (D3)	88%	66%	84%	88%	90%
Neste serviço documentamos a forma como os doentes crónicos seguem os respetivos planos de tratamento (D5)	85%	64%	73%	78%	78%
O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames que aguarda do exterior (D6)	66%	58%	69%	64%	72%
Este serviço acompanha os doentes que precisam de seguimento (D9)	91%	76%	86%	89%	91%
PERCEÇÕES GERAIS SOBRE A QUALIDADE E A SEGURANÇA DO DOENTE					
Os nossos procedimentos são os adequados para prevenir erros que possam afetar os doentes (F2)	82%	77%	81%	82%	86%
Neste serviço os erros acontecem com mais frequência do que deveriam (F3R)	58%	49%	68%	67%	81%
É apenas por acaso que não cometemos mais erros que podem afetar os nossos doentes (F4R)	65%	75%	78%	71%	83%
Neste serviço, realizar maior quantidade de trabalho é mais importante do que prestar cuidados de saúde de qualidade (F6R)	78%	63%	49%	53%	65%

QUESTÕES QUE COMPOEM AS DIMENSÕES	Tempo de Serviço				
	<1 Ano	1 a 3 Anos	3 a 6 Anos	6 a 11 Anos	11 ou + Anos
APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL					
Quando há um problema no serviço, procuramos saber se necessitamos de alterar a nossa conduta (F1)	86%	91%	92%	96%	91%
Este serviço muda facilmente os procedimentos com o objetivo de evitar que os erros se repitam (F5)	51%	47%	45%	51%	61%
Após uma mudança no sentido de melhorar os cuidados prestados, verificamos se estas mudanças foram de facto eficazes (F7)	64%	69%	70%	72%	74%
TREINO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA					
Os profissionais recebem formação quando novos procedimentos são implementados (C4)	57%	67%	69%	72%	75%
Este serviço garante que a equipa recebe a formação que necessita (C7)	56%	60%	60%	68%	66%
A equipa é convidada a realizar atividades para as quais não recebeu formação (C10R)	49%	56%	60%	61%	57%
COMUNICAÇÃO ACERCA DO ERRO					
A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela (D7R)	49%	45%	52%	61%	67%
Os vários elementos da equipa falam abertamente sobre os problemas que existem no serviço (D8)	55%	34%	40%	51%	57%
Neste serviço discutimos formas de prevenir a repetição dos erros (D11)	39%	34%	60%	61%	67%
A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço (D12)	42%	41%	66%	60%	72%
ABERTURA NA COMUNICAÇÃO					
Os prestadores de cuidados aceitam sugestões por parte dos outros elementos da equipa sobre como melhorar os procedimentos do serviço (D1)	57%	39%	45%	55%	62%
A equipa é encorajada a expressar pontos de vista alternativos (D2)	57%	36%	32%	47%	54%
Quando algo não parece correto, a equipa tem receio de fazer perguntas (D4R)	51%	46%	51%	52%	70%

QUESTÕES QUE COMPOEM AS DIMENSÕES	Tempo de Serviço				
	<1 Ano	1 a 3 Anos	3 a 6 Anos	6 a 11 Anos	11 ou + Anos
É difícil mostrar qualquer tipo de descontentamento neste serviço (D10R)	51%	34%	32%	44%	43%
PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS					
Este serviço é mais desorganizado do que deveria ser (C8R)	48%	57%	60%	69%	67%
Temos bons procedimentos para verificar se o nosso trabalho foi realizado corretamente (C9)	49%	40%	70%	73%	71%
Temos problemas com a quantidade de trabalho (C12R)	24%	18%	19%	23%	33%
A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos (C15)	80%	80%	86%	79%	85%
SUORTE POR PARTE DAS CHEFIAS / GESTÃO / LIDERANÇA					
Não estão a investir recursos suficientes para melhorar a qualidade de cuidados neste serviço (E1R)	19%	30%	19%	21%	15%
Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer (E2R)	37%	48%	49%	61%	67%
Atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados ao doente (E3)	53%	46%	51%	64%	65%
As suas decisões são muitas vezes baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os doentes (E4R)	37%	66%	48%	66%	65%
PRESSÃO / RITMO / QUANTIDADE DE TRABALHO					
Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes (C3R)	8%	7%	9%	6%	8%
Temos demasiados doentes para o número de prestadores de cuidados (C6R)	14%	15%	9%	14%	8%
Temos o número suficiente de profissionais para prestar cuidados aos doentes (C11)	20%	19%	17%	23%	16%
Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde eficazes (C14R)	51%	49%	48%	58%	65%
QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE					
A1 - Devido a um problema de saúde agudo/grave, um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48 horas	41%	47	42	51	61

QUESTÕES QUE COMPOEM AS DIMENSÕES	Tempo de Serviço				
	<1 Ano	1 a 3 Anos	3 a 6 Anos	6 a 11 Anos	11 ou + Anos
A2 - Utilização de um processo clínico que não corresponde ao do doente	89	97	90	96	97
A3 - Um processo clínico não estava disponível quando necessário	90	93	91	93	92
A4 - Informações clínicas foram guardadas, digitalizadas ou registadas no processo clínico do doente errado	90	97	90	67	99
A5 - O Equipamento Médico (inclui computador) não estava a funcionar adequadamente ou necessitava de reparação ou substituição	29	36	39	43	60
A6 - Um farmacêutico contactou o serviço para clarificar ou corrigir uma prescrição médica	80	71	54	73	78
A7 - Não foi realizada uma revisão terapêutica durante a consulta	58	68	42	66	69
A8 - Os resultados laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	44	51	36	47	66
A9 - Não houve seguimento de um resultado ANORMAL em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de um dia útil	30	27	34	43	59
GESTÃO E TROCA DE INFORMAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS					
Laboratórios/centros de imagem externos?	54	47	41	63	67
Outros serviços/ médicos externos?	44	46	46	52	61
Farmácia?	65	48	50	56	76
Hospitais?	50	38	37	70	65
Outras?	0	100	100	100	100

Apêndice F - Percentagem de respostas positivas por questões do questionário e dimensões da qualidade por categoria profissional
 MED (Médicos); INT (Internos de MGF); ENF (Enfermeiros); GES (Gestão); PSI (Psicologia); NUT (Nutrição); AS (Assistentes Sociais); AT (Assistentes Técnicos); AO (Assistentes Operacionais)

QUESTÕES AGRUPADAS EM DIMENSÃO DA QUALIDADE	CATEGORIAS PROFISSIONAIS									
	MED	INT	ENF	G	PSIC	NUT	AS	AT	AO	MÉDIA
TRABALHO EM EQUIPA	66	63	89	89	86	69	63	89	85	78
C1 - Quando alguém está sobrecarregado, os colegas ajudam	35	52	84	83	100	50	33	89	83	68
C2 - Há uma boa relação de trabalho entre os vários elementos da equipa	82	60	89	86	86	75	60	89	76	78
C5 - Neste serviço tratamos os outros com respeito	93	93	97	100	86	100	100	98	97	96
C13 - Este serviço promove o trabalho em equipa na prestação de cuidados	52	48	85	86	71	50	60	80	82	68
APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL	51	50	76	83	54	50	33	80	82	62
F1 - Quando há um problema no serviço, procuramos saber se necessitamos de alterar a nossa conduta	80	73	95	100	88	100	100	97	96	92
F5 - Este serviço muda facilmente os procedimentos com o objetivo de evitar que os erros se repitam	27	37	57	50	33	50	-	63	66	43
F7 - Após uma mudança no sentido de melhorar os cuidados prestados, verificamos se estas mudanças foram de facto eficazes	46	41	77	100	40	-	-	80	85	52
PERCEÇÕES GERAIS SOBRE A QUALIDADE E A SEGURANÇA DO DOENTE	51	63	73	61	77	86	42	83	82	69
F2 - Os nossos procedimentos são os adequados para prevenir erros que possam afetar os doentes	63	74	87	57	83	75	33	90	91	73
F3R - Neste serviço os erros acontecem com mais frequência do que deveriam	54	48	72	71	100	100	67	77	71	73
F4R - É apenas por acaso que não cometemos mais erros que podem afetar os nossos doentes	62	64	77	57	100	100	33	86	85	74
F6R - Neste serviço, realizar maior quantidade de trabalho é mais importante do que prestar cuidados de saúde de qualidade	26	64	55	57	25	67	33	79	79	54
SEGUIMENTO DO DOENTE	74	66	84	78	100	50	63	86	60	73
D3 - Neste serviço alertamos os doentes quando há necessidade de se agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	87	74	90	86	100	100	100	81	68	87
D5 - Neste serviço documentamos a forma como os doentes crónicos seguem os respetivos planos de tratamento	77	63	79	86	100	-	50	76	50	65
D6 - O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames que aguarda do exterior	52	40	75	67	100	-	-	90	44	52
D9 - Este serviço acompanha os doentes que precisam de seguimento	80	85	91	71	100	100	100	96	78	89
TREINO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA	44	33	72	75	57	19	-	65	81	49
C4 - Os profissionais recebem formação quando novos procedimentos são implementados	48	41	75	71	67	25	-	80	91	55
C7 - Este serviço garante que a equipa recebe a formação que necessita	47	29	71	83	25	-	-	71	81	45
C10R - A equipa é convidada a realizar atividades para as quais não recebeu formação	37	28	69	71	80	33	-	44	70	48

PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS	37	35	63	60	57	46	30	67	73	52
C8R - Este serviço é mais desorganizado do que deveria ser	36	46	63	67	88	50	80	75	80	65
C9 - Temos bons procedimentos para verificar se o nosso trabalho foi realizado corretamente	38	24	73	57	38	-	40	77	81	48
C12R - Temos problemas com a quantidade de trabalho	17	4	27	14	-	33	-	26	41	18
C15 - A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos	56	64	90	100	100	100	-	91	90	77
COMUNICAÇÃO ACERCA DO ERRO	36	30	65	71	49	21	38	69	49	47
D7R - A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela	46	47	64	71	80	-	-	67	51	47
D8 - Os vários elementos da equipa falam abertamente sobre os problemas que existem no serviço	30	32	56	71	33	33	50	56	46	45
D11 - Neste serviço discutimos formas de prevenir a repetição dos erros	33	20	69	71	33	-	67	73	48	46
D12 - A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço	35	21	70	71	50	50	33	79	50	51
ABERTURA NA COMUNICAÇÃO	36	42	55	73	61	79	13	59	42	51
D1 - Os prestadores de cuidados aceitam sugestões por parte dos outros elementos da equipa sobre como melhorar os procedimentos do serviço	43	50	63	71	67	50	25	54	44	52
D2 - A equipa é encorajada a expressar pontos de vista alternativos	32	24	56	71	50	100	25	53	37	50
D4R - Quando algo não parece correto, a equipa tem receio de fazer perguntas	41	55	57	100	60	100	-	77	56	61
D10R - É difícil mostrar qualquer tipo de descontentamento neste serviço	28	39	44	50	67	67	-	50	31	42
SUORTE POR PARTE DAS CHEFIAS/GESTÃO/LIDERANÇA	30	19	51	75	32	54	-	63	67	43
E1R - Não estão a investir recursos suficientes para melhorar a qualidade de cuidados neste serviço	7	5	18	-	-	50	-	22	39	16
E2R - Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer	29	8	63	100	40	50	-	74	81	49
E3 - Atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados ao doente	38	29	63	100	17	50	-	77	72	50
E4R - As suas decisões são muitas vezes baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os doentes	47	32	60	100	71	67	-	78	75	59
PRESSÃO/RITMO/QUANTIDADE DE TRABALHO	19	17	25	18	25	54	18	28	36	27
C3R - Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes	8	4	15	14	-	50	-	17	37	16
C6R - Temos demasiados doentes para o número de prestadores de cuidados	8	-	11	0	13	33	-	8	18	10
C11Temos o número suficiente de profissionais para prestar cuidados aos doentes	15	12	18	14	-	33	40	16	27	19
C14R - Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde eficazes	46	50	56	43	88	100	33	69	62	61
QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE	66	79	62	93	50	72	100	75	60	73
A1 - Devido a um problema de saúde agudo/grave, um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48 horas	65	81	40	40	75	100	100	64	35	67

A2 - Utilização de um processo clínico que não corresponde ao do doente	96	100	93	100	100	100	100	97	100	98
A3 - Um processo clínico não estava disponível quando necessário	86	100	90	100	100	100	100	95	92	96
A4 - Informações clínicas foram guardadas, digitalizadas ou registadas no processo clínico do doente errado	98	100	93	100	100	100	100	100	100	99
A5 - O Equipamento Médico (inclui computador) não estava a funcionar adequadamente ou necessitava de reparação ou substituição	28	41	43	100	75	75	100	57	40	62
A6 - Um farmacêutico contactou o serviço para clarificar ou corrigir uma prescrição médica	71	92	71	100	-	-	100	61	64	62
A7 - Não foi realizada uma revisão terapêutica durante a consulta	65	83	48	100	-	100	100	75	33	67
A8 - Os resultados laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	36	63	48	100	-	75	100	71	45	60
A9 - Não houve seguimento de um resultado ANORMAL em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de um dia útil	50	55	32	100	-	-	100	56	27	47
GESTÃO E TROCA DE INFORMAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS	64	80	61	75	60	-	-	71	49	51
Laboratórios/centros de imagem externos?	48	71	52	100	-	-	-	94	39	45
Outros serviços/ médicos externos?	50	74	44	100	100	-	-	73	35	53
Farmácia?	67	71	62	100	100	-	-	94	33	59
Hospitais?	55	84	48	75	100	-	-	93	39	55
Outras?	100	100	100	-	-	-	-	-	100	44

MED (Médicos); INT (Internos de MGF); ENF (Enfermeiros); GES (Gestão); PSI (Psicologia); NUT (Nutrição); AS (Assistentes Sociais); AT (Assistentes Técnicos); AO (Assistentes Operacionais);

Apêndice G - Comentários no MOSOPS – RAM por nove categorias de temas ou fatores envolvidos

RM – Recursos Materiais; RH – Recursos Humanos; T – Carga/Volume de trabalho; L/C – Liderança e Chefias; CS – Cultura de Segurança; EQ – Equipa; Q – Qualidade; LE – Lista de espera

COMENTÁRIOS	RM	RH	T	L/C	CS	EQ	SD	Q	LE
“Dentro do possível e atendendo à conjuntura atual, prestamos o melhor serviço possível ao utente”							*		
“...défice de recursos humanos compromete a segurança e a qualidade dos cuidados ao doente...o défice de recursos materiais limita a qualidade...”	*	*					*	*	
“Do meu ponto de vista não existe cultura de avaliação da qualidade dos serviços prestados aos utentes e os erros detetados não são explicitados pelos intervenientes das equipas, nem pelos responsáveis dos serviços. Não existe sentido crítico e as chefias mantêm-se nos lugares se não houver ondas...penso que todos ficamos a perder...quanto a mudanças ou inovações parece ninguém estar interessado, sobretudo as chefias...”					*	*	*	*	
“Na minha opinião a equipa de saúde faz atualmente um grande esforço em responder às solicitações diárias e de forma eficaz tenta resolver todos os problemas que surgem, mas poderia ainda melhorar a articulação entre os diferentes profissionais, talvez através de reuniões clínicas mensais para discussão de casos (exemplo de algumas das equipas multidisciplinares de saúde mental). De referir que o grande volume de trabalho, as diversas atividades dos seus profissionais e os diferentes horários, aportam muitas vezes, entraves a esta articulação que se pretende integradora e qualitativa. Por outro lado, existem também deficiências informáticas (equipamentos obsoletos e sistema de rede lento, e ainda, inexistência de um telefone nos gabinetes técnicos e médicos, que trás elevadíssimo transtorno ao profissional que precisa deste equipamento para executar o seu trabalho plenamente e garantir à confidencialidade das situações em acompanhamento...”	*		*			*		*	
“...atualmente a limitação em recursos humanos é uma constante e o excesso de trabalho é um fator desencadeante de erros ou de prestação de serviços de menor qualidade...”		*	*				*	*	
“A sobrecarga de trabalho do profissional provoca cansaço do profissional podendo afetar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos utentes.”			*				*	*	
“Para alcançarmos melhor qualidade nos cuidados de saúde é fundamental que comecemos a colocar no centro das atenções o motivo pelo qual somos profissionais de saúde 'O UTENTE' e deixarmos de querermos mostrar aos outros que temos posição e poder nos serviços. Esquecer um pouco a Pressão dos números e gastar tempo com quem vale a pena gastar - o utente porque hoje somos os prestadores e amanhã seremos nós os utentes”			*					*	
“Pontos fortes: Equipa de saúde; Pontos fracos: Ruturas frequentes de material e condições físicas do edifício”	*					*			
“A falta de materiais - Condições físicas do serviço / Instalações...”	*								
“Um dos problemas que compromete a qualidade dos cuidados é a falta de material e as condições físicas das instalações”	*							*	
“Este CS está instalado numa casa centenária com necessidade de obras de remodelação para melhor funcionalidade e acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde e evitar infeções visto o piso em algumas áreas ser em madeira com sinais de muito desgaste, não ter arrecadação para colocar os contentores dos resíduos hospitalares. Há necessidade de mudança de computadores visto os existentes serem muito antigos, com avarias frequentes. Também há necessidade de mais um	*						*	*	

COMENTÁRIOS	RM	RH	T	L/C	CS	EQ	SD	Q	LE
gabinete para médico e outro para enfermagem/ psicólogo/ nutricionista havendo dias (sexta feira) que tenho de ceder o meu gabinete para que lá sejam realizadas consultas"									
"Recursos humanos insuficientes, em particular dos médicos, uma vez que mais de 50% dos utentes não têm médico de família"		*							
"Instalações precárias"	*								
"Criação de consultas em um período para fazer uma avaliação de segurança no domicílio. Agilizar as listas de espera nos cuidados de Saúde Secundários"							*		*
"Diminuição do numero de doentes das listas de cada médico de família"			*						
"...o acesso a este centro de saúde faz-se numa rampa inclinada. Dificulta o acesso dos utentes com dificuldade na mobilidade..."	*								
"Tem sido recorrente a falta de diversos materiais quer para os utentes quer para os profissionais. Essencialmente por rutura nos diversos armazéns..."	*								
"...liderança fraca ou inexistente, com reflexos na eficiência do serviço e qualidade do trabalho prestado ao utente. A Desorganização do serviço revela-se na pouca articulação existente entre os diferentes elementos das equipas de saúde, que trabalham sem plano e objetivos previamente delineados e sem avaliações..."				*		*		*	
"No meu entender o CS do ... responde de forma positiva às diferentes solicitações em termos de cuidados de saúde e em termos do trabalho em equipa, mas existem algumas questões que devem ser melhoradas e ajustadas às necessidades que vão surgindo, nomeadamente o número de gabinetes insuficiente para a prestação de cuidados pelos diversos profissionais da equipa multidisciplinar e a carência de equipamentos informáticos na sala de reuniões. Por outro lado, tratando-se de um centro sediado numa zona muito fria no período de inverno é essencial que não ocorram falhas no fornecimento de gás que garanta condições de trabalho mínimas bem como de segurança e comodidade para os utentes"	*					*	*		
"A falta de médicos neste centro é o maior problema que nele existe, trazendo insatisfação por vezes aos utentes"	*								
"Gosto muito de trabalhar neste CS e acho que está a fazer um bom trabalho de equipa"						*			
"Não tenho conhecimento de existirem procedimentos neste sentido, nem formas de o monitorizar. Existe uma cultura, em que declarar ou assumir um erro é um apontar de dedo ao profissional e não é ainda visto como uma forma construtiva de melhorarmos o nosso trabalho e assim salvaguardar o doente e melhorar os nossos procedimentos. Existem poucos recursos humanos, ou aqueles que têm interesse em trabalhar de forma efetiva são sempre os mesmos e depois acabam por ficar exaustos por se desdobrarem em variadas funções. Pouco suporte administrativo/estatístico. Existem muitos dados que não necessita de ser um médico ou enfermeiro a colher/contabilizar. Estes profissionais deveriam sim registar corretamente e depois o trabalho seguinte deveria ser feito por outro técnico. Estas orientações deveriam vir das chefias. Enfim, tanto mais havia por dizer. Obrigada Marta por este trabalho tão importante e pertinente!"		*	*	*	*	*	*	*	
"Muitas vezes a falta de pessoal, condiciona a prestação de cuidados... A pressão para ter números, em vez de cuidados com mais qualidade também pesa no atendimento ao utente"		*	*				*	*	

COMENTÁRIOS	RM	RH	T	L/C	CS	EQ	SD	Q	LE
"Neste serviço a preocupação com a segurança do cliente é uma constante, pelo que considero termos um muito bom nível de qualidade dos cuidados que prestamos"							*	*	
"Mais tempo disponível para ouvir o doente"			*						
"Há muito que não temos condições físicas / infra-estruturas, para assegurar a privacidade e a qualidade dos cuidados ao grande numero de utentes que nos procuram. Acessos muito maus (inadequados para um serviço de saúde) para os utentes com limitações físicas ou carrinhos de bebé. Pouca oferta de computadores (nosso instrumento de trabalho) para a procura. Falta de gabinetes para atendimento aos utentes. Ausência de uma casa do lixo. WC's dos utentes avariados. Entre outros..."	*	*	*					*	
"Para que haja segurança na qualidade dos cuidados de saúde terá de haver programas organizacionais que promovam a importância da segurança com inclusão da gestão e desenvolvimento dos profissionais"		*		*			*	*	
"A qualidade poderia ser melhorada com uma comunicação afetiva, clara e maior entre os diferentes profissionais de saúde, sempre visando o utente como principal ator"						*		*	
"A escassez de recursos humanos é sem dúvida um enorme handicap"		*							
"Estrutura física do serviço não se adequa às necessidades do cliente tanto para crianças como para pessoas com limitação de deambulação e outras ex. rampas de acesso, falta de elevador, etc; Baixas médicas de colegas que afetam o trabalho do especialista (substituição temporária do enfº de cuidados gerais; - Não puder dar continuidade aos desusos do sistema músculo-esquelético tendo que optar por acompanhar maioritariamente aos clientes que necessitam de cuidados mais na fase aguda"	*	*	*			*			
"A segurança do doente deve estar em consonância com a qualidade dos serviços prestados; motivação e satisfação dos profissionais e com o número necessário de profissionais para poder responder às necessidades e prestar cuidados de excelência ao doente. Se não existir estes fatores então a segurança do doente estará sempre em risco"		*				*	*	*	
"A qualidade e segurança deste serviço seriam extremamente melhoradas se as condições físicas (imóvel e a sua estruturação), fossem adequadas ao serviço prestado"	*						*	*	
"Apesar de se ter conhecimento acerca do sigilo profissional, considero que continua a haver fuga de informação acerca dos utentes"							*		
"Tem havido, devido à falta de recursos, após a lavagem das mãos, secar com a mesma toalha para todos os profissionais"	*								
"Após responder este questionário cheguei a seguinte conclusão: que sendo uma equipa pequena conseguimos prestar cuidados de saúde com qualidade..."						*		*	
"Eu considero que no meu serviço zelamos pela segurança e qualidade dos serviços prestados aos utentes em todas as vertentes"					*	*	*	*	
"...garantia, tanto quanto me é possível da existência de plano terapêutico claro, preciso e conciso para a segurança no tratamento das pessoas idosas; Contactos regulares (consultas indiretas) de sensibilização, estímulo, apoio, reforço e de proximidade individual e familiar, com cuidador formal/informal); Visitas domiciliárias uni-disciplinares frequentes, e sempre que possível, multidisciplinares com a enfermeira da comunidade para reforçar o que anteriormente foi afirmado.		*		*	*	*		*	

COMENTÁRIOS	RM	RH	T	L/C	CS	EQ	SD	Q	LE
Reunião com médicos/as para troca de informação sobre a pessoa utente/cidadão em apoio, desde que se mostrem disponíveis e abertos para o trabalho em equipa; A falta de reuniões multidisciplinares em cada equipa e módulo de saúde obstaculiza a eficiência e eficácia dos recursos e compromete a qualidade do SRS - o tempo nelas ocupado, conjugando diferentes, mas convergentes saberes, reverteria para a evolução progressiva dos cuidados de saúde, o que não acontece por falta de sensibilidade de muitos profissionais e corporativismo/etnocentrismo de alguns - já para não referir que falta planeamento, coordenação, avaliação e investigação sobre a evolução e progressos do SRS; O SRS não valoriza quem investe na sua formação profissional, quer contínua, quer académica, para trazer valor científico acrescido ao serviço que integra, desperdiçando técnicos altamente qualificados no trabalho rotineiro, não os valorizando, nem ao próprio serviço..."									
"Preocupam-me muito os erros relacionados com a falta de leitura/ leitura incompleta das cartas de referência ao serviço de urgência..."			*				*		
"...atualmente, os serviços de saúde estão mais focados na quantidade de trabalho e numero de utentes assistidos, com o mínimo custo possível, em detrimento da qualidade na prestação de cuidados. Verificam-se quase diariamente situações em que os profissionais se deparam com a falta de recursos considerados básicos para a realização do seu trabalho. Esta situação acarreta maior desgaste para os vários profissionais, quer a nível físico quer psicológico, ao mesmo tempo que a motivação e satisfação profissional diminuem acentuadamente"	*	*	*				*	*	
"...atenção na marcação de consultas por parte do secretariado; atenção e remarcação de consultas quando estas são desmarcadas mais de uma vez..."		*							
"O processo informático falha no registo de informação. Não é prático, não está vocacionado para MGF (Genogramas e afins). Propicia a fuga/omissão de informação por não ser pragmático e, mais grave, não respeita o segredo profissional (qualquer profissional de saúde pode ver os registos)"	*						*		
"...noto que o obstáculo mais evidente na prestação de cuidados de qualidade são os problemas informáticos e a falta de impressoras..."	*							*	
"Deveria haver uma avaliação mais rigorosa e científica de cada profissional que integra cada serviço na avaliação do perfil psicológico e competências técnico científicas de cada um; mais material para avaliação quantitativa e qualitativa do doente, maior número de recursos materiais; formação aos profissionais e utentes para sensibilizar as prioridades e direitos do doentes e as crenças deste "utente" em relação aos serviços de saúde e "hierárquicos"; e priorizar, potenciar a qualidade do serviço e não a quantidade, mas sim um tempo específico e necessário de atendimento para cada utente. grata pela oportunidade, ao dispor..."	*	*	*	*				*	
"Deveria haver avaliação dos resultados obtidos - anualmente para definir estratégias para melhorar no próximo ano. Errar é humano mas, persistir no erro é desumano e, por tal acho que os erros que acontecem deveriam ser discutidos e corrigidos em equipe, não para apontar o dedo responsabilizar mas pela positiva...mas para isso era também preciso que houvesse EQUIPE DE SAÚDE"					*	*	*	*	*
"Considero que a segurança do doente é tida em conta de um ponto de vista global por toda a equipa multidisciplinar. A qualidade de cuidados poderia ser melhor se houvessem mais profissionais de saúde nas equipas, pois atualmente estão	*	*	*		*	*	*	*	

COMENTÁRIOS	RM	RH	T	L/C	CS	EQ	SD	Q	LE
muito reduzidas...e a procura dos serviços é igual ou maior tendo em conta toda a problemática socio económica atual, os recursos económicos escasseiam para grande parte da população”									
“A importância de uma prática clínica centrada na qualidade e não na quantidade; a importância da formação; a perspetiva imprescindível de que a equipa funciona sempre em função do doente”			*			*	*	*	
TOTAL	20	15	15	7	6	16	21	26	1

RM – Recursos Materiais; RH – Recursos Humanos; T – Carga/Volume de trabalho; L/C – Liderança e Chefias; CS – Cultura de Segurança; EQ – Equipa; Q – Qualidade; LE – Lista de espera

Apêndice H - Etapas da tradução e adaptação do questionário APEAS para os CSP da RAM

Item Original	Tradutor A	Tradutor B	Consenso no <i>focus group</i>
“Sonda urinaria abierta” e “Sonda urinaria cerrada”	Algáliação Aberta Algáliação Fechada	Sonda Urinária Aberta Sonda Urinária Fechada	Algáliação
“¿En qué nivel asistencial ocurrió el problema?”	A que nível assistencial ocorreu o problema	A que nível de cuidados de saúde o problema aconteceu?	A que nível de cuidados de saúde o problema aconteceu?
“Atención urgente en Atención Primaria”	Serviço de urgência nos CSP	Serviço de urgência no centro de saúde	Atendimento Urgente no Centro de Saúde
“Consultas médicas de Atención Primaria”	Consultas médicas nos CSP	Consultas Médicas no Centro de Saúde	Consultas Médicas no Centro de Saúde
“Consultas de Atención especializada”	Consultas Especializadas	Consultas da Especialidade	Consultas Hospitalares
“El efecto no ha ocurrido...”	Não ocorreu evento adverso	Não ocorreu efeito / evento	Não ocorreu incidente de segurança
“El efecto ha ocurrido y el paciente ha sufrido un daño temporal”	Ocorreu EA e o doente ficou danificado durante um período de tempo	Ocorreu evento e o doente sofreu um dano temporal	Ocorreu EA e o doente ficou danificado durante um período de tempo
“El efecto ha ocurrido, y el resultado del mismo ha sido la muerte del enfermo”	Ocorreu EA que resultou na morte do doente	Ocorreu evento que resultou na morte do doente	Ocorreu EA que resultou na morte do doente
“Señale todos los efectos que se produjeron en el paciente”	Selecione todas as consequências/ efeitos causados ao doente	Assinale todos os efeitos causados no doente	Selecione todas as consequências / efeitos causados ao doente
“Hematuria relacionada con sondaje”	Hematúria relacionada com a algáliação	Hematúria relacionada com sonda	Hematúria relacionada com a algáliação
“Trastorno circulatorio (férula muy ajustada)”	Disfunção Circulatória	Disfunção circulatória (vigilância apertada?)	Disfunção circulatória
“Malestar o dolor por fármacos (epigastralgia)”	Epigastralgias causadas por fármacos	Mal estar ou dor causada por fármacos (epigastralgia)	Epigastralgias (Dores no Estômago)
“Mal control de la Tensión arterial”	Mau controlo da TA	Mau controlo da TA	Tensões arteriais de difícil controlo
“Necesidad de repetir el procedimiento o visita”	Necessidade de repetir o procedimento ou a consulta	Necessidade de repetir o procedimento ou a consulta	Necessidade de repetir procedimentos / internamentos / consultas
“¿Qué atención recibió el paciente a consecuencia del efecto adverso?”	Que cuidados foram prestados ao doente no contexto do evento adverso	Que cuidados recebeu o paciente como consequência do evento adverso	Que cuidados foram prestados ao doente no contexto do evento adverso
“La atención sanitaria no se vio afectada”	Os cuidados não foram alterados	Os cuidados não foram afetados	Os cuidados não foram afetados ou alterados
“Requirió un nivel más elevado de observación y monitorización en AP”	Necessitou de um nível mais elevado de observação e monitorização nos CSP	Necessitou de um nível mais elevado de observação e monitorização nos CSP	Mais observação e monitorização nos cuidados de saúde primários / centro de saúde

Item Original	Tradutor A	Tradutor B	Consenso no <i>focus group</i>
“Requirió una nueva consulta o derivación a Atención Especializada o Urgencias sin ingreso”	Necessitou de uma nova consulta, referência a cuidados especializados ou recurso ao SU sem necessidade de internamento	Necessitou de uma nova consulta, referência a cuidados especializados ou urgências sem internamento	Consulta adicional, referência ou recurso à sala de emergência (sem hospitalização)
“Error de dispensación”	Erro de dispensa	Erro de dispensa	Erro na dispensa ou venda do medicamento
“Paciente equivocado”	Paciente errado	Paciente errado	Doente errado
“Relacionados con la gestión”	Relacionados com a gestão	Relacionados com a gestão	Problemas administrativos
“Lista de espera prolongada”	Longa lista de espera	Longa lista de espera	Longa lista de espera / atraso na observação do doente
“Problemas con la historia informatizada”	Problemas com a história clínica informatizada	Problemas com a história clínica informatizada	Problemas com o histórico do doente
“Citación errónea”	Erro de agendamento	Agendamento errado	Erro de agendamento
“Inadecuado manejo de signos de alerta”	Cuidados inapropriados dos sinais de alerta	Seguimento inadequado de sinais de alerta	Cuidados inapropriados perante sinais de alerta
“Manejo inadecuado de la técnica”	Técnica aplicada inapropriadamente	Técnica efetuada de modo inapropriado	Técnica aplicada inapropriadamente
“Mantenimiento inadecuado de cateteres”	Cuidados de manutenção do cateter inadequados	Manutenção inadequada de cateteres	Cuidados com o cateter inapropriados
“Valore en una escala de 6 puntos la evidencia de posibilidad de prevención”	Pontue numa escala de 6 pontos, a evidência da possibilidade de prevenção	Numa escala de 6 pontos, determine o grau de evidência da possibilidade de prevenção	Selecione o grau de evidência da possibilidade de prevenção
“Elevada posibilidad de prevención”	Elevada possibilidade de prevenção	Elevada possibilidade de prevenção	A prevenção era fortemente possível

Apêndice I - Resumo e descrição das possíveis causas dos EA

ID	Resposta: Faça um breve resumo do que aconteceu e qual a causa possível
37	Eritema da mama esquerda após aplicação de Fucidine e Halibut.
38	Em 2014 foi prescrito Avamys para rinite alérgica mas a utente teve epistaxis
50	Edema periorbitário. Reacção alérgica a AINE's.
55	Reação adversa medicamentosa com Aspegic (prurido e dispneia)
56	Reação adversa ao Inderal 40 mg (insónia)
58	Secura da boca com Amoxicilina
59	Vómitos com Claritromicina
62	Refere disfunção eréctil e diminuição da libido com Sertralina
63	Foi dada indicação para suspender Alopurinol em março 2016, porque já tomava desde há 3 anos e uremia estava normal. Posteriormente surgimento de tofo gotoso no ombro direito.
66	Doente com diagnóstico de diabetes inaugural medicada com Stagid 700. Quatro dias depois de iniciar a terapêutica referida regressa à consulta porque depois da toma do medicamento inicia quadro de flushing facial que dura várias horas.
67	Utente refere tremores com a toma de Librax (prescrito em 6/2016 na consulta de Gastroenterologia)
68	Não tolerou Pravafenix por queda de cabelo, prurido cutâneo, descamação da pele, edemas, tonturas, diarreia, ...
69	ulcera perna com mais 20 anos evolução - MRSA após internamento
80	Ferida cirúrgica abdominal- pós cesariana- ligeira deiscência devida ao desalinhamento dos bordos da sutura.
85	Eritema da pele com a aplicação de Reumon loção
86	Agravamento da onicomicose com a aplicação de Oliprox verniz ungueal (unha ficou com coloração mais escura)
87	Alcoólico. Iniciou tratamento e um dos ansiolíticos fê-lo ficar mais excitado e ansioso.
93	Utente foi atendido por mim, e entretanto prescrevi a medicação habitual, o utente foi levantar a receita na secretaria, onde deram a receita errada (ele é do sexo masculino e a utente da receita sexo feminino), utente vive só e não sabe ler, secretaria não confirmou o nome, na farmácia não confirmaram nome, e o utente iniciou uma medicação que não era dele provocando efeitos secundários dos fármacos que estava a tomar de forma errada! - inclusive estrogénios!!!!
103	Utente com crises de pânico medicada com escitalopram 20 1 cp dia
104	Utente com lombalgia que recorreu ao SU onde foi administrado Diclofenac - 75mg i.m. Cerca de 10 minutos após a administração iniciou mal-estar geral, tonturas, hipotensão, incontinência de esfínteres e perda de conhecimento. - Choque anafilático.
114	Utente tinha tido uma recente embolia e, após internamento, foi-lhe prescrito Varfine. Passado cerca de 1 mês tinha consulta de seguimento no Hospital dos Marmeleiros mas acordou confuso, desorientado e com perdas hemáticas significativas pela boca. Filho do utente levou-o ao serviço de urgência local, onde foi atendido pelo médico de família. Este ignorou a sintomatologia apresentada, não avaliou valor de INR ou outros sinais vitais, nem chamou uma AMS e orientou o filho para o levar à consulta no seu carro, tendo o utente agravado a sua situação clínica pelo caminho. O utente morreu dois dias depois.

ID	Resposta: Faça um breve resumo do que aconteceu e qual a causa possível
118	Queda em doente acamado, durante internamento no serviço de medicina interna, com traumatismo da anca dta, rx revela fratura sub-capital Garden IV anca direita.
119	Jovem de 19 anos, sexo feminino, que se queixava ao seu médico de família há vários anos de cefaleias, que nunca foram valorizadas. Utente pediu uma segunda opinião a outro médico que solicitou exames complementares de diagnóstico e foi detetado um aneurisma.
120	Utente cardíaco, fez transplante renal, fazia Varfine há vários anos sem nunca ter feito a monitorização de INR no CS ou Hospital. Lipotímias frequentes, perdas hemáticas em grande quantidade e conseqüente internamento.
122	Vasodilatação com afrontamento e fâcies ruborizada com mal-estar geral
130	Hiponatremia (128mEq/L) na sequência de medicação para a Hipertensão prescrita em consulta privada de cardiologia. A doente estava medicada com Olmesartan + HCTZ 20/12.5mg e concomitantemente com Indapamida 1.5mg.
144	Períneorrafia- dor intensa num dos pontos próximo à região anal
147	Alergia medicamentosa: urticaria e edema da glote após toma de Diclofenac e Acabel Intolerância alimentar: erupção cutânea após ingestão enchidos
149	pancreatite aguda alitiásica que excluídas diversas causas orgânicas se percebeu ter-se devido ao incremento da gabapentina
150	Mialgias com a sinvastatina. Edemas com o Coveram.
157	Refere tonturas e sensação de mal-estar com Sertralina
158	Refere diarreia com Glucosamina Ratiopharm saquetas (o que não acontecia com Viartril-S)
161	Efeito secundário a um medicamento (combodart 0,5/0,4mg) -- diminuição da libido
163	Infeção de ferida cirúrgica (hernioplastia por hérnia umbilical) em novembro 2016
164	Utente refere tremor dos braços com a toma de Daflon
165	Infeção de ferida cirúrgica pós-operatória (hernioplastia umbilical)
166	Utente com história de epigastralgias. Foi pedido pesquisa de Ag de helicobacter pylori para despiste de gastrite por este agente. O laboratório não realizou o estudo por "condicionantes técnicas"
167	Intolerância medicamentosa (mal-estar e vômito) após administração de Voltaren (diclofenac) injetável.
174	Utente com Pseudomonas aeruginosa [PSEAER] nas úlceras de perna. Já esteve internada 1 semana a fazer tratamento antibiótico o qual não foi suficiente vindo para casa ainda com a infeção nas úlceras. Tem aguardado novo internamento, mas é alegado que devido a falta de camas ainda não foi possível. Neste tempo de espera utente mantém infeção nas úlceras, com aumento de dor(está medicada) ,desconforto, tristeza e afetando a sua qualidade de vida,
176	Diagnosticado aneurisma a nível abdominal em 2005 e não foi feita intervenção médica de cirurgia vascular. Em 2015, fez novamente TAC sob orientação da medica de família, onde foi diagnosticado agravamento do aneurisma. Segundo relatório medico, cliente tinha de ser submetido a cirurgia urgente. Cliente faleceu, logo após cirurgia.
177	Após internamento nas Medicinas apresentou Úlceras por pressão nos calcâneos infetadas com pseudomonas

ID	Resposta: Faça um breve resumo do que aconteceu e qual a causa possível
178	Em 2014 cliente foi operado ao canal cárpico da mão direita devido alteração da sensibilidade. Algum tempo após cirurgia começou com parestesia total da mão direita, atrofia generalizada dos músculos intrínsecos da mão e antebraço. Atualmente apresenta deformação significativa, nenhuma sensibilidade e movimento da mão. Ainda possui várias feridas crônicas na mão e antebraço. Cliente aguarda cirurgia plástica há 2 anos apesar no seu estado agravar-se com o tempo.
179	Flebite provocada pela permanência prolongada de cateter venoso periférico para soroterapia.
181	Hepatite tóxica pela terbinafina
182	Em 12/2016 teve urticaria apos administração de Nolotil EV no SU do HNM
183	Apos administração de Aspegic EV no SU do HNM teve urticaria (em 2015)
184	Apos administração de Voltaren IM no SU do HNM refere urticaria (em 2015)
189	Durante o internamento, no serviço de Medicina Interna, por quadro de edema agudo do pulmão, a utente sofreu queda com traumatismo do maléolo direito com fratura. Foi observada pela ortopedia e colocada tala gessada.
193	Reação alérgica local a Poliuretano aplicado na face anterior da perna esquerda há 3 dias (doente operado a carcinoma em 10/2016, tendo efetuado enxerto. Apresenta ferida na face anterior da perna esquerda de cerca de 3 cm de maior eixo, com eritema à volta da mesma)
197	Reação adversa (reação urticariforme) com a toma de um suplemento alimentar: "Hairlox" para controlo de queda de cabelo.
198	Jovem veio com indicação para administração da vacina Pneumo 23 e cerca de 20 m após administração apresentou urticária nas coxas e abdómen, pelo que se associou eventual reação anafilática à vacina
199	Foi medicada com Ibuprofeno 600 (2x/dia), Paracetamol 1g (3x/dia), Ciprofloxacina 500 (12/12h) e Klacid OD 500 (1 cp/dia) na privada (Clinica da Sé) a 2-12-2016 - desde então refere dor abdominal, náuseas, vomitos, anorexia. Voltou à consulta e foi medicada com Pantoprazol 40 e Sucralfato, durante 3 semanas, sem melhoria dos sintomas.
203	Doente com hipersudorese + náuseas + tonturas na toma da pregabalina.
205	Infeção da ferida cirúrgica realizada à 04/01/2017 para excisão e biopsia de lesão na região escapular esquerda.
208	Medicada com ZOOCOR por genérico ter provocada queda de cabelo
212	Adalgur N - O utente refere só ter conseguido tomar 5 dias por lhe provocar diarreia
214	Reação alérgica a aspirina
217	Reação alérgica à amoxicilina+ac. clavulanico 125mg
223	Utente que fez ferida incisa na mão com objeto cortante e foi suturado no serviço de urgência. Colocado penso com adesivo sobre a sutura. Iniciou quadro de prurido na pele em contacto com o adesivo, tendo desenvolvido reação alérgica local sobre-infetada posteriormente. A ferida cirúrgica nunca teve sinais de infeção. Após um período de vigilância de 48h e terapêutica sintomática associada à remoção do adesivo, foi necessário iniciar terapêutica antibiótica empírica, com resolução da infeção local. O utente ficou impedido de fazer atividade desportiva por 1 semana e teve de se deslocar ao centro de saúde, 2 vezes mais para além da remoção dos pontos.
224	Angioedema por toma de IECA.

ID	Resposta: Faça um breve resumo do que aconteceu e qual a causa possível
225	Acompanhante (mãe) de utente com ferida incisa com necessidade de sutura. Assistiu ao procedimento de sutura, no Serviço de Urgência do Hospital, teve reação vagal e foi prontamente socorrida pelos profissionais de saúde que assistiam o filho. Refere que não chegou a cair e que lhe elevaram as pernas, tendo recuperado com dor na tibiotalar direita. Saiu do serviço de urgência com marcha cambaleante devido à dor. Automedicou-se com analgésicos. Sem melhoria clínica, dirigiu-se à médica de família que, após exame objetivo, lhe pediu RX que veio a confirmar fratura do perónio.
226	Utente a quem pedi mamografia de rastreio. Quando me trouxe o exame, detetei que não pertencia à utente em questão, mas a outra senhora com nome semelhante e idade significativamente diferente. Contactada a clínica onde fez o exame, não conseguiram emitir uma segunda via do relatório da minha utente. Contactei a médica de família da utente cujo exame me foi trazido e tentei a troca de relatório através de correio interno. No entanto, a utente da outra médica já não possuía o relatório na sua posse e já tinha sido referenciada à consulta de patologia da mama, por alterações na mamografia (que pertencia à minha utente). Tive de pedir uma nova mamografia à minha utente, 12 meses depois da última (tempo que demoraram estas diligências) e estou a aguardar o resultado.
227	Orientada para a consulta de Cirurgia plástica a 28/08/2016 com carácter de urgência (doente com assimetria da face associada ao trauma-acidente de viação em fev 2016, o que está a condicionar episódios de diplopia e intolerância a óculos graduados) - PTOSE PALPEBRAL EM "S" + ENOFTALMUS PÓS-TRAUMA (ACIDENTE DE VIAÇÃO) TC DA FACE. Fratura da arcada zigomática direita e da parede externa da orbita direita na vertente superior e inferior. Fratura do seio maxilar direito, nas paredes superior(pavimento da orbita) e externa. Afundamento da parede interna da orbita esquerda, com fratura do vomer. Hemossinus maxilar direito. Hematoma peri-orbitário direito e provável lamina de hematoma ao longo da parede superior da orbita direita. Presença de enfisema intra-orbitário á direita. Aspetos regulares do restante conteúdo orbitário.
232	Citologia com zona de transformação típica numa utente hysterectomizada (por causa maligna) e sem colo uterino. Provável troca de amostras no laboratório
233	Atraso na realização colonoscopia total após realização de pesquisa sangue oculto positivo. Este caso e as respostas a este inquérito deverão ser reproduzidas pelo investigador 8 vezes. (foram 8 casos identificados)
234	Internamento de utente com resultante surgimento de úlcera
237	Doente de 65 anos com antecedentes de DM2. HTA, Obesidade, Hipotireoidismo e anemia, medicada simultaneamente com ARA e IECA
239	Taquicárdia e palpitações de início súbito provados por ritmo de pace anómalo
240	Dermatite de contacto: alérgica eczematosa por alergia presumivelmente a tinta de cabelo
242	Criança com AP de eczema atópico que, em contexto de exacerbação, foi medicada com Xyzal e após 3 dias de toma mãe refere aparecimento de lesões na pele generalizadas eritematosas pontiformes . Cessação após interrupção do fármaco.
243	Quadro de dor abdominal, náuseas e vômitos. Introdução recente de Bezalip (+/- 1 mês antes). Ida ao SU do HNM, com análises com alterações das enzimas hepáticas. Avaliada pela Gastro, com indicação para suspensão do bezafibrato, por suspeita de intolerância/alergia.
244	Diarreia e vômitos apos toma de amoxiciclina

ID	Resposta: Faça um breve resumo do que aconteceu e qual a causa possível
245	Doente com HTA e DM tipo 1 vindo da Venezuela para a RAM em 2010, medicado com anti-diabéticos orais e insulina. Nunca foi referenciado a Endocrinologia ou outra especialidade hospitalar; não foi feito corretamente o seguimento da DM1 e HTA. Em 2014 por quadro de cefaleias e náuseas fez análises em que apresentava Hb 6mg/dl e creatinina: 13mg/dl; foi orientado para o SU onde fez dialise imediata e depois seguido pela Nefrologia. Entretanto, foi diagnosticada em 2015 uma estenose artéria renal tendo sido submetido a angioplastia parcial. Está a aguardar transplante reno-pancreático e faz hemodialise.
246	Doente DM2 + HTA + antecedentes de neoplasia da bexiga operada em 2013. Apresentou PSOF positiva em abril de 2013 e foi referenciado para colonoscopia no hospital que só foi realizada em 22-9-2015. Foi diagnosticada nesta data lesão de aspeto neoplásico vegetante da transição recto-sigmóide. Doente faleceu em 17-11-2015 por complicações do adenocarcinoma colorretal.
247	Utente seguida na Consulta de Patologia da Mama por múltiplos quistos da mama bilateralmente. Mamografia com Birads 3 em 2014. Mamografia feita no privado em 2016/08 com nódulo suspeito na MEsq com Birads 4B. Utente foi à Consulta e tem pedido de RM mamaria de 24/10/2016 e ainda não foi chamada, pelo que decide fazer RM fora do HNM. Ainda não fez. Não tem Consulta de Patologia mamária marcada para 2017.
250	A utente refere queda de cabelo e cefaleias após toma de Pravafenix (fibrato + estatina).
252	Medicado para amigdalite aguda com amoxicilina, ao 8 dia de tratamento aparecimento de exantema eritematoso generalizado.
253	Tosse associada a IECA
258	Efeitos adversos de Saval (lisinopril 20 mg + Amlodipina 5 mg) : edema dos membros inferiores
260	Com a mudança do Plano Nacional de Saúde, nomeadamente ao nível da vacina contra o Tétano e Difteria (Td) no adulto, foi administrada uma dose a mais desta vacina a uma utente.
261	Utente com défice cognitivo que recorre ao serviço de urgência com queixas de tosse, edema facial e cianose labial. Tem antecedentes de patologia cardíaca. Foi-lhe prescrito medicação para a tosse e utente regressa ao domicílio. Na semana seguinte recorre ao SU hospital, onde fica internado.
262	Refere queda de cabelo apos ter tomado Atorvastatina
263	Doente operado a neoplasia do colon. Apos alta teve infeção de sutura com abscesso da ferida cirúrgica
264	Alergia ao metamizol prescrito por ser também alérgico aos AIBNE em contexto de controlo de febre.
268	Episódios de diarreia com a metformina
270	Utente iniciou pregabalina 150, prescrito em contexto de cervicálgia e lombalgia crónica no SU do HNM, após várias idas a este mesmo serviço. Refere tonturas com a toma deste fármaco, pelo que suspendeu, com melhoria sintomática.
273	Reação anafilática com Metamizol na urgência hospitalar
274	A 24 de junho de 2016, recorreu à consulta não programada por erupção cutânea generalizada pruriginosa com início há 1 dia e com agravamento progressivo. Não apresentava febre, queixas intestinais, respiratórias ou outras. Negava alergias medicamentosas ou alimentares até à data. Nega ingestão de novo alimento ou fora de prazo e picada de inseto. AP: asmático. Fez brufen no dia anterior (nunca tinha feito) e aplicou baycuten creme (já anteriormente aplicado). Suspeita de alergia ao brufen.

ID	Resposta: Faça um breve resumo do que aconteceu e qual a causa possível
275	Sexo feminino, 83 anos Desde 4.1.2016, apresentou 5 episódios de hipercaliemia, sempre associados ao início de espironolactona por diferentes médicos, sem nunca ter sido detetado desde essa data hipocaliemia que pudesse justificar o seu início. Este fármaco foi sempre associado dado fazer furosemida 40mg/dia.
276	Foi colocado implante subcutâneo a 27/5/2016 sem intercorrências no SU de Machico. Após o procedimento, foi aplicada uma ligadura pela equipa de enfermagem. Passado 3 dias, a utente aparece em consulta não programada por hematoma local e edema e parestesias do MSesq. Mantinha a ligadura no braço que foi rapidamente removida. Foi aplicado gelo local, foi feito o levante do membro e a utente ficou em observação até resolução do edema e parestesias.
277	Utente com hx de dois EAM seguida na cardiologia medicada com dupla anti agregação. Tem ecg com FA. Contacto com o colega para anti-coagular mas o colega discorda. Utente fazia parte de um estudo na cardiologia. Teve episódio de Avc isquémico e passado alguns meses faleceu.
278	Utente com cervicalgias q foi ao ortopedista privado q lhe pediu Tac cervical q revelou lesão neoplásica supraclavicular dta. Foi orientado para med interna para estudo por dificuldades económicas para realizar tac torácica. Entretanto tem sind de Horner e vai ao SU. Foi encaminhado para radiologia para biopsia. A colega estava de férias. Vai à Orl colega recusa biopsar e pede tac torax para o privado. Utente não consegue fazer. Novamente encaminhado para o hnm. Internado. Faz biopsia. Neo pulmão. Falece pc tempo dp.
279	Utente com hx de TCE em tempos que ficou com epilepsia como sequela. Há 15 dias recorreu ao Su por desequilíbrio da marcha. Foi ao su do hnm. Não foi avaliado pela neurologia e teve alta com dx de sind vertiginoso. Não melhorou e voltou ao SU e foi visto pela ortopedia. Medicado e não melhorou. É utente de recurso. Pediu níveis de fenitoina. No dia em que fez as análises não teve consulta e foi novamente ao SU e nas análises que eu tinha pedido estavam níveis tóxicos de fenitoina. Não foi feito reajuste terapêutico pelo colega da neurocirurgia que foi o prescritor e foi orientado para vir ao CS para ajuste terapêutico.
280	Utente teve alta da MI por TEP na véspera, medicada com Eliquis de manhã e à noite. Entra no SU de Machico com dispneia súbita. Não tinha tomado a dose da Manhã. Teve novo TEP.
281	Sexo feminino, 57 anos, veio a consulta não programada a 31/5/2016 dado o aparecimento de erupção cutânea localizada nas fossas antecubitais bilateralmente desde ontem, após ter tocado em ervas (não sabe especificar). Nega febre ou outras queixas. Ao exame físico, apresenta lesões lineares nas fossas antecubitais compatível com dermatite de contacto.
282	Iniciou duloxetine e ficou com diarreia e vômitos.
283	início de Anticoncepcivo Oral e aumento da Tensão Arterial
288	Reação anafilática com ingestão de Ramipril. Teve edema da glote e foi atendido no SU de CHF. Atendido também pela Alergologista ... que confirmou diagnóstico
295	ITU após algaliação durante um internamento
296	Úlcera de pressão aquando internamento para colecistectomia
298	Troca de medicamentos na farmácia (medicamento de marca trocado por genérico) - utente passou a fazer 1 cp de cada três vezes ao dia - hipoglicemia durante condução da qual resultou aparatoso acidente de viação - utente ficou tetraplégico na sequência do acidente
306	Utente diabética, independente nas AVD, internada por uma pneumonia - Alta com insuficiência renal e totalmente dependente
307	utente acamado por patologia osteoarticular, totalmente dependente nas AVD sem outras doenças conhecidas
308	resultados analíticos positivos para sífilis em utente saudável, sem qualquer factor de risco pedido repetição de análises e valor aparece negativo laboratório não admite troca ou resultado errado

ID	Resposta: Faça um breve resumo do que aconteceu e qual a causa possível
309	utente obesa internada por agravamento da insuficiência cardíaca à data de alta úlcera por pressão no sacro e nos calcâneos
310	utente sob quimioterapia oral por cancro da mama - rutura de stock do medicamento que tinha de tomar diariamente fica sem tratamento por mais de 1 mês durante este período desenvolve quadro de síndrome depressivo major com tentativa de suicídio (medo de ter de voltar a passar pela cirurgia + quimio + ...
311	aquando recurso ao serviço de urgência, sofre uma queda da maca e como consequência faz fratura do colo do fémur
312	Utente com cirrose alcoólica fez EDA e na sequência deste procedimento veio a falecer com hemorragia digestiva alta
313	Utente cronicamente algaliado aquando troca da algalia, hematuria, dor - necessidade de antibioterapia
314	Exerese de nevo na cirurgia de ambulatório; uma semana depois desenvolve pneumonia a klebsiella
315	Úlcera crónica de perna em processo de cicatrização; rutura de stock aquacel - agravamento da infeção, dor, edema, exsudado
316	Homem com patologia cardíaca a fazer agrenox; agravamento da DPOC recorre ao su hospital, por não haver cama para internamento, fica no SO do SU 4 dias; durante este período não fez medicação habitual; aquando transferência de hospital para respectivo internamento, o utente tem AVC ficando acamado e hemoplegico
317	Tosse ao tratamento de HTA com Lisonorm (Lisinopril 20 mg + Amlodipina 5 mg)
322	Úlcera crónica de perna em fase de cicatrização; rutura de stock - deixa de haver aquacel no CS; enf faz penso com betadine e gaze gorda- agravamento da ulcera + dor + celulite + antibiótico + regressão da cicatrização
323	Troca de lasix por furosemida na farmácia; agravamento ic e edemas; internamento
325	Qd iniciou anti hipertensor teve episódio de sincope na via pública
326	Saudável; análises rotina com anticorpos anti hepatite (normal porque o doente tinha feito vacina); médica de família encaminhou utente para consulta de doenças infecto contagiosas
328	Latente cerca de 10 m após administração da vacina contra Prevenar 13, apresentou eritema na região facial que irradiou para a região do pescoço. Sem compromisso da via aérea.
329	Troca de anti hipertensor na farmácia
330	Primeira gravidez, recorre ao SU por mal estar geral + síndrome gripal + febre - interpretado como gripe, é medicada com antibiótico, AINE e paracetamol; não foram realizadas análises; utente recorre no outro dia à MF a questionar se deveria ou não tomar aquela medicação; MF pediu análises e recomendou ben u ron - utente com ITU
332	úlcera por pressão no sacro; penso habitualmente realizado por uma equipa de enfermagem 3x por semana; redução de pessoal, pensos passaram a semanais; utente numa das vezes que foi ao wc, parte do sacro exterioriza-se e o utente recolhe-o da sanita
333	alta hospitalar de internamento psiquiátrico - utente que não cumpriu a terapêutica no domicílio e suicidou-se
334	Mulher com cancro da mama operado há 2 anos; mamografias de controlo sistematicamente adiadas no serviço publico; decide fazer exame na medicina privada cerca de 1 ano depois; nesta altura recidiva carcinoma da mama com metastases ganglionares axilares e hepáticas
335	melenas, emagrecimento, cólicas abdominais - MF pede colonoscopia urgente 18 meses depois, qd fez colonoscopia - carcinoma colorectal metastizado - cirurgia + ostomia + tratamento paliativo
336	Atraso na realização de colonoscopia de rastreio de mais de 16 meses; aquando exame ca colorectal

ID	Resposta: Faça um breve resumo do que aconteceu e qual a causa possível
337	Radiodermite mamária após radioterapia
338	Queda nas escadas do CS; utente com dificuldades em deambular; elevadores CS avariados; utente fez fratura colo do fémur como consequência da queda
339	Adiamento de consulta médica por motivos de doença da MF; atraso no diagnóstico de gravidez; não fez rastreio bioquímico do primeiro trimestre
342	Utente com PSA elevado e eco prostática suspeita; aguardou consulta hospitalar de urologia 15 meses
354	Cliente sofreu queda ao mergulhar na praia, escoriações no tronco ferida no nariz e na região frontal(suturada)
359	Reação local à vacina Tetravac. Apresenta edema, rubor, calor
370	F., 61 anos com historia de depressão com sintomas de ansiedade mal controlados com paroxetina 20 mg e BDZ, amissulprida 50 mg na consulta médica foi suspenso o paroxetina e recomendado iniciar Valdoxan 25 mg . Desde do 3-o dia do tratamento tem referido a cefaleia, vômitos, insónia, ansiedade "o corpo a tremer" - sic, hipotensão extrema, que desaparecerem após ter parado o valdoxan 25 mg
372	Utente com elefantíase bilateral nos membros inferiores, desenvolveu úlcera de perna bilateral que, na ocasião apresenta boa progressão cicatricial. leito 100% granular e com dimensão da úlcera à direita de 2x2x0 cm e úlcera à esquerda 2.5x2.5x0 cm. No início deste ano 2017, utente esteve a ser acompanhada pela Medicina interna por isquémia das falanges distais de ambas as mãos resultando em amputação "espontânea" de dois dedos.

Apêndice J - Sugestões para evitar/prevenir o EA

ID	Resposta: O que poderia ter sido feito para evitar/ prevenir este problema?
34	Tentar indagar da possível alergia a medicamentos, concretamente, à Penicilina e seus derivados. (De notar que um familiar ascendente direto é alérgico à Penicilina)
37	Doente aplicou Fucidine e Halibut na mama antes de consultar um médico. Provavelmente a medicação foi indicada na farmácia ou utente usou medicação que já tinha em casa sem consultar um profissional de saúde (não foi possível esclarecer ...)
38	Lavar o nariz com soro fisiológico antes de aplicar o Avamys
50	Uma vez que não era a primeira vez que tinha reação alérgica com outro AINE's, o AAS, podíamos estar mais alertas na prescrição futura.
63	Se o Alopurinol não tivesse sido suspenso muito provavelmente não teria surgido o tofo gotoso.
69	ppcira
80	União regular dos bordos aquando da sutura
87	Foi tudo feito corretamente, tanto mais que ao utente foi marcada consulta de revisão Medicação e avisado que se não se senti se bem, procurasse logo recorrer a consulta q foi p q aconteceu
114	Considero que no serviço de urgência do Porto Moniz já deveriam ser prestados alguns cuidados, nomeadamente, avaliação de sinais vitais + INR, avaliação do estado de consciência, reposição de fluidos e encaminhamento do utente para o serviço de urgência hospitalar numa AMS. Assim, o filho do utente não teria perdido tempo a levar o utente para o Hospital dos Marmeleiros e na AMS poderiam ser prestados já alguns cuidados. O tempo que foi perdido neste processo e o desconhecimento do filho sobre como deveria atuar numa situação destas agravou a situação clínica do doente e contribuiu grandemente para a morte do mesmo.
118	Medidas de proteção/contenção/vigilância.
119	Exames complementares de diagnóstico mais precoces.
120	Monitorizar valor de INR.
144	Menor extensão da períoneotomia
149	Prevenir para o surgimento destas queixas embora muito pouco frequentes
163	Melhoria das condições de assepsia?
165	Melhoria das condições de assepsia dos procedimentos.
166	Melhoria das condições técnicas laboratoriais.
174	Internamento precoce para tratar a infeção, evitando assim o agravamento das úlceras de perna e estado geral da utente
176	Intervenção médica (cirurgia) precocemente, logo após o primeiro TAC.
177	Medidas preventivas das úlceras por pressão
178	Após diagnosticado o evento adverso que foi complicação de uma pequena cirurgia ao canal cárpico, ter sido realizado cirurgia para tentar solucionar e evitar o agravamento do problema
181	Monitorização precoce da função hepática.

ID	Resposta: O que poderia ter sido feito para evitar/ prevenir este problema?
189	Melhoria das condições do quarto de internamento. Maior vigilância e apoio aos doentes internados.
199	Não medicar a utente simultaneamente com Ciprofloxacina e Claritromicina
208	Não receitar genérico
210	História clínica com antecedentes pessoais: antecedentes de patologia gástrica
212	Pesquisado ou perguntado antecedentes de intolerância ao fármaco, embora seja pouco habitual este tipo de queixa após ingestão do fármaco
214	anamnese mais cuidada
217	A reação alérgica poderia ter sido evitada se estivesse assinalada nos alertas ou então na comunicação utente/acompanhante/médico
223	Explicar ao utente que, em caso de prurido, deveria recorrer logo aos cuidados de saúde, evitando lesões de coceira e sobreinfecção bacteriana
225	Não permitir que a acompanhante assistisse ao procedimento. Temos permissão para assistir ao procedimento, garantir que avisa os profissionais aquando de sintomas vagais. Técnica de trendlemburg menos agressiva.
226	Confirmar a identidade da utente antes de lhe disponibilizar o relatório do exame. Informar a utente para guardar o relatório por um período mínimo de 5 anos. Registrar todos os dados relevantes do relatório do exame no processo da utente e na referência hospitalar.
227	Resposta mais célere por parte da consulta da especialidade cirúrgica (Cirurgia plástica). Danos ainda por reparar após 6 meses da referência.
232	Confirmação de identificação
233	Médicos gastroenterologistas dedicados exclusivamente aos serviços públicos e não em ambiente de público e privado. Melhor gestão de recursos humanos por parte dos diretores de serviço
239	Eventualmente agendamento de consultas de revisão do pacemaker mais frequentes
240	Indagar sobre história de alergias
242	Tendo em conta que foi a primeira vez que a medicação foi prescrita a criança e que não estavam descritas alergias medicamentosas, mesmo depois de questionada, dificilmente seria difícil evitar este problema à priori.
244	História de antecedentes. Utente atópica
245	referência atempada para CSS suspensão de metformina quando detetada IR
246	a colonoscopia deveria ter sido efetuada com caráter de urgência assim que foi pedida
247	Em caso de dúvida se o nódulo fosse maligno, dever-se-ia biopsar para excluir malignidade.
250	História clínica de antecedentes alérgicos a medicação
252	Tendo em conta que o utente não apresentava antecedentes de reações adversas ao fármaco administrado e que este era o de primeira linha para o tratamento da sua doença, este problema não poderia ser evitado.
258	Suspensão de Amlodipina e substituído por Lercanidipina

ID	Resposta: O que poderia ter sido feito para evitar/ prevenir este problema?
260	Formação pelo elo de ligação da Vacinação.
261	Avaliação mais minuciosa do utente para formulação de um diagnóstico correto.
262	Não era conhecida reação adversa sem que esta tivesse acontecido
263	Seguimento mais continuado apos a alta, pela equipe de cirurgia
268	Colheita da história clinica mais cuidada. Talvez...
273	historia clinica com referencia a a alergias
274	Sendo um doente asmático não deveria ter sido medicado com brufen, contudo a possível alergia ao brufen não era previsível.
275	Monitorizar clinica e analiticamente a utente com maior periodicidade, sem alteração terapêutica.
276	Aplicar discreta contenção na aplicação da ligadura. Informar que deveria retirar no final do dia ou no dia seguinte. Alertar para os sinais de alerta.
277	Reajuste terapêutico por parte da cardiologia. Era fundamental anticoagular.
278	Apesar da doença ser grave o dx deveria ser mais célere.
279	Ajuste da dose do antiepilético com doseamento analítico.
280	Comunicar ao utente a importância da adesão terapêutica e da não omissão de doses do fármaco prescrito
281	Medidas de proteção - uso de luvas, por exemplo.
288	O doente já se tinha sentido mal apos toma da medicação, não tendo transmitido ao médico de família. possivelmente como não é frequente tb não lhe foi perguntado
293	O cirurgião especificar na nota de alta a data para retirar os pontos de sutura
297	Chamar utente através do nome completo e não apenas "Maria Lurdes Freitas"
299	Impossibilidade do utente aceitar mudar medicamento de marca para medicamento genérico qd na receita foi prescrito Lasix Farmacêutico e Doente respeitarem a prescrição médica
306	ouvir as queixas da utente falta de monitorização/vigilância/seguimento da doente
307	a amputação teria impedido esta progressão
308	fomentar a cultura de segurança no SESARAM é de facto urgente
309	posicionamento da doente na cama - alternar posição promover o levante da cama se o levante não fosse possível mobilizar e exercitar a utente no leito
313	Técnica de algaliação mais cuidada, menos traumático
314	Higienização materiais, pessoas, equipamentos Melhores condições físicas das instalações

ID	Resposta: O que poderia ter sido feito para evitar/ prevenir este problema?
315	Manter os pensos que estavam a promover a cicatrização Não aplicar gaze gorda e betadine
316	Diálogo com família Manutenção da medicação habitual
317	1. vigilância - foi efetuada 2. Suspensão do medicamento e substituição por outro sem efeitos adversos dados - foi efetuado
326	MF manter se atualizado
330	Perante sinais de alerta, pedir análises; não prescrever AINE e/ou antibiótico a uma grávida com "gripe"
332	cirurgia precoce; antibioterapia EV; hospitalização
334	mamografia de controlo devia ter sido realizada 6 meses depois da cirurgia; o mesmo acontece com a TAC abdomino pélvica serviço publico de saúde tem de dar resposta a estas situações - trata-se da vida das pessoas - é um direito politico-económico-social e sobretudo moral
335	colonoscopia de rastreio aos 50 anos colonoscopia urgente perante quadro de melenas e emagrecimento
336	Realização do exame na data solicitada
338	Elevadores em funcionamento Acompanhamento da utente no percurso dentro do CS
339	Troca de MF no sentido de garantir as consultas da MF que está doente
341	Cuidados com o local cirúrgico Material de penso adequado Assepsia na execução do penso

ANEXOS



**Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM, EPE
(CES/SESARAM, EPE)**

PARECER nº 46/2014

Sobre o Pedido/ Estudo : **“Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo pioneiro em Portugal “**

A – RELATÓRIO

A.1 A Comissão de Ética para Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), iniciou a análise prévia do Documento Nº 08 da reunião de 20 de Outubro e concluído como Documento Nº 08 na reunião de 15 de Dezembro de 2014, pedido da **Drª Marta Dora Freitas Ornelas**, médica de MGF para parecer projeto de investigação **“Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo pioneiro em Portugal”**. Trata-se de um projecto de investigação para doutoramento em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa, sob a orientação do Professor Doutor Diogo Pais, e coorientador Professor Doutor Paulo Sousa, relativo aos eventos adversos como acontecimentos involuntários, inesperados e indesejáveis que ocorrem num paciente como resultado dos cuidados de saúde prestados.

A.2 O documento em análise foi junto à documentação anterior existente na CES e é composto por: email datado de 05 de Outubro de 2014 com exemplos do Projeto do Estudo, Protocolo a aplicar e Questionário (em inglês), e documentação recebida a 03 de Novembro de 2014 contendo Projecto de Estudo revisto e melhorado, Protocolo do Estudo, Documento do Consentimento Informado ao Sujeito da Investigação e Questionário em português, ofício dirigido ao Conselho de Administração datado de 02 de Dezembro de 2014, com inclusão do Projecto de Estudo, Protocolo, Questionário e Documento de Informação ao Sujeito.

A.3 Trata-se de um estudo a ser realizado nos Centros de Saúde da RAM, e consiste na aplicação de um questionário sobre a cultura de segurança dos doentes nos Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira. O questionário será aplicado em Centros de Saúde com pelo menos três prestadores de cuidados médicos 8 médicos especialistas, médicos em formação e enfermeiros. Para além

destes prestadores de cuidados será também aplicado à restante equipa, incluindo administrativos, auxiliares técnicos de nutrição, serviço social e psicólogos (funcionários que passem no Centro de Saúde o tempo suficiente de modo a conhecê-lo e ser capaz de responder a pelo menos um dos tópicos do questionário). Como Critérios de exclusão foram definidos: Os Centros de Saúde da RAM com menos de três prestadores de cuidados ou menos de cinco participantes; Os participantes com menos de um ano de experiência no local onde será aplicado o questionário e os questionários com mais de cinco respostas em falta.

As dimensões abordadas neste instrumento são: Abertura para comunicar; comunicação sobre o erro; transmissão da informação com outros serviços; aprendizagem organizacional; perceções gerais sobre a segurança dos pacientes e a qualidade; suporte por parte das chefias; prestação e continuidade de cuidados; segurança e qualidade; treino da equipa; trabalho em equipa e pressão/quantidade de trabalho.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1 Serão salvaguardados, ao longo de todas as fases do estudo, os princípios éticos relativos aos estudos de investigação, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos participantes, confidencialidade dos dados.

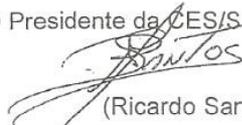
B.2 Reconhece-se a pertinência do estudo e o interesse prático nos resultados esperados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda os direitos dos participantes.

C – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** ao presente estudo por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética e desde que seja mantido o anonimato dos dados.

Aprovado em reunião dia 15 de Dezembro de 2014, por unanimidade.

O Presidente da CES/SESARAM, EPE


(Ricardo Santos)



DELIBERAÇÃO N.º 3614 /2015

Marta Dora Freitas Ornelas notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD), no âmbito de Doutoramento, um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo denominado “Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários: um Estudo Pioneiro em Portugal”.

O estudo tem como objetivo geral a avaliação da cultura de segurança dos doentes nos cuidados de saúde primários na Região Autónoma da Madeira, e consistirá na resposta a um questionário anónimo, enviado por correio eletrónico a todos os profissionais de saúde de cada Agrupamento de Centros de Saúde contactados previamente pela investigadora. Será cada centro de saúde que enviará aos potenciais participantes contendo um sumário do estudo em execução e um *link* para o questionário *online*. A investigadora não terá acesso aos endereços de *email* dos participantes ou à sua identificação.

O questionário é auto - preenchido e as respostas são dadas numa escala de Likert.

Relativamente aos participantes são recolhidos os dados relativos à profissão, número de anos de trabalho e número de horas de trabalho por semana.

Pela análise dos dados recolhidos e da metodologia aplicada verifica-se que não há tratamento de dados pessoais, uma vez que em nenhum momento do estudo a responsável tem conhecimento da identificação dos participantes ou a possibilidade de os identificar, tendo apenas acesso a dados anónimos.

1



Assim, porque não existe tratamento de dados pessoais, não se aplica a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

Lisboa, 17 de abril de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa', is written over a horizontal line.

Filipa Calvão (Presidente))

2



(CES/ SESARAM, EPE)

PARECER nº 06/2016

Sobre o Pedido/Estudo:
"Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes e dos Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).."

Jorge
construção
16/03/15



A – RELATÓRIO

A.1 A Comissão de Ética para Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento N° 39 de 2015, pedido da **Dra Marta Dora Freitas Ornelas**, médica da MGF para parecer de projecto de investigação "**Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes e dos Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)**." Trata-se de um projecto de investigação para doutoramento, em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa sob a orientação do Professor Doutor Diogo Pais, e co-orientador Professor Doutor Paulo Sousa, relativo a variações na cultura de segurança nos CSP e os diferentes profissionais.

A.2 O documento em análise é constituído por: dirigido ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE (EA508359) datado de 16 de Julho de 2015, que inclui questionário de submissão, projecto de estudo, questionários a aplicar, lista de triggers, cópia de despachos vários do IASaúde (E3547 e S5635) datados de 30 de Junho de 2015 e 09 de Julho de 2015 respectivamente, da adjunta da Direcção Clínica para os CSP (EA507836) datado de 15 de Julho de 2015, parecer do coordenador do internato medico da MGF na RAM, datado de 17 de Julho de 2015, e pedido inicial incompleto dirigido ao Conselho de Administração (E1548148) datado de 25 de Março de 2015. Foram acrescentados posteriormente documento da Secretaria Regional da Saúde (EA505735) datado de 09 de Julho de 2015, e recebido na CES no dia 29 de Julho de 2015. Inclui ainda comunicação interna (EA508359) datado de 30 de Julho de 2015 da CES ao gabinete jurídico e resposta recebida datado de 03 de Setembro de 2015, email datado de 15 de Dezembro de 2015 do gabinete jurídico e comunicação interna (EA508359) datado de 22 de Janeiro de 2016 recebido do gabinete jurídico.

A.3 O documento em análise inclui ainda email datado de 21 de Fevereiro de 2016 com: ofício dirigido ao Conselho de Administração, datado de 19 de Fevereiro de 2016, questionário de submissão, reformulação do projecto inicial, com formulário de submissão do projecto à CNPD e vários questionários.

A.4 Trata-se de um estudo que pretende dar continuação ao projecto apresentado em Outubro de 2014 e aprovado pela CES através do Parecer N° 46/2014. O projecto apresentado em Junho de 2015, foi reformulado após conhecimento da investigadora de parecer desfavorável do gabinete jurídico de parte do seu projecto. Assim vem a CES avaliar apenas e só a reformulação do mesmo. O projecto atual engloba o preenchimento por parte dos profissionais de saúde a exercerem nos centros de saúde da RAM, aquando da suspeita de um evento adverso o num utente, consultado durante a última quinzena de Abril de 2016, do formulário APEAS, cujo objectivo é o de confirmar ou não a ocorrência de evento, determinar os principais aspectos relacionados com a frequência, impacto e evitabilidade detes eventos.

A.5 É um estudo observacional que pretende avaliar a cultura de segurança dos doentes nos CSP e identificar se existem variações de acordo com os diferentes profissionais, se há relação entre o número de anos de trabalho no serviço e a cultura de segurança avaliada, caracterizar os utentes envolvidos, fomentar e divulgar a temática da segurança dos doentes e implementar mudanças que promovam uma verdadeira cultura de segurança nos CSP.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1 Serão salvaguardados ao longo do estudo, os princípios éticos relativos ao trabalho de investigação, nomeadamente no que se refere à autorização e anonimato dos profissionais e dos doentes e confidencialidade dos dados.

B.2 Reconhece-se a pertinência do estudo e o interesse prático nos resultados esperados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos profissionais e dos doentes.

C – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir dar **Parecer Favorável Condicionado** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética por parte da CES e condicionado ao parecer da CNPD.

Aprovado em reunião dia 22 de Fevereiro de 2016, por unanimidade.

O Presidente da CES/SESARAM, EPE





AUTORIZAÇÃO N.º 11961 /2016

I. Pedido

Marta Dora Freitas Ornelas notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo para avaliar a cultura de segurança dos doentes e dos eventos adversos nos cuidados de saúde primários.

Trata-se de um «estudo transversal, analítico e observacional» com análise de processos clínicos de utentes que tiveram consultas de medicina Geral e Familiar nos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira; Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados de Portugal Continental.

As categorias de dados pessoais tratados são as seguintes: N.º de participante, data de nascimento, género, dados de história clínica, dados de exame físico, dados de exames complementares de diagnóstico, dados de medicação prévia e concomitante, eventos adversos.

II. Apreciação

Notificado para exercer o direito de audição que lhe assistia, nos termos do artigo 121.º do Código do Procedimento Administrativo, verifica-se que responsável pelo tratamento nada disse quanto às determinações da CNPD.

Deste modo, a CNPD vem converter em Autorização o Projeto supra mencionado.

A CNPD já se pronunciou na sua Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios orientadores para o correto cumprimento da Lei 67/98, de 26 de outubro, com as alterações da Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto (LPDP), bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para a finalidade de estudos de investigação na área da saúde.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (art.º 5.º, n.º1, alínea a), da LPDP) para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. alínea b) do mesmo artigo) e a informação recolhida não é excessiva.

O tratamento de investigação clínica é admissível quando se verificarem as condições de legitimidade constantes do n.º 2 do artigo 7.º da LPDP: lei (formal) habilitante; ou autorização da CNPD, que assente em consentimento expresso do titular ou em



interesse público importante, neste último caso desde que o tratamento seja indispensável ao exercício de atribuições legais ou estatutárias do seu responsável.

No caso vertente estamos perante estudos não interventivos retrospectivos em que é necessário aceder a informação pré-existente detida pelo estabelecimento de saúde ou médico assistente do titular. O responsável pelo tratamento deve pedir a colaboração das unidades de saúde indicadas, detentoras da informação, que contactem os titulares e obtenham destes o consentimento.

Acresce que, o facto de os profissionais de saúde estarem sujeitos a sigilo médico, não os isenta da obrigação de obtenção de consentimento informado dos pacientes nos termos acima descritos.

A CNPD entende que esta dispensa apenas pode ocorrer se for impossível a obtenção de consentimento do titular dos dados, o que não é manifestamente o caso, e se a Comissão de Ética entender que o estudo tem um interesse público importante; desde que se revele indispensável à realização das atribuições do responsável.

No caso presente, o responsável pelo tratamento declarou que não há interesse público importante reconhecido pela CEC e tampouco que seja necessário ao exercício das suas atribuições legais/estatutárias.

Alerta-se que o presente tratamento é autorizado no pressuposto de que será obtido o consentimento nos termos descritos.

III. Decisão

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável pelo tratamento: Marta Dora Freitas Ornelas;

Finalidade: estudo para avaliar a cultura de segurança dos doentes e dos eventos adversos nos cuidados de saúde primários;



Categoria de Dados pessoais tratados: N.º de participante, data de nascimento, género, dados de história clínica, dados de exame físico, dados de exames complementares de diagnóstico, dados de medicação prévia e concomitante, eventos adversos;

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores,

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada.

O presente tratamento é autorizado na condição da obtenção do consentimento dos titulares dos dados.

Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 1704/2015 e na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 8 de novembro de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão', is written over a horizontal line.

Filipa Calvão (Presidente)

PARECER

Projeto nº 44/2014/CEFCM	“Avaliação da Cultura de Segurança e dos Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários”
Doutoranda:	Dra. Marta Dora Freitas Ornelas
Orientador:	Prof. Doutor Diogo Pais, NMS FCM
Co-orientador:	Prof. Doutor Paulo Sousa, ENSP UNL

Parecer

A doutoranda Marta Dora Freitas Ornelas formou-se em Medicina no ICBAS em 2005. É especialista em Medicina Geral e Familiar desde 2012, no Centro de Saúde do Bom Jesus, na Região Autónoma da Madeira, desde essa data. Submeteu à Comissão de Ética da NMS|FCM um Projeto de Doutoramento, entretanto reformulado e aprovado, como muito bem descreve no Preâmbulo que anexou ao pedido de parecer da CEFCM.

Trata-se de um projeto inovador em Portugal: prende-se com a moderna e relevante questão do chamado “*Patient Safety*” (que no nosso País se enquadra no âmbito da Qualidade em Saúde / Risco Clínico) em duas vertentes fundamentais (avaliação de eventos adversos, e avaliação da cultura de segurança dos profissionais de saúde). É igualmente inovador o terreno da sua investigação (os Cuidados Primários de Saúde) uma vez que o conhecimento atual – inclusive em Portugal – tem estado quase exclusivamente direcionado para os Cuidados de Saúde a nível Hospitalar.

Trata-se de um estudo observacional que pretende avaliar a cultura de segurança do doente dos profissionais de saúde nos CSP da RAM, e identificar se existem variações de acordo com os diferentes profissionais, se há relação entre o número de anos de trabalho no serviço e a cultura de segurança avaliada, caracterizar os utentes envolvidos, fomentar e divulgar a temática da segurança de doentes e implementar mudanças que promovam uma verdadeira cultura de segurança nos CSP, em consonância, aliás, com o Código Deontológico da Ordem dos Médicos Portuguesa, os objetivos propostos na Luxembourg Declaration on Patient Safety da Comissão Europeia, e da World Medical Association Declaration on Patient Safety de 2012.

A recolha dos dados faz-se através da aplicação de inquéritos a preencher voluntariamente pelos profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira (médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar, e enfermeiros licenciados) para o que obteve as necessárias autorizações da Tutela, bem como da Comissão de Ética da SESARAM, e da CNPD. Os inquéritos (juntamente com um sumário explicativo do estudo) são distribuídos aos profissionais de saúde a nível local pela respetiva Tutela, pelo que a investigadora não terá acesso aos endereços de email dos participantes, ou à sua identidade.

Os inquéritos que utiliza são instrumentos reconhecidos internacionalmente como adequados aos objetivos. O “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” (MOSOPSC) da Agency for Healthcare and Research in Quality (AHRQ, USA); e o “Patient Safety in Primary Health Care” (APEAS) em versão espanhola, do “University of Washington Safety Questionnaire” - foram traduzidos para Português e validados pela doutoranda (já fazendo parte dos trabalhos preliminares desta investigação).

Os dados são recolhidos já anonimizados; os instrumentos de recolha de dados são exclusivamente de auto-aplicação e não há contacto direto entre investigador e investigado (leia-se, profissional de saúde). A doutoranda não tem acesso a processos clínicos, nem à identidade dos intervenientes nos eventos relatados, limitando-se a recolher os formulários de inquérito preenchidos. São assegurados o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos. A investigadora propõe-se assegurar que a informação de natureza técnica/organizacional da Instituição escrutinada terá uma utilização cuidada e respeitará os procedimentos estabelecidos internamente. A doutoranda utilizará os dados recolhidos para fins essencialmente académicos: conclusão da sua Tese de Doutoramento em Medicina na NOVA, que se propõe publicar, independentemente da natureza das suas conclusões. O projeto é financiado pela doutoranda.

É desnecessária, tendo em vista a natureza e metodologia do estudo, e as características da informação recolhida, a obtenção de um eventual documento de consentimento informado.

O estudo está muito bem fundamentado, do ponto de vista científico e do ponto de vista ético; a investigadora é idónea; os orientadores, os departamentos universitários, e as Entidades da Região Autónoma da Madeira envolvidos, garantem a idoneidade e o interesse científico do estudo.

Em conclusão

Por unanimidade na reunião plenária do dia 5 de janeiro de 2017, a Comissão de Ética da NMS|FCM aprova o projeto.

Lisboa, 09 de janeiro de 2017

Pela Comissão de Ética,



Prof. Dr. Francisco M C Freire de Andrade

Decisão final sobre o projeto "Avaliação da Cultura de Segurança e dos Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários"

A Comissão de Ética da NMS|FCM-UNL (CEFCM) decidiu, por unanimidade, aprovar o projeto de investigação intitulado "Avaliação da Cultura de Segurança e dos Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários" (nº44/2014/CEFCM), submetido pela Dra. Marta Dora Freitas Ornelas.

Lisboa, 09 de Janeiro de 2017

Pela Comissão de Ética,



(Prof. Dr. Francisco Freire de Andrade)

TO WHOM IT MAY CONCERN

The Ethics Research Committee NMS|FCM-UNL (CEFCM) has unanimously approved the Project entitled "Avaliação da Cultura de Segurança e dos Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários" (nr.44/2014/CEFCM), submitted by Dr. Marta Dora Freitas Ornelas.

Lisbon, January 09th, 2017

The Chairman of the Ethics Research Committee,



(Francisco Freire de Andrade, MD)

Anexo F - Autorização AHRQ



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Agency for Healthcare
Research and Quality

540 Gaither Road
Rockville, MD 20850
www.ahrq.gov

August 1, 2014

Doctor Marta Dora Freitas Ornelas
Travessa do Tanque 11, Monte
9050-427 Funchal / Madeira Island
Portugal

Dear Dr. Ornelas:

As part of its goal to support a culture of patient safety and quality improvement, the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) sponsored the development of patient safety culture assessment tools for hospitals, nursing homes, ambulatory outpatient medical offices, and community pharmacies. The surveys are free and available for use by the public on the AHRQ Web site at <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>.

Because these materials are available to the public, the New Medical School of Lisbon (FCM - UNL) has permission to use the Medical Office Survey on Patient Safety Culture in English or can translate it into Portuguese or any other language (see attached survey).

We simply request that any translation or research based on the AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture cite the original AHRQ survey as the source (found at <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>).

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Christine Crofton".

Christine Crofton, PhD
AHRQ Project Officer
AHRQ Surveys on Patient Safety Culture

Medical Office Survey on Patient Safety

SURVEY INSTRUCTIONS

Think about the way things are done in **your** medical office and provide your opinions on issues that affect the overall safety and quality of the care provided to patients in your office.

- ▶ In this survey, the term **provider** refers to physicians, physician assistants, and nurse practitioners who diagnose, treat patients, and prescribe medications. The term **staff** refers to all others who work in the office.
- If a question does not apply to you or you don't know the answer, please check "Does Not Apply or Don't Know."
- If you work in more than one office or location for your practice, when answering this survey answer only about the office location where you received this survey—do not answer about the entire practice.
- If your medical office is in a building with other medical offices, answer only about the specific medical office where you work—do not answer about any other medical offices in the building.

SECTION A: List of Patient Safety and Quality Issues

The following items describe things that can happen in medical offices that affect patient safety and quality of care. **In your best estimate, how often did the following things happen in your medical office OVER THE PAST 12 MONTHS?**

	Daily ▼	Weekly ▼	Monthly ▼	Several times in the past 12 months ▼	Once or twice in the past 12 months ▼	Not in the past 12 months ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
Access to Care							
1. A patient was unable to get an appointment within 48 hours for an acute/serious problem.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Patient Identification							
2. The wrong chart/medical record was used for a patient.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Charts/Medical Records							
3. A patient's chart/medical record was not available when needed	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
4. Medical information was filed, scanned, or entered into the wrong patient's chart/medical record	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Medical Equipment							
5. Medical equipment was not working properly or was in need of repair or replacement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION A: List of Patient Safety and Quality Issues (continued)

How often did the following things happen in your medical office OVER THE PAST 12 MONTHS?

	Daily ▼	Weekly ▼	Monthly ▼	Several times in the past 12 months ▼	Once or twice in the past 12 months ▼	Not in the past 12 months ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
Medication							
6. A pharmacy contacted our office to clarify or correct a prescription ..	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
7. A patient's medication list was not updated during his or her visit.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Diagnostics & Tests							
8. The results from a lab or imaging test were not available when needed	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
9. A critical <u>abnormal</u> result from a lab or imaging test was not followed up within 1 business day	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION B: Information Exchange With Other Settings

Over the past 12 months, how often has your medical office had problems exchanging accurate, complete, and timely information with:

	Problems daily ▼	Problems weekly ▼	Problems monthly ▼	Problems several times in the past 12 months ▼	Problems once or twice in the past 12 months ▼	No problems in the past 12 months ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. Outside labs/imaging centers?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
2. Other medical offices/ outside physicians?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
3. Pharmacies?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
4. Hospitals?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
5. Other ? (Specify): _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION C: Working in Your Medical Office

How much do you agree or disagree with the following statements?	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. When someone in this office gets really busy, others help out.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. In this office, there is a good working relationship between staff and providers	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. In this office, we often feel rushed when taking care of patients	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. This office trains staff when new processes are put into place	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. In this office, we treat each other with respect	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. We have too many patients for the number of providers in this office.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. This office makes sure staff get the on-the-job training they need	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. This office is more disorganized than it should be	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. We have good procedures for checking that work in this office was done correctly.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Staff in this office are asked to do tasks they haven't been trained to do.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. We have enough staff to handle our patient load..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. We have problems with workflow in this office	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. This office emphasizes teamwork in taking care of patients.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. This office has too many patients to be able to handle everything effectively	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. Staff in this office follow standardized processes to get tasks done	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION D: Communication and Followup

How often do the following things happen in your medical office?	Never ▼	Rarely ▼	Sometimes ▼	Most of the time ▼	Always ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. Providers in this office are open to staff ideas about how to improve office processes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Staff are encouraged to express alternative viewpoints in this office	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. This office reminds patients when they need to schedule an appointment for preventive or routine care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. This office documents how well our chronic-care patients follow their treatment plans	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Our office follows up when we do not receive a report we are expecting from an outside provider	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Staff feel like their mistakes are held against them.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Providers and staff talk openly about office problems.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. This office follows up with patients who need monitoring.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. It is difficult to voice disagreement in this office	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. In this office, we discuss ways to prevent errors from happening again	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Staff are willing to report mistakes they observe in this office	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION E: Owner/Managing Partner/Leadership Support

A. Are you an owner, a managing partner, or in a leadership position with responsibility for making financial decisions for your medical office?

- 1 Yes → *Go to Section F*
- 2 No → *Continue below*

How much do you agree or disagree with the following statements about the owners/ managing partners/leadership of your medical office?

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. They aren't investing enough resources to improve the quality of care in this office.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. They overlook patient care mistakes that happen over and over	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. They place a high priority on improving patient care processes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. They make decisions too often based on what is best for the office rather than what is best for patients.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION F: Your Medical Office

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

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. When there is a problem in our office, we see if we need to change the way we do things.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Our office processes are good at preventing mistakes that could affect patients.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Mistakes happen more than they should in this office.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. It is just by chance that we don't make more mistakes that affect our patients.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. This office is good at changing office processes to make sure the same problems don't happen again	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. In this office, getting more work done is more important than quality of care.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. After this office makes changes to improve the patient care process, we check to see if the changes worked.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION G: Overall Ratings

Overall Ratings on Quality

1. Overall, how would you rate your medical office on each of the following areas of health care quality?

		Poor ▼	Fair ▼	Good ▼	Very good ▼	Excellent ▼
a. Patient centered	Is responsive to individual patient preferences, needs, and values.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Effective	Is based on scientific knowledge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Timely	Minimizes waits and potentially harmful delays	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Efficient	Ensures cost-effective care (avoids waste, overuse, and misuse of services)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Equitable	Provides the same quality of care to all individuals regardless of gender, race, ethnicity, socioeconomic status, language, etc.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Overall Rating on Patient Safety

2. Overall, how would you rate the systems and clinical processes your medical office has in place to prevent, catch, and correct problems that have the potential to affect patients?

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

SECTION H: Background Questions

1. How long have you worked in this medical office location?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 2 months | <input type="checkbox"/> d. 3 years to less than 6 years |
| <input type="checkbox"/> b. 2 months to less than 1 year | <input type="checkbox"/> e. 6 years to less than 11 years |
| <input type="checkbox"/> c. 1 year to less than 3 years | <input type="checkbox"/> f. 11 years or more |

2. Typically, how many hours per week do you work in this medical office location?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. 1 to 4 hours per week | <input type="checkbox"/> d. 25 to 32 hours per week |
| <input type="checkbox"/> b. 5 to 16 hours per week | <input type="checkbox"/> e. 33 to 40 hours per week |
| <input type="checkbox"/> c. 17 to 24 hours per week | <input type="checkbox"/> f. 41 hours per week or more |

SECTION H: Background Questions (continued)

3. What is your position in this office? Check ONE category that best applies to your job.

- a. Physician (MD or DO)
- b. Physician Assistant, Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Nurse Midwife, Advanced Practice Nurse, etc.
- c. Management
 - Practice Manager Business Manager
 - Office Manager Nurse Manager
 - Office Administrator Lab Manager
 - Other Manager
- d. Administrative or clerical staff
 - Insurance Processor Front Desk
 - Billing Staff Receptionist
 - Referral Staff Scheduler (appointments, surgery, etc.)
 - Medical Records Other administrative or clerical staff position
- e. Nurse (RN), Licensed Vocational Nurse (LVN), Licensed Practical Nurse (LPN)
- f. Other clinical staff or clinical support staff
 - Medical Assistant Technician (all types)
 - Nursing Aide Therapist (all types)
 - Other clinical staff or clinical support staff
- g. Other position; please specify: _____

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments you may have about patient safety or quality of care in your medical office.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

Statement

I, Margarida Bessa de Carvalho, bilingual translator and teacher (English and Portuguese), of Australian and Portuguese nationality, have reviewed the draft translation of the **AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety** into Portuguese done by Dr Marta Dora Ornelas as part of her PhD thesis.

This PhD thesis is supervised by Professor Diogo Pais and Dr Francisco Freire de Andrade of the Faculty of Medical Sciences of Lisbon and Professor Paulo Sousa of the National School of Public Health.

It is my professional opinion that the final draft of the mentioned document is accurate in meaning, grammar, and syntax and uses language that is culturally appropriate for the target Portuguese-speaking population.

Margarida Bessa de Carvalho

20 July 2014

Reconheço a assinatura Margarida Bessa de Carvalho
Margarida Bessa de Carvalho
feita(s) pelo(s) próprio(s) na minha presença,
pessoa (s) cuja (s) identidade (s) verifiquei, pela exibição do B5
Nº 3323820 emitido em 25.08.2005 pelo
SSE de Lisboa
LISBOA E CARTÓRIO NOTARIAL De Carlos Manuel da Silva Almeida
01 de Agosto de 20 14
Conta nº 3380 - O 0, autorizado por delegação do Notário

Margarida Bessa de Carvalho
Inscrito na O. N. sob o nº 130/ 11, autorizado pelo
Notário, Carlos Manuel da Silva Almeida, conforme
autorização publicitada no site da O. N. em 13.02.2013

Margarida Bessa de Carvalho
Av. Defensores de Chaves, 16 - 3º Dto
1000-117 Lisboa
PORTUGAL
margaridabessacarvalho@gmail.com



TO WHOM IT MAY CONCERN

TRAVERSÕES, SERVIÇOS LINGUÍSTICOS, LDA, translation company with office at Edifício Atenas Parque, Rua do Brasil, 25 C, 2º piso sala D, Coimbra, Portugal, hereby declares that Filipa Jerónimo Pedroso de Azevedo e Silva Frade, ID card No. 10044926, is a qualified translator of this company.

It further certifies that she back-translated into English a AHRQ MEDICAL QUESTIONNAIRE ON PATIENT SAFETY in the Portuguese language (in the framework of Marta Dora Freitas Ornelas PHD thesis) and that she declares to the best of her knowledge and belief that the translation in the English language is a true and correct translation of the original document.

Coimbra, 19th of August, 2014.

Traversões, Lda



Filipa Azevedo Silva

Sede | Escritório
Edifício Atenas Parque,
Rua do Brasil, nº25 C, 2º piso, salaD,
3030 - 253 Coimbra
Portugal

Escritório
Rua da Junqueira, 307, R/C Esq.
1300 - 338 Lisboa
Portugal

Contactos
Tel. +351 239 832 250
geral@traversoes.com
www.traversoes.com

National Member of:
 apet
Associação Portuguesa
de Empresas
de Tradução

Network Member of:
 EUATC
European Union
of Associations of
Translation Companies

Cont. 504 265 237 • CRC Coimbra nº 7342 • Capital Social: 5.000 Euros

[MDO] Segurança dos Doentes

Reflicta um pouco sobre os procedimentos no seu local de trabalho e partilhe connosco a sua opinião sobre questões que afectam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Neste questionário, "prestadores de cuidados" refere-se a médicos especialistas, médicos em formação e enfermeiros. O termo "equipa" inclui os "prestadores de cuidados" e todos os outros profissionais que trabalham no serviço.

Se uma pergunta não se aplicar a si, ou não souber a resposta, por favor, seleccione a opção "não se aplica ou não sei."

Se trabalhar em mais de um local, ao responder a este questionário, por favor restrinja as suas respostas apenas ao local onde este questionário está a ser aplicado.

Responda apenas sobre a equipa específica onde trabalha.

Existem 16 perguntas neste inquérito

LOCALIZAÇÃO

Local de Preenchimento

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- C.S. Nazaré
- C.S. São Roque
- C.S. Santo António
- C.S. Monte
- C.S. Bom Jesus - Sé
- C.S. Bom Jesus - São Pedro
- C.S. Bom Jesus - São Gonçalo
- C.S. Bom Jesus - Santa Maria Maior
- C.S. Bom Jesus - Santa Luzia
- C.S. Bom Jesus - Imac. Coração Maria
- C.S. Câmara de Lobos
- C.S. Carmo
- C.S. Estreito de Câmara de Lobos
- C.S. Jardim da Serra
- C.S. Quinta Grande
- C.S. Curral das Freiras
- C.S. Santa Cruz
- C.S. Camacha
- C.S. Caniço
- C.S. Gaula
- C.S. Machico
- C.S. Caniçal
- C.S. Porto da Cruz
- C.S. Santo da Serra
- C.S. Santana
- C.S. Arco de São Jorge

- C.S. Faial
- C.S. Ilha
- C.S. São Jorge
- C.S. São Roque do Faial
- C.S. Ribeira Brava
- C.S. Campanário
- C.S. Serra D'Água
- C.S. Ponta do Sol
- C.S. Dr. Tito Noronha
- C.S. Madalena do Mar
- C.S. Calheta
- C.S. Arco da Calheta
- C.S. Estreito da calheta
- C.S. Fajã da Ovelha
- C.S. Jardim do Mar
- C.S. Paúl do Mar
- C.S. Ponta do Pargo
- C.S. Prazeres
- C.S. Porto Moniz
- C.S. Achadas da Cruz
- C.S. Ribeira da Janela
- C.S. Santa
- C.S. Seixal
- C.S. São Vicente
- C.S. Boaventura
- C.S. Ponta Delgada
- C.S. Porto Santo

SECÇÃO A: A QUALIDADE E A SEGURANÇA DOS DOENTES

As questões seguintes descrevem situações que podem acontecer nos centros de saúde e que afectam a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados. Em retrospectiva, quantas vezes as seguintes situações aconteceram no seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	3 ou mais vezes nos últimos 12 meses	1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses	Não nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
Devido a um problema de saúde agudo/grave, um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48 horas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de um processo clínico que não corresponde ao do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um processo clínico não estava disponível quando necessário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informações clínicas foram guardadas, digitalizadas ou registadas no processo clínico do doente errado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O Equipamento Médico (inclui computador) não estava a funcionar adequadamente ou necessitava de reparação ou substituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um farmacêutico contactou o serviço para clarificar ou corrigir uma prescrição médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não foi realizada uma revisão terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

durante a consulta							
Os resultados laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	<input type="radio"/>						
Não houve seguimento de um resultado ANORMAL em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de 1 dia útil	<input type="radio"/>						

SECÇÃO B: TROCA DE INFORMAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS

Nos últimos 12 meses, quantas vezes o seu serviço teve problemas na transferência de informação exacta, completa, e temporalmente adequada com:

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Problemas Diários	Problemas Semanais	Problemas Mensais	Problemas várias vezes nos últimos 12 meses	Problemas 1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses	Não houve problemas nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
Laboratórios/centros de imagem externos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros serviços/ médicos externos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmácias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se escolheu Outros, especifique

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

SECÇÃO C: NO SEU LOCAL DE TRABALHO

Qual é o seu grau de concordância com os seguintes aspectos?

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Plenamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não se aplica ou não sei
Quando alguém está sobrecarregado, os colegas ajudam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Há uma boa relação de trabalho entre os vários elementos da equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais recebem formação quando novos procedimentos são implementados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neste serviço tratamos os outros com respeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temos demasiados doentes para o número de prestadores de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Este serviço garante que a equipa recebe a formação que necessita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Este serviço é mais desorganizado do que deveria ser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temos bons procedimentos para verificar se o nosso trabalho foi realizado correctamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A equipa é convidada a realizar actividades para as quais não recebeu formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temos o número suficiente de profissionais para prestar cuidados aos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temos problemas com a quantidade de trabalho que temos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Este serviço promove o trabalho em equipa na prestação de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eficazes						
A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO D: COMUNICAÇÃO E SEGUIMENTO

Com que frequência as seguintes situações acontecem no seu serviço?

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Geralmente	Sempre	Não se aplica ou não sei
Os prestadores de cuidados aceitam sugestões por parte dos outros elementos da equipa sobre como melhorar os procedimentos do serviço	<input type="radio"/>					
A equipa é encorajada a expressar pontos de vista alternativos	<input type="radio"/>					
Neste serviço alertamos os doentes quando há necessidade de se agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	<input type="radio"/>					
Quando algo não parece correcto, a equipa tem receio de fazer perguntas	<input type="radio"/>					
Neste serviço documentamos a forma como os doentes crónicos seguem os respectivos planos de tratamento	<input type="radio"/>					
O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames que aguarda do exterior	<input type="radio"/>					
A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela	<input type="radio"/>					
Os vários elementos da equipa falam abertamente sobre os problemas que existem no serviço	<input type="radio"/>					
Este serviço acompanha os doentes que precisam de seguimento	<input type="radio"/>					
É difícil mostrar qualquer tipo de descontentamento neste serviço	<input type="radio"/>					
Neste serviço discutimos formas de prevenir a repetição dos erros	<input type="radio"/>					
A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço	<input type="radio"/>					

SECÇÃO E: GESTÃO / DIRECÇÃO

É responsável / ocupa algum cargo de direcção / tem responsabilidade para tomar decisões financeiras para o seu serviço?

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
 Não

Qual é o seu grau de concordância com os seguintes aspectos relacionados com a direcção do seu serviço?

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Não' na pergunta '7 [Q05]' (É responsável / ocupa algum cargo de direcção / tem responsabilidade para tomar decisões financeiras para o seu serviço?)

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Plenamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não se aplica ou não sei
Não estão a investir recursos suficientes para melhorar a qualidade de cuidados neste serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados ao doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As suas decisões são muitas vezes baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO F: O SEU LOCAL DE SERVIÇO

Qual o seu grau de concordância com os seguintes aspectos?

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo Plenamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não se aplica ou não sei
Quando há um problema no serviço, procuramos saber se necessitamos de alterar a nossa conduta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os nossos procedimentos são os adequados para prevenir erros que possam afectar os doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neste serviço os erros acontecem com mais frequência do que deveriam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É apenas por acaso que não cometemos mais erros que podem afectar os nossos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Este serviço muda facilmente os procedimentos com o objectivo de evitar que os erros se repitam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neste serviço, realizar maior quantidade de trabalho é mais importante do que prestar cuidados de saúde de qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Após uma mudança no sentido de melhorar os cuidados prestados, verificamos se estas mudanças foram de facto eficazes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO G: AVALIAÇÃO GERAL

No geral, como classifica o seu serviço em cada uma das seguintes áreas da qualidade dos cuidados de saúde?

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Muito Fraco	Fraco	Aceitável	Bom	Muito Bom	Não Sei
CENTRADO NO DOENTE (É sensível às preferências individuais do doente, suas necessidades e valores)	<input type="radio"/>					
EFFECTIVA (É baseada em conhecimentos científicos)	<input type="radio"/>					
OPORTUNA (Minimiza tempos de espera e atrasos potencialmente danosos)	<input type="radio"/>					
EFICIENTE (Assegura cuidados custo-eficazes (evita o desperdício, o uso excessivo e o uso indevido dos serviços))	<input type="radio"/>					
EQUITATIVA (Presta a mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas independentemente do sexo, raça, etnia, nível socioeconómico, língua, etc)	<input type="radio"/>					

Em geral, como classificaria os sistemas e procedimentos clínicos que têm lugar no seu serviço para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afectar os doentes?

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Muito Fracos
- Fracos
- Razoáveis
- Bons
- Muito Bons

SECÇÃO H: QUESTÕES GERAIS

Há quanto tempo trabalha neste serviço?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Há menos de 2 meses
- Entre 2 meses e menos de 1 ano
- Entre 1 ano e menos de 3 anos
- Entre 3 anos e menos de 6 anos
- Entre 6 anos e menos de 11 anos
- 11 anos ou mais

Habitualmente, quantas horas trabalha por semana neste serviço?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 1 a 4 horas por semana
- 5 a 16 horas por semana
- 17 a 24 horas por semana
- 25 a 32 horas por semana
- 33 a 40 horas por semana
- 41 horas por semana ou mais

Qual é a sua posição neste serviço? Seleccione a(s) categoria(s) que melhor o caracteriza:

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Médico Especialista
- Médico em Formação
- Enfermeiro (a)
- Órgãos de Gestão
- Psicologia
- Nutrição
- Serviço Social
- Secretariado
- Auxiliar de Acção Médica / Assistente Operacional

Qual a sua Idade?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 20 – 30 anos
- 31 – 40 anos
- 41 – 50 anos
- Mais de 51 anos

SECÇÃO I - OS SEUS COMENTÁRIOS

Partilhe connosco comentários que possa ter sobre a segurança do doente ou a qualidade de cuidados no seu serviço

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Submeter o seu inquérito
Obrigado por ter concluído este inquérito.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

**CIRCULAR
NORMATIVA**

Instituto de Administração da
Saúde e Assuntos Sociais,
IP-RAM

S 10 **CN**
7-10-2015 0 0 0 0
Original

Assunto: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

Para: Todos os Profissionais de Saúde integrados nos Centros de Saúde do SESARAM, E.P.E.

O IASAÚDE, IP-RAM, no âmbito das suas competências, tomando por referência a Norma 003/2015 da DGS de 11/03/2015, que se anexa à presente circular, emite a seguinte circular:

- 1- Os Centros de Saúde do SESARAM, E.P.E. devem realizar a avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários, através do preenchimento do questionário em anexo;
- 2- O questionário deve ser preenchido pelos profissionais de saúde em exercício em cada centro de saúde e deverá abranger todos os grupos profissionais;
- 3- As direções clínica e de enfermagem do SESARAM, E.P.E. deverão promover esta avaliação, através do preenchimento do questionário em referência e, de forma articulada, devem indicar, em cada centro de saúde, um *focal point* que ficará responsável pela dinamização do seu preenchimento;
- 4- O acompanhamento da recolha de informação e apoio ao preenchimento do questionário que está disponível em <http://goo.gl/ZUWCTD> ficará a cargo da Dra. Marta Dora Ornelas, médica especialista em MGF em exercício de funções no Centro de Saúde do Bom Jesus com contacto telefónico – 938913161 e email martad.fornelas@gmail.com

Fundamentação:

- A. “A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados Membros a avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente, como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes.

B. Os Estados Membros são igualmente recomendados a não cingirem as iniciativas da segurança do doente às entidades hospitalares.

C. A Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que a integra, indica, como imperativo, a avaliação da cultura de segurança dos doentes nas instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários, para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas.”

A RAM, ao introduzir esta metodologia de avaliação de cultura de segurança em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), está a contribuir com informação crucial no que toca a intervenções prioritárias nas áreas: formação e treino dos profissionais; apoio pela gestão de topo; abertura na comunicação e pressão e ritmo de trabalho, possibilitando ainda a construção de um perfil regional em matéria de cultura de segurança em cuidados de saúde primários passível do desenvolvimento de metodologias *de bench marking* a nível nacional e internacional que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde que se prestam na Região.

O questionário em uso é a tradução e adaptação do *Medical Survey on Patient Safety Culture* (da *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ*) aos CSP da RAM, realizada pela Dra. Marta Dora Ornelas no âmbito da sua tese de doutoramento na NOVA Medical School/ **Faculdade de Ciências Médicas**. Mereceu parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados através da deliberação n.º 3614/2015, referente ao processo n.º 12995/2014 e da Comissão de Ética do SESARAM, E.P.E pelo parecer n.º 46/2014.

A Presidente do Conselho Diretivo

Ana Nunes

Anexos:

- I- Norma citada;
- II- Questionário “Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes nos Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira”

DSPAG AC IM

Rua das Pretas, 1 – 9004-515 Funchal – ☎ 291212300 – Fax 291281421 – ✉ iasaude@iasaude.sras.gov-madeira.pt – 🌐 <http://iasaude.sras.gov-madeira.pt>
Mod. IASAUDE 006.05

2



APEAS



Formulario para la identificación de Incidentes y EA en Atención Primaria

<p>Datos del centro</p> <p>Tipo de centro</p> <p><input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural</p> <p>Categoría profesional</p> <p><input type="checkbox"/> Médico de familia <input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> MIR</p> <p>Experiencia laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> De 1 a 5 años <input type="checkbox"/> De 5 a 10 años <input type="checkbox"/> más de 10 años</p>	<p>Datos del paciente:</p> <p>Caso: _____</p> <p>Edad: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer</p> <p>Fecha de la notificación: ___/___/___</p> <p>Fecha del suceso: ___/___/___ dd mm aaaa</p>
---	---

1.- Indicar si el paciente presenta alguno de los siguientes factores de riesgo.

F. R. INTRÍNSECO

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia | <input type="checkbox"/> Hipoalbuminemia | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia |
| <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia | <input type="checkbox"/> Úlcera por presión | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> Malformaciones | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Neutropenia | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | |

F. R. EXTRÍNSECO

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sonda urinaria abierta | <input type="checkbox"/> Traqueostomía | <input type="checkbox"/> Colostomía |
| <input type="checkbox"/> Sonda urinaria cerrada | <input type="checkbox"/> Terapia inmunosupresora | <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica |
| <input type="checkbox"/> Nutrición enteral | | |

2.- Resuma que es lo que ocurrió y cuál cree usted que fue la causa:

3.- ¿En qué nivel asistencial ocurrió el problema?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención urgente en Atención Primaria | <input type="checkbox"/> Ingreso hospitalario previo |
| <input type="checkbox"/> Consultas médicas de Atención Primaria | <input type="checkbox"/> Consultas de Atención especializada |
| <input type="checkbox"/> Consultas de enfermería de Atención Primaria | <input type="checkbox"/> Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Urgencias del hospital | <input type="checkbox"/> Otros (herboristería, fisioterapia,...) |

4.- ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor el impacto sobre el paciente?

- El efecto no ha ocurrido, pero estuvo a punto de ocurrir.
- El incidente ha ocurrido, pero fue detectado antes de que afectara a un paciente
- El incidente ha ocurrido y ha afectado a un paciente, pero el paciente no ha sufrido daño
- El efecto ha ocurrido y el paciente ha sufrido un daño temporal
- El efecto ha ocurrido y el paciente ha estado en situación crítica (ej.: parada cardíaca).
- El efecto ha ocurrido y el paciente ha sufrido un daño permanente.
- El efecto ha ocurrido, y el resultado del mismo ha sido la muerte del enfermo.

5.- Señale todos los efectos que se produjeron en el paciente:

Relacionados con un procedimiento

- Hemorragia o hematoma relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento
- Hematuria relacionada con sondaje
- Trastorno circulatorio (férula muy ajustada)
- Dehiscencia de suturas
- Serosas, abscesos o granulomas
- Perforación timpánica
- Otras complicaciones debidas a un procedimiento

Relacionados con infección nosocomial

- Infección de herida quirúrgica y/o traumática
- ITU asociada a sondaje
- Bacteriemia asociada a dispositivo
- Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o uso de antibióticos
- Infección de úlcera por presión
- Neumonía por aspiración

Relacionados con los cuidados

- Flebitis
- Úlcera por presión
- Quemaduras, erosiones, caídas y contusiones (incluyendo fracturas consecuentes)
- Lesión de ciático por inyectables
- Otras consecuencias de los cuidados

Generales

- Peor curso evolutivo de la enfermedad de base
- Necesidad de repetir el procedimiento o visita
- Ansiedad, estrés o depresión

Relacionados con la medicación

- Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación
- Malestar o dolor por fármacos (epigastralgia)
- Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos
- Manifestaciones alérgicas sistémicas
- Cefalea por fármacos
- Alteraciones neurológicas por fármacos
- Estreñimiento
- Otros efectos secundarios (tos, disnea, sequedad de boca,...)
- Hipotensión por fármacos
- Mal control de la Tensión arterial
- Hemorragia digestiva alta
- Hemorragia por anticoagulación
- IAM, AVC, TEP, TVP
- Desequilibrio de electrolitos
- Edemas, insuficiencia cardiaca y shock
- Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica por fármacos
- Alteración funcional (renal, hepática, tiroidea,...)
- Mal control de la glucemia
- Neutropenia
- Efectos locales o fiebre tras vacuna o fármaco
- Mal manejo del dolor

Otros

- Otra consecuencia _____

Ningún efecto

6.- ¿Qué atención recibió el paciente a consecuencia del efecto adverso?

- La atención sanitaria no se vio afectada
- Requirió un nivel más elevado de observación y monitorización en AP.
- Requirió una prueba adicional (radiografía, análisis,...) en AP.
- Tratamiento médico o quirúrgico adicional (antibióticos, cirugía menor,...) en AP
- Requirió una nueva consulta o derivación a Atención Especializada o Urgencias sin ingreso.
- Requiere hospitalización: Tto de soporte vital (intubación orotraqueal, RCP, intervención quirúrgica).

7.- Indique todos los factores causales del efecto adverso

Relacionados con la medicación

- RAM
- Errores de medicación
 - Medicamento erróneo
 - Dosis incorrecta
 - Omisión de dosis, medicación o vacuna
 - Frecuencia de administración incorrecta
 - Error de preparación o manipulación
 - Monitorización insuficiente
 - Error de dispensación
- Paciente equivocado
- Duración del tratamiento incorrecta
- Falta de adherencia al tratamiento
- Interacción medicamentosa

Relacionados con la comunicación

- Comunicación médico-paciente
- Comunicación enfermera-paciente
- Comunicación médico-enfermería
- Comunicación médico-medico
- Barrera idiomática
- Barrera cultural
- Otro diferente a los anteriores

Relacionados con la gestión

- Duplicidad de historia clínica
- Pérdida de documentos
- Equivocación en la información sanitaria (Resultados de pruebas de otros pacientes)
- Error en la identificación del paciente
- Lista de espera prolongada
- Problemas con la historia informatizada
- Citación errónea

Relacionados con el diagnóstico

- Error diagnóstico
- Retraso en derivación a atención especializada
- Retraso en el diagnóstico

Relacionados con los cuidados

- Manejo inadecuado del paciente
- Inadecuado manejo de signos de alerta
- Manejo inadecuado de la técnica
- Mantenimiento inadecuado de catéteres

Otros

- Otras causas: _____

8.- ¿En qué medida ha sido la asistencia sanitaria la causante de la lesión?

- 1 Ausencia de evidencia de que el incidente se deba al manejo del paciente.
La lesión se debe enteramente a la patología del paciente.
- 2 Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 3 Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 4 Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 5 Es muy probable de que el manejo fuera la causa
- 6 Total evidencia de que el manejo fuera la causa del incidente/efecto adverso

9.- A su juicio, ¿hay alguna evidencia de que el EA se podría haber evitado? Si No

10.- Valore en una escala de 6 puntos la evidencia de posibilidad de prevención

- 1 Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención.
- 2 Mínima posibilidad de prevención.
- 3 Ligera posibilidad de prevención.
- 4 Moderada posibilidad de prevención.
- 5 Elevada posibilidad de prevención.
- 6 Total evidencia de posibilidad de prevención.

11.- ¿Qué es lo que se podría haber hecho para evitar este problema?

Yo, Jesús M^a Aranaz Andrés, como el director científico del proyecto: "Estudio APEAS – Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud", certifica que la traducción al portugués del formulario APEAS, preparado por Marta Dora Ornelas como parte de su tesis doctoral en *NOVA Medical School* - Facultad de Ciencias Médicas, está de acuerdo con nuestra versión del formulario, y por lo tanto válida para la aplicación en Portugal.

Esta traducción es el resultado del consenso alcanzado por el estudiante de doctorado, sus consejeros de la *Universidade Nova de Lisboa* (PhD Diogo Pais e Paulo Sousa), expertos médicos y enfermeros y traductores certificados.

Lo que firmo en Madrid a cinco de mayo 2016



Jesús M^a Aranaz Andrés
JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Carretera de Colmenar Viejo, Km. 9,100. 28034 Madrid.
Tel: 91 3368372 Fax: 91 3368453
E-mail: jesusmaria.aranaz@salud.madrid.org

APEAS-PT (Formulário para a identificação de Incidentes e Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários)

LOCAL DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO:

CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE PREENCHE O FORMULÁRIO:

Profissional de saúde que preenche o formulário:

- Enfermeiro
- Médico de Família
- Interno da Especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF)
- Sem resposta

Há quanto tempo trabalha neste serviço?

- Há menos de 2 meses
- Entre 2 meses e menos de 1 ano
- Entre 1 ano e menos de 3 anos
- Entre 3 anos e menos de 6 anos
- Entre 6 anos e menos de 11 anos
- 11 anos ou mais
- Sem resposta

Qual a sua Idade?

- 20 - 30 anos
- 31 - 40 anos
- 41 - 50 anos
- Mais de 51 anos
- Sem resposta

CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE:

Género:

- Masculino
- Feminino

Idade:

PRESENÇA DE FACTORES DE RISCO INTRÍNSECOS E EXTRÍNSECOS NO DOENTE:

Factores de Risco Intrínsecos (doenças ou problemas de saúde do doente):

- Insuficiência Renal
- Diabetes
- Neoplasia
- Défice Imunitário
- DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)
- Neutropenia
- Cirrose Hepática
- Dependência de Fármacos
- Obesidade
- Hipoalbuminémia
- Úlcera de Pressão
- Malformações
- Insuficiência Cardíaca
- Doença Coronária
- Hipertensão Arterial
- Alcoolismo
- Dislipidémia
- Depressão
- HIV / Sida
- Malária

Factores de Risco Extrínsecos no doente:

- Algaliação
- Nutrição Entérica
- Traqueostomia
- Terapia Imunossupressora
- Colostomia
- Sonda Nasogástrica

APEAS-PT (Formulário para a identificação de Incidentes e Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários)

Faça um breve resumo do que aconteceu e qual a causa possível:

A que nível de cuidados de saúde o problema aconteceu?

- Atendimento Urgente no Centro de Saúde
- Consultas Médicas no Centro de Saúde
- Consultas de Enfermagem do Centro de Saúde
- Serviço de Urgência Hospitalar
- Internamento prévio
- Outros serviços hospitalares
- Consultas Médicas de outras especialidades
- Farmácia
- Outros locais (ervanárias, clínicas de reabilitação...)

Qual destas afirmações descreve melhor o impacto do acontecimento sobre o doente?

- Não ocorreu incidente de segurança mas esteve próximo de acontecer
- Ocorreu um Incidente que foi detetado antes de afectar o doente
- Ocorreu um incidente que afectou o doente mas não chegou a causar dano
- Ocorreu EA e o doente ficou danificado durante um período de tempo
- Ocorreu EA e o doente esteve numa situação crítica
- Ocorreu EA e o doente ficou com dano permanente
- Ocorreu EA que resultou na morte do doente

PhD Marta Dora Ornelas

SELECIONE TODAS AS CONSEQUÊNCIAS/EFEITOS CAUSADOS AO DOENTE:

Relacionados com o Procedimento Clínico:

- Hemorragia ou hematoma relacionado com uma intervenção cirúrgica ou procedimento clínico
- Hematúria relacionada com a Algiação
- Disfunção circulatória
- Deiscência da Sutura
- Seromas, Abscessos ou Granulomas
- Tímpano Perfurado
- Outras complicações relacionadas com o procedimento clínico

Relacionados com Infecção Nosocomial:

- Infecção de ferida cirúrgica ou traumática
- Infecção do Tracto Urinário relacionada com a algiação
- Bacteriémia associada ao uso de um dispositivo médico
- Infecção oportunista secundária ao tratamento com imunossuppressores ou antibióticos
- Infecção de uma Úlcera por Pressão
- Pneumonia de Aspiração

Relacionados com os Cuidados Prestados:

- Flebite
- Úlcera por Pressão
- Queimadura, feridas, quedas ou contusões (incluindo as resultantes de fracturas)
- Lesão de nervo ciático provocado por injeção intra-muscular
- Outras consequências dos Cuidados Prestados

APEAS-PT (Formulário para a identificação de Incidentes e Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários)

Relacionados com a Medicação:

- Náusea, vômitos ou diarreia secundários à medicação
- Epigastralgias (dores no estômago)
- Prurido, eritema ou outras lesões na pele relacionados com fármacos
- Reacção alérgica sistémica
- Cefaleia
- Alterações neurológicas
- Obstipação
- Outros efeitos (tosse, dispneia, boca seca...)
- Hipotensão
- Tensões arteriais de difícil controlo
- Hemorragia do tracto digestivo superior
- Hemorragia relacionada com o uso de anticoagulantes
- Enfarte Agudo Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Tromboembolismo Pulmonar, Trombose Venosa Profunda
- Desequilíbrio hidroelectrolítico
- Edema, Insuficiência cardíaca ou choque
- Alterações da frequência e/ou ritmo cardíaco
- Alterações da função (hepática, renal, tiroideia...)
- Glicemias de difícil controlo
- Neutropenia
- Efeitos locais ou febre após vacina ou fármacos de aplicação cutânea
- Difícil controlo da dor

Consequências Gerais:

- Pior evolução da doença de base
- Necessidade de repetir procedimentos/ internamentos/ consultas
- Ansiedade, Stress ou Depressão

Outras Consequências:

- Qual: _____
- Sem efeitos ou consequências

Que cuidados foram prestados ao doente no contexto do Evento Adverso:

- Os cuidados não foram afectados/ alterados
- Mais observação e monitorização nos Cuidados de Saúde Primários / Centro de Saúde
- Exames Complementares de Diagnóstico (Raio X, TAC, Análises...) no Centro de Saúde
- Medicação ou tratamentos adicionais (antibioterapia, pequena cirurgia...) no Centro de Saúde
- Consulta adicional, referenciação ou recurso à sala de emergência (sem hospitalização)
- Hospitalização. Tratamentos de suporte de vida (intubação oro-traqueal, técnicas de reanimação, intervenção cirúrgica)

SELECIONE TODOS OS FACTORES CAUSAIS DO EVENTO ADVERSO:

Relacionados com a Medicação:

- Reacção Adversa Medicamentosa
- Medicação Errada
- Dose Incorrecta de medicamento
- Omissão de uma dose, medicação ou vacina
- Frequência de administração incorrecta
- Erro na preparação ou manipulação dos fármacos
- Monitorização Insuficiente
- Erro na dispensa / venda do medicamento
- Doente errado
- Duração do tratamento incorrecta
- Falha na adesão ao tratamento
- Interacção medicamentosa

APEAS-PT (Formulário para a identificação de Incidentes e Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários)

Problemas Administrativos:

- Duplicação do processo clínico
- Perda de documentos
- Engano na informação médica (por exemplo registo de resultados analíticos de um outro doente...)
- Erro na identificação do doente
- Longa lista de espera / atraso na observação do doente
- Problemas com o histórico do doente
- Erro de agendamento

Relacionados com o Diagnóstico:

- Erro no diagnóstico
- Atraso na referenciação para cuidados hospitalares
- Atraso no diagnóstico

Relacionados com a Comunicação:

- Médico – Doente
- Médico – Enfermeiro
- Enfermeiro – Doente
- Entre médicos
- Barreira linguística
- Barreira Cultural
- Outra

Relacionados com os Cuidados Prestados:

- Cuidados inapropriados ao doente
- Cuidados inapropriados perante sinais de alerta
- Técnica aplicada inapropriadamente
- Cuidados com o catéter inapropriados

Outros factores causais:

- Outros:

EM QUE MEDIDA O ATENDIMENTO PRESTADO FOI A CAUSA DA LESÃO?

- Não há evidência de que o Incidente foi causado pelos cuidados prestados. A lesão deve-se apenas à própria doença
- Mínima probabilidade de que os cuidados/ atendimento prestados fossem a causa
- Ligeira probabilidade de que os cuidados/ atendimento prestados fossem a causa
- Probabilidade moderada de que os cuidados/ atendimento prestados fossem a causa
- Alta probabilidade de que os cuidados/ atendimento prestado fosse a causa
- Evidente que os cuidados/ atendimento prestado foi a causa do incidente ou evento adverso

EM SUA OPINIÃO HÁ ALGUMA EVIDÊNCIA DE QUE O EVENTO ADVERSO PUDESSE SER PREVENIDO/ EVITADO?

- Sim
- Não

SELECIONE O GRAU DE EVIDÊNCIA DA POSSIBILIDADE DE PREVENÇÃO:

- Não há evidência de prevenção possível
- Possibilidade mínima de prevenção
- Ligeira possibilidade de prevenção
- Moderada possibilidade de prevenção
- A prevenção era fortemente possível
- Completa evidência da capacidade de prevenção

O QUE PODERIA TER SIDO FEITO PARA EVITAR/ PREVENIR ESTE PROBLEMA?