



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**

### **ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

### **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

### **AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE E PROPOSTAS DE MELHORIA**

Lara Cristina Pimenta

Doutora Margarida Eiras, Professora Adjunta ESTeSL  
Dr. Mário Morais de Almeida, Coordenador do Centro de Imunoalergologia do Hospital  
CUF Descobertas

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2013

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**

**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO  
ALGARVE**

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE E PROPOSTAS  
DE MELHORIA**

Lara Cristina Pimenta

Doutora Margarida Eiras, Professora Adjunta ESTeSL  
Dr. Mário Morais de Almeida, Coordenador do Centro de Imunoalergologia do Hospital  
CUF Descobertas

Mestre Gilda Cunha, Professora Coordenadora ESTeSL  
Professor Doutor José Fragata, Professor Catedrático FCMUL - UNL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2013

## Índice

Índice de tabelas.....	V
Lista de abreviaturas.....	VI
Introdução.....	7
Secção I - Avaliação da cultura de segurança do doente num hospital português .....	11
1. Introdução.....	14
1.1. Enquadramento e relevância do tema .....	14
1.2. Cultura de segurança do doente.....	16
1.3. Cultura de segurança em Portugal .....	18
1.4. Objetivo do trabalho.....	21
2. Métodos.....	22
2.1. Método de investigação.....	22
2.2. Contexto do estudo e campo de observação .....	22
2.3. Ferramenta de medição.....	24
3. Resultados e Discussão .....	29
4. Considerações finais .....	40
5. Referências .....	41
Secção II - Propostas de melhoria após avaliação da Cultura de Segurança do Doente .....	49
1. Introdução.....	52
1.1. <i>Cultura de segurança do doente</i> .....	54
1.2. <i>Dotação de colaboradores</i> .....	55
1.3. <i>Resposta não punitiva ao erro</i> .....	56
1.4. <i>Frequência de notificação</i> .....	57
1.5. <i>Transferências e transições hospitalares</i> .....	57
2. Métodos.....	58
2.1. <i>Estratégia de pesquisa</i> .....	58
2.2. <i>Seleção de artigos</i> .....	59
3. Resultados.....	60
4. Considerações finais .....	68
5. Referências bibliográficas.....	69
Conclusão.....	77
Referências bibliográficas.....	79

Anexos .....	81
Anexo 1 – Comprovativo da submissão do artigo “Avaliação da cultura de segurança do doente de um hospital português” à Revista Portuguesa de Saúde Publica .....	82
Anexo 2 - Resposta da Administração da Instituição ao pedido de autorização para realização do estudo e respetiva distribuição do questionário .....	83
Anexo 3 - Resposta da Direção assistencial da Instituição ao pedido de autorização para realização do estudo e respetiva distribuição do questionário .....	84
Anexo 4 - <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC), traduzido para português .....	85

## Índice de tabelas

Tabela 3.1 - Coeficiente de fiabilidade – comparação de estudos internacionais realizados com o mesmo instrumento nos últimos 10 anos. ....	31
Tabela 3.2- Resultados da avaliação da CSD através do HSOPSC. ....	34
Tabela 3.3 - Resultados da avaliação da CSD através do HSOPSC em estudo internacionais .....	37
Tabela 1 – Resumo de evidências de intervenções para a melhoria da CSD .....	67

## Lista de abreviaturas

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde

CISD – Classificação Internacional da Segurança do Doente

CSD – Cultura de Segurança do Doente

DGS – Direção Geral da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

EUNetPas - *European Network for Patient Safety*

HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

IOM - *Institute of Medicine*

JMS – José de Mello Saúde

MS – Ministério da Saúde

PRIMO - *Proactive Risk Monitoring for Organizational Learning in Healthcare*

PSC- *Patient Safety Culture*

RIMAS – Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde

SBAR – *Situation – Background – Assessment – Recommendation*

SD – Segurança do Doente

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UE – União Europeia

WHO – *World Health Organization*

## Introdução

A segurança do doente (SD) é um problema global que afeta países em todos os níveis de desenvolvimento. Embora seja difícil quantificar o problema, estima-se que, por ano, milhões de doentes em todo o mundo sofrem danos, lesões ou morte devido à prestação cuidados de saúde inseguros. A *World Health Organization* (WHO) publicou em 2009 o relatório *Global Priorities for Patient Safety Research*, em que estabelece quais as áreas mais deficitárias de investigação constando, entre outras, a deficiente implementação da cultura de segurança nos serviços de saúde e a existência de uma abordagem culpabilizante nos processos.

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, onde interagem fatores pessoais, profissionais, organizacionais, clínicos e tecnológicos potencialmente perigosos, ainda que eficazes, fazem da SD, um imperativo global. Esta apresenta-se como uma componente estruturante e uma variável incontornável da qualidade em saúde. Ter a segurança como principal aspeto da qualidade, combinando as suas técnicas, integrando-as numa só cultura, deve ser uma estratégia global das organizações de saúde.

No relatório de um grupo de trabalho da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para o Ministério da Saúde (MS), "A governação dos hospitais: 30 anos de SNS", o conceito de governação clínica aparece definido como um "sistema através do qual as organizações de cuidados de saúde promovem uma abordagem integrada de gestão dos *inputs*, das estruturas e dos processos com vista à obtenção de melhores resultados na prestação de cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica. Este conceito particulariza, para a saúde, a ideia mais global de qualidade que envolve a adequação de um serviço fornecido por um prestador às necessidades de quem o recebe e que, no caso da saúde, engloba dimensões como a segurança, eficiência, efetividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e o respeito" (ARSLVT, 2009).

A caracterização deste conceito enquadra-se âmbito do Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, no qual se insere este projeto, indo de encontro aos objetivos do mesmo. Como descrito pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa (2011), este mestrado pretende "desenvolver competências profissionais que promovam a otimização da gestão dos recursos de saúde através da

aplicação das diferentes técnicas e procedimentos de gestão, avaliação, auditoria e análise das práticas baseadas na evidência científica para uma melhor resposta às necessidades de saúde das populações”. Este mestrado desenvolve o seu plano curricular em torno de duas áreas temáticas relevantes, sendo uma delas a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).

A ATS é definida em termos da sua finalidade e não como um método específico. É uma avaliação abrangente e sistemática das condições prévias para a utilização de tecnologias de saúde e, das consequências do uso das mesmas. Num contexto de ATS, a tecnologia em saúde é amplamente definida como procedimentos e métodos de prevenção, diagnóstico, tratamento, cuidados e reabilitação, incluindo equipamentos e medicamentos. Os sistemas de apoio e organização do sistema de saúde podem também ser considerados como tecnologia em saúde. Assim, a ATS compreende análise e avaliação das diversas áreas onde o uso de tecnologias da saúde pode ter consequências e essas áreas podem ser agrupadas em quatro elementos principais, facilitadoras da visão geral: a tecnologia, o doente, a organização e a economia (Kristensen & Poulsen, 2007).

Este projeto enquadra-se no âmbito do mestrado em questão, já que a cultura da segurança interfere diretamente, quer com o desempenho da organização, quer com a prestação de melhores cuidados de saúde ao doente. Uma das suas mais-valias é contribuir para a investigação na área da SD e para uma maior compreensão das questões nesta temática, para além da disseminação de conhecimentos baseados em evidências sólidas.

A instituição escolhida para ser alvo da avaliação da cultura de segurança neste projeto, o Hospital CUF Descobertas, está integrada no Grupo José de Mello Saúde (JMS), que tem como missão “promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor”. O grupo JMS assume a qualidade como elemento indissociável da prestação de cuidados de saúde de excelência. Por esse motivo, está empenhada no desenvolvimento de uma cultura e de práticas de qualidade robustas e transversais a todas as unidades do grupo, tendo para o efeito implementado um Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ). Nesta política transversal, “a qualidade é entendida como a prestação de cuidados de uma forma efetiva e eficiente, indo ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes, de acordo

com o estado da arte a nível técnico-científico, e procurando a melhoria contínua de forma sistemática.” Como forma de consubstanciar a política de qualidade no dia-a-dia das unidades de saúde do grupo, foi implementado um SGQ, que permite que cada Unidade “identifique e minimize os fatores de risco associados, em particular em matéria de SD e dos colaboradores”, entre vários outros.

Considerando o enquadramento da instituição, este projeto vai de encontro aos seus objetivos, pretendendo-se trabalhar toda a informação obtida em parceria com o gabinete de gestão de risco. Assim, a instituição poderá beneficiar dos resultados deste estudo, obtendo evidências que lhes permitirá avaliar necessidades de formação e identificar oportunidades de melhoria nesta área, integrando estas informações no seu SGQ.

Mas a escolha desta instituição prende-se também com conveniência pessoal e profissional, para além de existir uma grande motivação em investir na área da SD tentando também ir de encontro ao estudo que está decorrer por parte do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde (DGS), que tem como objetivo a Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais Portugueses.

Como publicado pelo MS em 2011, uma das suas missões é “potenciar a coesão de sistema de saúde português e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde”. Estando consolidadas a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, os desafios da qualidade e da segurança surgem em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de saúde português (MS, 2009).

Enquadrados no tema da cultura de segurança e considerando a sua pertinência nos cuidados prestados nas instituições de saúde, os problemas aos quais este projeto pretendeu dar resposta:

- De que forma os colaboradores do Hospital CUF Descobertas percecionam a cultura de segurança na instituição?
- Das dimensões da cultura de segurança do doente, avaliadas pelo instrumento utilizado, quais as que constituem atualmente os pontos mais fortes e fracos da cultura de segurança do doente (CSD) da instituição?

- Analisando os pontos mais fracos apurados no estudo, quais as melhores estratégias existentes na literatura científica que são passíveis de ser aplicadas no contexto da instituição, tendo também presentes os objetivos dos órgãos de gestão?

Considerando os problemas anteriormente equacionados, aos quais se procurou dar resposta, reforça-se como um dos objetivos principais deste projeto a avaliação da perceção dos colaboradores (que interajam direta ou indiretamente com o doente) da instituição escolhida, acerca da temática da CSD, nas suas diversas dimensões, avaliando assim de que forma esta está presente e se reflete na prestação de cuidados de cada serviço/unidade.

Identificaram-se os pontos fortes e fracos da cultura de segurança na instituição, e as potenciais áreas de melhoria. Com base numa revisão bibliográfica extensa e sólida, pretendeu-se também compilar um conjunto de propostas de intervenção que melhor se adequem às necessidades apuradas.

Este projeto procura então responder aos problemas descritos anteriormente e cumprir os objetivos referidos que lhe estão relacionados.

No seguimento deste projeto, foram adquiridos e aprofundados conhecimentos e novas técnicas de melhoria na área da SD, que servirão de ferramenta quer no contexto profissional, quer no contexto de uma possível participação num sistema de gestão de risco, esperando ter ganho capacidade de realizar uma aplicação integrada, num SGQ, dos conhecimentos e das competências adquiridas.

Este projeto é apresentado no formato de dois artigos distintos, mas diretamente relacionados entre si. O primeiro artigo (Secção I) trata a avaliação da CSD num hospital português e é apresentado segundo as regras e cumprindo os requisitos de formatação da Revista Portuguesa de Saúde Pública, à qual foi submetido no dia 27 de Outubro de 2012 (Anexo 1). O segundo artigo compila uma série de propostas de melhoria após avaliação da CSD desse hospital. Este segundo artigo (Secção II) está configurado segundo os requisitos e regras de formatação exigidas para publicação no *International Journal of Health Care Quality Assurance*, ao qual será submetido posteriormente. O formato escolhido foi considerado o mais adequado para contribuir para a produção e interação científica, contribuindo para a difusão do conhecimento.

1 **Secção I - Avaliação da cultura de segurança do doente num hospital**  
2 **português**

3  
4 **Lara Pimenta\*, Margarida Eiras\*\*, Mário Morais Almeida\*\*\***

5 \*Cardiopneumologista, Hospital CUF Descobertas

6 Mestranda no Mestrado Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde da ESTeSL

7 \*\* Docente da ESTeSL no Mestrado Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde

8 \*\*\* Médico Especialista em Imunoalergologia, Coordenador do Centro de Imunoalergologia,  
9 Hospital CUF Descobertas

10 Autor para correspondência:

11 Correio electrónico:larapimenta@gmail.com

12 Morada: Rua Carlos Belo de Morais, 57, 10ºA. 2790-231 Carnaxide

13 Número de palavras (texto): 7632

14 Número palavras (Resumo/Abstract): 246/222

15 Número de tabelas: 3

16

17

18

19

20

21

22

23

24

## 25 **Resumo**

26 Contexto: No sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde é essencial avaliar o  
27 nível da cultura de segurança do doente (CSD). A segurança do doente (SD), no contexto de  
28 prestação de cuidados, tem vindo a fazer parte das políticas de saúde de todos os países e,  
29 felizmente, Portugal não é exceção.

30 Objetivo: Caracterizar a cultura de segurança do doente avaliando a perceção dos  
31 colaboradores num hospital português.

32 Métodos: Este estudo, quantitativo e descritivo, foi realizado com recurso a um questionário  
33 misto, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* da *Agency for Healthcare Research and*  
34 *Quality*, distribuído a uma amostra de 648 profissionais. Foram analisados os dados  
35 demográficos e calculadas as percentagens de respostas positivas das 12 dimensões que o  
36 compõem. Foi ainda apurado o coeficiente de fiabilidade ( $\alpha$  de *Cronbach*) para cada uma delas.

37 Resultados: A taxa de resposta foi de 41,5 % (269 questionários) e 4 dimensões revelaram ser  
38 áreas críticas, sendo a resposta não punitiva ao erro a principal área a melhorar. A perceção  
39 geral da SD revelou 73% de respostas positivas, mas o ponto mais forte da instituição é a  
40 aprendizagem organizacional – melhoria continua (78%). A análise do coeficiente de fiabilidade  
41 revelou valores abaixo do desejável em 3 das dimensões.

42 Conclusões: Dada a baixa percentagem de positivos na resposta não punitiva ao erro, na  
43 dotação de colaboradores e na frequência de notificação, deve ser dada prioridade às  
44 intervenções de melhoria nestas áreas.

45

46 Palavras-Chave: Segurança do doente, Cultura de segurança do doente, Qualidade em saúde

47

48

49

50

51 **Abstract**

52 Background: In order to improve the quality of health care is essential to assess the level of  
53 patient safety culture (PSC). Patient safety (PS), in the context of care, has been part of health  
54 policies of all countries and Portugal, fortunately, is no exception.

55 Purpose: To characterize the culture of patient safety by assessing employee's perception in a  
56 Portuguese hospital.

57 Methods: This study, quantitative and descriptive, was conducted in 2012 using a mixed  
58 questionnaire, the Hospital Survey on Patient Safety Culture, from the Agency for Healthcare  
59 Research and Quality, applied to 648 collaborators. We analyzed demographic data and  
60 calculated the percentages of positive responses from the 12 dimensions that comprise it.

61 It was also determined the reliability coefficient ( $\alpha$  Cronbach) for each dimension.

62 Results: The response rate was 41.5% (269 questionnaires) and 4 dimensions proved to be  
63 critical areas, with the non-punitive response to error being the main area of improvement.  
64 The overall perception of patient safety revealed 73% of positive responses, but the strongest  
65 point of the institution is organizational learning - continuous improvement (78%). The reliability  
66 coefficient analysis revealed values below the desirable in 3 dimensions.

67 Conclusions: Due to the low percentages of positive answers in non-punitive response to error,  
68 staffing and frequency of event reporting, these should be considered priority areas to  
69 improvement intervention.

70

71

72 Keywords: Patient safety, Patient Safety Culture, Quality of healthcare

73

74

75

## 76 1. Introdução

77

### 78 1.1. Enquadramento e relevância do tema

79 Nos últimos 10 anos tem-se testemunhado um crescente interesse em questões de segurança  
80 e de qualidade na área da saúde<sup>1</sup>. A qualidade pode ser definida de várias formas e, cada vez  
81 mais, os termos qualidade e segurança aparecem associados. A segurança pode ser  
82 considerada um elemento da qualidade, sendo a definição de qualidade em saúde vista como a  
83 prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes  
84 e equitativos. Avaliar a qualidade como um elemento de desempenho pode ser complexo,  
85 sendo essencial existir um equilíbrio entre os aspetos organizacionais e clínicos, bem como  
86 entre processos e resultados<sup>2</sup>.

87 A crescente complexidade dos sistemas de saúde, onde interagem fatores individuais,  
88 profissionais, organizacionais, clínicos e tecnológicos de elevado risco, potencialmente  
89 perigosos, ainda que eficazes, fazem da segurança do doente (SD) um imperativo global e um  
90 problema que afeta países em diversos níveis de desenvolvimento<sup>3,4</sup>. A SD apresenta-se como  
91 uma componente estruturante e uma dimensão incontornável da qualidade em saúde. Ter a  
92 segurança como principal aspeto da qualidade, combinando técnicas da qualidade e da  
93 segurança, integrando-as numa só cultura, deve ser uma estratégia global das organizações de  
94 saúde, sendo esse o alinhamento internacional. Os resultados obtidos, na última década, em  
95 vários estudos internacionais (Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Reino Unido,  
96 Austrália, Nova Zelândia, Dinamarca, Espanha, França), permitem afirmar que em cada cem  
97 doentes internados, 10 são vítimas de um evento adverso, das quais 45% são classificados  
98 como evitáveis<sup>5,6</sup>.

99 A necessidade da construção de uma cultura de segurança positiva vai sendo reforçada nos  
100 documentos de política, diretrizes e prioridades na Europa, na América do Norte, na Austrália e  
101 algumas partes da Ásia<sup>7</sup>. Nos últimos anos tem-se assistido à publicação de vários estudos,  
102 recomendações ou relatórios como o *To err is human* em 1999, *An Organization with a*  
103 *Memory*, em 2000, *Seven Steps to Patient Safety* em 2004<sup>8-10</sup>, bem como à criação de

104 organizações e movimentos como o *World Alliance for Patient Safety*<sup>11</sup>, o *Patient Safety and*  
105 *Quality of Care Working Group* da Comissão Europeia, o *Institute of Health Improvement*<sup>12</sup>, a  
106 *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, a *National Patient Safety Agency*<sup>13,14</sup>, a  
107 *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*<sup>15</sup>, entre outros em contexto  
108 interno de alguns países. Em conjunto funcionam igualmente como alavanca para o  
109 desenvolvimento da investigação na área da SD<sup>16</sup>.

110 A *World Health Organization (WHO)* publicou, em 2009, o relatório *Global Priorities for Patient*  
111 *Safety Research* em que estabelece as áreas mais deficitárias de investigação, constando,  
112 entre outras, a fraca implementação da cultura de segurança nos serviços de saúde e a  
113 existência de uma abordagem culpabilizante.

114 No relatório do Ministério da Saúde (MS) de 2009, "A governação dos hospitais: 30 anos de  
115 SNS", o conceito de governação clínica aparece definido como um "sistema através do qual as  
116 organizações de cuidados de saúde promovem uma abordagem integrada de gestão dos  
117 *inputs*, das estruturas e dos processos com vista à obtenção de melhores resultados na  
118 prestação de cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade  
119 clínica. Este conceito particulariza, para a saúde, a ideia mais global da qualidade que envolve  
120 a adequação de um serviço fornecido por um prestador às necessidades de quem o recebe e  
121 que, no caso da Saúde, engloba dimensões como a segurança, eficiência, efetividade,  
122 equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e o respeito"<sup>17</sup>.

123 A cultura de segurança interfere diretamente, quer com o desempenho da organização, quer  
124 com a prestação de melhores cuidados de saúde ao doente e a medição da cultura de  
125 segurança do doente (CSD), tornou-se assim uma prioridade para os sistemas de saúde,  
126 principalmente nos países desenvolvidos<sup>1</sup>.

127

128 **1.2. Cultura de segurança do doente**

129 Embora a SD seja uma preocupação de todos, não é fácil para os que trabalham em  
130 organizações prestadoras de cuidados de saúde compreender este conceito<sup>16</sup>. Um dos aspetos  
131 da SD que tem sido cada vez mais de interesse é a "cultura" de segurança<sup>3,36</sup>.

132 A cultura de segurança é uma parte integrante da cultura geral de uma organização<sup>7,18</sup> mas o  
133 termo tornou-se mais popular após o desastre nuclear de Chernobyl, quando foi sugerido que  
134 as organizações poderiam reduzir os acidentes e incidentes de segurança através do  
135 desenvolvimento de uma "cultura de segurança positiva."

136 A noção de cultura de segurança não é de todo exclusiva aos cuidados de saúde, tendo origem  
137 nas indústrias de petróleo, gás e energia, nos sectores de transporte, como na aviação, entre  
138 outros<sup>7,10,18</sup>. As medidas iniciais para implementar uma cultura de segurança nos cuidados de  
139 saúde foram adaptadas das utilizadas nestes sectores industriais a partir década de 90<sup>19</sup>, e foi  
140 uma das recomendações feitas pelo *Institute of Medicine* (IOM) para auxiliar os hospitais no  
141 processo de melhoria da SD<sup>16</sup>.

142 A cultura de segurança, como a qualidade, é um conceito complexo e multidimensional, mas  
143 em essência consiste num padrão de valores, expectativas, atitudes e crenças que gera  
144 comportamentos, tanto a nível global na organização, como individualmente em cada unidade,  
145 e que têm impacto numa performance segura<sup>10</sup>. Na bibliografia encontram-se referências a dois  
146 conceitos distintos: "clima" e "cultura" de SD. No entanto, como ambos os termos são usados  
147 alternadamente em diferentes publicações e, na prática, as diferenças de conceito não afetam  
148 imediatamente os resultados, optou-se por aceitar apenas o termo "cultura" no presente  
149 estudo<sup>5</sup>.

150 Existem várias definições de cultura de segurança contendo vários elementos comuns. O IOM  
151 afirma que uma cultura de segurança em cuidados de saúde requer três elementos:

- 152 1. A crença de que, embora os cuidados de saúde sejam processos de alto risco, podem  
153 ser projetados de forma a evitar falhas;

154 2. A garantia de um compromisso ao nível da gestão organizacional para detetar e  
155 aprender com os erros;

156 3. Um ambiente justo em que se disciplina o funcionário apenas quando este  
157 conscientemente aumenta o risco para os doentes e para os pares<sup>20</sup>.

158 Ainda segundo o IOM, se existir uma cultura de segurança em que os eventos adversos  
159 possam ser relatados sem implicar a responsabilização das pessoas, cria-se a oportunidade  
160 para que estas aprendam com os seus erros, sendo possível fazer melhorias e promover assim  
161 a SD<sup>21,22</sup>.

162 As características de uma cultura de segurança forte e pró-ativa geralmente incluem: o  
163 compromisso da liderança para aprender com os erros, documentar e melhorar a SD,  
164 incentivando o trabalho em equipa, a identificação de potenciais riscos e a utilização de  
165 sistemas de comunicação e análise de eventos ou ocorrências<sup>23</sup>.

166 A CSD é definida como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções,  
167 competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a  
168 proficiência da organização na gestão de segurança<sup>24</sup>. Outros autores descrevem-na como o  
169 resultado acumulado de todo um conjunto de comportamentos comuns, experiências, crenças  
170 e valores que reflete como as ações são feitas num determinado ambiente<sup>3,10</sup>.

171 A *World Alliance for Patient Safety* começou por definir, harmonizar e agrupar conceitos de SD  
172 numa classificação internacionalmente aceite com o objetivo de promover a aprendizagem e a  
173 melhoria da SD, em todas as unidades de saúde<sup>25</sup>.

174 A Direção Geral de Saúde (DGS) traduziu e publicou em 2011, o relatório técnico produzido e  
175 publicado pela WHO, em Janeiro de 2009<sup>25</sup>. Neste relatório figura a Classificação Internacional  
176 de Segurança do Doente (CISD) e são definidos os conceitos chave, parecendo pertinente  
177 fazer aqui uma referência aos que serão mais mencionados ao longo do trabalho.

178 *Doente* é a pessoa que recebe os *cuidados de saúde*, em si definidos como serviços recebidos  
179 por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde<sup>25</sup>.

180 *Segurança do Doente* é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os  
181 cuidados de saúde, para um mínimo aceitável e refere-se à noção coletiva em face do  
182 conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados  
183 em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo<sup>25</sup>.

184 Uma das definições de cultura de segurança de uma organização é o produto de valores  
185 individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, e modelos de comportamento que  
186 determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança de uma organização e o seu  
187 estilo e proficiência<sup>25</sup>.

188 As organizações com uma cultura de segurança eficaz compartilham um compromisso  
189 constante com a segurança, assumindo-a como prioridade máxima para toda a organização.  
190 Os seus componentes principais incluem o reconhecimento de que as atividades de uma  
191 organização têm uma natureza de elevado risco e são, por isso, propensas a erros, num  
192 ambiente sem culpa onde os indivíduos são capazes de comunicar erros ou incidentes sem  
193 punição, numa expectativa global de colaboração entre todos os profissionais e níveis da  
194 organização para encontrar soluções para as vulnerabilidades e a vontade da organização para  
195 alocar recursos em assuntos de segurança<sup>25</sup>.

196 As avaliações da CSD são exigidas por agências de acreditação internacionais e são mais  
197 fáceis de conduzir através da utilização de instrumentos que avaliam a perceção da equipa de  
198 saúde em muitas questões como trabalho em equipa, gestão e apoio da liderança para a SD, a  
199 notificação de eventos adversos, e outros assuntos relativos à segurança.

200 Organizações influentes, como o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, a *Joint*  
201 *Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*, a *AHRQ*, e o *U.S. National*  
202 *Quality Forum* incentivam a contínua avaliação/medição da cultura de segurança<sup>15</sup>.

203

### 204 **1.3. Cultura de segurança em Portugal**

205 A SD no contexto de prestação de cuidados tem vindo a fazer parte das políticas de saúde de  
206 todos os países, e Portugal não é exceção<sup>26</sup>.

207 Como referido pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DGS), a Recomendação do  
208 Conselho de 9 de Junho de 2009 alerta os estados membros para as questões da SD. Desde  
209 então Portugal tem tomado várias iniciativas e desenvolvido algumas ações, de forma a agir  
210 em conformidade com estas recomendações. A disponibilização de informação acerca desta  
211 temática, aos profissionais e aos cidadãos, e uma avaliação da cultura de segurança, que põe  
212 ao dispor das instituições de saúde, uma ferramenta que permite avaliar a CSD, de forma a  
213 fortalecer o empenho contínuo de melhoria da qualidade, são algumas das medidas tomadas  
214 pelo MS nacional<sup>27</sup>.

215 Como publicado pelo MS em 2011, uma das suas missões é “potenciar a coesão do sistema de  
216 saúde português e a qualidade da prestação de cuidados de saúde para garantir os direitos  
217 dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde”. Estando consolidadas a cobertura  
218 territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, os desafios da qualidade e da  
219 segurança surgem em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de  
220 saúde português (DGS, n.d.).

221 Desde 2003, dois hospitais que integram o Centro Hospitalar de Lisboa Central, registaram  
222 cerca de 5 mil relatos de incidentes no sistema de informação de SD, feitos pelos vários  
223 profissionais de saúde. A informação gerada, associada à que é fornecida pelas auditorias  
224 clínicas e pelos indicadores clínicos, tem sido aplicada na reorganização de processos e  
225 procedimentos, e na implementação de medidas corretivas<sup>28</sup>.

226 Com o objetivo de disponibilizar às instituições de saúde uma ferramenta que permita avaliar a  
227 CSD, de forma a fortalecer o empenho contínuo de melhoria da qualidade, o Departamento da  
228 Qualidade na Saúde, em parceria com a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento  
229 Hospitalar realizou, entre Junho e Setembro de 2011, um projeto-piloto com 7 hospitais<sup>27</sup>. Para  
230 o efeito, foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da  
231 agência americana AHRQ. Esta é uma das ferramentas recomendada aos Estados Membros  
232 pelo projeto europeu *European Network for Patient Safety* (EuNetPas), pretendendo-se  
233 igualmente ir ao encontro da anteriormente referida - Recomendação do Conselho. O objetivo  
234 principal do EUNetPas é desenvolver uma rede europeia de colaboração em SD e projetos em

235 cinco áreas de trabalho coordenadas em rede; o nosso país participa em 4 delas: 1) cultura em  
236 segurança clínica; 2) sistemas de notificação e aprendizagem; 3) estudos-piloto (erros  
237 medicamentosos e educação): ferramentas e soluções e 4) promoção e disseminação de  
238 conhecimentos<sup>29</sup>.

239 O questionário recomendado e utilizado é anónimo e confidencial, tendo sido traduzido e  
240 adaptado à realidade portuguesa para posteriormente ser distribuído aos profissionais dos  
241 hospitais participantes no estudo<sup>26</sup>.

242 Esta ferramenta de avaliação foi já utilizada em alguns estudos portugueses. Foi distribuída,  
243 em 2009, aos profissionais do Serviço de Radioterapia do Hospital de Santa Maria no âmbito  
244 de uma tese de doutoramento; tendo sido respondido por todos os profissionais em 3 fases: no  
245 início do estudo, após 1 ano e decorridos 2 anos, bem como a três hospitais distribuídos pelo  
246 norte, centro e sul do país<sup>26</sup>. Também em 2009, foi feita a avaliação da CSD nos hospitais  
247 distritais portugueses pertencentes à Administração Regional de Saúde do Centro, mas só a  
248 nível dos profissionais de enfermagem<sup>6</sup>.

249 Em Outubro de 2012 foi publicado na página da DGS o relatório do estudo piloto iniciado em  
250 2011 que retrata a avaliação da CSD em sete hospitais portugueses, distribuídos por diferentes  
251 localizações geo-administrativas, desde o norte ao sul de Portugal continental. Em 2012, o  
252 estudo vai ser alargado a todas as instituições hospitalares com o objetivo de monitorizar de  
253 forma contínua a CSD nas instituições e de obter informações que as oriente na sua  
254 melhoria<sup>27</sup>.

255 Também uma obra nacional dedicou-se à SD tentando reunir uma série de abordagens  
256 práticas que apoiem os profissionais de saúde, visando promover maiores níveis de segurança  
257 aos doentes. Transmite como se processou a implementação de um sistema da qualidade pela  
258 segurança clínica, num centro hospitalar na região norte de Portugal e divulga também o  
259 resultado de um estudo da Escola Nacional de Saúde Pública que possibilita o conhecimento  
260 da realidade portuguesa em termos da caracterização de eventos adversos no contexto  
261 hospitalar<sup>30</sup>. Esta obra demonstra que, também no nosso país, o tema da SD é atual e

262 pertinente, fornecendo uma abordagem prática e interdisciplinar a todos quantos se preocupem  
263 em melhorar a SD<sup>30</sup>.

264 Considera-se essencial para Portugal mobilizar recursos, humanos, técnicos e financeiros, com  
265 o objetivo de construir e reforçar a capacidade de formação e de investigação em SD. Esta foi  
266 uma das conclusões principais que emergiu de uma reunião sobre investigação em SD  
267 promovida pela WHO em conjunto com a União Europeia (UE), realizada em Portugal, em  
268 2007<sup>13</sup>.

269 De acordo com os dados publicados pelo IOM, morrem diariamente cerca de 100 doentes nos  
270 EUA, devido a danos decorrentes dos cuidados de saúde e não propriamente da sua doença.  
271 Mais de 10 anos passaram desde esta publicação do IOM e não dispomos ainda em Portugal  
272 de um número rigoroso que nos permita caracterizar a dimensão do problema<sup>28</sup>. No entanto, a  
273 comissão europeia refere nas suas recomendações relativas à segurança dos doentes de 2010  
274 que, nos Estados-Membros da UE, entre 8 e 12% dos doentes internados em hospitais sejam  
275 vítimas de acontecimentos adversos durante o seu tratamento, ou seja, entre 6,7 e 15 milhões  
276 dos doentes internados em hospitais e mais de 37 milhões dos doentes que recorrem aos  
277 cuidados de saúde primários<sup>31</sup>.

278

#### 279 **1.4. Objetivo do trabalho**

280 A avaliação da cultura de segurança numa determinada instituição ajuda a recolher  
281 informações sobre as perceções e comportamentos da gestão e dos colaboradores em relação  
282 à segurança, bem como permite identificar as oportunidades de melhoria<sup>13</sup>.

283 O IOM recomenda que as organizações de cuidados de saúde avaliem as suas CSD tentando  
284 reduzir as oportunidades de erro, e que estabeleçam programas abrangentes de SD para  
285 aumentar a deteção de eventos adversos<sup>22,32</sup>.

286 O objetivo principal deste projeto consiste em avaliar a perceção dos colaboradores do hospital  
287 CUF Descobertas acerca da cultura de segurança, quer interajam direta ou indiretamente com  
288 o doente, avaliando assim os pontos fortes da cultura de segurança da instituição, bem como

289 as potenciais áreas de melhoria.

290

## 291 **2. Métodos**

292

### 293 **2.1. Método de investigação**

294 Este projeto enquadra-se no campo da investigação quantitativa já que foi realizado um  
295 levantamento de medidas quantificáveis a partir de amostras de uma população<sup>33</sup>.

296 Classifica-se como sendo uma combinação de estudo descritivo e exploratório, já que tem por  
297 objetivo descrever a realidade específica da instituição escolhida, procedendo também ao  
298 reconhecimento de uma realidade que ainda não foi estudada<sup>33</sup>. O estudo permitirá um melhor  
299 entendimento da CSD do hospital.

300 Relativamente à colheita de dados, foi aplicado um questionário de tipo misto (Anexo 4).

301

### 302 **2.2. Contexto do estudo e campo de observação**

303 Avaliar a cultura de segurança existente numa organização é a primeira fase de  
304 desenvolvimento e estabelecimento de uma CSD<sup>5,16,21</sup>.

305 As avaliações da cultura de segurança podem ser usadas para: (1) diagnosticar a cultura de  
306 segurança para identificar as áreas de melhoria e aumentar a consciencialização sobre a SD,  
307 (2) avaliar as intervenções ou programas de SD e acompanhar a mudança ao longo do tempo,  
308 (3) realizar *benchmarking* interno e externo, e (4) cumprir as diretivas ou requerimentos  
309 regulamentares<sup>34</sup>.

310 O aumento do interesse em torno da cultura de segurança tem gerado uma necessidade de  
311 desenvolver métodos e instrumentos que permitam medir aspetos da cultura que influenciam a  
312 SD<sup>35</sup>. Muitas das ferramentas que têm sido desenvolvidas para este propósito cobrem cinco  
313 dimensões comuns de SD: clima de liderança, políticas e procedimentos, comunicação,  
314 recursos humanos e comunicação<sup>36</sup>.

315 Após aplicação de um instrumento de avaliação da cultura de segurança, os resultados  
316 representarão um instantâneo das percepções dos participantes relativamente à CSD num  
317 determinado ponto no tempo. Sabe-se também que as culturas variam entre as organizações,  
318 de departamento para departamento, de uma unidade para outra, e de indivíduo para  
319 indivíduo<sup>37</sup>.

320 A instituição escolhida para ser alvo da avaliação da cultura de segurança, o Hospital CUF  
321 Descobertas, está integrada no Grupo José de Mello Saúde, que tem bem estabelecida a sua  
322 missão (“Promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de  
323 conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do  
324 capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor”) e assume a  
325 qualidade como elemento indissociável da prestação de cuidados de saúde de excelência.

326 Para além do interesse de melhoria contínua da própria instituição onde foi realizado o  
327 levantamento de dados, este projeto pretendeu também ir ao encontro do estudo que está  
328 decorrer promovido pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS, que tem como projeto  
329 para 2012 a avaliação da CSD nos hospitais portugueses.

330 O estudo foi aprovado pela administração da instituição e pela direção assistencial (Anexos 2 e  
331 3), tendo sido também solicitada a colaboração da responsável da Gestão de Risco, como elo  
332 de ligação aos responsáveis dos diferentes departamentos.

333 Existem várias razões para o questionário da AHRQ ter sido selecionado neste estudo. Para  
334 além do facto de este instrumento cobrir as dimensões consideradas mais importantes, vários  
335 estudos têm demonstrado que o *HSOPSC* satisfaz os critérios de validade convencionados<sup>35</sup>.  
336 Também o facto de ser uma das ferramentas recomendadas pelo projeto europeu *EuNetPas*,  
337 de já estar traduzido e validado para a realidade portuguesa e a ser utilizado pela entidade  
338 responsável pela promoção da CSD em Portugal, faz deste instrumento o mais adequado à  
339 avaliação que se pretende neste estudo.

340 Os dados foram recolhidos no Hospital CUF Descobertas e a população abrangida foram todos  
341 os colaboradores, internos, externos ou em regime de *outsourcing*, que interagem direta ou  
342 indiretamente com o doente.

343 A população alvo foram 648 indivíduos, e incluíram a amostra deste projeto, todos os  
344 indivíduos que preencheram de forma válida o questionário aplicado.

345

### 346 **2.3. Ferramenta de medição**

347 Avaliar a CSD num hospital é ainda hoje considerado um desafio. Existem abordagens  
348 quantitativas e qualitativas, mas não há consenso sobre o melhor método para investigar a  
349 cultura de segurança em contextos de saúde específicos<sup>38</sup>. Existe um número de diferentes  
350 questionários que foram desenvolvidos para medir as dimensões da cultura de segurança nos  
351 serviços de saúde e existem hoje já várias revisões da literatura que avaliam e revêm os vários  
352 instrumentos<sup>39</sup>.

353 Um primeiro passo neste esforço para medir a cultura de segurança é garantir que os  
354 instrumentos de pesquisa são válidos e confiáveis através das suas propriedades  
355 psicométricas, ou seja, que medem o que pretendem medir e que permitem produzir resultados  
356 semelhantes ao repetir a medição<sup>32</sup>. A seleção do instrumento deve também depender da sua  
357 finalidade e ter em consideração se já foi utilizado com sucesso em instituições/contextos  
358 similares<sup>32</sup>. O tempo e os recursos, humanos e financeiros, disponíveis também poderão  
359 interferir na escolha do instrumento<sup>39</sup>.

360 Estes instrumentos tendem a ser pequenos questionários que são fáceis e relativamente  
361 rápidos de preencher, podendo ser usados para controlar os efeitos das intervenções na  
362 cultura de segurança a nível da unidade ou da organização<sup>39</sup>. Fornecem informações valiosas  
363 sobre o modo como a SD é vista dentro de uma organização<sup>14</sup>.

364 Um desses instrumentos é o HSOPSC, lançado em Novembro de 2004 pela AHRQ, e baseia-  
365 se num conjunto de estudos-piloto realizados em 21 hospitais dos EUA, envolvendo no total  
366 1461 colaboradores<sup>40</sup>.

367 Este questionário é composto de 42 itens que são divididos em subescalas para medir 12  
368 dimensões de uma cultura de segurança<sup>1</sup>. Tem sido amplamente utilizado nos EUA e na  
369 Europa contando já com diversos estudos científicos<sup>39</sup>.

370 Ao longo da revisão da literatura os autores identificam vários pontos fortes que fazem deste  
371 questionário um instrumento consistente:

- 372 • Questionário disponível gratuitamente e com boa documentação de apoio <sup>34</sup>.
- 373 • Testado numa grande amostra permitindo reunir vasta informação acerca das suas  
374 boas propriedades psicométricas <sup>14,38,41</sup>.
- 375 • Fornece aos utilizadores bases de dados que podem ser usadas como referência de  
376 comparação da cultura de segurança em relação a outras unidades ou hospitais, <sup>14,42</sup>  
377 permitindo *benchmarking* com mais de 600 hospitais só nos EUA <sup>10,14</sup>.
- 378 • Tem sido utilizado em todo o mundo (45 países). Dados de 2012, da página da AHRQ  
379 ([www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)) indicam que foi traduzido para 24 idiomas e adaptado para uso em 14  
380 países europeus (Bélgica, Dinamarca, França, Irlanda, Itália, Países Baixos, Noruega,  
381 Portugal, Escócia, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia e Reino Unido) <sup>19,41</sup>.
- 382 • Constituído por 42 itens (12 dimensões) que abrangem grande parte dos elementos  
383 que se sabe estarem associados à CSD <sup>14,36</sup>.

384 Dezoito dos itens foram redigidos de forma negativa e aparecerão assinalados com um "R".  
385 Utiliza uma escala de resposta *Likert* com 5 pontos de concordância ("Discordo totalmente" a  
386 "Concordo") ou de frequência ("Nunca" para "Sempre") <sup>3,16,19</sup>. Especificando, as dimensões do  
387 instrumento incluem: <sup>24, 35, 36</sup>

### 388 **Sete aspetos acerca da cultura de segurança ao nível da unidade**

- 389 (1) Expectativas e ações do gestor de promoção de segurança (4 itens)
- 390 (2) Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua (3 itens)
- 391 (3) Trabalho em equipa dentro das unidades (4 itens)
- 392 (4) Abertura de comunicação (3 itens)
- 393 (5) *Feedback* e comunicação de erros (3 itens)
- 394 (6) Resposta não punitiva ao erro (3 itens)
- 395 (7) Dotação de colaboradores (4 itens)
- 396

397 **Três aspetos da cultura de segurança ao nível do hospital**

398 (8) Apoio da gestão do hospital para SD (3 itens)

399 (9) Trabalho em equipa nas unidades hospitalares (4 itens)

400 (10) Transferências e transições hospitalares (4 itens)

401 **Dois variáveis de item único**

402 (11) Perceção geral de SD (4 itens)

403 (12) Frequência de eventos notificados (3 itens)

404 Não foi efetuada qualquer alteração do questionário, sendo de ter em atenção que as  
405 modificações num instrumento, através da adição ou eliminação de perguntas, podem ter um  
406 impacto, quer sobre o rigor da avaliação, quer sobre a capacidade de comparação com outras  
407 instituições<sup>42</sup>.

408 Para avaliar a consistência interna deste instrumento, utilizou-se o coeficiente  $\alpha$ -Cronbach para  
409 cada uma das 12 dimensões.

- 410 • Determinação das propriedades psicométricas

411 O coeficiente  $\alpha$ -Cronbach é o mais indicado para avaliar a fiabilidade, permitindo estimar o  
412 quão fortemente os itens estão correlacionados<sup>43</sup>. Um valor de zero indica que não há  
413 correlação entre os itens, enquanto um valor igual a um indica uma correlação absoluta. Se os  
414 itens demonstrarem estar fortemente relacionados ( $\alpha=1$ ), a informação dada pelos itens é  
415 redundante. Portanto, um bom valor de  $\alpha$  é entre 0,80 e 0,90<sup>43</sup>. No entanto as autoras do  
416 questionário, Sorra e Nieva, definem o nível aceitável para este coeficiente  $\geq 0,60$ <sup>19</sup>,  
417 demonstrando aptidão para medir o mesmo conceito com consistência (fiabilidade).

418 O valor do coeficiente aumenta com o número de itens (perguntas) no questionário e com  
419 correlações mais elevadas entre os itens (perguntas). O investigador pode ainda melhorar as  
420 estimativas dos coeficientes de fiabilidade fazendo um estudo preliminar para selecionar os  
421 itens da versão final do questionário a partir de uma boa análise dos inicialmente escritos; deve  
422 usar uma amostra aleatória ou uma amostra de dimensão razoável<sup>1</sup>.

423 A fiabilidade expressa como  $\alpha$  Cronbach para os dados da AHRQ, variaram entre 0,63 a 0,84<sup>24</sup>.  
424 Dado que o questionário contém itens formulados tanto positivamente, como negativamente,  
425 estes últimos foram recodificados passando a respostas positivas, antes do cálculo do  
426 coeficiente de fiabilidade<sup>21</sup>.

427 A validação e tradução do HSOPSC para a realidade portuguesa foram realizadas no âmbito  
428 de uma tese de doutoramento, utilizando a metodologia referida na literatura de referência da  
429 autora, com validação da tradução na perspetiva linguística e sociocultural, bem como  
430 avaliação das características psicométricas do instrumento<sup>27</sup>. Solicitou-se autorização para  
431 utilizar este questionário ao Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde  
432 (RIMAS), a qual foi atribuída. O HSOPSC já foi aplicado na avaliação de vários hospitais  
433 portugueses no âmbito de um projeto da DGS<sup>27,44</sup> num cenário semelhante ao deste estudo.

434 Foi inserida no questionário uma pequena secção que solicitava a colaboração dos  
435 profissionais, fazendo também uma breve contextualização do estudo, o seu propósito e o  
436 âmbito em que seria realizado. Foi incluída uma breve definição de conceitos chave como  
437 “evento/ocorrência”, “segurança do doente” e “cultura de segurança”, baseada na CISD.

438 Os questionários não tinham qualquer tipo de elemento identificativo de forma a tentar reduzir  
439 ao máximo as questões relacionadas com o anonimato e a confidencialidade.

440 • Distribuição e recolha do questionário

441 Começou-se por realizar um levantamento do número de colaboradores da instituição para  
442 ajustar o número de questionários impressos. O questionário foi entregue pessoalmente e em  
443 parceria com a responsável pela gestão de risco do hospital. Em cada departamento foi  
444 efetuado o levantamento do número de colaboradores de cada categoria profissional e foi  
445 deixado o respetivo número de questionários.

446 Após uma breve explicação, foi entregue um envelope, não identificativo da unidade ao qual  
447 estava a ser atribuído e com o número total de questionários a distribuir ao departamento, ao  
448 elo de ligação identificado pela responsável pela gestão de risco. No envelope figurava apenas  
449 o título do conteúdo (“Questionários para avaliação a CSD”), a data limite para preenchimento

450 e levantamento, e o nome da responsável pelo estudo. Foram dadas instruções para que todos  
451 os questionários fossem sendo agrupados num outro envelope que seria recolhido na data  
452 estipulada ou opcionalmente o colaborador poderia, individualmente e anonimamente, enviar o  
453 questionário preenchido pelo sistema de correio interno existente na instituição.

454 O prazo dado para preenchimento e entrega dos questionários foi, numa primeira fase, de 3  
455 semanas, tendo sido prolongado uma semana no caso dos departamentos que na primeira  
456 data não os tinham todos preenchidos.

457       • Análise dos questionários

458 Procedeu-se à construção de uma base de dados com os resultados de todos os questionários,  
459 realizando-se uma primeira seleção dos mesmos no sentido de eliminar os invalidados por não  
460 preenchimento de pelo menos 50% dos itens. Os que demonstraram ser válidos foram  
461 estatisticamente trabalhados através do *software* estatístico *IBM® SPSS® Statistics 19.0* para  
462 *Windows*.

463 Foi calculado o percentual de respostas positivas, recodificando-se os itens respondidos com 4  
464 e 5 como “positivo”, 1 e 2 como “negativo”, e 3 como “neutro”. Posteriormente a esta análise  
465 por item foi calculada a média de positivos de cada dimensão, tendo em consideração os itens  
466 a elas associados.

467 Considerando que dos 42 itens, 18 são perguntas formuladas de forma negativa, foi necessário  
468 recodificá-las para o cálculo da percentagem média da dimensão, sendo interpretadas como  
469 positivas para a CSD. Também para o cálculo da fiabilidade de cada dimensão ( $\alpha$ -Cronbach)  
470 estes itens negativamente formulados têm de ser recodificados e assumidos como positivos.

471 A secção final do HSOPSC convida os participantes a escrever comentários que considerem  
472 oportunos sobre a SD, o erro, ou os sistemas de notificação do seu hospital. Foi feita uma  
473 análise síntese de conteúdos dos comentários, tendo sido agrupados por tema, e  
474 posteriormente transformados em itens para serem trabalhados estatisticamente.

475

### 476 3. Resultados e Discussão

477

478 Foram distribuídos 648 questionários dos quais foram devolvidos preenchidos 272 (41,9% da  
479 amostra). Dada a natureza do ambiente de cuidados de saúde e a relutância na realização  
480 deste tipo de pesquisas, já conhecida nos profissionais deste sector<sup>45,46</sup>, esta taxa de resposta  
481 é considerada aceitável.

482 Conforme descrito pelas autoras do HSOPSC<sup>34</sup>, o questionário é considerado inválido caso  
483 ocorra pelo menos um destes casos: a) nenhuma seção inteira concluída; b) menos da metade  
484 dos itens preenchidos ou c) uma secção inteira com respostas todas iguais. As secções que  
485 dizem respeito aos dados demográficos não contribuem para a invalidação do questionário.

486 Assim, foram invalidados 3 questionários, ficando a amostra final composta por 269 indivíduos  
487 que preencheram o questionário de forma válida (41,5%). Relativamente à caracterização da  
488 amostra, 75.7% é constituída por elementos do sexo feminino e, na sua maioria, é composta  
489 por colaboradores com idade inferior a 34 anos (54.6%).

490 Sabe-se que o grupo profissional dos enfermeiros é por regra mais participativo de qualquer  
491 instituição de cuidados de saúde, sendo que neste estudo representam 28,6% dos  
492 respondentes, seguidos dos assistentes operacionais (20,1%), dos assistentes administrativos  
493 (17,8%), dos técnicos de diagnóstico e terapêutica (13,4%) e dos médicos (7,4%).

494 No que diz respeito ao tempo de experiência dos colaboradores no serviço, este revela-se  
495 consistente com o tempo de experiência dos mesmos na instituição, em que mais de 60% dos  
496 respondentes contam com experiência de 3 a 12 anos. Conclui-se também que nesta amostra  
497 82,5% dos respondentes interage diretamente com o doente, o que demonstra de certa forma  
498 ser consistente com o facto de 30% dos respondentes desenvolverem as suas funções em  
499 ambiente de internamento, 23% em unidades de exames/tratamentos e 17% em ambiente de  
500 consulta.

501 Após o cálculo acumulado da percentagem de respostas positivas (“concordo” e “concordo  
502 fortemente” ou “sempre” e “maioria das vezes”), bem como as respostas negativas, agruparam-  
503 se os itens por dimensão e foi calculada a média de respostas positivas.

504 Procedeu-se também ao cálculo do coeficiente de consistência  $\alpha$ -Cronbach, cujos resultados  
505 se apresentam na tabela 3.1, juntamente com os resultados de estudos internacionais  
506 similares. Das 12 dimensões avaliadas, apenas 9 demonstraram ter uma boa fiabilidade, de  
507 acordo com o valor estipulado como aceitável ( $\alpha \geq 0,6$ )<sup>34</sup>. As dimensões *dotação de*  
508 *colaboradores* e a *resposta ao erro não punitiva* obtiveram um coeficiente inferior a 0,6  
509 ( $\alpha = \pm 0,5$ ), e a *abertura de comunicação* obteve um coeficiente de 0,59.

510 O número de itens contidos em cada dimensão é relativamente pequena e sabe-se que o  
511 coeficiente de Cronbach tende a aumentar com o número de itens considerados<sup>47</sup>, existindo a  
512 possibilidade de proceder a uma reestruturação que implicasse o agrupamento de itens, numa  
513 só dimensão, para contornar esta baixa fiabilidade. No entanto, para este estudo não pareceu  
514 pertinente fazê-lo, mas antes verificar como se comportam estas dimensões em estudos  
515 similares, bem como tentar analisar mais profundamente cada item incluído.

516 Como é possível observar na tabela 3.1 onde se apresentam os dados de 12 estudos  
517 realizados a nível internacional, vários demonstram resultados consistentes com esta avaliação  
518 no que diz respeito ao coeficiente de fiabilidade.

519

520

521

522

523

524

525

526

Dimensões da cultura de segurança do doente (HSOPSC da AHRQ)	Coeficiente $\alpha$ de Cronbach															
	EUA 2004 <sup>48</sup>	Noruega 2007 <sup>35</sup>	Holanda 2008 <sup>21</sup>	Turquia 2008 <sup>36</sup>	Alemanha 2008 <sup>19</sup>	Espanha 2008 <sup>49</sup>	Suiça 2010 <sup>44</sup>	EUA 2010 <sup>18</sup>	Libano 2010	Noruega 2010 <sup>41</sup>	Reino Unido 2010 <sup>40</sup>	Turquia (v2) 2010 <sup>3</sup>	Japão 2011 <sup>24</sup>	Média internacional	Portugal 2012*	Diferença em %
Apoio da gestão para a segurança do doente (3 itens)	.83	.79	.68	.59	.87	.81	.83	.79	.63	.80	.69	....	.61	.74	.73	-2
Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança (4 itens)	.75	.79	.70	.67	.69	.84	.75	.79	.57	.85	.68	.72	.70	.73	.74	1
Trabalho em equipa entre unidades (4 itens)	.80	.65	.59	.73	.78	.73	.76	.83	.69	.73	.70	.80	.70	.73	.72	-1
Trabalho em equipa dentro das unidades (4 itens)	.83	.77	.66	.84	.77	.82	.73	.79	.68	.75	.73	.83	.83	.77	.75	-3
Abertura de comunicação (3 itens)	.72	.68	.72	.67	.64	.66	.64	.73	.46	.67	.67	....	.62	.66	<b>.59</b>	-10
Transferências e transições Hospitalares (4 itens)	.80	.65	.68	.70	.83	.74	.71	.81	.74	.68	.77	.72	.73	.74	.73	-1
Resposta não punitiva ao erro (3 itens)	.79	.64	.69	.13	.73	.65	.71	.78	.53	.68	.65	.71	.71	.64	<b>.54</b>	-16
Feedback e comunicação de erros (3 itens)	.78	.70	.75	.82	.79	.73	.79	.78	.65	.73	.80	.81	.77	.76	.69	-9
Dotação de colaboradores (4 itens)	.63	.65	.49	.02	.73	.64	.61	.62	.48	.59	.58	.63	.46	.55	<b>.47</b>	-14
Aprendizagem Organizacional: Melhoria contínua (3 itens)	.76	.51	.57	.56	.61	.68	.68	.71	.50	.64	.66	.68	.65	.63	.66	5
Perceção geral de segurança do doente (4 itens)	.74	.76	.62	.43	.73	.65	.75	.74	.45	.78	.67	.57	.62	.65	.65	-1
Frequência de notificação (3 itens)	.84	.82	.79	.93	.86	.88	.88	.85	.80	.82	.83	.86	.88	.85	.92	8

527 **Tabela 3.1 - Coeficiente de fiabilidade – comparação de estudos internacionais realizados com o**  
528 **mesmo instrumento nos últimos 10 anos (\* assinala o presente estudo).**

529

530 Analisando os dados da tabela 3.1, observa-se que dos 13 estudos comparativos, a dimensão  
531 *dotação de colaboradores* é uma das que apresenta valores de fiabilidade mais baixos, apesar  
532 de aceitáveis em alguns dos casos. No caso do estudo realizado na Turquia em 2008<sup>36</sup>, é de  
533 salientar que na reavaliação realizada em 2010<sup>3</sup> e após a reestruturação das dimensões  
534 (passou de 12 a 10) o coeficiente de fiabilidade desta dimensão aumentou consideravelmente,  
535 ficando acima do limite considerado aceitável, permanecendo no entanto o segundo mais  
536 baixo. Nesta nossa avaliação, a *abertura de comunicação* apresenta um coeficiente de 0.59, no  
537 limite do aceitável. Só no estudo realizado no Líbano em 2010<sup>50</sup> esta dimensão revelou um  $\alpha$   
538 inferior a 0,6, constituindo no entanto a segunda ou terceira dimensão com o coeficiente mais  
539 baixo em diversos destes estudos.

540 A *resposta não punitiva ao erro* teve valores do coeficiente abaixo do aceitável no Líbano<sup>50</sup> e  
541 na Turquia<sup>3,36</sup>, representando no entanto a segunda ou terceira dimensão com o  $\alpha$  mais baixo  
542 em países como Noruega (2007)<sup>35</sup>, Espanha (2008)<sup>49</sup> e Reino Unido (2010)<sup>40</sup>. No estudo  
543 realizado em Portugal durante o ano de 2011, os resultados obtidos para este coeficiente são  
544 idênticos ao do presente estudo. A *dotação de colaboradores e resposta não punitiva ao erro*  
545 foram as duas dimensões que apresentam menos fiabilidade na tradução da perceção dos  
546 respondentes na instituição a ser avaliada.

547 No entanto, apesar destas semelhanças, através do cálculo da média internacional do  
548 coeficiente obtido para cada uma das dimensões e, utilizando a regra do Polegar, é possível  
549 afirmar que existem diferenças significativas. Existem diferenciais superiores a  $\pm 5\%$  entre o  
550 coeficiente deste estudo e dos comparativos na *resposta não punitiva ao erro* (-16%), no  
551 *feedback e comunicação de erros* (-9%), na *dotação de colaboradores* (-14%), na *frequência*  
552 *de notificação* (8%) e na *abertura de comunicação* (-10%).

553 No que diz respeito à perceção sobre a CSD, traduzida pela percentagem de respostas  
554 positivas versus negativas, obtida nas respostas de cada dimensão, os resultados encontram-  
555 se na tabela 3.2, onde se discrimina o resultado por item e por dimensão. As respostas  
556 positivas dos itens variaram entre 13 e 87%, e das dimensões entre 33 e 78%. É de salientar a  
557 existência de itens formulados negativamente (assinalados com "(R)") para os quais foi feita  
558 uma recodificação das respostas negativas em positivas, ao calcular a percentagem de  
559 respostas positivas da dimensão (média dos itens).

560

561

562

563

564

Dimensões da cultura de segurança do doente	% Negativos	% Neutros	% Positivos
<b>Apoio da gestão do Hospital para a segurança do doente (<math>\alpha=0.73</math>)</b>	<b>67</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente</li> <li>As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades</li> <li>A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade (R)</li> </ul>	5 5 55	17 22 28	76 7 16
<b>Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança (<math>\alpha=0.74</math>)</b>	<b>72</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos</li> <li>O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente</li> <li>Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos (R)</li> <li>O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente (R)</li> </ul>	10 4 54 84	20 15 30 11	69 80 15 3
<b>Trabalho em equipa entre unidades hospitalares (<math>\alpha=0.75</math>)</b>	<b>61</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros (R)</li> <li>Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente</li> <li>É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital (R)</li> <li>Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente</li> </ul>	44 9 71 5	37 29 22 25	16 61 6 69
<b>Trabalho em equipa dentro das unidades (<math>\alpha=0.72</math>)</b>	<b>76</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Neste Serviço/Unidade os profissionais entreadjudam-se</li> <li>Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer</li> <li>Neste Serviço/Unidade as pessoas tratam-se com respeito</li> <li>Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio</li> </ul>	4 4 3 24	9 10 13 29	86 86 83 47
<b>Abertura de comunicação (<math>\alpha=0.59</math>)</b>	<b>63</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente</li> <li>Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos</li> <li>Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo (R)</li> </ul>	7 19 65	19 30 22	73 50 12
<b>Transferências e transições Hospitalares (<math>\alpha=0.73</math>)</b>	<b>59</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro (R)</li> <li>É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno (R)</li> <li>Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital (R)</li> <li>As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente (R)</li> </ul>	57 57 58 62	31 32 34 33	11 10 5 3
<b>Resposta não punitiva ao erro (<math>\alpha=0.54</math>)</b>	<b>33</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles (R)</li> <li>Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si (R)</li> <li>Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal (R)</li> </ul>	43 43 13	35 36 38	20 21 47
<b>Feedback e comunicação de erros (<math>\alpha=0.69</math>)</b>	<b>69</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências</li> <li>Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade</li> <li>Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer</li> </ul>	13 8 7	24 23 15	62 68 76

Dimensões da cultura de segurança do doente (continuação)	% Negativos	% Neutros	% Positivos
<b>Dotação de Colaboradores (<math>\alpha=0.47</math>)</b>	<b>45</b>		
• Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	21	23	55
• Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados (R)	29	34	37
• Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável (R)	54	35	9
• Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa (R)	41	21	37
<b>Aprendizagem Organizacional - Melhoria contínua (<math>\alpha= 0,66</math>)</b>	<b>78</b>		
• Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	3	10	87
• Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	8	26	66
• Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	3	15	82
<b>Perceção geral de segurança do doente (<math>\alpha=0.65</math>)</b>	<b>73</b>		
• É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/Unidade (R)	76	14	8
• Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	12	16	71
• Neste Serviço/Unidade temos problemas com a segurança do doente (R)	74	16	10
• Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	6	22	71
<b>Frequência de notificação (<math>\alpha=0.92</math>)</b>	<b>51</b>		
• Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?	22	23	52
• Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	25	27	45
• Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificada?	20	21	56

**Tabela 3.2- Resultados da avaliação da CSD através do HSOPSC. A percentagem atribuída a cada dimensão foi calculada através da média das percentagens positivas dos itens que a constituem.**

565  
566  
567

568 Nesta fase é importante salientar que sempre que se apresentar a média de positivos será  
569 referente à percentagem de respondentes que avaliaram um item ou dimensão na escala 4 ou  
570 5 (no caso das respostas "R", na escala 1 ou 2). Analisando a perceção dos respondentes em  
571 cada dimensão, verifica-se que a média de positivos na *dotação de colaboradores* (45%), na  
572 *frequência de notificação* (51%), na *resposta não punitiva ao erro* (33%) e nas *transferências e*  
573 *transições hospitalares* (59%), constituem as dimensões com pontuação positiva mais baixa.  
574 Efetivamente, dois dos itens na dimensão *dotação de colaboradores*, revelam uma elevada  
575 percentagem de respostas concordantes com as afirmações "Os profissionais trabalham mais  
576 horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados" e "Trabalhamos em "modo  
577 crise", tentando fazer muito, demasiado depressa". Ambos os itens se relacionam com a forma  
578 como os respondentes percecionam a carga de trabalho, sendo por isso consistente com a  
579 perceção que têm da dotação de colaboradores da instituição.

580 No que se refere à *resposta não punitiva ao erro*, para além da média de positivos ser baixa  
581 (33%), observa-se uma grande percentagem de respostas neutras. "Os profissionais sentem

582 que os seus erros são utilizados contra eles” e “Quando um evento/ocorrência é notificado,  
583 parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si” são dois dos  
584 itens que mostram uma percentagem de respostas neutras elevada (35% e 36%,  
585 respetivamente) face às respostas discordantes (43% em ambas). Já o item, “Os profissionais  
586 preocupam-se se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal”, demonstra  
587 em essência o porquê desta diminuta média de positivos - 47% dos respondentes  
588 concordam/identificam-se com esta afirmação, versus apenas 13% que discordam. Dado todo  
589 o contexto desta dimensão, toda a problemática da notificação de eventos e da não  
590 culpabilização no contexto da CSD, estas respostas neutras poderão quase ser interpretadas  
591 como negativas, já que muitas vezes o “não ter opinião” deve-se na realidade ao receio de  
592 punição.

593 A baixa percentagem de respostas positivas na *resposta não punitiva ao erro* parece estar  
594 intimamente relacionada com a *frequência de notificação*, que revela uma média de positivos  
595 de 51%. Se a perceção da *resposta ao erro não punitiva* não revela bons resultados, então é  
596 natural que os respondentes apresentem relutância na *frequência de notificação*. Pode colocar-  
597 se também a questão se existe efetivamente um sistema de notificação que permita a  
598 participação ativa dos respondentes, ou mesmo se existe uma boa divulgação do mesmo. No  
599 caso da instituição em causa, existe sistema de notificação desde 2010, havendo um esforço  
600 constante para reforçar o apelo à notificação e informação acerca do sistema adotado.  
601 Analisando os 3 itens desta dimensão: com que frequência é notificado “um evento/ocorrência,  
602 que é detetado e corrigido antes de afetar o doente”, “um evento/ocorrência que não tem perigo  
603 potencial para o doente” ou “um evento/ocorrência que poderia causar dano ao doente mas  
604 isso não acontece”, todos apresentam respostas neutras com expressão significativa,  
605 revelando mais uma vez pouca sensibilização para o assunto. A percentagem de participantes  
606 que responde notificar “por vezes” (entre 21 e 27%) versus os que respondem “nunca” ou  
607 “raramente” (entre 20 a 25%) está muito equilibrada. Isto deixa-nos com uma baixa  
608 percentagem de respondentes que afirma notificar “sempre” ou a “maioria das vezes” que  
609 ocorre qualquer tipo de evento/ocorrência (entre 45 a 56%).

610 Outra dimensão que revela uma média de positivos diminuta (59%), é a que aborda as  
611 *transferências e transições hospitalares*. Fazendo uma análise mais pormenorizada ao nível de  
612 cada item que compõe a dimensão (todos formulados negativamente), podemos observar que  
613 a baixa percentagem de respondentes que concordam com as afirmações, não implica  
614 necessariamente uma alta percentagem de negativos (entre 57 e 62%), advindo principalmente  
615 da alta taxa de respostas neutras (entre 31 e 34%). Isto poderá dever-se ao facto de grande  
616 parte dos colaboradores não trabalharem em departamentos que exijam essa troca de  
617 informação entre si ou que não estejam envolvidos em processos de transferências. Também  
618 no que diz respeito à troca de informações aquando da mudança de turno, é uma componente  
619 que está presente especialmente em ambiente de internamento e para a classe de  
620 enfermagem.

621 Enquanto as dimensões atrás referidas surgem como as que merecerão prioridade e um maior  
622 investimento em medidas de intervenção e melhoria, as dimensões mais fortes neste hospital  
623 são o *trabalho em equipa dentro da unidade* (76%), a *aprendizagem organizacional/melhoria*  
624 *continua* (78%), a *perceção geral sobre SD* (73%) e as *expectativas e ações do gestor que*  
625 *promovam a SD* (72%).

626 O *apoio à SD pela gestão* (67%), a *comunicação e feedback acerca do erro* (69%), a *abertura*  
627 *na comunicação* (63%) e o *trabalho de equipa entre unidades* (61%), revelaram uma  
628 percentagem de respostas positivas suficientemente altas para não as considerarmos áreas  
629 problemáticas ou de fraqueza; no entanto estão relacionadas com aquelas dimensões que  
630 foram consideradas prioridades de melhoria. A fraca perceção positiva dos respondentes à  
631 *resposta ao erro não punitiva* está intimamente relacionada com a abertura com que estes  
632 conseguem comunicar e com o apoio que percecionam da gestão nesta área. Também a  
633 *comunicação e feedback do erro* não pode ter resultados elevados, dada a baixa percentagem  
634 de positivos na *frequência de notificação*.

635 No caso dos itens “grau de SD” e “número de eventos/ocorrências notificadas” a análise não foi  
636 feita com base na percentagem de respostas positivas/negativas mas sim no grau e quantidade  
637 percecionados.

638 Dos 269 respondentes, 60% atribui um grau de SD muito bom ao seu serviço/unidade e cerca  
 639 de 68% dos colaboradores afirma que não notificou eventos ou ocorrências nos últimos 12  
 640 meses. Apenas 16% dos respondentes afirma ter preenchido e entregue 1 a 2 relatórios de  
 641 eventos/ocorrências e 8%, 3 a 5 relatórios, nos últimos 12 meses.

642 A utilização deste questionário e os dados recolhidos permitem um olhar sobre as avaliações  
 643 que têm sido feitas um pouco por hospitais de todo o mundo, utilizando este mesmo  
 644 instrumento.

645 Na tabela 3.3 apresentam-se os dados provenientes dos estudos internacionais realizados nos  
 646 últimos 10 anos.

Dimensões da cultura de segurança do doente (HSOPSC da AHRQ)	Resultados (% de positivos)																
	EUA 2004 <sup>48</sup>	Noruega 2007 <sup>35</sup>	Bélgica 2007 <sup>51</sup>	Turquia 2008 <sup>36</sup>	Holanda 2008 <sup>21</sup>	Espanha 2008 <sup>49</sup>	Portugal 2009 <sup>6</sup>	EUA 2010 <sup>18</sup>	Líbano 2010 <sup>50</sup>	Noruega 2010 <sup>41</sup>	Reino Unido 2010 <sup>40</sup>	Turquia(v2) 2010 <sup>3</sup>	Arábia Saudita 2010 <sup>23</sup>	Taiwan 2010 <sup>52</sup>	Portugal 2011 <sup>27</sup>	Irão 2011 <sup>53</sup>	Portugal 2012 <sup>*</sup>
Apoio da gestão do Hospital para a segurança do doente	60	25	35	42	32	25	44	72	78	22	45	36	74	62	48	54	67
Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança	71	72	--	58	62	62	67	75	66	65	68	44	70	83	62	61	72
Trabalho em equipa entre unidades	53	31	40	58	28	42	56	58	56	32	41	48	50	72	51	53	61
Trabalho em equipa dentro das unidades	74 ▲	68	70 ▲	76 ▲	84 ▲	72 ▲	79 ▲	80 ▲	82 ▲	57	75 ▲	70 ▲	84 ▲	94 ▲	73 ▲	65 ▲	76 ▲
Abertura de comunicação	61	64	--	46	69	48	64	62	57	58	60	36	60	58	52	53	63
Transferências e transições Hospitalares	45	39	36	44	40	54	71	44	50	31	43	54	61	48	59	60	59
Resposta não punitiva ao erro	43 ▼	72	36 ▼	18 ▼	67	53	30 ▼	44 ▼	24 ▼	72	31 ▼	24 ▼	22 ▼	45 ▼	41 ▼	44 ▼	33 ▼
Feedback e comunicação de erros	52	40	--	50	49	44	51	63	68	37	56	40	77	59	54	56	69
Dotação de colaboradores	50	49	38	49	62	28 ▼	46 ▼	56	37 ▼	52	34 ▼	44	27 ▼	39 ▼	47 ▼	47 ▼	45 ▼
Aprendizagem Organizacional - Melhoria contínua	71 ▲	50	--	47	47	54	67 ▲	72	78 ▲	46	66	41	87 ▲	84 ▲	68 ▲	62 ▲	78 ▲
Perceção geral de segurança do doente	56	--	--	59	52	48	57	65	73	57	59	62 ▲	59	65	59	60 ▲	73 ▲
Frequência de notificação	52	28 ▼	--	12 ▼	38 ▼	47	33 ▼	62	68	31 ▼	71	15 ▼	63	57	44 ▼	58	51 ▼

647 **Tabela 3.3 - Resultados da avaliação da CSD através do HSOPSC em estudo internacionais ("▼"**  
 648 **Assinala as 3 dimensões com percentagens positivas mais baixas e "▲" assinala as 3 dimensões com**  
 649 **percentagens positivas mais altas; \* assinala o presente estudo)**

650

651 Apesar de existirem diferenças significativas na dimensão da amostra, no contexto em que a  
 652 avaliação foi feita e mesmo no contexto socio cultural dos vários países que constam na tabela  
 653 3.3, é possível estabelecer várias semelhanças nos resultados obtidos.

654 O trabalho em equipa dentro da unidade é uma das 3 dimensões que se revela como ponto  
655 forte, apresentando uma elevada percentagem de positivos em todos os estudos aqui  
656 apresentados. A aprendizagem organizacional apresenta valores idênticos ao deste estudo nas  
657 avaliações realizadas em Portugal (2011)<sup>27</sup>, na Arábia Saudita (2010)<sup>23</sup>, no Líbano (2010)<sup>50</sup>, em  
658 Taiwan (2010)<sup>52</sup> e nos EUA (2004)<sup>48</sup>.

659 No que diz respeito às dimensões que revelam percentagens de respostas positivas mais  
660 baixas, também é possível verificar que são consistentes com os resultados noutros países. A  
661 resposta não punitiva ao erro representa um dos pontos mais fracos nas instituições avaliadas  
662 em Portugal (2011)<sup>27</sup>, na Arábia Saudita (2010)<sup>23</sup>, na Turquia (2008 e 2010)<sup>3,36</sup>, no Reino Unido  
663 (2010)<sup>40</sup>, nos EUA (2004 e 2010)<sup>18,48</sup>, em Taiwan (2010)<sup>52</sup> e na Bélgica (2007)<sup>51</sup>.

664 Nos estudos provenientes da Noruega (2007 e 2010)<sup>35,41</sup>, da Turquia (2008 e 2010)<sup>3,36</sup>, da  
665 Holanda (2008)<sup>21</sup>, do Líbano (2010)<sup>50</sup> e de Portugal (2011)<sup>27</sup>, a frequência da notificação situou-  
666 se entre as três dimensões com percentagens positivas mais baixas.

667 A dotação de colaboradores revelou ser um dos pontos mais fracos em Portugal<sup>27</sup>, na Arábia  
668 Saudita<sup>23</sup>, no Reino Unido<sup>40</sup>, no Líbano<sup>50</sup>, em Taiwan<sup>52</sup> e em Espanha<sup>49</sup>.

669 Existiram várias limitações na execução deste estudo tendo iniciado desde logo com o número  
670 de questionários distribuídos. Alguns departamentos da instituição a ser avaliada funcionam em  
671 regime de *outsourcing*, tendo sido necessário pedir autorização à empresa responsável para  
672 que os colaboradores participassem nesta avaliação. No caso de alguns destes departamentos  
673 (cozinha e refeitório, serviços de limpeza e laboratório de análises clínicas), não foi possível  
674 obter resposta em tempo útil ou não foi dada autorização. Também a distribuição à classe  
675 médica foi bastante reduzida face ao pretendido no planeamento do estudo, em parte devido à  
676 estratégia de distribuição/recolha adotada.

677 Como já atrás foi referido, o cálculo do coeficiente de fiabilidade permite avaliar até que ponto  
678 os itens de cada dimensão são adequados à avaliação da perceção da cultura de segurança  
679 na população em causa. As dimensões *dotação de colaboradores*, *a resposta ao erro não*  
680 *punitiva* e *a abertura de comunicação* obtiveram um coeficiente  $\alpha$  inferior a 0,6, significando  
681 que estas poderão não traduzir da melhor forma e com a maior fiabilidade, a perceção dos

682 respondentes desta instituição. De futuro, o caminho a seguir seria reestruturar as dimensões  
683 deste questionário agrupando itens, testando, aplicando este instrumento novamente nesta  
684 amostra. Este poderá ser o procedimento a tomar caso se decida fazer uma reavaliação.

685 O baixo coeficiente  $\alpha$  não nos impede de avaliar os resultados tal como eles se apresentam,  
686 considerando que se trata de uma primeira avaliação da cultura de segurança e que os  
687 resultados da análise de fiabilidade não são incongruentes quando comparados com estudos  
688 internacionais.

689 Após o cálculo das percentagens positivas de cada dimensão, conclui-se que na perceção dos  
690 respondentes, os pontos fortes desta instituição são o *trabalho em equipa dentro da unidade*, a  
691 *aprendizagem organizacional/melhoria contínua*, a *perceção geral sobre SD* e as  
692 *expectativas/ações do gestor que promovam a SD*.

693 Isto vai de encontro aos resultados dos estudos realizados a nível internacional (ver tabela 3.3)  
694 que revelam alguma consistência entre si e com este estudo. As dimensões que se  
695 apresentaram como as mais fortes na presente avaliação são também as que apresentaram  
696 médias positivas mais elevadas em diversos países aqui descritos. Estes resultados indiciam  
697 um potencial de relações humanas e de predisposição profissional para a melhoria dos  
698 cuidados de saúde, devendo este ser explorado pela gestão e pelos responsáveis da gestão de  
699 risco.

700 No contexto da qualidade e melhoria continua, a atenção nesta primeira fase deverá ser dada  
701 aos pontos mais fracos como a *dotação de colaboradores*, a *resposta não punitiva ao erro*, a  
702 *frequência de notificação* e as *transferências e transições hospitalares*. Verificou-se também  
703 que estas dimensões revelaram ser 3 das dimensões mais problemáticas a nível internacional,  
704 não demonstrando discrepância com a bibliografia sobre cultura de culpabilização e  
705 subnotificação, amplamente publicada nos últimos anos.

706 A baixa percentagem de respostas positivas na avaliação da *resposta não punitiva ao erro*  
707 sugere que, possivelmente, os respondentes desta instituição ainda associam respostas  
708 punitivas e estigmatizantes ao relato ou notificação de eventos adversos, indo de encontro ao  
709 fato de 68% dos respondentes afirmarem não ter feito qualquer notificação nos últimos 12

710 meses. Apesar de 87% dos colaboradores afirmarem trabalhar ativamente para a melhoria da  
711 SD, de algum modo a ponte entre esta melhoria e a necessidade de notificar ainda demonstra  
712 não estar perfeitamente implementada.

713 O contexto do estudo, a amostra e a realidade vivida nos cuidados de saúde de cada país,  
714 constituem variáveis que geram diferenças nos resultados, no entanto os pilares onde a CSD  
715 mais falha são transversais aos vários países avaliados.

716 Fundamentalmente, a cultura de uma organização depende da existência de práticas  
717 organizacionais que apoiem e promovam uma cultura de segurança aberta e justa e que,  
718 aceitando que o erro é inevitável, estimulem a notificação, garantindo que não está associada a  
719 atitudes culpabilizantes e punitivas. O envolvimento de todos, mas sobretudo da gestão, é um  
720 componente preponderante nesta mudança de paradigma.

721

#### 722 **4. Considerações finais**

723

724 Resolver um problema da cultura da SD exige estruturar toda a cultura de cuidados de saúde,  
725 criando, estimulando e mantendo a ideia e crença de que os erros são oportunidades para  
726 melhorar o sistema/instituição<sup>48</sup>.

727 As instituições com um nível elevado de cultura de segurança caracterizam-se por ter uma  
728 comunicação baseada na segurança, uma perceção comum sobre a importância da mesma e  
729 uma confiança na eficácia de medidas preventivas<sup>27</sup>, orientando os comportamentos dos  
730 profissionais de saúde para ver a SD como uma de suas maiores prioridades<sup>54</sup>.

731 A melhoria da CSD da instituição aqui estudada implicará o reforço da motivação à notificação  
732 e um esforço para criar um ambiente justo, em que o receio da punição do erro vá sendo cada  
733 vez mais escasso. Entenda-se que, apesar de o sistema ser o foco do problema, nunca poderá  
734 deixar de ser exigido ao colaborador um nível de competência e ética que lhe permita agir de  
735 acordo com as melhores práticas profissionais. O desafio será mesmo atingir o equilíbrio

736 criando uma cultura justa, que encontra o equilíbrio entre abordagens livres de culpa versus as  
737 que são excessivamente punitivas.

738 Os hospitais portugueses estão no início da sua jornada das avaliações da cultura de  
739 segurança, e o *benchmarking* deve ser feito com cautela devido às diferenças estruturais e  
740 socioculturais existentes. No entanto crê-se que, através da análise dos resultados destas  
741 avaliações, os hospitais podem focar-se prioritariamente nas dimensões que demonstram ser  
742 oportunidades imediatas de melhoria da CSD, criando um conjunto de intervenções que os leve  
743 a um constante incremento da qualidade dos cuidados prestados.

744

## 745 5. Referências

746

747 1. Ito S, Seto K, Kigawa M, Fujita S, Hasegawa T, Hasegawa T. Development and applicability  
748 of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. BMC health services research  
749 [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011 Jan;11(1):28. [cited 2012 Oct 7]. Available from:  
750 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3042910&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>  
751 e=abstract

752 2. Boaden R. Quality improvement: theory and practice in healthcare. NHS Institute for  
753 Innovation and Improvement [Internet]. 2008 [cited 2012 Oct 9]. Available from:  
754 <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Quality+Improvement:+Theory+and+Practice+in+HEALTHCARE#1>  
755 +and+Practice+in+HEALTHCARE#1

756 3. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient  
757 Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. BMC health  
758 services research [Internet]. 2010 Jan;10:28. Available from:  
759 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2835702&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>  
760 e=abstract

761 4. Bates D, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha A. Global priorities for patient safety research.  
762 BMJ [Internet]. 2009 [cited 2012 Oct 8]. Available from:  
763 [http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global\\_priorities\\_patient\\_safety\\_research.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf)  
764 c9f51636471d7bda12d&destination=node%25252F355837%25253Fkeytype%25253Dref%252  
765 526ijkey%25253DNg5ZUVkThdMUx4Z

- 766 5. Zwart DLM, Langelaan M, van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJM,  
767 et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of “SCOPE”.  
768 BMC family practice [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011 Jan;12(1):117. [cited 2012 Oct 3].  
769 Available from:  
770 [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3228702&tool=pmcentrez&rendertyp](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3228702&tool=pmcentrez&rendertype=abstract)  
771 [e=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3228702&tool=pmcentrez&rendertype=abstract)
- 772 6. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de Segurança do Doente percebida por  
773 enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Revista de Enfermagem Referência.  
774 2011;(4):37–48.
- 775 7. Foundation T health. Report: Measuring Safety Culture [Internet]. 2011. Available from:  
776 [http://63.111.106.54/pub\\_docs/testimonies/all/sp\\_20090616.pdf](http://63.111.106.54/pub_docs/testimonies/all/sp_20090616.pdf)
- 777 8. Johnson CW. Workshop on the Investigation and Reporting of Incidents and Accidents (IRIA  
778 2002 ). 2002.
- 779 9. Tingle J. The WHO Patient Safety Curriculum Guide. British journal of nursing (Mark Allen  
780 Publishing) [Internet]. 20(22):1456–7. Available from:  
781 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22241497>
- 782 10. Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time  
783 has come? Clinical Correspondence [Internet]. 2010;123(1314):1–7. [cited 2012 Oct 21].  
784 Available from: <http://journal.nzma.org.nz/journal/123-1314/4112/>
- 785 11. Santos M, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a  
786 segurança do doente: problemas e desafios. Revista portuguesa de saúde pública [Internet].  
787 2010;(10):47–57. [cited 2012 Oct 8]. Available from: <http://www.elsevier.pt/en/node/2455668>
- 788 12. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz a J. Making health care  
789 safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence report/technology assessment  
790 (Summary) [Internet]. 2001(43):i–x, 1–668. Available from:  
791 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11510252>
- 792 13. Sousa P, Uva A, Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente. Revista  
793 Portuguesa de Saúde Pública, [Internet]. 2010;(10):89–95. [cited 2012 Oct 8]. Available from:  
794 [https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-](https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao)  
795 [publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao](https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao) e  
796 [inovacao em seguranca do doente.pdf](https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao)

- 797 14. Fleming M. Patient safety culture measurement and improvement: a “how to” guide.  
798 Healthcare quarterly (Toronto, Ont.) [Internet]. 2005 Jan;8 Spec No(October):14–9. Available  
799 from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16334066>
- 800 15. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety  
801 Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research.  
802 BMC health services research [Internet]. 2006 Jan;6:44. [cited 2012 Oct 7]. Available from:  
803 [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1481614&tool=pmcentrez&rendertype](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1481614&tool=pmcentrez&rendertype=e=abstract)  
804 [e=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1481614&tool=pmcentrez&rendertype=e=abstract)
- 805 16. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient  
806 safety culture in hospitals. BMC health services research [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011  
807 Jan;11(1):45. [cited 2012 Feb 14]. Available from:  
808 [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3053221&tool=pmcentrez&rendertype](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3053221&tool=pmcentrez&rendertype=e=abstract)  
809 [e=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3053221&tool=pmcentrez&rendertype=e=abstract)
- 810 17. ARSLVT. Nos 30 anos do SNS Governação dos hospitais. Ministério da Saúde. 2009.
- 811 18. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient  
812 safety culture. BMC health services research [Internet]. 2010 Jan;10:199. Available from:  
813 [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2912897&tool=pmcentrez&rendertype](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2912897&tool=pmcentrez&rendertype=e=abstract)  
814 [e=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2912897&tool=pmcentrez&rendertype=e=abstract)
- 815 19. Hammer A, Ernstmann N, Ommen O, Wirtz M, Manser T, Pfeiffer Y, et al. Psychometric  
816 properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management  
817 (HSOPS\_M). BMC health services research [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011 Jan;11(1):165.  
818 [cited 2012 Oct 9]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/165>
- 819 20. Jones K, Xu L, Sun J, Mueller K. The AHRQ hospital survey on patient safety culture: a tool  
820 to plan and evaluate patient safety programs. Advances in patient safety: New ... [Internet].  
821 2008 [cited 2012 Oct 8]. Available from:  
822 [http://www.kirklandcook.com/downloads/pub/advances2/vol2/Advances-Jones\\_29.pdf](http://www.kirklandcook.com/downloads/pub/advances2/vol2/Advances-Jones_29.pdf)
- 823 21. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal GVD, Groenewegen PP. The  
824 psychometric properties of the “Hospital Survey on Patient Safety Culture” in Dutch hospitals.  
825 BMC health services research [Internet]. 2008 Jan;8:230. [cited 2012 Oct 8] Available from:  
826 [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2588576&tool=pmcentrez&rendertype](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2588576&tool=pmcentrez&rendertype=e=abstract)  
827 [e=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2588576&tool=pmcentrez&rendertype=e=abstract)

- 828 22. Jasti H, Sheth H, Verrico M, Perera S, Bump G, Simak D, et al. Assessing patient safety  
829 culture of internal medicine house staff in an academic teaching hospital. *Journal of graduate*  
830 *medical education* [Internet]. 2009 Sep;1(1):139–45. [cited 2012 Oct 9]. Available from:  
831 [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2931190&tool=pmcentrez&rendertype](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2931190&tool=pmcentrez&rendertype=abstract)  
832 [e=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2931190&tool=pmcentrez&rendertype=abstract)
- 833 23. Alahmadi H a. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Quality &*  
834 *safety in health care* [Internet]. 2010 Oct;19(5):e17. [cited 2012 Oct 3]. Available from:  
835 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20430929>
- 836 24. Ito S, Seto K, Kigawa M, Fujita S, Hasegawa T, Hasegawa T. Development and applicability  
837 of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. *BMC health services research*  
838 [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011 Jan;11(1):28. [cited 2012 Oct 7]. Available from:  
839 [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3042910&tool=pmcentrez&rendertype](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3042910&tool=pmcentrez&rendertype=abstract)  
840 [e=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3042910&tool=pmcentrez&rendertype=abstract)
- 841 25. World Health Organization. Estrutura concetual da classificação internacional sobre  
842 segurança do doente. World Health Organization [Internet]. 2011 [cited 2012 Oct 8]; Available  
843 from:  
844 [http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Conceptual+framework+for+th](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Conceptual+framework+for+the+international+classification+for+patient+safety#0)  
845 [e+international+classification+for+patient+safety#0](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Conceptual+framework+for+the+international+classification+for+patient+safety#0)
- 846 26. Grillo IM. Gestão da segurança do Doente em Radioterapia. 2010 page 1–11.
- 847 27. Diniz A, Escoval A, Costa AC, Eiras M, Fernandes A, Bruno P, et al. Avaliação da Cultura  
848 de Segurança do Doente numa Amostra de Hospitais Portugueses - Resultados do estudo  
849 piloto. 2011 page 0–46.
- 850 28. Lage M. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Rev Port Saúde Pública* [Internet].  
851 2010;(10):11–6. [cited 2012 Oct 8]. Available from:  
852 [http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t\\_seg\\_doente/2-seguran%C3%A7a do](http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t_seg_doente/2-seguran%C3%A7a%20doente_da%20teoria_%C3%A0%20pr%C3%A1tica%20cl%C3%ADnica.pdf)  
853 [doente\\_ da teoria %C3%A0 pr%C3%A1tica cl%C3%ADnica.pdf](http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t_seg_doente/2-seguran%C3%A7a%20doente_da%20teoria_%C3%A0%20pr%C3%A1tica%20cl%C3%ADnica.pdf)
- 854 29. Direção-Geral da Saúde. EuNetPass [Internet]. 2012 [cited 2012 Oct 21]. Available from:  
855 [http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15654 21-10-2012](http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15654%2021-10-2012)
- 856 30. Fragata J. Segurança dos Doentes - uma abordagem prática. 1ª edição. Lidel, editor. Lidel;  
857 2011.

- 858 31. Comissão Europeia. Recomendação do Conselho Europeu relativa à Segurança dos  
859 Doentes. Jornal Oficial da União Europeia [Internet]. 2010;395–403. Available from:  
860 <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Feur-lex.europa.eu%2FLEXUriServ%2FLEXUriServ.do%3Furi%3DOJ%3AC%3A2010%3A184E%3A0395%3A0403%3APT%3APDF&ei=jRWFUOnvKMXLhAe7g4G4CA&usg=AFQjCNFWojCwzuFEozq9jkOmDFbHJlfnDw>
- 865 32. Colla JB, Bracken a C, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of  
866 surveys. *Quality & safety in health care* [Internet]. 2005 Oct;14(5):364–6. [cited 2012 Oct 3].  
867 Available from:  
868 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1744072&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 870 33. Sousa MJ, Baptista CS. Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios -  
871 segundo Bolonha. 2nd ed. Pactor, editor. 2011.
- 872 34. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in  
873 healthcare organizations. *Quality & safety in health care* [Internet]. 2003 Dec;12 Suppl 2:ii17–  
874 23. Available from:  
875 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1765782&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 877 35. Olsen E. Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. TIDSSKRIFT-NORSKE  
878 LAEGEFORENING [Internet]. 2007;(15). [cited 2012 Oct 9] Available from:  
879 <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Ansattes+oppfatninger+av+sykehusets+sikkerhetskultur#0>
- 881 36. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey.  
882 *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in*  
883 *Health Care / ISQua* [Internet]. 2009 Oct;21(5):348–55. Available from:  
884 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19700779>
- 885 37. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains D a, Lackan N a. What is patient safety culture? A  
886 review of the literature. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta*  
887 *Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau* [Internet]. 2010 Jun;42(2):156–  
888 65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618600>

- 889 38. Hellings J, Schrooten W, Klazinga NS, Vleugels A. Improving patient safety culture.  
890 International Journal of Health Care Quality Assurance [Internet]. 2010;23(5):489–506. [cited  
891 2012 Oct 8]. Available from: <http://www.emeraldinsight.com/10.1108/09526861011050529>
- 892 39. Flin R, Winter J, Sarac MC. Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools.  
893 World Health Organization [Internet]. 2009;(April). [cited 2012 Oct 8]. Available from:  
894 [http://www.spsrn.ac.uk/documents/WHO\\_human\\_factors\\_review.pdf](http://www.spsrn.ac.uk/documents/WHO_human_factors_review.pdf)
- 895 40. Waterson P, Griffiths P, Stride C, Murphy J, Hignett S. Psychometric properties of the  
896 Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. Quality & safety in health care  
897 [Internet]. 2010 Oct;19(5):e2. [cited 2012 Oct 8]. Available from:  
898 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20211960>
- 899 41. Haugen AS, Søfteland E, Eide GE, Nortvedt MW, Aase K, Harthug S. Patient safety in  
900 surgical environments: cross-countries comparison of psychometric properties and results of the  
901 Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. BMC health services research  
902 [Internet]. 2010 Jan;10:279. Available from:  
903 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2955019&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>  
904 e=abstract
- 905 42. Singla AK, Kitch BBT, Weissman JS, Campbell EG. Assessing Patient Safety Culture : A  
906 Review and Synthesis of the Measurement Tools. 2006;2(3):105–16.
- 907 43. Hill M, Hill A. Investigação por questionário [Internet]. 2000 [cited 2012 Oct 9]. Available  
908 from:  
909 <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Investigação+por+questionário>  
910 #0
- 911 44. Pfeiffer Y, Manser T. Development of the German version of the Hospital Survey on Patient  
912 Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. Safety Science [Internet]. 2010  
913 Dec;48(10):1452–62. [cited 2011 Oct 26]. Available from:  
914 <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0925753510001694>
- 915 45. Donaldson GW, Moinpour CM, Bush NE, Chapko M, Jocom J, Siadak M, et al. Physician  
916 participation in research surveys. *A randomized study of inducements to return mailed research*  
917 *questionnaires. Evaluation & the health professions* [Internet]. 1999 Dec;22(4):427–41.  
918 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10623399>

- 919 46. Jepson C, Asch D a, Hershey JC, Ubel P a. In a mailed physician survey, questionnaire  
920 length had a threshold effect on response rate. *Journal of clinical epidemiology* [Internet]. 2005  
921 Jan;58(1):103–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15649678>
- 922 47. Saturno P, Gama ZDS. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales  
923 del Sistema Nacional de Salud español. *MEd Clin Monogrf* [Internet]. 2008 [cited 2012 Oct 8].  
924 Available from: [http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis cultura SP \(articulo\).pdf](http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis cultura SP (articulo).pdf)
- 925 48. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture. *AHRQ* [Internet]. 2004 [cited  
926 2012 Oct 8];(04). Available from:  
927 [http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Hospital+Survey+on+Patient+](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Hospital+Survey+on+Patient+Safety+Culture#0)  
928 [Safety+Culture#0](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Hospital+Survey+on+Patient+Safety+Culture#0)
- 929 49. Skodová M, Velasco Rodríguez MJ, Fernández Sierra M a. Opinion of healthcare  
930 professionals on patient safety in a primary level hospital. *Revista de calidad asistencial*  
931 [Internet]. 2011;26(1):33–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21317002>
- 932 50. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety  
933 culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *International journal for quality in health*  
934 *care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua* [Internet]. 2010  
935 Oct;22(5):386–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20699233>
- 936 51. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey  
937 results. *International Journal of Health Care Quality Assurance* [Internet]. 2007;20(7):620–32.  
938 [cited 2012 Oct 9] Available from: <http://www.emeraldinsight.com/10.1108/09526860710822752>
- 939 52. Chen I-C, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on  
940 Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC health services research* [Internet]. 2010 Jan;10:152.  
941 Available from:  
942 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2903582&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>  
943 [e=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2903582&tool=pmcentrez&rendertype=abstract)
- 944 53. Arabloo J, Rezapoor A. Measuring Patient Safety Culture in Iran Using the Hospital Survey  
945 on Patient Safety Culture (HSOPS): an Exploration of Survey Reliability and Validity.  
946 *International Journal of Hospital Research* [Internet]. 2012;1(1):15–27. [cited 2012 Oct 14].  
947 Available from: <http://ijhr.tums.ac.ir/index.php/ijhr/article/view/10>
- 948 54. DGS. Departamento da Qualidade na saúde: Uma cultura de melhoria contínua da  
949 qualidade [Internet]. Available from: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>



## **Secção II - Propostas de melhoria após avaliação da Cultura de Segurança do Doente**

Nome Autor 1: Lara Cristina de Lima Peralta Pimenta

Departamento: Centro de Imunoalergologia

Instituição: Hospital CUF Descobertas / Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Cidade: Lisboa

País: Portugal

Nome Autor 2: Margarida Maria Matos Rodrigues Silva Eiras

Departamento: Conselho de Mestrado em Gestão e Avaliação em tecnologias da saúde

Instituição: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Cidade: Lisboa

País: Portugal

Nome Autor 3: Mário Augusto Sanches Morais de Almeida

Departamento: Centro de Imunoalergologia

Instituição: Hospital CUF Descobertas

Cidade: Lisboa

País: Portugal

**Autor para correspondência:** Lara Pimenta

**Correio eletrónico:** [larapimenta@gmail.com](mailto:larapimenta@gmail.com)

## Resumo

Contexto: A melhoria da cultura de segurança do doente (CSD) é fundamental para diminuir erros e prestar cuidados de saúde de qualidade.

Objetivo: realizar uma revisão bibliográfica reunindo um corpo de evidência que ofereça medidas passíveis de ser implementadas no sentido de melhorar quatro dimensões da CSD que revelaram baixas pontuações numa avaliação realizada através do *Hospital Survey on Patient Safety Culture da Agency for Healthcare Research and Quality*, num hospital português.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa na *PubMed*, definindo como critérios de inclusão artigos escritos em Inglês, Português ou Espanhol, publicados nos últimos cinco anos e que correspondessem às palavras-chave aqui referenciadas. O corpo de evidência ficou composto por 49 artigos.

Resultados: existem hoje em dia diversas ferramentas e estratégias passíveis de serem implementadas numa organização de saúde para melhorar a CSD. O contexto em que se aplica estas medidas e a ponderação dos seus custos e aplicabilidade é essencial para se obterem resultados visíveis na CSD.

Limitações: a maior limitação desta revisão foi o facto de não ter sido possível proceder à avaliação de qualidade das evidências recolhidas.

Originalidade/valor: Ao longo dos últimos anos, muito tem sido estudado e publicado sobre segurança do doente, apontando para que este seja o caminho para práticas mais seguras. A compilação de evidências internacionais permite à instituição ver reunida uma série de possíveis intervenções de melhoria da sua CSD.

Palavras-Chave: Transferências e transições, Dotação de colaboradores, Notificação de eventos, cultura de segurança do doente, Resposta ao erro

## **Abstract**

**Background:** Improving patient safety culture (PSC) is crucial to reduce errors and provide quality health care.

**Purpose:** To review the literature gathering evidences providing measures that could be implemented to improve four dimensions of PSC that revealed low scores in a portuguese hospital assessment, conducted with the Hospital Survey on Patient Safety Culture of the Agency for Healthcare Research and Quality.

**Methodology:** We performed a PubMed search, with inclusion criteria being articles written in english, portuguese or spanish, published in the last five years and corresponding to the keywords here mentioned. The body of evidence was composed of 39 articles.

**Findings:** At this time, there are many tools and strategies that an organization could implement to improve the PSC in health organizations. The context in which these interventions apply, and its costs and applicability, is essential to obtain visible results in the PSC.

**Limitations:** The major limitation of this review is that it was not possible to assess the quality of the gathered evidences.

**Originality / value:** Over the past few years, much has been studied and published on patient safety, pointing out that this is the way to obtain safer practices. This compilation of international evidence provides to the institution a number of possible interventions to improve their PSC.

**Keywords:** Handovers and handoffs, Staffing, Event report, Patient safety culture, Response to error

## 1. Introdução

Nos últimos anos tem-se observado um crescente interesse pela procura contínua da qualidade, a qual deixou de ser uma preocupação exclusiva das grandes indústrias e passou a constituir uma oportunidade de melhoria de performance para toda e qualquer organização (Polacinski, 2005). Neste sentido, os hospitais devem assumir e implementar os princípios da governação clínica, de forma que a qualidade dos cuidados prestados, incluindo a segurança dos doentes, sejam uma preocupação e uma responsabilidade partilhada entre profissionais de saúde e gestores (ARSLVT, 2009).

As atitudes e perceções dos profissionais de saúde, o seu grau de envolvimento e compromisso com os desafios coletivos, as condições do seu ambiente e a carga de trabalho, a comunicação e, uma enorme variedade de fatores resultarão em mais ou menos segurança para o doente (González-Formoso *et al.*, 2011).

Desde a publicação do *Harvard Medical Practice Study* em 1991 nos Estados Unidos da América (EUA), diversas pesquisas médicas acerca de eventos adversos realizadas em todo o mundo, têm mostrado que entre 4 e 16,6% dos doentes sofrem de algum tipo de dano (incluindo invalidez permanente e morte) como resultado deste tipo de eventos durante o internamento. Cerca de 50%, dos danos que ocorreram, poderiam ter sido evitados (Botti *et al.*, 2009).

A nível Europeu, estima-se que, nos estados membros da União Europeia (UE), entre 8% e 12% dos doentes internados em hospitais ou observados em cuidados de saúde primários sejam vítimas de acontecimentos adversos relacionados com o seu tratamento, o que corresponde a entre 6,7 e 15 milhões dos doentes internados em hospitais e a mais de 37 milhões dos doentes que recorrem aos cuidados de saúde primários (Comissão Europeia, 2010).

Recentemente surge uma pletora de literatura, conferências, agências e redes que visam promover uma maior compreensão do erro em cuidados de saúde e comunicar as "melhores práticas" na segurança do doente (SD) (Stevens *et al.*, 2005).

A Comissão Europeia, numa recomendação de 2009 refere que a insuficiente segurança dos doentes constitui um grave problema de saúde pública e representa um pesado ónus económico para os recursos de saúde que são limitados. Uma grande parte dos eventos adversos, quer no sector hospitalar quer nos cuidados primários,

pode ser prevenida e, na sua maioria, tais eventos parecem dever-se a fatores sistêmicos (Comissão Europeia, 2010).

De acordo com a literatura, os principais preditores de uma cultura positiva de SD nas organizações de saúde incluem comunicação baseada na confiança mútua, o bom fluxo de informação, a percepção comum da importância da segurança, a aprendizagem organizacional, o compromisso da gestão e liderança, e a presença de uma abordagem não-punitiva ao incidente/erro e à notificação do mesmo (El-Jardali *et al.*, 2011).

As estratégias internacionais de SD defendem a avaliação da cultura de segurança como uma medida para a melhorar (Allen *et al.*, 2010). As organizações necessitam de compreender a cultura existente antes de a poderem tentar mudar porque alterações de atitudes e de comportamentos levam tempo para se desenvolver e exigem compreensão e vontade de fazer melhor (*National Patient Safety Agency*, 2004). Existem hoje várias ferramentas desenvolvidas com o propósito de avaliar e verificar a cultura de segurança do doente (CSD) (González-Formoso *et al.*, 2011) e uma delas é o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Em resposta ao relatório *To Err is Human* do *Institute of Medicine* (IOM), e ao grande interesse na SD que este gerou, a AHRQ foi convidada a estudar e aprofundar conhecimentos acerca de como melhorar a segurança dos sistemas de saúde (Ranji e Shojanian, 2008).

O questionário HSOPSC mede quantitativamente várias dimensões da cultura de segurança, identificando pontos fortes e fracos, percebidos pelos respondentes. No entanto é de salientar que, apenas fornece um instantâneo da cultura de segurança da organização (Allen *et al.*, 2010).

O HSOPC foi já utilizado em diversos estudos internacionais e começa agora a ser aplicado em Portugal, não só em estudos individuais como em projetos a nível nacional, como o da Direção Geral da Saúde (DGS) (Diniz *et al.*, 2011).

Recentemente, muitas organizações de saúde têm realizado avaliações da cultura de segurança para estimar a sua performance atual e identificar áreas de melhoria. É provável que estas organizações se deparem com dificuldades semelhantes às encontradas por outros setores que tenham procurado identificar ações concretas para melhorar a sua cultura (Fleming e Wentzell, 2008).

O objetivo deste trabalho consistiu em obter um corpo de evidência que reúna um conjunto de medidas de intervenção passíveis de ser implementadas num hospital que teve a sua CSD avaliada através do HSOPSC. O foco desta revisão da literatura será colocado nas dimensões da CSD que demonstraram ser potenciais área de melhoria, obtendo percentagens positivas mais baixas.

### **1.1. Cultura de segurança do doente**

Ao longo dos anos, e à medida que a SD vai sendo cada vez mais uma prioridade para os sistemas de saúde, gerou-se a necessidade de uniformizar termos e conceitos.

O conceito de cultura de segurança, entre outros, aparece definido num documento da *World Health Organization* (WHO) – Estrutura Conceptual da SD, publicado em Portugal em 2011. Uma das definições de cultura de segurança de uma organização de saúde é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, e modelos de comportamento, que determinam o compromisso com a gestão da saúde e a segurança de uma organização e, seu estilo e proficiência (WHO, 2011).

Existem à data vários instrumentos que permitem avaliar a CSD em hospitais. Um desses instrumentos é o HSOPSC, que examina a cultura da SD a partir de uma perspetiva dos profissionais da instituição, sendo adequado ao preenchimento por parte dos colaboradores de todos os níveis do hospital (Sorra e Nieva, 2004). Este questionário é composto por 42 itens que permitem avaliar as várias dimensões da CSD em sete aspetos acerca da cultura de segurança ao nível da unidade (*Expetativas e ações do gestor de promoção de segurança, Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua, Trabalho em equipa dentro das unidades, Abertura de comunicação, Feedback e comunicação de erros, Resposta não punitiva ao erro e Dotação de colaboradores*), 3 aspetos da cultura de segurança ao nível do hospital (*Apoio da gestão do hospital para a SD, Trabalho em equipa nas unidades hospitalares e Transferências e transições hospitalares*) e por fim 2 variáveis de item único (*Perceção geral de segurança do doente e Frequência de notificação*) (Sorra e Nieva, 2004).

Dos 42 itens, 18 são formulados negativamente, pelo que necessitam de ser recodificados previamente ao cálculo das percentagens de respostas positivas. É

através da média de positivos que se determina quais as dimensões que constituem os pontos fortes e fracos da CSD da instituição avaliada. No entanto e, porque o objetivo tende sempre para procurar a melhoria continua, é sobre os aspetos com pontuação mais baixa que os estudos mais refletem.

O presente estudo vem no seguimento da avaliação da CSD num hospital português, em 2012, cujos resultados constam de um outro artigo (Pimenta et al., 2012). Da avaliação realizada, as dimensões que apresentaram resultados mais baixos foram a *resposta não punitiva ao erro* (33%), a *dotação de colaboradores* (45%), a *frequência de notificação* (51%), e as *transferências e transições hospitalares* (59%). Como foi referido nesse estudo, estas percentagens são congruentes com os resultados obtidos noutros países onde este instrumento foi aplicado. As restantes 8 dimensões apresentaram percentagens de respostas positivas entre 61 e 78%. A decisão de colocar o *cut-off* nos 60% deve-se ao facto de se pretender atuar com brevidade, intervindo nas áreas mais prioritárias. As dimensões da CSD relacionam-se entre si, e melhorando as mais frágeis será possível ver melhoria não só em algumas dimensões específicas, como na perceção geral da CSD.

Estas quatro dimensões foram, de alguma forma, percecionadas pelos colaboradores que participaram na avaliação, como estando pouco desenvolvidas na cultura de segurança da organização. No sentido de melhorar a CSD da instituição em causa, é sobre estas dimensões que este estudo vai incidir, procurando apresentar algumas propostas de intervenção e melhoria passíveis de serem implementadas.

## **1.2. Dotação de colaboradores**

Os resultados dos cuidados prestados aos doentes dependem não só do tipo e gravidade de doenças dos mesmos, mas também dos recursos humanos existentes, como a composição de enfermeiros, médicos e pessoal auxiliar, entre muitas outras classes profissionais e, do ambiente de trabalho ou a cultura do hospital (Kaestner, 2005).

Diante da crescente pressão sobre os gastos em saúde, o envelhecimento da população, o aumento das expectativas da sociedade, e a introdução de novas tecnologias, os países europeus têm vindo a implementar uma ampla gama de estratégias de contenção de custos (Aiken et al., 2012), o que torna a gestão dos níveis de pessoal numa tarefa cada vez mais complexa (Mark e Stanton, 2004).

Os níveis de pessoal de uma instituição ou globalmente em todo o sistema saúde são definidos por administradores e são afetados por considerações orçamentais, frequentemente dependentes de decisões e de contingências políticas. Outros fatores a considerar na gestão da dotação de colaboradores é o ambiente físico da instituição, os sistemas de comunicação e colaboração que detém, os sistemas de informação existentes e os seus serviços de apoio relevantes. Todos estes fatores em última análise, influenciam a quantidade de profissionais e as horas de trabalho dos mesmos, dos quais a instituição necessita para manter a qualidade dos cuidados (Hughes *et al.*, 2008).

É possível calcular o nível de pessoas necessário ao normal funcionamento de uma organização de saúde no global ou a um nível operacional dentro de uma organização (uma unidade específica, departamento ou divisão) (Hughes *et al.*, 2008) mas a realidade é que os gestores hospitalares frequentemente contam com o uso de horas extras (obrigatórias ou voluntárias) para cobrir as necessidades das instituições/unidades. Esta prática é comum, mas pode levar os membros da equipa a um nível de fadiga que pode afetar negativamente a SD (Garrett, 2008).

### **1.3. Resposta não punitiva ao erro**

Uma cultura não punitiva é essencial para a divulgação, aberta e transparente de erros, caracterizando-se por encorajar uma abordagem de sistemas para olhar aberta e frontalmente para os erros. A cultura dentro das organizações e na saúde em geral, tem de evoluir, de uma cultura culpabilizante, ainda focada na contribuição individual para o erro, para um sistema de aprendizagem, focado nas causas e nos sistemas. Assim, devem ser colocadas em prática políticas que encorajem as notificações não-punitivas ajudando a alterar a cultura tradicional da culpa que tem desencorajado o relato de erros (Baker e Norton, 2004).

Ao contrário do que tem sido predominante, o conceito de que “o erro é uma fonte de culpa e castigo”, os erros devem ser vistos como uma oportunidade para identificar um problema possibilitando a sua correção e redução da probabilidade de reincidência. Muitas vezes, a fonte de erro pode ser o sistema ou o processo em que ocorreu, não a pessoa que lhes está associada (Brown *et al.*, 1997).

A transparência na partilha, livre e desinibida, de informação é, provavelmente, o atributo mais importante de uma cultura de segurança. Os indivíduos devem ser

capazes de notificar erros sem medo de punição ou constrangimento, compreendendo que a pergunta não será "Quem falhou?", mas sim "O que aconteceu?" (Leape *et al.*, 2009).

O IOM identificou a segurança como uma propriedade de um sistema de cuidados de saúde, notando que a mudança de uma cultura culpabilizante para outra focada na aprendizagem e melhoria, é um dos grandes desafios na criação de um sistema de saúde mais seguro. Outro modelo amplamente aplicado é o da "cultura justa" (Marx, 2001), que equilibra a responsabilidade individual com os valores do sistema, abordando a necessidade de encontrar o equilíbrio entre as abordagens livres de culpa, *versus* as que são excessivamente punitivas (Adams-Pizarro *et al.*, 2008)

#### **1.4. Frequência de notificação**

Um dos objetivos de apelar aos profissionais de saúde que notifiquem eventos/ocorrências, é criar a oportunidade para que o sistema/instituição aprenda com as vulnerabilidades ou fragilidades que existem nos processos de prestação de cuidados (Flemons e McRae, 2012).

A pesquisa mostrou que, quanto mais eventos são notificados, mais informações são disponibilizadas acerca do que está errado e, conseqüentemente, mais ações podem ser tomadas para tornar os cuidados de saúde mais seguros. Para além da componente da segurança, a notificação de eventos traz outros benefícios, como uma alocação dos recursos mais eficaz, a antecipação de queixas, permitindo uma melhor resposta às mesmas, com eventual redução de custos. (*National Patient Safety Agency*, 2004)

Vários estudos têm sugerido que a notificação de eventos/ocorrências na área da saúde não alcança o seu pleno potencial devido a sérias barreiras à comunicação e que às vezes os profissionais sentem-se alienados pelo processo (Sujan, 2012).

#### **1.5. Transferências e transições hospitalares**

Durante um episódio de doença ou período de atendimento numa instituição de saúde, o doente pode, potencialmente, ser tratado por uma série de profissionais da saúde de várias categorias profissionais e especialidades. Além disso, a prestação de cuidados envolve a movimentação dos doentes entre áreas de diagnóstico, tratamento e

internamento. Para além de cada transição implicar um risco de segurança para o doente, a comunicação entre as unidades e/ou entre as equipas pode não incluir todas as informações essenciais, ou a informação pode ser mal interpretada (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007 e AHRQ, 2012*).

O processo de comunicar verbalmente as informações do doente entre os prestadores de cuidados de saúde durante a transferência e/ou transição do doente, é considerado um processo crítico e apto a criar situações de erro ou insegurança pelas seguintes razões: (1) os doentes estão frequentemente clinicamente instáveis durante o período de admissão e podem requerer tratamentos de urgência, (2) os profissionais têm muitas vezes um conhecimento limitado do historial clínico do doente e, como resultado, utilizam este processo de transferência e ou transição como uma fonte fundamental de informações; (3) o tempo para analisar o registo médico antes de intervenções críticas é frequentemente limitado, e (4) os doentes muitas vezes necessitam que haja coordenação de decisões feitas por prestadores de múltiplas disciplinas (*Mistry et al., 2008*). Em parte, os problemas nas transferências e transições estão enraizados na forma como os profissionais de saúde são formados (treino em equipa e capacidade de comunicação), e num sistema de saúde que promove e premeia a autonomia e o desempenho individual (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007*).

## **2. Métodos**

Na análise da evidência, no que diz respeito às medidas de melhoria recomendadas para intervenção nas dimensões atrás descritas, procuraram-se estudos que abordassem estas mesmas dimensões da CSD, no sentido de reunir medidas de melhoria aplicáveis numa instituição avaliada.

### **2.1. Estratégia de pesquisa**

Foi realizada uma pesquisa por estudos primários e secundários na base de dados *online Medline* via *PubMed*, entre Fevereiro e Outubro de 2012. Foram incluídos neste estudo artigos que correspondessem às palavras-chave definidas (Quadro 1), publicados nos últimos 5 anos, em Inglês, Espanhol ou Português.

Todas as pesquisas efetuadas basearam-se nas palavras-chave (combinadas e/ou isoladas) apresentadas no quadro 1.

**Quadro 1 – Palavras-chave e MeSH Terms**

✓	Patient safety Culture	✓	Improvement	✓	Error reporting
✓	Non-punitive response	✓	Transitions	✓	Handovers
MeSH Terms					
<ul style="list-style-type: none"> <li>•(("patient safety"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "safety"[All Fields]) OR "patient safety"[All Fields]) AND ("ethnology"[Subheading] OR "ethnology"[All Fields] OR "culture"[All Fields] OR "culture"[MeSH Terms]) AND improvement[All Fields] AND interventions[All Fields]) AND (hasabstract[text] AND "2007/10/30"[PDat] : "2012/10/27"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))</li> <li>•(("patient safety"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "safety"[All Fields]) OR "patient safety"[All Fields]) AND ("ethnology"[Subheading] OR "ethnology"[All Fields] OR "culture"[All Fields] OR "culture"[MeSH Terms]) AND reporting[All Fields] AND ("epidemiology"[Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "frequency"[All Fields] OR "epidemiology"[MeSH Terms] OR "frequency"[All Fields]) AND improvement[All Fields] AND (hasabstract[text] AND "2007/10/30"[PDat] : "2012/10/27"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))</li> <li>•(("patient safety"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "safety"[All Fields]) OR "patient safety"[All Fields]) AND ("ethnology"[Subheading] OR "ethnology"[All Fields] OR "culture"[All Fields] OR "culture"[MeSH Terms]) AND error[All Fields] AND reporting[All Fields] AND improvement[All Fields] AND (hasabstract[text] AND "2007/10/30"[PDAT] : "2012/10/27"[PDAT] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))</li> <li>•(("patient safety"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "safety"[All Fields]) OR "patient safety"[All Fields]) AND ("ethnology"[Subheading] OR "ethnology"[All Fields] OR "culture"[All Fields] OR "culture"[MeSH Terms]) AND response[All Fields] AND error[All Fields] AND improvement[All Fields] AND (hasabstract[text] AND "2007/10/30"[PDat] : "2012/10/27"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))</li> <li>•(("patient safety"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "safety"[All Fields]) OR "patient safety"[All Fields]) AND ("ethnology"[Subheading] OR "ethnology"[All Fields] OR "culture"[All Fields] OR "culture"[MeSH Terms]) AND transitions[All Fields] AND improvement[All Fields] AND (hasabstract[text] AND "2007/10/30"[PDAT] : "2012/10/27"[PDAT] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])) AND ("2007/10/30"[PDat] : "2012/10/27"[PDat]))</li> <li>•(("patient safety"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "safety"[All Fields]) OR "patient safety"[All Fields]) AND ("ethnology"[Subheading] OR "ethnology"[All Fields] OR "culture"[All Fields] OR "culture"[MeSH Terms]) AND handoffs[All Fields] AND (hasabstract[text] AND "2007/10/30"[PDAT] : "2012/10/27"[PDAT] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])) AND "loattrfree full text"[sb]</li> </ul>					

## 2.2. Seleção de artigos

Na pesquisa de estudos na *PubMed*, após aplicação dos filtros referentes aos critérios de inclusão, foram identificados no total 98 artigos, dos quais 68 foram eliminados pela leitura do título e dos restantes, dos quais 24 foram eliminados pela leitura do resumo, tendo sido selecionados 6 artigos que inicialmente constituíram o corpo de evidência. Adicionalmente, recorreu-se a artigos de citação, às referências bibliográficas e aos artigos relacionados que apresentavam medidas de melhoria para as dimensões da CSD aqui abordadas, de forma a complementar a bibliografia já compilada.

Após pesquisa adicional em páginas web de organizações e agências de referência na área da qualidade em saúde e/ou em SD, nomeadamente da AHRQ, do *Institute for Healthcare Improvement* e da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare*

*Organizations*, o corpo de evidência final deste trabalho ficou então composto por 49 artigos.

### **2.3. Limitações**

A principal limitação metodológica apresentada na realização deste trabalho prende-se com a impossibilidade de se proceder a uma análise da qualidade das evidências.

## **3. Resultados**

Sendo o objetivo deste trabalho reunir evidências de métodos e instrumentos que permitam melhorar a CSD, atuando nas 4 dimensões atrás abordadas, procurou-se compilar a melhor informação disponível acerca deste tema.

Uma das primeiras constatações que se podem tirar desta recolha de evidências é que a maioria da literatura que procura ou aborda soluções para uma dimensão específica da SD acaba sempre por abordar, também, aspetos mais genéricos da CSD, os quais lhes estão intimamente relacionados.

De facto, a verdade é que, por exemplo, ao tentar intervir na resposta não punitiva ao erro, influenciar-se-á também a frequência de notificação. Da mesma forma que ao melhorar a dotação de colaboradores de uma instituição, as transferências e transições hospitalares terão ao seu dispor mais recursos humanos o que permitirá reduzir a probabilidade de erro.

As transferências e transições no contexto de saúde são processos muito complexos e, na verdade, envolvem várias mudanças para o doente: mudança de unidade/departamento (o local onde o doente está a ser tratados), mudança no serviço de gestão de cuidados (a especialidade médica que os presta) e, mudança de enfermeiro(s) e de médico(s) (Woods *et al.*, 2008). Esta dimensão é influenciada pelo nível de trabalho em equipa. Ao trabalhar de forma interdependente e não de forma independente, ao ter uma atitude cooperativa e não competitiva, é possível fazer progressos significativos na SD (Pronovost, 2011).

Uma das primeiras melhorias a fazer é intervir na comunicação dentro e entre as equipas, (ECRI Institute, 2009), podendo utilizar-se uma *checklist* para verificar se esta

se faz de forma adequada no momento da transição (Singh, 2011). Outra sugestão é proceder à padronização da comunicação, quer a nível de vocabulário, da ordenação do conteúdo verbal (Perry, 2008), ou limitando a troca de informação ao que é necessário (WHO, 2007).

Isto traduz-se na implementação de protocolos de transferências e transições, tornando-as estruturadas e padronizadas, (AHRQ, 2010; Webster *et al.*, 2008; WHO, 2007) que incluam a partilha proactiva do plano de tratamento do doente, onde haja sempre *feedback* das ocorrências, clínicas e não clínicas e, onde existam processos padronizados para tratar a informação transmitida (Webster *et al.*, 2008). Uma das ferramentas que facilita esta padronização da comunicação e conseqüentemente dos processos de transferências e transições é a técnica “SBAR” (*Situation – Background – Assessment - Recommendation*), permitindo a alocação de tempo suficiente para comunicar informações importantes e para perguntar /responder a perguntas sem interrupções (WHO, 2007; Adams-Pizarro *et al.*, 2008; Delmarva Foundation, 2008; Dingley e Daugherty, 2008; Permanente, 2010; Benning *et al.*, 2011; AHRQ, 2012). Uma outra ferramenta padronizada com base no formato SBAR descrita na literatura é o “*Transitions Journal*” - facilita uma melhor comunicação nos pontos de atendimento; usar uma abordagem *bottom-up* (envolve os profissionais da linha da frente na conceção de um instrumento para as transferências e transições), cria consciência situacional e facilita a formação de equipa, permitindo criar modelos visuais de fluxo de trabalho para ajudar a sedimentar uma cultura de segurança (Singh 2011). Para a implementação deste instrumento, são realizadas uma série de reuniões com a equipa, começando com uma apresentação didática que abrange a questão das transições e possíveis estratégias para lidar com o problema. Esta ferramenta pode ser utilizada como uma *checklist* para verificar a comunicação adequada no momento da entrega (Singh 2011).

A WHO (2007) e a AHRQ (2010) recomendam que os dados transmitidos devem ser precisos, que haja atualização constante do processo clínico do doente e que, os planos de contingência, no caso de alterações no estado clínico, devem ser delineados em equipa.

Ainda na problemática da comunicação, outra técnica recomendada para melhorar e padronizar as transições é a implementação de “*Readbacks*” (Perry, 2008). Esta é uma outra técnica eficaz onde o recetor da informação escreve a informação e, em

seguida, "lê-o de volta" para o provedor da informação, de forma a obter confirmação de que foi compreendido corretamente (WHO, 2007).

Como refere (Perry, 2008) a comunicação verbal e informal utilizada nas transferências e transições, pode ser uma fraqueza significativa para a CSD. Se as informações forem apresentadas num formato padrão, claro e consistente (escrita ou eletronicamente), o processo melhora consideravelmente.

Para além da comunicação entre profissionais de saúde, as transferências e transições dependem também da vontade e da concentração da equipa em melhorar o processo da passagem do doente, o que depende em muito da liderança (Webster *et al.*, 2008). Como referido pela WHO (2007), cabe à liderança das instituições promover e incorporar o treino em equipa no sentido de comunicar eficazmente neste tipo de processo, estimulando a boa comunicação não só na instituição, como também entre as organizações que prestam cuidados ao mesmo doente, em paralelo ou em sequência.

Alguns autores descrevem a utilização de pequenas e rápidas reuniões de equipa, no sentido de definir os procedimentos do dia ou do turno. Na literatura estas reuniões são referidas como "*Huddles*", (Dingley e Daugherty, 2008; Delmarva Foundation, 2008) e podem melhorar o trabalho em equipa e a comunicação, bem como contribuir proactivamente para a partilha de informações (Webster *et al.*, 2008)

Os processos de transferências e transições podem ser avaliados e melhorados através da utilização da metodologia "*Six Sigma*". Esta é uma abordagem orientada a dados que está focada em melhorar as capacidades do sistema, diminuindo a variabilidade do processo (Mistry *et al.*, 2008). A implementação desta metodologia exige uma equipa de pessoas treinadas na recolha e análise de dados (Meliones *et al.*, 2008), tornando este método dispendioso.

Outros autores sugerem também a utilização de simuladores de treino para avaliar a sensibilização da equipa e promover o seu pensamento crítico, simulando transferências e transições no local, permitindo avaliar à partida se todos os membros da equipa de saúde compreendem o processo e o vocabulário (Mistry *et al.*, 2008; Patterson, 2008; LaVelle e McLaughlin, 2008).

Uma das soluções amplamente utilizada para intervir no trabalho em equipa é a "*TeamSTEPPS*". Consiste num conjunto de estratégias e instrumentos que permitem à instituição melhorar o seu desempenho e, conseqüentemente, aumentar o nível da SD

(King *et al.*, 2008). Num estudo de Stead *et al.* (2009) esta ferramenta demonstra ser eficaz na melhoria da frequência de notificação, intervindo na comunicação e trabalho em equipa, o que faz desta solução um método ambivalente.

Para além das várias transferências e transições que ocorrem no ambiente hospitalar, o período imediatamente após a alta hospitalar pode ser perigoso para os doentes se não existir uma correta preparação da nota de alta e acompanhamento após a mesma. Ranji e Shojanian (2008) recomendam que se implementem telefonemas de *follow-up* após a saída da instituição e que as notas de alta sejam estruturadas e completas. Também a implementação de uma ferramenta eletrónica que auxilie na transmissão de informação, pode melhorar a comunicação entre o médico assistente, a equipa de enfermagem e os restantes colaboradores que entrem em contacto com o doente, assegurando que no momento da alta hospitalar toda a informação está integrada numa só plataforma. É fundamental assegurar que a aplicação se encaixa bem no fluxo de trabalho dos médicos e, onde é aplicável, do pessoal administrativo, tendo também atenção o nível de usabilidade do mesmo (WHO, 2007; Gandhi e Keating, 2008; Matic, 2011).

Ainda para auxiliar a alta hospitalar existe uma ferramenta específica, a “*Re-Engineered Discharge*” (RED), que proporciona uma *checklist* de processos-chave que deve ser aplicada em cada doente no momento da alta (Jack *et al.*, 2008)

Na vertente da mudança de turno, Farhan (2011) apresenta o “*ABC of Handover*” como sendo um método que fornece uma estrutura para organizar a mudança de turno auxiliando na preparação para os possíveis eventos do turno seguinte.

A gestão de recursos humanos é fundamental para melhorar a SD num hospital, precisando de ser dada mais consideração aos esforços para introduzir estratégias de gestão de recursos humanos nas organizações de saúde (Madden, 2008). A quantidade de profissionais envolvidos na prestação de cuidados e a carga de trabalho dos mesmos influenciam todos os processos que ocorrem na instituição, ditando se existem meios humanos para corresponder ao trabalho exigido. A dotação de colaboradores da instituição constitui uma dimensão da CSD.

As decisões tomadas a um nível da organização têm potencial para poder afetar todos os outros níveis e alterar a dinâmica da CSD. Para ser eficaz, toda a equipa precisa de estar ciente do seu papel no processo de SD e como podem melhor promover e manter uma CSD. Por exemplo, a decisão de diminuir o número de colaboradores

necessariamente afeta as operações do sistema de saúde e aumenta potencialmente o risco de erro (Rich, 2008).

Os líderes devem criar o ambiente onde é possível existir melhoria. No entanto, a mais rica fonte de ideias para a melhoria, são os trabalhadores em atividade. São eles que vivem as complexidades dos sistemas atuais, tendo noção direta das falhas e visão das oportunidades diárias de melhoria (Leape *et al.*, 2009) o que faz da redução na dotação de colaboradores um risco para a SD (Gaal *et al.*, 2011).

A evidência indica que, níveis inadequados e insuficientes de profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, levam a carga de trabalho excessiva nas equipas resultando em eventos/ocorrências relacionados com os doentes. Os administradores das instituições de saúde devem calcular as necessidades e investir em profissionais de saúde, procurando manter uma dotação de colaboradores adequada para assim melhorar a SD (Garrett, 2008; Mwachofi *et al.*, 2011) O nível de pessoal pode ser calculado para toda uma organização de saúde ou para um nível operacional dentro da organização (uma unidade específica, departamento ou divisão) (Hughes *et al.*, 2008). Vendo por outra perspectiva, melhorar a SD também irá beneficiar diretamente os prestadores de cuidados de saúde que sofrem de angústia pelo facto de poderem estar envolvidos em incidentes que causem potencial dano ao doente (Warburton, 2009).

O envolvimento dos profissionais de saúde em eventos/ocorrências, causa-lhes não só angústia mas também sensação de medo e sentimento de culpa. A *resposta ao erro não punitiva* é uma das dimensões mais fracas aquando das avaliações da CSD nas instituições de saúde (Hellings, 2010). A sombra de uma eventual punição e a censura profissional são as principais barreiras para que os colaboradores identifiquem e notifiquem sistematicamente os eventos/ocorrências, constituindo um fator de subestimação para a notificação de erros (Baker e Norton, 2004).

A comunicação de incidentes é um mecanismo-chave para a aprendizagem organizacional e para o estabelecimento de uma CSD mais forte (Sujan, 2012). Existem uma série de barreiras à possibilidade de aprendizagem que advêm da comunicação de incidentes, como a falta de treino na notificação de incidentes, problemas de complexidade no uso dos sistemas de notificação, a incerteza sobre o que constitui um incidente notificável, a cultura culpabilizante e o medo das consequências, a falta de *feedback* e a ausência de formação em SD (Sujan, 2012).

Madden (2008) recomenda que a educação e formação acerca dos sistemas de notificação, incluindo o desenvolvimento de competências adequadas para lidar com os efeitos adversos/incidentes, sejam fornecidas em todos os níveis do sistema de saúde, de forma contínua. Vários estudos têm mostrado que os incidentes são frequentemente subnotificados pela equipa, no entanto, a frequência de notificação pode ser melhorada se os profissionais se sentirem seguros em notificar eventos, se os relatórios forem fáceis de preencher e se os funcionários receberem *feedback* sobre as mudanças positivas que foram feitas, como resultado desta informação (Stevens *et al.*, 2005; Madden, 2008; Cunningham e Geller, 2008).

A cultura de segurança da instituição ditará se os profissionais percebem a notificação com medo ou com visão de aprendizagem. A forma como a organização responde ao erro vai influenciar diretamente a frequência de comunicação do mesmo.

Segundo Madden (2008), os sistemas de notificação voluntários dependem inteiramente da vontade do indivíduo, tornando-se ineficazes e resultando em subnotificação, fornecendo no entanto informações mais úteis sobre os erros e suas causas do que os sistemas obrigatórios, já que oferecem a oportunidade aos profissionais de fazer um relato completo, sem medo de represálias. Já os sistemas obrigatórios procuram responsabilizar os profissionais de saúde que provocaram erros graves, exigindo que os erros sejam notificados, desincentivando-os através de sanções por práticas inseguras. No entanto, sendo os profissionais obrigados a reportar erros, torna-os menos propensos a fornecer informações detalhadas porque a sua principal motivação é a autoproteção, estando apenas a responder a uma exigência, não contribuindo para que o erro não volte a acontecer (Madden, 2008; Flemons e McRae, 2012).

Sugere-se então que deve ser introduzido um sistema nacional de notificação obrigatória para a recolha de informação normalizada sobre eventos adversos que resultem em morte ou lesões graves. Porém, este sistema não deve limitar-se a esses eventos, permitindo o relato voluntário de todos os incidentes. O autor salienta que as informações recolhidas no âmbito do sistema de notificação (obrigatório e voluntário) devem ser estritamente confidenciais e protegidas de qualquer acesso que não aquele com o exclusivo propósito de melhorar a qualidade e segurança na saúde (Madden, 2008; Silow-Carroll, 2007). Existem algumas táticas para aumentar as taxas de notificação que consistem em dar reconhecimento ao colaborador mostrando que vale a pena notificar e, em implementar um sistema simples, fácil de usar e seguro, sem

repercussões reais ou percebidas. Outra tática é enviar uma mensagem gerada automaticamente ao notificador, reconhecendo o seu esforço em relatar e agradecendo-lhes a notificação (Flemons e McRae, 2012).

Na literatura surge uma ferramenta - o “*Proactive Risk Monitoring for Organizational Learning in Healthcare*” (PRIMO) - que se destina a operar a par com o sistema de notificação de eventos/ocorrências, afastando-se de noções negativas e ameaçadoras de erros e enganos, e estimulando a participação ativa dos profissionais, proporcionando *feedback* e aprendizagem para práticas de trabalho locais (Sujan, 2012). O processo PRIMO resulta de uma série de elementos como: notificações da equipa sobre problemas no seu ambiente de trabalho, resultados de um potencial questionário que monitoriza fatores potenciadores de problemas, relatórios detalhados das vitórias e, a longo prazo, das ações de melhoria (Sujan, 2012).

Já Montgomery (2008) sugere a criação de uma comissão multidisciplinar que auxilia e se debruça sobre a SD no hospital, que a autora refere como “*Team Safety*”. Os membros incluem médicos, enfermeiros, auxiliares, entre outros representantes do pessoal da instituição e, o objetivo, é que o entusiasmo, interesse e conhecimento sobre a segurança demonstrada por alguns colaboradores influencie positivamente a cultura de segurança do hospital motivando os restantes profissionais a entrar no espírito (Montgomery, 2008)

Apesar das ferramentas apresentadas, a adesão dos colaboradores a um sistema de notificação vai sempre depender da cultura de segurança, sendo crucial a criação de um ambiente não punitivo, aberto, livre, em que os profissionais de saúde se possam sentir seguros para notificar eventos/ocorrências (Madden, 2008).

Quando os profissionais se sentem ameaçados por uma cultura de "culpa e vergonha" há propensão para diminuir a notificação de eventos. Uma cultura “só organizacional”, onde os funcionários acreditam que o foco está em melhorar o atendimento e não em encontrar um culpado, é essencial para incentivar as pessoas a notificar eventos/ocorrências e aprender com os seus erros (Madden, 2008). Marx (2001) descreve os benefícios de uma “cultura justa”, onde a inevitabilidade do erro humano é reconhecido, mas atos imprudentes e negligentes não são tolerados.

A liderança das organizações de saúde precisa de se tornar o que Adams-Pizarro *et al.* (2008) e Conway *et al.* (2011) descrevem como “campeões de SD”, estimulando uma cultura organizacional de forma que os profissionais de saúde possam reportar

erros e riscos sem medo de represálias, estabelecendo uma "cultura justa e equitativa" (ECRI Institute, 2009).

As medidas aqui apresentadas para melhorar as dimensões com pontuação mais fraca de CSD são medidas mais direcionadas, apesar da maior parte da literatura consultada acabar por apresentar soluções mais generalistas, que atuam na CSD, ou em aspetos transversais à maioria das dimensões avaliadas pelo HSOPSC. Essas medidas apesar de não serem focalizadas nas dimensões que aqui se abordaram, podem influenciá-las positivamente.

Dimensões como a *dotação de colaboradores e resposta ao erro não punitiva*, dificilmente dispõem de medidas concretas e específicas já que uma está dependente de decisões políticas e orçamentais e outra da boa implementação de uma CSD e da mudança de mentalidades e atitudes.

Na tabela 1 apresenta-se de forma sucinta algumas soluções mais generalistas que surgiram ao longo desta revisão bibliográfica.

**Tabela 1 – Resumo de evidências de intervenções para a melhoria da CSD**

Autores e ano	Intervenções para melhoria da CSD
Hellings (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação um “Comitê de Segurança do Doente” envolvendo gestores hospitalares na promoção da cultura de segurança do hospital para se conseguir atingir um "ajuste cultural" entre estes e os profissionais da categoria médica</li> </ul>
Tiessen (2008) Hellings (2010) Halligan e Zecevic (2011) Benning <i>et al.</i> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer formação aos funcionários sobre a SD, aumentando a sua sensibilidade e consciência sobre o papel da CSD para um ambiente mais seguro.</li> </ul>
Tiessen (2008) ECRI Institute (2009) Allen <i>et al.</i> (2010) Hellings (2010) Halligan e Zecevic (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar avaliações regulares da CSD (1 a dois anos de intervalo)</li> <li>• Criação e/ou escolha de <i>Gold Standard</i> para avaliação da CSD</li> </ul>
Zimmerman (2008) Tiessen (2008) Adams-Pizarro <i>et al.</i> (2008) ECRI Institute (2009) Halligan e Zecevic (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção de uma comunicação aberta sobre as preocupações de segurança,</li> <li>• Treino dos colaboradores para melhorar a identificação de riscos, salientando que a SD é responsabilidade de todos</li> <li>• Alocação de recursos de segurança adequados na organização</li> </ul>
Adams-Pizarro <i>et al.</i> (2008) Singh (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise FMEA (“<i>Failure Mode and Effects Analyses</i>”) - abordagem prospetiva, que permite a participação de todos os membros da equipa na identificação e priorização de problemas de segurança. É no entanto demorado, dispensioso e requer considerável perícia e experiência.</li> </ul>

Autores e ano	Intervenções para melhoria da CSD (continuação)
Adams-Pizarro <i>et al.</i> (2008) Montgomery (2008) Tiessen (2008) Zimmerman (2008) Halligan e Zecevic (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Patient Safety Leadership Walkarounds”</i> – o conceito envolve os principais líderes que, juntamente com os principais gestores e colaboradores da linha de frente, visitam, com regularidade, diversas áreas do hospital fazendo perguntas específicas sobre a SD.</li> </ul>
Leape <i>et al.</i> (2009).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As intervenções de melhoria devem-se basear em cinco conceitos de transformação: (1) a transparência em tudo o que fazemos, (2) equipas multidisciplinares que trabalham em plataformas de cuidados integrados, (3) a integração plena dos doentes no processo de prestar cuidados, (4) os profissionais de saúde precisam de encontrar alegria e significado no seu trabalho, e (5) a formação deve ser redesenhada para preparar novos médicos para atuar num ambiente de SD.</li> </ul>
Meliones <i>et al.</i> (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Balanced Scorecard”</i> - é uma integração de múltiplas intervenções e mantém "score" do sucesso ou do fracasso das metas estratégicas. Esta abordagem é fundamental para o sucesso, promove o equilíbrio na organização, alinhando todas as disciplinas em torno de uma agenda estratégica focada, neste caso na CSD.</li> </ul>
Sehgal <i>et al.</i> (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Psnet.ahrq.gov</i> – portal que reúne atualizações acerca da SD para ajudar os prestadores, investigadores, administradores e formuladores de políticas na prevenção de erros médicos, redesenhando os sistemas mais seguros de saúde e ensinando os princípios de SD</li> </ul>
Fleming e Wentzell (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Patient Safety Culture Improvement Tool”</i> (PSCIT): composto por nove elementos, que actuam em cinco dimensões de SD, ou seja, cultura, liderança, análise de risco, gestão de carga de trabalho, de partilha e de aprendizagem e gestão de recursos.</li> </ul>
Tsang <i>et al.</i> (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolha rotineira de dados acerca de eventos/incidentes (por exemplo notas de alta, notas clínicas) de forma a tentar gerar Indicadores de SD.</li> </ul>

#### 4. Considerações finais

A qualidade e a SD são o coração da prestação de cuidados de saúde. Os profissionais de saúde estão comprometidos com o tratamento e cuidado do doente, e com a excelência na prestação de serviços de saúde (Madden, 2008). No entanto, um pouco por todo o mundo, os sistemas de saúde, têm enfrentado desafios, como o lidar com práticas inseguras, como a contratação de profissionais de saúde que se revelam incompetentes, a má governação dos cuidados de saúde e da prestação de serviços, erros de diagnóstico/tratamento e incumprimento de normas (Madden, 2008).

Dadas as diferenças substanciais nos ambientes de cuidados de saúde, é importante para entender “se”, e “como”, estas influenciam ou alteram as dimensões da CSD, sendo também essencial considerar o contexto em que as ferramentas existentes vão

ser aplicadas (Palacios-Derflinger *et al.*, 2010) e para o qual foram pensadas/criadas, procurando o máximo de similaridades aquando da sua aplicação.

A remoção de culturas culpabilizantes e de barreiras organizacionais obstrutivas, são componentes essenciais para a melhoria da segurança. No entanto, o estado fragmentado e de má qualidade dos métodos de recolha de dados também são grandes obstáculos para a melhoria da SD (Tsang, Aylin e Palmer, 2008). É importante normalizar, pelo menos a nível nacional, permitindo às organizações de saúde o acesso e análise fácil e rotineira dos eventos e incidentes, possibilitando assim um enquadramento acerca da SD e das necessidades remanescentes (Shekelle *et al.*, 2011).

A implementação das medidas de melhoria aqui apresentadas dependerá, em qualquer instituição, de recursos, humanos e económicos, o que, com os cortes orçamentais com que a saúde e a sociedade atualmente se deparam, podem limitar a melhoria da CSD. Por isto mesmo, é necessário medir e avaliar a CSD, definir quais as áreas prioritárias para intervenção, avaliar cuidadosamente a aplicabilidade e viabilidade das soluções, no contexto em causa.

A escolha das medidas de melhoria da CSD deve ser ponderada e equilibrada começando com intervenções de alto impacto mas fáceis de implementar, juntamente com intervenções que promovam a colaboração interprofissional, sempre tendo em vista projetos futuros com o objetivo da melhoria contínua da qualidade (Ranji e Shojania, 2008). No desenvolvimento de estratégias de SD, as atitudes devem ser pró-ativas, preventivas e sistemáticas: admitir que os incidentes de SD acontecem, identificar e gerir os riscos, aprender a minimizar os seus efeitos, prevenir futuras ocorrências e encorajar simultaneamente a comunicação destes incidentes.

## 5. Referências bibliográficas

AHRQ. (2010). Improving Patient Safety in Hospitals : A Resource List for Users of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. *AHRQ*, (11).

AHRQ. (2012). Handoffs and Signouts. *AHRQ Patient Safety Network*, p.9–11. [Online]. Available at: <http://www.psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=9> 23-10-2012.

ARSLVT. (2009). Nos 30 anos do SNS Governação dos hospitais. *Ministério da Saúde*.

Adams-Pizarro, I., Walker, Z., Robinson, J., Kelly, S., Toth, M., Henriksen, K., Battles, J. and Keyes, M. (2008). *Using the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture as an Intervention Tool for Regional Clinical Improvement Collaboratives*. p.1–20. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43728/> [Accessed: 16 October 2012].

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, a. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. and Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344 (mar20 2), p.e1717–e1717. [Online]. Available at: doi:10.1136/bmj.e1717 [Accessed: 24 October 2012].

Allen, S., Chiarella, M. and Homer, C. S. E. (2010). Lessons learned from measuring safety culture: an Australian case study. *Midwifery*, 26 (5), p.497–503. [Online]. Available at: doi:10.1016/j.midw.2010.07.002 [Accessed: 28 February 2012].

Baker, G. R. and Norton, P. (2004). *Patient Safety and Healthcare Error in the Canadian Healthcare System - A Systematic Review and Analysis of Leading Practices in Canada with Reference to Key Initiatives Elsewhere*. [Online]. Available at: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/qual/2001-patient-securit-rev-exam/index-eng.php>.

Benning, A., Dixon-Woods, M., Nwulu, U., Ghaleb, M., Dawson, J., Barber, N., Franklin, B. D., Girling, A., Hemming, K., Carmalt, M., Rudge, G., Naicker, T., Kotecha, A., Derrington, M. C. and Lilford, R. (2011a). Multiple component patient safety intervention in English hospitals: controlled evaluation of second phase. *BMJ*, 342 (feb03 1), p.d199–d199. [Online]. Available at: doi:10.1136/bmj.d199 [Accessed: 16 October 2012].

Benning, A., Dixon-Woods, M., Nwulu, U., Ghaleb, M., Dawson, J., Barber, N., Franklin, B. D., Girling, A., Hemming, K., Carmalt, M., Rudge, G., Naicker, T., Kotecha, A., Derrington, M. C., Lilford, R., Suokas, A. and Choudhury, S. (2011b). Large scale organisational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation. *BMJ*, 342 (feb03 1), p.d195–d195. [Online]. Available at: doi:10.1136/bmj.d195 [Accessed: 16 October 2012].

Botti, M., Bucknall, T. and Cameron, P. (2009). Inter-professional communication and team climate in complex clinical handover situations: issues for patient safety in the private sector. *Report to the Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare*. Melbourne: Deakin University and Monash University. [Online]. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Inter-professional+communication+and+team+climate+in+complex+clinical+handover+situations:+issues+for+patient+safety+in+the+private+sector#0> [Accessed: 27 June 2011].

Brown, S. L., Bogner, M. S., Parmentier, C. M. and Taylor, J. B. (1997). Human error and patient-controlled analgesia pumps. *Journal of intravenous nursing: the official publication of the Intravenous Nurses Society*, 20 (6), p.311–316. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9423393>.

Comissão Europeia. (2010). Recomendação do Conselho Europeu relativa à Segurança dos Doentes. *Jornal Oficial da União Europeia*, p.395–403. [Online]. Available at: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Feur-lex.europa.eu%2FLEXUriServ%2FLEXUriServ.do%3Furi%3DOJ%3AC%3A2010%3A184E%3A0395%3A0403%3APT%3APDF&ei=jRWFUOnvKMXLhAe7g4G4CA&usg=AFQjCNFWojCwzuFEozq9jkOmdFbHJlfnDw>.

Conway, W. and Hawkins, S. (2012). The Henry Ford Health System No Harm Campaign: A Comprehensive Model to Reduce Harm and Save Lives. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38 (7). [Online]. Available at: <http://www.ingentaconnect.com/content/jcaho/jcqs/2012/00000038/00000007/art00006> [Accessed: 27 October 2012].

Cunningham, T. and Geller, E. (2008). Organizational behavior management in health care: applications for large-scale improvements in patient safety. *Advances in Patient Safety: New*

*Directions and alternative approaches*, p.1–17. [Online]. Available at: [https://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol2/Advances-Cunningham\\_11.pdf](https://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol2/Advances-Cunningham_11.pdf) [Accessed: 27 October 2012].

Delmarva Foundation Maryland Patient Safety Center. (2008). Strategies to Improve Handoffs. *AHRQ Health Care Innovations Exchange*, p.2008.

Dingley, C. and Daugherty, K. (2008). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. *Rockville, MD: Agency for ...*, 3, p.21249923. [Online]. Available at: <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/21249923> [Accessed: 26 October 2012].

Diniz, A., Escoval, A., Costa, A. C., Eiras, M., Fernandes, A., Bruno, P. and Gaspar, M. J. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa Amostra de Hospitais Portugueses - Resultados do estudo piloto*. p.0–46.

Droppo, L. (2004). Risk Management and Patient Safety Lessons Learned from the U.K. *Law & Governance*, 8 (2).

ECRI Institute. (2009). Culture of safety. *Healthcare Risk Control*, Supplement (610). [Online]. Available at: <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/4/318.2.short> [Accessed: 16 October 2012].

El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M. and Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC health services research*, 11 (1), BioMed Central Ltd, p.45. [Online]. Available at: doi:10.1186/1472-6963-11-45 [Accessed: 14 February 2012].

Farhan, M., Brown, R., Vincent, C. and Woloshynowych, M. (2011). “The ABC of Handover”: impact on shift handover in the emergency department. *Emergency medicine journal: EMJ*, p.22205783. [Online]. Available at: doi:10.1136/emmermed-2011-200201.

Fleming, M. and Wentzell, N. (2008). Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. *Healthcare Quarterly*, 11. [Online]. Available at: <http://www.longwoods.com/product/download/code/19604> [Accessed: 16 October 2012].

Flemons, W. W. and McRae, G. (2012). Reporting, learning and the culture of safety. *Healthcare quarterly*, 15 Suppl, p.12–17. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22874441>.

Gaal, S., Verstappen, W. and Wensing, M. (2011). What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies? *BMC health services research*, 11 (1), BioMed Central Ltd, p.102. [Online]. Available at: doi:10.1186/1472-6963-11-102 [Accessed: 16 October 2012].

Gandhi, T. and Keating, N. (2008). Improving referral communication using a referral tool within an electronic medical record. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, p.21249931. [Online]. Available at: [http://www.dmagovernment.com/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Gandhi\\_22.pdf](http://www.dmagovernment.com/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Gandhi_22.pdf) [Accessed: 26 October 2012].

Garrett, C. (2008). The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN journal*, 87 (6), p.1191–1204. [Online]. Available at: doi:10.1016/j.aorn.2008.01.022.

González-Formoso, C., Martín-Miguel, M. V., Fernández-Domínguez, M. J., Rial, A., Lago-Deibe, F. I., Ramil-Hermida, L., Pérez-García, M. and Clavería, A. (2011). Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: a randomized trial. *BMC family practice*, 12 (1), BioMed Central Ltd, p.50. [Online]. Available at: doi:10.1186/1471-2296-12-50 [Accessed: 8 October 2012].

Halligan, M. and Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety*, 20 (4), p.338–343. [Online]. Available at: doi:10.1136/bmjqs.2010.040964 [Accessed: 2 January 2012].

- Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N. S. and Vleugels, A. (2010). Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23 (5), p.489–506. [Online]. Available at: doi:10.1108/09526861011050529 [Accessed: 8 October 2012].
- Henriksen, K., Battles, J. B., Keyes, M. A. and Grady, M. L. (2008). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. p.1–456. [Online]. Available at: [http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/Volumen\\_4\\_Technology\\_and\\_Medication\\_Safety.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/Volumen_4_Technology_and_Medication_Safety.pdf) [Accessed: 16 October 2012].
- Hughes, R., Clarke, S. and Donaldson, N. (2008). Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, p.111–136. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2676/> [Accessed: 24 October 2012].
- Jack, B., Greenwald, J. and Forsythe, S. (2008). Developing the tools to administer a comprehensive hospital discharge program: the ReEngineered Discharge (RED) program. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, p.2–3. [Online]. Available at: [http://www.copianos.org/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Jack\\_28.pdf](http://www.copianos.org/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Jack_28.pdf) [Accessed: 26 October 2012].
- Kaestner, R. (2005). Nurse-to-patient ratios. *Health affairs (Project Hope)*, 25 (3), p.882–883. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22708149>.
- King, H., Battles, J. and Baker, D. (2008). TeamSTEPPS: team strategies and tools to enhance performance and patient safety. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*, 3, p.21249942. [Online]. Available at: [http://origin.www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-King\\_1.pdf](http://origin.www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-King_1.pdf) [Accessed: 26 October 2012].
- LaVelle, B. and McLaughlin, J. (2008). Simulation-Based Education Improves Patient Safety in Ambulatory Care. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, p.21249927. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43667/> [Accessed: 26 October 2012].
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., Lawrence, D., Morath, J., O’Leary, D., O’Neill, P., Pinakiewicz, D. and Isaac, T. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality & safety in health care*, 18 (6), p.424–428. [Online]. Available at: doi:10.1136/qshc.2009.036954 [Accessed: 9 October 2012].
- Madden, D. (2008). Building a culture of patient safety. *Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance*. [Online]. Available at: [http://92.52.66.72/assets/files/Presentations/Ireland conference 2010/1 - Deidre Madden \(2\).pdf](http://92.52.66.72/assets/files/Presentations/Ireland%20conference%202010/1%20-%20Deidre%20Madden%20(2).pdf) [Accessed: 16 October 2012].
- Mark, W. and Stanton, M. a. (2004). Hospital nurse staffing and quality of care. *AHRQ*, 58 (2), p.67–74. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22911102>.
- Marx, D. (2001). *Patient safety and the “just culture”: A Primer for Health care executives*. [Online]. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Patient+Safety+and+the+“+Just+Culture+”:+A+Primer+for+Health+Care+Executives#0> [Accessed: 24 October 2012].
- Matic, J., Pm, D. and Salamonson, Y. (2011). Review : bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover . *J Clin Nurs*, 20, p.2011–2012. [Online]. Available at: doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03242.x.
- Meliones, J., Alton, M., Mericle, J., Ballard, R., Cesari, J., Frush, K. and Mistry, K. (2008). 10-Year Experience Integrating Strategic Performance Improvement Initiatives: Can the Balanced Scorecard, Six Sigma®, and Team Training All Thrive in a. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, p.2–3. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43660/> [Accessed: 26 October 2012].

- Mistry, K., Jagers, J., Lodge, A., Alton, M., Mericle, J., Frush, K. and Meliones, J. (2008). Using Six Sigma® methodology to improve handoff communication in high-risk patients. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, p.21249919. [Online]. Available at: [http://123getdomain.com/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Mistry\\_114.pdf](http://123getdomain.com/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Mistry_114.pdf) [Accessed: 24 October 2012].
- Montgomery, V. (2008). Impact of staff-led safety walk rounds. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, p.21249926. [Online]. Available at: [http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Montgomery\\_42.pdf](http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Montgomery_42.pdf) [Accessed: 26 October 2012].
- Mwachofi, A., Walston, S. L. and Al-Omar, B. a. (2011). Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *International journal of health care quality assurance*, 24 (4), p.274–283. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21938973>.
- National Patient Safety Agency. (2004). Seven steps to patient safety. *National Patient Safety Agency*, (August). [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15552432> [Accessed: 16 October 2012].
- Palacios-Derflingher, L., O'Beirne, M., Sterling, P., Zwicker, K., Harding, B. K. and Casebeer, A. (2010). Dimensions of patient safety culture in family practice. *Healthcare quarterly*, 13 Spec No (September), p.121–127. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20959741>.
- Patterson, M. (2008). In situ simulation: Challenges and results. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, p.21249938. [Online]. Available at: [http://www.dmagovernment.com/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Patterson\\_48.pdf](http://www.dmagovernment.com/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Patterson_48.pdf) [Accessed: 26 October 2012].
- Permanente, K. (2010). SBAR technique for communication: A situational briefing model. *Institute for Healthcare Improvement*, 22 (4), p.22–23. [Online]. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:SBAR+Technique+for+Comm+unication+:+A+Situational+Briefing+Model#5> [Accessed: 24 October 2012].
- Perry, S. (2008). High-hanging fruit: improving transitions in health care. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, p.21249917. [Online]. Available at: [http://www.dmagovernment.com/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Perry\\_49.pdf](http://www.dmagovernment.com/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Perry_49.pdf) [Accessed: 26 October 2012].
- Pimenta, L., Morais Almeida, M. and Eiras, M. (Por publicar – submetido em 27 de outubro de 2012). Avaliação da cultura de segurança do doente num hospital português. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*
- Polacinski, É. (2005). Influência da disseminação de informações nos processos de implantação de programas de qualidade total em Instituição Pública de Saúde. *XII SIMPEP*.
- Pronovost, P. (2011). Is quality of care improving in the UK? *BMJ*, 6646 (February), p.2–3. [Online]. Available at: [doi:10.1136/bmj.d195](https://doi.org/10.1136/bmj.d195) [Accessed: 16 October 2012].
- Ranji, S. R. and Shojania, K. G. (2008). Implementing patient safety interventions in your hospital: what to try and what to avoid. *The Medical clinics of North America*, 92 (2), p.275–93, vii–viii. [Online]. Available at: [doi:10.1016/j.mcna.2007.10.007](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2007.10.007) [Accessed: 16 October 2012].
- van Rensen, E. L. J., Groen, E. S. T., Numan, S. C., Smit, M. J., Cremer, O. L., Tates, K. and Kalkman, C. J. (2012). Multitasking during patient handover in the recovery room. *Anesthesia and analgesia*, 115 (5), p.1183–1187. [Online]. Available at: [doi:10.1213/ANE.0b013e31826996a2](https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31826996a2).
- Rich, V. (2008). Creation of a patient safety culture: A nurse executive leadership Imperative. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, p.1–11. [Online]. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Creation+of+a+Patient+Safety+Culture:+A+Nurse+Executive+Leadership+Imperative#0> [Accessed: 16 October 2012].

Sehgal, N., Ranji, S. and Shojania, K. (2008). Development of a Web-Based Patient Safety Resource: AHRQ Patient Safety Network (PSNet). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, p.21249932. [Online]. Available at: [http://162.99.46.13/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Sehgal\\_64.pdf](http://162.99.46.13/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Sehgal_64.pdf) [Accessed: 26 October 2012].

Shea, B. (2004). Top 10 Patient Safety Myths. *Law & Governance*, 8 (2).

Shekelle, P. G. P., Pronovost, P. J., Wachter, R. M., Taylor, S. L., Dy, S. M., Foy, R., Hempel, S., McDonald, K. M., Ovretveit, J., Rubenstein, L. V. and others. (2011). Advancing the science of patient safety. *Annals of internal medicine*, 154 (10), Am Coll Physicians, p.693. [Online]. Available at: [http://s197607105.onlinehome.us/rc/pubs/ca/pdf/Current\\_Awareness\\_2011\\_06\\_02.pdf](http://s197607105.onlinehome.us/rc/pubs/ca/pdf/Current_Awareness_2011_06_02.pdf) [Accessed: 28 February 2012].

Silow-Carroll, S. (2007). Hospital quality improvement: Strategies and lessons from US hospitals. *The Commonwealth Fund*, (1009). [Online]. Available at: [http://web01.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund\\_Report/2007/Apr/Hospital Quality Improvement Strategies and Lessons From U S Hospitals/Silow Carroll\\_hosp\\_quality\\_improve\\_strategies\\_lessons\\_1009.pdf](http://web01.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund_Report/2007/Apr/Hospital_Quality_Improvement_Strategies_and_Lessons_From_US_Hospitals/Silow_Carroll_hosp_quality_improve_strategies_lessons_1009.pdf) [Accessed: 16 October 2012].

Singh, R., Roberts, A. C., Singh, A., Heider, A. R., Norris, T., Porreca, D. and Singh, G. (2011). Improving transitions in inpatient and outpatient care using a paper or web-based journal. *JRSM short reports*, 2 (2), p.6. [Online]. Available at: doi:10.1258/shorts.2010.010112 [Accessed: 16 October 2012].

Sorra, J. and Nieva, V. (2004). Hospital survey on patient safety culture. *AHRQ*. [Online]. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Hospital+Survey+on+Patient+Safety+Culture#0> [Accessed: 8 October 2012].

Stead, K., Kumar, S., Schultz, T. J., Tiver, S., Pirone, C. J., Adams, R. J. and Wareham, C. A. (2009). Teams communicating through STEPPS. *Med J Aust*, 190 (11 Suppl), p.S128–S132. [Online]. Available at: [http://www.mja.com.au/public/issues/190\\_11\\_010609/ste11186\\_fm.pdf](http://www.mja.com.au/public/issues/190_11_010609/ste11186_fm.pdf) [Accessed: 27 June 2011].

Stevens, P., Matlow, A. and Laxer, R. (2005). Building from the Blueprint for Patient Safety at the Hospital for Sick Children. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 8 Spec No (October), p.132–139. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16334087>.

Sujan, M. a. (2012). A novel tool for organisational learning and its impact on safety culture in a hospital dispensary. *Reliability Engineering & System Safety*, 101, p.21–34. [Online]. Available at: doi:10.1016/j.res.2011.12.021 [Accessed: 28 February 2012].

Tiessen, B. (2008). On the journey to a culture of patient safety. *Healthcare quarterly*, 11 (4), p.58–63. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20104042>.

Tsang, C., Aylin, P. and Palmer, W. (2008). *Patient safety indicators: A systematic review of the literature*. 44 (October). [Online]. Available at: [https://wwwfom.sk.med.imperial.ac.uk/resources/9B4C6C3C-95D7-4FC4-B030-F8595841C3E0/psi\\_report\\_v21.pdf](https://wwwfom.sk.med.imperial.ac.uk/resources/9B4C6C3C-95D7-4FC4-B030-F8595841C3E0/psi_report_v21.pdf) [Accessed: 16 October 2012].

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. (2007). Communication during patient hand-overs. *Patient Safety Solutions*, 1 (May). [Online]. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Communication+During+Patient+Hand-Overs#0> [Accessed: 24 October 2012].

Walston, S. L., Al-Omar, B. a and Al-Mutari, F. a. (2010). Factors affecting the climate of hospital patient safety: a study of hospitals in Saudi Arabia. *International journal of health care quality assurance*, 23 (1), p.35–50. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21387862>.

Warburton, R. N. (2009). Improving patient safety: an economic perspective on the role of nurses. *Journal of nursing management*, 17 (2), p.223–229. [Online]. Available at: doi:10.1111/j.1365-2834.2009.00992.x.

Webster, J., King, H., Toomey, L., Salisbury, M., Powell, S., Craft, B., Baker, D. and Salas, E. (2008). *Understanding Quality and Safety Problems in the Ambulatory Environment: Seeking Improvement With Promising Teamwork Tools and Strategies*. 3, p.21249939. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43683/> [Accessed: 26 October 2012].

Woods, D. M., Holl, J. L., Angst, D., Echiverri, S. C., Johnson, D., Soglin, D. F., Srinivasan, G., Barnathan, J., Amsden, L., Lamkin, L. and Weiss, K. B. (2008). Improving Clinical Communication and Patient Safety: Clinician-Recommended Solutions. In: *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3 (Md), p.1–7. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43654/> [Accessed: 26 October 2012].

World Health Organization. (2011). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. *World Health Organization*. [Online]. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Conceptual+framework+for+the+international+classification+for+patient+safety#0> [Accessed: 8 October 2012].

Zimmerman, R., Ip, I., Christoffersen, E. and Shaver, J. (2008). Developing a patient safety plan. *Healthcare quarterly*, 11 (3 Spec No.), p.26–30. [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22547396>.



## Conclusão

A SD é uma temática que necessita de amadurecer e, o conhecimento das práticas corretas a implementar, ou a determinação que os eventos adversos evitáveis são suficientemente importantes para merecer divulgação pública, depende da robustez da evidência de pesquisa. Tal como acontece com todas as indústrias ou atividades de alto risco, devemos pesar os custos das intervenções de segurança em Medicina considerando sempre os benefícios.

Sem pesquisas de alta qualidade, sem valorização do contexto, ou sem padrões de relatórios que permitam que todas as partes interessadas determinem a aplicabilidade dos resultados do estudo para as suas próprias necessidades, há um risco substancial de que os resultados da investigação sejam mal interpretados e aplicados.

As avaliações da cultura de segurança são preciosas no trajeto que as organizações percorrem no sentido da melhoria contínua, incluindo da qualidade. O presente trabalho constitui apenas um primeiro passo, contando-se prolongar este tipo de investigação e, desejavelmente, poder avaliar o efeito na cultura de segurança da instituição, após implementação de algumas das medidas sugeridas.



## Referências bibliográficas

ARSLVT. 2009. "Nos 30 anos do SNS Governação dos hospitais." *Ministério da Saúde*.

DGS. n.d. "Departamento da Qualidade na saúde: Uma cultura de melhoria contínua da qualidade." Retrieved (<http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>).

Kristensen, FB, and PB Poulsen. 2007. "Health technology assessment handbook." *Health Technology Assessment*. Retrieved February 28, 2012 (<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Health+technology+assessment+Handbook#1>).



## Anexos

# Anexo 1 – Comprovativo da submissão do artigo “Avaliação da cultura de segurança do doente de um hospital português” à Revista Portuguesa de Saúde Pública

Gmail - Submission Confirmation

Page 1 of 1



Lara Pimenta <larapimenta@gmail.com>

## Submission Confirmation

Revista Portuguesa de Saúde Pública <isabel.andrade@ensp.unl.pt>

27 de Outubro de 2012  
20:42

Para larapimenta@gmail.com

Dear Mrs Lara Pimenta,

We have received your article "Avaliação da cultura de segurança do doente num hospital português" for consideration for publication in Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Your manuscript will be given a reference number once an editor has been assigned.

To track the status of your paper, please do the following:

1. Go to this URL: <http://ees.elsevier.com/rpsp/>

2. Enter these login details:

Your username is: [REDACTED]

Your password is: [REDACTED]

3. Click [Author Login]

This takes you to the Author Main Menu.

4. Click [Submissions Being Processed]

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Elsevier Editorial System  
Revista Portuguesa de Saúde Pública

\*\*\*\*\*  
Please note that the editorial process varies considerably from journal to journal. To view a sample editorial process, please click here:  
[http://ees.elsevier.com/eeshelp/sample\\_editorial\\_process.pdf](http://ees.elsevier.com/eeshelp/sample_editorial_process.pdf)

For further assistance, please visit our customer support site at  
<http://help.elsevier.com/app/answers/list/p/7923>. Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions and learn more about EES via interactive tutorials. You will also find our 24/7 support contact details should you need any further assistance from one of our customer support representatives.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=1d112acc5d&view=pt&search=inbox&m...> 27-10-2012

## Anexo 2 - Resposta da Administração da Instituição ao pedido de autorização para realização do estudo e respetiva distribuição do questionário

Gmail - Questionário da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Page 1 of 1



Lara Pimenta <larapimenta@gmail.com>

### Questionário da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Isabel Ribeiro Santos <Isabel.Santos@jmellosaude.pt> 15 de Fevereiro de 2012 17:16

Para larapimenta@gmail.com

Cc: Mário Morais Almeida <Mario.m.Almeida@jmellosaude.pt>, Ana Paula Araujo <Ana.Araujo@jmellosaude.pt>, Jorge Draper Mineiro <Jorge.Mineiro@jmellosaude.pt>, Ana Maria Neto <Ana.Neto@jmellosaude.pt>, Joao Paulo Fernandes <joao.fernandes@jmellosaude.pt>

Boa tarde Lara

Na sequência da nossa conversa telefónica, venho por este meio formalizar a autorização da nossa Administradora Delegada, Sra. Dra. Maria João de Mello para a aplicação do questionário da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional que julgue oportuno,

Cumprimentos

Isabel Santos – Isabel.santos@jmellosaude.pt

Secretária Administração – Hospital CUF Descobertas – José de Mello Saúde  
Rua Mário Botas – Parque das Nações, Piso 7 - 1998-018 Lisboa  
Tel.: 351 210 025 658 – Fax: 351 210 025 224 – www.saudecuf.pt

 Questionário da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).pdf  
1810K

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=1d112acc5d&view=pt&q=seguran%C3%...> 22-10-2012

**Anexo 3 - Resposta da Direção assistencial da Instituição ao pedido de autorização para realização do estudo e respetiva distribuição do questionário**

Aprovado pela Direção  
Assistencial.



07.03.2012

Exmo. Sr. Enfermeiro Carlos Costa,

Digníssimo Enfermeiro Diretor do Hospital CUF Descobertas,

Vimos por este meio solicitar a superior autorização para aplicação do questionário da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), o qual se dirige à avaliação da cultura de segurança nas unidades de saúde e à área de gestão de risco em instituições de saúde. A sua aplicação está integrada no projeto de mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, no qual a técnica Lara Cristina Pimenta, funcionária do Laboratório de Função Respiratória do Hospital CUF Descobertas, é discente.

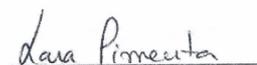
Este projeto de mestrado obteve desde já a concordância da Sra. Enfermeira Ana Paula Araújo, gestora de risco, e que integrará a equipa de investigação, parecendo-nos ser esta uma mais-valia para amplificar a cultura de segurança na instituição.

Com maior estima e consideração,

Lisboa, 8 de fevereiro 2012



Mário Morais de Almeida



Lara Pimenta

C/C: Sr. Diretor Clínico Professor Doutor Jorge Mineiro, Sra. Diretora de Produção Dra. Carla Lavadinho e Sra. Administradora Delegada Dra. Maria João Mello.

## **Anexo 4 - Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), traduzido para português**

### **- Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais -**

A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Com este questionário pretendemos conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente, o erro clínico e a notificação de eventos/ocorrências neste Hospital. Com a sua participação irá contribuir para um estudo desenvolvido no âmbito do Mestrado de Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Todos os dados constantes deste questionário serão inseridos num ficheiro informático da responsabilidade da investigadora.

Um "**evento/ocorrência**" é definido como qualquer desvio à prestação habitual de cuidados que causa um dano ou representa um risco de dano ao doente. Inclui erros, eventos adversos evitáveis e perigos (WHO,2005).

A "**segurança do doente**" é evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou danos que têm origem nos processos de cuidados de saúde. Estes eventos incluem "erros", "desvios" e "acidentes" (Cooper *et al.*, 2000).

A "**cultura de segurança**" é definida como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, e modelos de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança de uma organização e o seu estilo e proficiência (ACSNi, 1993).

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder.

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

### **SECÇÃO A: O seu Serviço/Unidade de trabalho**

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

Utilize para isso a escala indicada:

**1 - Discordo fortemente**

**2 - Discordo**

**3 - Não concordo nem discordo**

**4 - Concordo**

**5 - Concordo fortemente**

1. Neste Serviço/Unidade os profissionais entreadjudam-se
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido
3. Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer
4. Neste Serviço/Unidade as pessoas tratam-se com respeito
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados

6. Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles
9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/Unidade
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente
14. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal
17. Neste Serviço/Unidade temos problemas com a segurança do doente
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer

### **SECÇÃO B: O seu superior hierárquico**

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico. Utilize para isso a escala indicada:

- 1 - Discordo fortemente**
- 2 - Discordo**
- 3 - Não concordo nem discordo**
- 4 - Concordo**
- 5 - Concordo fortemente**

1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos
2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente.

### **SECÇÃO C: Comunicações**

Com que frequência acontece este tipo de situações no Serviço/unidade onde trabalha? Para responder utilize a escala indicada:

- 1 - Nunca**
- 2 - Raramente**
- 3 - Por vezes**
- 4 - A maioria das vezes**
- 5 - Sempre**

1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos

5. Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo

#### **SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos/ocorrências**

No Serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados?

Para responder utilize a escala indicada:

- 1 - Nunca**
- 2 - Raramente**
- 3 - Por vezes**
- 4 - A maioria das vezes**
- 5 - Sempre**

1. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?
2. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?
3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?

#### **SECÇÃO E: Grau de segurança do doente**

Por favor atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas **uma resposta**)

- Excelente
- Muito Boa
- Aceitável
- Fraca
- Muito Fraca

#### **SECÇÃO F: O seu Hospital**

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu Hospital. Utilize para isso a escala indicada:

- 1 - Discordo fortemente**
- 2 - Discordo**
- 3 - Não concordo nem discordo**
- 4 - Concordo**
- 5 - Concordo fortemente**

1. A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente
2. Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro
4. Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital
8. As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades
9. A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade
10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente

#### **SECÇÃO G: Número de eventos/ocorrências notificadas**

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou?  
(Escolha apenas **UMA resposta**)

Nenhum

1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências

3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências

6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências

11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências

21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências

#### **SECÇÃO H: Identificação**

##### **1 - Sexo:**

Feminino

Masculino

##### **2 - Idade:**

< 30 anos

30 a 34 anos

35 a 39 anos

40 a 44 anos  
45 ou mais anos

**3 - Alguma vez tinha respondido a este questionário?**

Sim  
Não

**4 - O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado?**

Sim  
Não

**5 –No âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contacto direto com doentes?**

- a. SIM, usualmente interajo ou contacto diretamente com doentes.
- b. NÃO, usualmente não interajo ou contacto diretamente com doentes.

**6 - Profissão:**

Assistente operacional  
Assistente técnico  
Enfermeiro  
Farmacêutico  
Médico  
Psicólogo  
Técnico de diagnóstico e terapêutica  
Técnico superior  
Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**7 - Experiência no serviço/unidade:**

< 6 meses  
6 a 11 meses  
1 a 2 anos  
3 a 7 anos  
8 a 12 anos  
13 a 20 anos  
21 ou mais anos

**8 - Experiência na Instituição:**

< 6 meses

6 a 11 meses

1 a 2 anos

3 a 7 anos

8 a 12 anos

13 a 20 anos

21 ou mais anos

**9 – Unidade Funcional:**

Internamento

Consultas

Exames/tratamentos

Atendimento permanente

Bloco Operatório

Serviços de apoio

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu Hospital.

***Muito obrigado pela sua participação!***