

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Dedicatória

Este trabalho é dedicado a todos os que procuram os cuidados de saúde primários, confiam a sua vida e a dos seus familiares, aos profissionais de saúde ao longo da sua vida.

Agradecimento

Aos que me inspiraram na pessoa na Professora Doutora Margarida Eiras

Aos que me concederam a oportunidade: Diretor Geral da DGS:Drº Francisco George, Diretora do Departamento de Qualidade em Saúde Drª Anabela Coelho, Técnica Superior Drª Maria João eEnfª Carla Guerreiro.

Aos que me apoiaram: Conselho de Administração da ULSG; Gabinete da Qualidade; Gabinete de Informática e Comissão de Ética.

Aos que me orientaram: Professor Doutor Daniel Silva e Professora Doutora Odete Amaral um muito obrigada pelas horas de trabalho, orientação e luta.

Aos que contribuíram para a minha boa saúde mental: os meus colegas, obrigada pela boa disposição, camaradagem.

Aos meus alicerces: a minha família que sempre acreditou, mesmo nos momentos em que eu não.

A todos os profissionais que dispuseram do seu tempo para a concretização deste estudo.

A todos muito obrigada!

Resumo

Enquadramento: A segurança do doente é a chave da qualidade dos cuidados, sem segurança não existe qualidade. As organizações de saúde devem, por isso, desenvolver uma cultura organizacional assente na segurança do doente.

Objetivos: Caracterizar a cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários da Unidade Local de Saúde da Guarda e identificar as áreas a melhorar.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal descritivo aplicando-se um questionário online constituído por duas partes: caracterização sociodemográfica e profissional e a escala de “Avaliação da cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários”. Numa população de 411 profissionais houve uma taxa de adesão de 16,8% tendo, esta amostra, contribuído para a validação da escala supracitada para a população portuguesa, num estudo realizado pela Direção Geral da Saúde. A maioria da amostra desempenhava funções em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (68%) tendo sido a classe etária dos 46 aos 55 anos a mais participativa (35%). Para o tratamento estatístico recorreu-se ao SPSS® Versão 23.

Resultados: Distinguiram-se seis áreas com necessidade de melhoria sendo as mais emergentes: “pressão e ritmo de trabalho” (20%) e “apoio pela gestão de topo” (28%). As dimensões “gestão e troca de informação” com 84% e “qualidade e segurança do doente” com 77% representaram as áreas fortes da cultura de segurança do doente. Também a avaliação geral sobre a qualidade e a segurança do doente manifestam necessidade de melhoria.

Conclusões: Os resultados e a taxa de adesão denunciaram a necessidade de desenvolvimento de ações promotoras de uma cultura de segurança do doente.

Palavras chave: Segurança do doente; cultura; cuidados de saúde primários

Abstract

Background: The patient safety is the key to care quality, without security there is no quality. Health organizations must therefore develop an organizational culture based on patient safety.

Objectives: To characterize the patient safety culture in primary health care of the Unidade Local de Saúde da Guarda and identify improvement areas.

Methods: We conducted a cross sectional study applying an online questionnaire which is consisted of two parts: sociodemographic and professional description and the scale "Avaliação da cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários". In a population of 411 professionals there was an adherence rate of 16,8% having this sample, contributed to validate the above scale for the portuguese population, on one study conducted by the Direção Geral da Saúde. The majority of the sample worked in Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (68%) being the most participatory in the age group of 46 to 55 years (35%). The statistical analysis was done by using the SPSS version 23.

Results: It was been distinguished six areas in need of improvement being the most emerging "pressure and pace of work" (20%) and "support by top management" (28%). The dimensions "management and exchange of information" with 84% and "quality and patient safety" with 77% represented the strongest areas of patient safety culture. Also the overall assessment of the quality and patient safety manifested need for improvement.

Conclusions: The results and the adherence rate denounced the need of develop promoting actions of a patient safety culture.

Keywords: Patient Safety; culture; Primary Health Care

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	13
Lista de Gráficos	15
Lista de Abreviaturas e Siglas	17
Símbolos	22
Introdução	21
1ª PARTE -Enquadramento Teórico	25
1. Segurança do Doente	27
2. Cultura de Segurança do Doente	35
2ª PARTE– Estudo Empírico	43
3. Metodologia	45
3.1 Métodos	45
3.2 Participantes	46
3.3 Instrumento de Colheita de Dados	48
3.4 Procedimentos	53
3.5 Análise dos Dados	54
4. Resultados	55
4.1 Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários	55
5. Discussão dos resultados	67
6. Conclusão	73
Lista de referências	77
Anexo I – Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários	84
Anexo II – Pedido de Autorização de Aplicação dos Questionários	92
Anexo III – Resposta Institucional ao Pedido de Autorização para Aplicação do Questionário	94
Anexo IV – Pedido de Autorização para Tratamento dos Dados	96
Anexo V – Autorização da Comissão de Ética e Institucional para o Tratamento dos Dados	100

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	48
Tabela 2 –Dimensões e itens relativos à escala de avaliação da cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários	50
Tabela 3 – Tipo de respostas aos itens da escala de avaliação da cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários	52

Lista de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 – Percentagens de respostas relativas ao trabalho em equipa	55
Gráfico 2 – Percentagens de respostas relativas ao seguimento do doente	56
Gráfico 3 – Percentagens de respostas relativas à aprendizagem organizacional	57
Gráfico 4 – Percentagens de respostas relativas às perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente	57
Gráfico 5 – Percentagens de respostas relativas à formação e treino profissional	58
Gráfico 6 – Percentagens de respostas relativas ao apoio pela gestão de topo	59
Gráfico 7 – Percentagens de respostas relativas à comunicação acerca do erro	59
Gráfico 8 – Percentagens de respostas relativas à abertura na comunicação	60
Gráfico 9 – Percentagens de respostas relativas aos processos administrativos e uniformização de procedimentos	61
Gráfico 10 – Percentagens de respostas relativas à pressão e ritmo de trabalho	61
Gráfico 11 – Percentagens de respostas relativas à qualidade e segurança do doente	63
Gráfico 12 – Percentagens de respostas relativas à gestão e troca de informação	64
Gráfico 13 – Classificação geral sobre a qualidade	65
Gráfico 14 – Classificação geral da segurança do doente	65

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

CISD – Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente

cit. – citado

CS – Cultura de segurança

CSD – Cultura de segurança do doente

CSP – Cuidados de saúde primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EA – Evento adverso

HSOPSC – Hospital Survey on Patient Safety Culture

MOSPSC – Medical Office Survey on Patient Safety Culture

OMS – Organização Mundial da Saúde

Pág. - página

p. – página

PNS – Plano Nacional de Saúde

s.p. – sem página

SD – Segurança do doente

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSF – Unidade de Cuidados de Saúde Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda

Símbolos

% = percentagem

® =marca registada

Introdução

Nas últimas décadas o interesse pela temática da cultura de segurança do doente (CSD) foi aumentando, tornando-se uma questão fulcral nas agendas de vários países. A CSD foi consagrada como uma prioridade desde 2000/2003 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e em 2004 pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, e tem como objetivo facilitar o desenvolvimento de práticas e políticas de segurança do doente (SD) a nível mundial (Ribas, 2010; WHO, 2003).

Segundo Mendes e Barroso (2013, p.198), estas questões

têm assumido uma crescente preocupação para as organizações de saúde, para os decisores políticos, para os profissionais de saúde, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível, como para os utentes e suas famílias que desejam sentir-se confiantes e seguros

O conceito de SD implica que os prestadores de cuidados de saúde assegurem permanentemente que os tratamentos e intervenções que prestam aos seus doentes não lhes causem danos, lesões ou complicações, além dos consequentes à evolução natural da própria doença e/ou tratamento. Desta forma, podemos referir que as questões relacionadas com a SD são a chave da qualidade dos cuidados de saúde. A SD foi então estabelecida como uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, tornando-se imperativa a avaliação da CSD nas instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários (CSP), permitindo direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas (Portugal, MS, DGS, 2015a).

Os CSP, enquanto instituições de prestação de cuidados ao cidadão, devem ser alvo desta avaliação realizada ao nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), oferecendo resposta às indicações da OMS e do Conselho da União Europeia que recomendam:

aos Estados Membros a avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente, como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança

e qualidade nos cuidados prestados aos doentes, designadamente a não cingirem as iniciativas da segurança do doente às entidades hospitalares (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2015c, p.2).

Assim a justificação deste relatório final prendeu-se pelo seguimento das prioridades estabelecidas pela OMS e Direção-Geral da Saúde (DGS) e consequentemente pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2015-2020- aumentar a cultura de segurança (CS) do ambiente interno que integra como objetivo estratégico a participação na avaliação da cultura de segurança nos doentes de CSPem 2015 (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Para tal foi solicitada a integração da população da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG) no estudo piloto realizado em paralelo nos ACES de Lisboa e Alentejo e da responsabilidade da Direção Geral da Saúde (DGS). Após parecer favorável, definimos como questão geral de investigação: Qual a cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários integrados na Unidade Local de Saúde da Guarda? Como objetivos estabelecemos - conhecer a cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários da Unidade Local de Saúde da Guarda e identificar áreas de melhoria. Para tal foi realizada uma pesquisa bibliográfica relativamente aos estudos nacionais e internacionais, com o título e resumo relacionados com a SD e CSD, livros de referência, documentos técnico-científicos nacionais e internacionais. A pesquisa foi limitada à língua portuguesa e inglesa.

Realizámos um estudo transversal descritivo com a variável dependente “cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários”. Os dados foram recolhidos através de um questionário autorrespondido “online” dividido em duas partes – a primeira referente à caracterização sociodemográfica e profissional e a segunda para avaliar a CSD pela escala “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cuidados Primários” - disponibilizado pela DGS. Esta escala foi construída com base no “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” (MOSPSC) da Agency for Healthcare Research and Quality’s (AHRQ). A realização deste estudo contribuiu, com a sua amostra, para a validação da escala para a população portuguesa, permitindo a sua aplicação na avaliação da CSD em CSP.

Estruturalmente, a presente investigação engloba duas partes. A primeira parte dedicada ao enquadramento teórico é constituída por dois capítulos e tem por base a pesquisa efetuada na literatura. A segunda parte do estudo é referente ao processo de investigação empírica - conceptualização do estudo, amostra, instrumento de recolha de dados,

variáveis, procedimentos formais e éticos, análise estatística e por fim apresentam-se os resultados e sua discussão finalizando com a conclusão.

Para o tratamento estatístico recorreu-se ao programa informático IBM® SPSS® Statistics Versão 23.

No corpo do trabalho, e para uniformização da linguagem, adotou-se a Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD), por ser aceite internacionalmente facilitandoos “investigadores na compreensão mútua dos trabalhos e na recolha sistemática, agregação e análise de informação relevante” (Portugal, MS, DGS, 2011, p. 13).

1ª PARTE -Enquadramento Teórico

1. Segurança do Doente

A noção de “valor em saúde”, pela sua complexidade, é hoje objeto de análise e compreensão. Em diversas áreas entende-se o ‘valor’ como o ganho que se obtém face ao investimento feito, contudo, a definição de ‘valor em saúde’ não é, nem pode ser, tão linear. Deve ser diminuída a importância da redução de despesas em saúde em detrimento da redução de desperdícios, proporcionando o aumento do valor ao dinheiro que gastamos em saúde ou seja, “obter mais qualidade pelo mesmo dinheiro” (Campos, 2010, p. 13). O próprio conceito de saúde tem sofrido constantes alterações. No PNS é abordada esta questão salientando que “a maior parte da população sofre de alguma doença, mas enquanto as pessoas conseguem prosseguir na obtenção dos seus objetivos vitais, basicamente consideram-se saudáveis” (Campos, Saturno & Carneiro, 2010, p.11). Justificando assim, a adoção da definição de saúde como sendo um “estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal” (Bircher, 2005, cit. por Campos, Saturno & Carneiro, 2010, p.11).

Sendo o dever dos profissionais de saúde garantir os cuidados de saúde, também o direito à qualidade na assistência foi enunciado num parecer do Comité Social e Económico Europeu em 2008 ao prever o “direito à prevenção e à segurança da assistência médica” (Comité Económico e Social Europeu, 2008, p.70). Isto vai de encontro aos objetivos dos doentes que “pretendem que o sistema de saúde seja organizado em função das pessoas e esteja ao seu serviço” (*Idem*, 2008, p.70).

Identificada como um dos quatro eixos estratégicos pelo PNS, a qualidade em saúde foi definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno et. al., 1990, cit. por Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2015a, p. 16), implicando, ainda, “a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (Portugal, MS, DGS, 2015a, p. 16). No entanto, compreende-se que a qualidade em saúde deve ser “entendida como o produto final de uma cadeia, rede de trabalho, onde atuam diversos prestadores, com diversos níveis de formação, mas em que todos eles contribuem para o

resultado final” devendo ser, por isso, considerados os fatores de ordem social, ética, profissional e económica (Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008, s.p.). Portanto, e segundo a CISD a “Qualidade em Saúde” é entendida como o grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e consistentes com o conhecimento profissional” (Portugal, MS, DGS, 2011, p. 23).

Assim, “melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas” (Portugal, MS, DGS, 2015a, p. 16).

Estes e outros conceitos foram considerados também por Campos et al. como fatores influenciadores da qualidade em saúde:

- Efetividade: “é o grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados”;
- Eficiência “é o grau em que os objetivos são atingidos através da minimização da utilização de recursos”;
- Acesso “inexistência de barreiras económicas, administrativas, geográficas ou culturais para a obtenção dos cuidados necessários”;
- Segurança “ausência de dano não necessário real ou potencial, provocado pelos cuidados de saúde”;
- Equidade “prestação de cuidados aos doentes de acordo com as suas necessidades sem discriminação pelo seu sexo, idade, nível económico, situação geográfica ou outras”;
- Adequação “grau de conformidade dos cuidados prestados às necessidades dos doentes de acordo com o estado da arte”;
- Oportunidade “possibilidade do doente receber os cuidados que necessita de acordo com o tempo clinicamente aceitável para a sua condição”;

- Cuidados centrados no doente “garante que as decisões relacionadas com a prestação e a organização de cuidados têm como principal critério o interesse dos doentes, as suas expectativas, preferências e valores”;
- Continuidade “garantia de que não há interrupções no processo de cuidados do doente entre diferentes níveis”;
- Respeito “forma como os profissionais de saúde correspondem aos direitos dos doentes de acordo com a sua identidade” (Campos et al., 2010, p.22);

A evidência de que a segurança é uma das principais dimensões da qualidade fez merecer uma atenção redobrada sobre a temática tanto por parte dos doentes e familiares, como por parte dos profissionais que pretendem a prestação de “cuidados seguros, efetivos e eficientes” (Portugal, MS, DGS, 2014a, s.p.). ASD é entendida como a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (Portugal, MS, DGS, 2011, p. 14, 15) sendo que “um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (*Idem*, 2011, p. 14, 15). Assim, não se procura que haja mais oferta mas sim que a existente tenha a capacidade de reduzir a procura através da eficácia e eficiência dos cuidados prestados ao doente (*Idem*, 2011).

Segundo a CISD, doente é:

peessoa que recebe os cuidados de saúde, em si definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde. São referidos como doentes ao invés de clientes, utentes ou consumidores, apesar de ser reconhecido que beneficiários como uma grávida saudável ou uma criança submetida a imunização não podem ser considerados, ou considerarem-se, como doentes. Cuidados de Saúde incluem o autocuidado (Portugal, MS, DGS, 2011, p. 14).

Quando falamos em SD impõe-se, ainda, a definição de alguns conceitos:

- Incidente de segurança do doente: “evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário ao doente”;
- Ocorrência comunicável: “situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente”;
- Quase evento: “incidente que não alcançou o doente”;

- Evento sem danos: “incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis”;
- Infração: “desvio deliberado de um procedimento operacional, norma ou regra”;
- Erro: “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano” (Portugal, MS, DGS, 2011, p. 21);
- Incidente com dano ou evento adverso (EA): “incidente que resulta em danos para o doente” (Portugal, MS, DGS, 2011, p. 22);

Importa referir que os EA podem ser agrupados em ocorrências relacionadas com o profissional (designadamente as quedas do doente, a infeção hospitalar, as úlceras de pressão, erros de administração de medicamentos...), com os procedimentos (quando os mesmos não são corretamente planeados) e/ou com o sistema (dependem de fatores institucionais, organizacionais e dos recursos materiais e equipamentos disponíveis) podendo estar associados ao aumento do tempo de internamento por influenciar a evolução do estado de saúde do doente (Marcelo et al., 2014).

Ao perceberem que os erros são causados mais comumente por falhas do sistema, processos e condições que levam as pessoas a cometer erros ou, a não prevêê-los, o *Institute of Medicine* defende a sua prevenção desenhando um sistema seguro que dificulte a ocorrência de erros e facilite os procedimentos corretos, sem negligenciar a responsabilização de cada profissional (Institute of Medicine, 1999). No entanto, esta responsabilização não significa que quando ocorre um erro se objetive a procura do culpado, mas sim que se definam e estabeleçam estratégias para que este não volte a ocorrer (*Idem*, 1999).

Portanto, a amplitude da SD é mais do que a abordagem centrada no erro e deve ser vista numa perspetiva circunstancial em detrimento da perspetiva de culpabilização onde só

a opção entre o “risco” e a “culpa” que é colocada, remetendo a abordagem centrada na culpa exclusivamente para o prestador de cuidados por oposição à perspetiva prevencionista que se centra no doente e nas condições em que esses cuidados lhes são prestados (incluindo o prestador) (Uva et al. 2014, p. 5).

Todos os profissionais evitam cometer erros, pelo que a estratégia de punição, quando estes ocorrem, dificilmente pode ser considerada para o fortalecimento da SD (Wallis, & Dovey, 2011). Contudo, não invalida o seguimento litigioso caso haja suspeita de ato

criminoso. Então, o erro deve ser considerado, em simultâneo, com o fator contribuinte, ou seja, com a “circunstância, ação ou influência (...) que se pensa ter desempenhado um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente, ou aumentar o risco de acontecer um incidente”(Portugal, MS, DGS, 2011, p.15). Estes fatores podem ser classificados como: externos: “fora do controlo da estrutura ou organização” ou organizacionais: relacionados com os profissionais ou com os doentes (*Ibidem*, 2011, p.15). Reconhecemos que as alterações socioeconómicas, mudanças nas condições de trabalho (doentes mais complexos, a dotação de profissionais inferior ao espectável, a permanente evolução tecnológica), associada a um nível de exigência cada vez maior dos doentes, pode diminuir a SD pelo conseqüente aumento do risco de ocorrência de EA.

As falhas ao nível da SD podem ter diversas implicações, entre as quais: a perda de confiança por parte dos profissionais e dos doentes nas organizações de saúde; o aumento dos custos sociais e económicos e a redução da possibilidade de alcançar os resultados (*outcomes*) esperados/desejados, com conseqüências diretas na qualidade dos cuidados prestados. É por isto que a prevenção dos eventos adversos deva ser “maior na atualidade e que, por isso, é emergente que se lhe dedique muito mais atenção (e recursos)” (Uva et al., 2013, p. 5).

Efetivamente a SD é considerada mundialmente uma questão atual e de futura preocupação por questões éticas, legais e financeiras, pois milhões de doentes sofrem anualmente EA que originam invalidez, lesões ou morte advindos dos cuidados de saúde (World Health Organization, [WHO], 2009). Estima-se que a ocorrência de efeitos indesejados em doentes sujeitos a cuidados de saúde esteja entre 10 a 15%; dos quais cerca de metade têm conseqüências significativas podendo até resultar em morte (Uva, Sousa, & Serranheira, 2013). Contudo, os mesmos autores mencionam que cerca de metade a dois terços dos eventos adversos são preveníveis.

Com a publicação do relatório “To err is human” pelo Institute of Medicine em Setembro de 1999, que a SD se tornou uma das principais preocupações das organizações internacionais merecendo destaque nas políticas de saúde (Costa, 2011). Neste relatório divulgou-se a situação de falta de segurança nos cuidados de saúde, no caso particular dos Estados Unidos da América, declarando que 44.000 pessoas e talvez 98.000 morriam anualmente nos hospitais em resultado de erros médicos que poderiam ter sido prevenidos (Institute of Medicine, 1999). Estes erros, para além dos danos inestimáveis das vidas humanas, inflacionaram os gastos aproximadamente entre 17 biliões a 29 biliões de dólares, degradando a satisfação e a confiança dos doentes e profissionais no sistema de saúde

(*Ibidem*, 1999). O dano associado aos cuidados de saúde “é o dano resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente” (Portugal, MS, DGS, 2011, p.15). Em Portugal Continental, só no triénio de 2008-2010, foram pedidos 26.013.826,16 euros de indemnizações em resultado de ações judiciais decorrentes de alegada assistência médica deficiente (Portugal, Ministério da Saúde, Inspeção Geral das Atividades em Saúde [Portugal, MS, IGAS], 2010).

Constata-se então, que a importância da SD não é só admitida pelos indivíduos envolvidos nos trâmites da qualidade em saúde ou na gestão das organizações de saúde, mas também pelos doentes que valorizam cada vez mais o erro, as circunstâncias que o envolvem e o seu impacto (Uva et al. 2014).

As organizações de saúde (cujo principal objetivo é a aposta na prestação de cuidados de qualidade para os doentes e famílias que desejam sentir confiança, segurança e respeito) começaram por fim a notar que a existência de incidentes causadores de dano implicam custos avultados e que a SD é a chave da qualidade dos cuidados de saúde, começando por isso a importar-se com as questões relacionadas com a SD (Portugal, MS, DGS, 2011; Mendes & Barroso, 2014).

Pela importância basilar na construção de cuidados de saúde de qualidade, em 2009a OMS identificou 50 áreas prioritárias de investigação no âmbito da SD adaptadas ao desenvolvimento de cada país (WHO, 2009). Para os países desenvolvidos, as primeiras seis áreas listadas foram: falta de comunicação e coordenação; falhas organizacionais latentes; CS pobre e processos orientados para a culpabilização; indicadores de segurança inadequados; eventos adversos com drogas, erros de medicação e cuidados às pessoas mais vulneráveis e mais velhas (WHO, 2009). Consequentemente, também o Departamento da Qualidade na Saúde considerou a SD um elemento de influência direta na qualidade dos cuidados distinguindo-a como uma das sete prioridades de atuação estratégica (Portugal, MS, DGS, 2014a). Começou então a florescer a investigação na área a nível nacional e regional. Em Portugal, com a obrigatoriedade das instituições públicas nomearem uma Comissão de Qualidade e Segurança e de acordo com o estipulado pelo n.º 5 do Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março, (Portugal, MS, DGS, 2015b) surgem os primeiros planos de ação institucionais e consequentemente a imposição de estabelecer um pensamento estratégico. Desde então têm surgido estudos de carácter académico e/ou organizacional e a sua obrigatoriedade no âmbito hospitalar após ser emanada a norma número: 025/2013 em 24 de dezembro de 2013 pela

DGS fazendo-se, por isso notar alguma discrepância na abordagem do tema em relação aos CSP.

Sendo a ULS uma entidade que integra hospitais e unidades de CSP primários do município, e que presta cuidados de saúde à população pela qual é responsável (Decreto-Lei n.º 183/2008, 2008) é esperado que se jacobapazes de promover, facilitar e garantir a SD. Tendo em conta que “ao representarem a base de muitos sistemas de saúde, alguns EA identificados a nível hospitalar têm como ponto de partida os níveis de Cuidados de Saúde Primários” (WHO, 2010 cit. por Ornelas, 2014, p. 25) é emergente conhecer ambos os contextos de forma a prover os doentes de cuidados de saúde seguros.

No PNS é destacada a opinião dos portugueses na necessidade de mudanças no Sistema Nacional de Saúde onde 24% refere a “necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados” sendo que, e segundo o Sistema Sim-cidadão, as instituições com mais reclamações são os Hospitais com 62,45% e os Centros de Saúde com 35,63% (Campos et al., 2010, p. 27). Os tipos de exposição foram: tempo de espera no serviço de urgência (12,88%), tempo de espera de atendimento (9,51%), falta de cortesia (5,39%), dificuldade de marcação de consulta (3,89%), recusa da consulta (3,62%), má prática (3,38%), regras inadequadas/inaplicáveis (3,39%), perfil desadequado (2,94%), desrespeito no trato interpessoal (2,87%), falta de informação aos utentes (2,45%), outros (49,69%) (Portugal, MS, IGAS, 2010).

Numa revisão da literatura verificou-se que a incidência de EA nos CSP variou de 0,004 e 240 por 1000 consultas podendo 45 a 76% ter sido evitados. Dos EA assinalados 26%-57% envolveram erros de diagnóstico, 7%-52% estavam relacionados com o tratamento e 13%-47% deveram-se aos processos de investigação, 9%-56% deviam-se a processos administrativos ou de consultório e 5-72% à comunicação. No entanto, estes dados referem-se apenas aos eventos reportados, lembrados, reconhecidos e/ou analisados, podendo ocultar os quase eventos. Relativamente aos danos causados, estes variam por cada 1000 consultas/tratamentos entre 1,3% incidentes *minor*, 4% resultantes em morte, 17%-39% eventos com dano e 70%-76% potencialmente danosos (Ornelas, 2014).

Ainda no âmbito da SD nos CSP, numa revisão sistemática identificaram-se os EA e os fatores contribuintes relatados em 33 artigos de 2007 a 2012. Os eventos mais referidos estavam ligados à medicação e diagnóstico, sendo as falhas de comunicação entre os membros da equipa de saúde o fator associado com mais relevância (Marchon, & Junior,

2014). Também outros fatores foram referidos como: falta de consumíveis médico-cirúrgicos e medicamentos, pressão aos profissionais para que sejam mais produtivos em menos tempo, falhas em processos, falhas na admissão de doentes, estrutura física da unidade de saúde inadequada, trabalho excessivo, falhas no tratamento medicamentoso, falha no diagnóstico, demora na obtenção de informações e interpretação dos resultados laboratoriais, falhas em reconhecer a urgência da doença ou suas complicações e *deficit* de conhecimento profissional (*Idem*, 2014).

Com a globalização, o acesso fácil à informação e a espetacularidade que os *massmídia* procuram, tornam estes dados “tóxicos” para as instituições de saúde e logicamente preocupantes para quem procura os cuidados. Numa abordagem à temática do marketing e comunicação em saúde, Ribeiro (2004) reflete sobre esta problemática ao defender a importância que tem no reforço da confiança do doente no seu sistema de saúde e dos próprios profissionais em relação às organizações, mesmo perante alterações. O mesmo alerta, ainda, para a tendência das políticas de saúde se centralizarem cada vez mais nos CSP, preventivos por serem considerados os “verdadeiros controladores do estado de saúde das populações a nível das diferentes regiões e localidades” (Ribeiro, 2004, p. 224).

É, então, imperativo conhecer o estado atual para dar resposta às necessidades e expectativas dos doentes, pois

hoje em dia as pessoas não estão só preocupadas com a melhoria do estado de saúde, estão preocupadas, também, com a melhoria da qualidade de vida, dando importância ao impacto económico, às amenidades, à acessibilidade, ao respeito pelos seus direitos, à segurança, à continuidade de cuidados (Campos, Saturno & Carneiro, 2010, p. 14).

Conscientes de que a falta de SD acarreta avultados custos financeiros e perda de confiança por parte dos doentes, exige atualmente das instituições do sistema nacional de saúde uma redefinição de estratégias eficazes, competitivas e inovadoras, de forma a criar uma CS organizacional que influencie positivamente os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Podemos dizer então que a segurança dos doentes – “Patient Safety” – é atualmente, nacional e internacionalmente, reconhecida como uma componente importante da Qualidade em Saúde.

2. Cultura de Segurança do Doente

Para compreender uma organização é essencial conhecer a sua cultura organizacional (Matias, 2003). Esta é entendida como:

um conjunto de características que a individualiza e a torna única perante qualquer outra. Assume-se como um sistema de valores, expressos através de rituais, mitos, hábitos e crenças comuns aos membros de uma instituição, que assim produzem normas de comportamento genericamente aceites por todos (Matias, 2003, s.p.).

A sua essência pode ser traduzida por algumas das suas características, tais como:

- “A identificação do funcionário, mais com a empresa no seu todo do que com a sua profissão ou tarefa específica”;
- “A colocação de ênfase no grupo, organizando-se o trabalho essencialmente com base em equipas, e não numa base individual”;
- “A focalização nas pessoas, no sentido de serem tomados em consideração os efeitos das decisões sobre os membros da instituição”;
- “A integração departamental, visível na medida em que os diferentes departamentos ou unidades têm a possibilidade de atuar de forma independente”;
- “O controlo, analisando de que forma as regras e a supervisão direta determinam a verificação do comportamento dos empregados”;
- “A tolerância do risco, em que importa saber até que ponto os empregados são encorajados a inovar e enfrentar o risco; os critérios de recompensa, visíveis na atribuição de compensações em função de fatores como o desempenho (idealmente) ”;
- “Favoritismo, antiguidade“;
- “A tolerância de conflitos com maior ou menor espírito de abertura; a orientação para fins ou meios, em que se procura descobrir se as preocupações essenciais da gestão dizem respeito aos resultados, ou aos meios utilizados para os atingir”;

– “A conceção de sistema aberto, ou seja, a medida em que a organização está atenta às modificações no ambiente externo, e atua em resposta às suas necessidades” (Teixeira, 1998 cit. por Matias, 2003, s.p.).

Sabendo que a melhoria da SD é um dos maiores objetivos dos sistemas de saúde atuais, as organizações devem “adequar recursos, criar estruturas que proporcionem um exercício profissional de qualidade e desenvolver esforços no sentido de proporcionar condições de ambiente favorável ao desenvolvimento dos profissionais” (Wet, Spence, Mash, Johnson, & Bowie, 2010 cit por Ribeiro et al., 2008, s.p.). Para tal, devem-se reunir e dirigir recursos para a melhoria do processo, prevenindo, assim, problemas e eliminando os gastos com a sua correção (*Idem*, 2008).

No entanto, os profissionais de saúde desde cedo aprendem que não podem errar, pois este ato é vergonhoso e muitas vezes motivo de desprestígio e de reprovação dos próprios colegas e é essa a cultura que pode ser encontrada num serviço de saúde (Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Brasil, ANVS], 2013). A maioria dos serviços de saúde aborda o erro de uma forma individual, como um produto do descuido e a forma de resolver a consequência de um erro é nominando, culpando, estimulando o sentimento de vergonha no profissional. As medidas corretivas são dirigidas a quem errou, geralmente reiterando o erro e criando uma falsa sensação de segurança (Brasil, ANVS, 2013). Quando este tipo de situação surge, e pelo seu impacto na organização de saúde, os gestores podem não querer apoiar o profissional envolvido deixando a seu cargo a tarefa de esclarecer o ocorrido, podendo até significar a destruição de carreiras (*Idem*, 2013). Surge assim a segunda vítima que passa a sofrer de angústia física, emocional e até stresse pós-traumático, decorrente do seu envolvimento em um incidente (*Ibidem*, 2013).

Porém, os profissionais de saúde não têm a intenção de cometer erros, apenas numa minoria de situações cometem violações deliberadas. Quanto mais se compreender como e por que essas coisas ocorrem, mais se poderá reduzir a reincidência. Na abordagem sistémica a educação, protocolos e diretrizes clínicas, mudanças no sistema são recursos que funcionam como uma barreira ao erro, muitas vezes as redundâncias são necessárias (*Ibidem*, 2013, p. 60).

Como o erro não deve ser entendido como um “resultado de uma ação individual mas sim de uma sucessão de acontecimentos imprevistos num sistema imperfeito” e que “quanto maior for a complexidade associada à prestação de cuidados, maior será a possibilidade de

ocorrência de eventos adversos” (Garcia, 2015, p. 23). É imperativo conhecer a sua origem que, geralmente é “multifatorial, decorrendo de fatores associados à prática assistencial, envolvendo profissionais e organização, à complexidade do doente ou, ainda, a todos estes fatores conjugados” (Campos, Carneiro, 2010, cit por Portugal, MS, DGS, 2012, p. 5).

Foi esta necessidade de identificar os fatores que possam favorecer a ocorrência do erro que impulsionou o desenvolvimento de sistemas de notificação de eventos adversos originando banco de dados que contém conjuntos de informações de situações que originaram EA ou que poderiam ter originado. Com o estudo destes dados pretende-se a criação e implementação de barreiras ao desenvolvimento de EA possibilitando a aprendizagem com o erro. No entanto, os dados podem advir de situações complexas que originaram danos ao doente devendo por isso, quem os acede e trabalha, ter consciência do objetivo do sistema, garantindo o anonimato dos intervenientes no evento. Tal só é possível se estiver interiorizada na organização uma CS segurança objetivando a aprendizagem e melhoria contínua e não a penalização ou culpabilização. Foi neste contexto que, em 2011, foi apresentado o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos onde é possível reportar os incidentes/eventos adversos anonimamente, e desta forma construir uma base de dados passível de ser trabalhada com o objetivo da melhoria da SD.

É imperativa a construção de uma cultura focada na segurança (Costa, 2012; Garcia, 2015) disponibilizando às organizações ferramentas de consolidação da segurança e empenho contínuo na melhoria da qualidade (Costa, 2012), pela identificação de áreas de intervenção prioritárias na procura de soluções capazes de serem aplicadas e rentabilizar recursos. Construir uma CSD nas organizações de saúde é um método de melhorar a qualidade em saúde (Wet et al., 2010).

O conceito de CS mais comumente utilizado é o da Comissão de Segurança e Saúde do Reino Unido, que a define “como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura” (United Kingdom, Health and Safety Commission, ACSNI Study Group of Human Factors, 1993, cit por Mendes & Barroso, 2014, p.202).

Pela sua complexidade na CISD são adotadas várias definições de CS que se complementam:

uma cultura que apresenta os cinco atributos de alto nível que os profissionais de saúde se empenham em operacionalizar através da implementação de sistemas de gestão da segurança robustos: (1) uma cultura onde todos os funcionários aceitam a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos seus colaboradores, doentes, e visitantes; (2) uma cultura que prioriza a segurança relativamente a fins financeiros e operacionais; (3) uma cultura que estimula e recompensa a identificação, a comunicação e a resolução de questões de segurança; (4) uma cultura que incentiva a aprendizagem organizacional com os eventos adversos; (5) uma cultura que fornece recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para manter sistemas de segurança eficazes (Forum of End Stage Renal Disease Networks; National Patient Safety Foundation; Renal Physicians Association; Renal Physicians Association & National ESRD Patient Safety Initiative, 2001 cit. por Portugal, MS, DGS 2011, p. 110);

- “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 segurança de uma organização e o seu estilo e proficiência” (ACSNI Study Group on Human Factors, 1993 cit. por Portugal, MS, DGS, 2011, p.110);

- “Um modelo integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em convicções e valores partilhados que procura continuamente minimizar o dano ao doente que pode resultar dos processos de prestação de cuidados.” (Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, 2005 cit. por Portugal, MS, DGS, 2011, p. 110).

As organizações com uma CS positiva “caracterizam-se por uma comunicação centrada na confiança mútua, através da perceção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas”(United Kingdom, Health and Safety Commission, ACSNI Study Group of Human Factors, 1993, cit por Mendes & Barroso, 2014, p.202). Considera-se assim, que estas organizações tenham maior predisposição à aprendizagem com os erros e à adaptação das práticas à forma mais adequada (Wet et al., 2010).

A própria preocupação das instituições em falhar é uma característica das organizações de alta fiabilidade, pois há consciência de que se cometem erros devendo, por isso, os profissionais ser formados para os reconhecer e recuperar desses erros (Reason, 2000, *cit. por Portugal, MS, DGS & APDH, 2011*).

Tal como em outros setores com tradição em gestão da segurança (aviação, indústria nuclear e outros), tem-se demonstrado que é essencial intervir na psicologia da organização por meio da criação, promoção e manutenção de uma CS positiva nas instituições de saúde (Brasil, ANVS, 2013). De acordo com Singer, Gaba, Geppert, Sinaiko, Howard e Park (2003, *cit. por Portugal, MS, DGS & APDH, 2011*) foram identificados sete componentes da CS em organizações de alta fiabilidade:

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

Na área da saúde é inegável que com a evolução se acentuou o risco desde sempre associado à prática de cuidados, tornando-se fundamental a promoção de uma CS nos serviços que assegure a qualidade dos cuidados prestados (Teixeira, Madeira, Sérgio & Curado, 2014). Desde que se considerou a SD um problema de saúde pública tem-se, então, registado um grande esforço em conhecer a sua natureza e magnitude, no entanto a maioria destas atividades focam-se no contexto hospitalar (WHO, 2009). A OMS pretende que a SD seja considerada em todas as vertentes e que se perceba a magnitude e a natureza deste problema fora do hospital, especialmente nos CSP (WHO, 2009). Os CSP mais acessíveis e seguros são por isso uma prioridade (WHO, 2009), uma vez que a maioria das interações de cuidados de saúde tomam lugar neste contexto.

Sabendo que a cultura organizacional influencia as atitudes das pessoas e, que são as pessoas que têm a capacidade de contribuir para a formação/ mudança da cultura da organização, é fundamental a disseminação dos conhecimentos no âmbito da SD para que cada profissional se consciencialize do seu papel na melhoria da qualidade (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar [Portugal, MS, DGS & APDH], 2011; Garcia, 2015). Este empenho organizacional na SD determina o desenvolvimento de uma CSD.

Alguns autores referem a necessidade de existirem subcomponentes fundamentais para o seu desenvolvimento, qualquer que seja o contexto onde os cuidados são prestados:

- a existência de uma cultura de reporte;
- a existência de uma cultura justa;
- a segurança de fazer parte dos objetivos estratégicos da instituição (Fragata & Martins, 2004; Jha, Prasopa-Plaizer, Larizgoitia & Bates, 2010).

Podemos então concordar que criar uma CS é um trabalho árduo. Então, e “reconhecida internacionalmente a necessidade e a importância da criação de uma cultura de segurança institucional” (Costa, 2012, s.p.), tornou-se precípua disponibilizar às instituições uma ferramenta de fortalecimento do empenho contínuo e de melhoria da qualidade (*Idem*, 2012), que identifique as áreas de intervenção prioritárias procurando soluções capazes de serem aplicadas e rentabilizando os recursos.

Avaliar a CSD permite a comparação de scores dos fatores que a influenciam possibilitando às organizações identificar, monitorizar e comparar os resultados, assim como influenciar os fatores ao longo do tempo (Wet, et al., 2010).

Em 2011 realizou-se o estudo piloto “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente Numa Amostra de Hospitais Portugueses” que integrou sete hospitais, foi aplicado o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) viabilizando assim, a sua validação para a população portuguesa no contexto hospitalar (Portugal, MS, DGS & APDH, 2011, p. 3). Tendo sido um passo primordial no processo avaliativo e conseqüentemente construtivo de uma CS na saúde portuguesa ficou, no entanto, a carecer da inclusão de outras áreas prestadoras de cuidados como os CSP. Por essa razão a CSD nos CSP é o objeto de estudo neste relatório e pela primeira vez em Portugal.

Por toda a pesquisa efetuada e por tudo o que foi exposto neste enquadramento teórico, deparamo-nos que embora a CSD seja considerada como um conceito pragmático, bem delimitado e fácil de identificar, de analisar e de passível de mudanças no sentido da sua melhoria, ainda há muito caminho para percorrer, especialmente a nível dos CSP. A realidade apresenta-nos algumas particularidades, que tornam difícil a sua abordagem nas organizações de saúde em geral e nos CSP em particular. Este facto deve-se, essencialmente, à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifatorial e multiprofissional das situações que estão por detrás das falhas de segurança e, pela sensibilidade do tema pelos profissionais de saúde.

2ª PARTE– Estudo Empírico

3. Metodologia

Pretende-se neste capítulo apresentar os métodos utilizados no desenvolvimento do estudo, contextualização do problema, objetivos, população/amostra, caracterização da amostra, instrumento de colheita de dados e por fim os procedimentos éticos e formais.

3.1 Métodos

Com a finalidade de melhorar a fiabilidade das organizações e desenvolver mudanças capazes de alcançar benefícios para a SD é fundamental existir uma CS (Teixeira et al., 2014) e para promover e melhorar a CSD nos CSP há que, primeiramente, conhecê-la (Zwart et al., 2011).

Considerando a preocupação e a necessidade, anteriormente exposta, no desenvolvimento de investigações na área SD e especificamente na CSD nos CSP, propusemo-nos desenvolver um estudo quantitativo, transversal e descritivo, pois permitiu “identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral” (Fortin, Côté, & Fillion, 2009, p. 236).

Pretendeu-se responder à questão geral de investigação “Qual a cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários integrados na ULS Guarda?” e às seguintes questões específicas:

- Quais as áreas com maior necessidade de intervenção para melhorar o nível de cultura de segurança do doente?
- Qual a perceção dos profissionais sobre a qualidade?
- Qual a perceção dos profissionais sobre a segurança do doente?

Assim, o objetivo principal deste estudo foi: conhecer a cultura de segurança do doente nos cuidados primários da ULS Guarda. E especificamente pretende:

- Identificar as áreas a intervir para melhorar a CSD nas organizações prestadoras de CSP da ULS Guarda.

- Conhecer a perceção dos profissionais sobre a qualidade dos CSP prestados nas organizações da ULS Guarda.
- Conhecer a perceção dos profissionais sobre a SD nas organizações da ULS Guarda.

3.2 Participantes

A população alvo foi constituída pelos profissionais a desempenhar funções nas unidades prestadoras de CSP integrantes na ULSG, sendo as quais:

- Doze Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP):

- Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa,
- Centro de Saúde de Trancoso,
- Centro de Saúde do Sabugal,
- Centro de Saúde de Pinhel,
- Centro de Saúde da Mêda,
- Centro de Saúde de Manteigas,
- Centro de Saúde da Guarda,
- Centro de Saúde de Gouveia,
- Centro de Saúde de Fornos de Algodres,
- Centro de Saúde de Figueira de Castelo Rodrigo,
- Centro de Saúde de Celorico da Beira,
- Centro de Saúde de Almeida;

- Uma Unidade de Saúde Familiar (USF):

- Ribeirinha.

Segundo informação cedida pelo Gabinete de Recursos Humanos da ULSG, desempenhavam funções nestas instituições 411 profissionais distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

- Enfermeiros: 159
- Assistentes Operacionais: 119
- Médicos: 101
- Técnico de diagnóstico: 25
- Técnicos Superiores: 7

Para selecionar a amostra recorreremos ao método de amostragem não probabilístico (uma vez que a população inteira não era acessível) e acidental por terem sido selecionados os indivíduos que se encontravam a trabalhar no tempo de aplicação dos questionários (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Definiram-se como critérios de inclusão - ser prestador de cuidados de saúde ou colaborador numa unidade de CSP da ULSG e aceitar livremente participar no estudo.

Portanto, a amostra final ficou constituída por 69 profissionais traduzindo-se numa taxa de adesão de 16,8% que “comparando os valores numéricos da amostra com os valores numéricos da população alvo” impossibilita que a amostra recolhida seja representativa da população estudada (Fortinet al., 2009, p. 314).

De acordo com a Tabela 1, alusiva à caracterização sociodemográfica da amostra, verificou-se que a classe etária mais prevalente foi a dos 46 aos 55 anos (35%) seguida dos indivíduos com idades entre 25 e 35 anos (23%) e com mais de 56 anos (22%), por último a classe etária entre os 36 e 45 anos com 20%. A maioria dos profissionais pertencia à classe profissional de enfermagem (58%) seguida da classe médica (20%) sendo que 16% referiram, ainda, ser gestores de topo, ocupar algum cargo de direção ou, decisores de ordem económica. Mais de metade da amostra desempenhava funções em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (68%) e 17% na Unidade de Saúde Familiar. A maioria dos indivíduos tinham mais de 11 anos de experiência profissional (62%) seguidos dos indivíduos com experiência entre três a seis anos (20%) e apenas 6% refere trabalhar há menos de três anos na unidade. Dos inquiridos 62% referiu ainda trabalhar entre 33 a 40 horas semanais e 36% mais de 41 horas semanais.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

	n (69)	% (100%)
Idade		
25-35 anos	16	23
36-45 anos	14	20
46-55 anos	24	35
≥ 56 anos	15	22
Função		
Médico(a)	14	20
Enfermeira(o)	40	58
Assistente operacional	2	3
Assistente técnico	12	17
Coordenação	1	1
Gestor de topo/ cargo de direção/ responsabilidade em tomar decisões de ordem económica		
Sim	11	16
Não	58	84
Unidade		
USF	12	17
UCSP	47	68
Extensão de saúde	3	4
UCC	1	1
Outra	6	9
Tempo de serviço na unidade		
2 meses até menos de 1 ano	2	3
1 ano até menos de 3 anos	2	3
3 anos até menos de 6 anos	14	20
6 anos até menos de 11 anos	8	11
11 anos ou mais	43	62
Horas de trabalho semanais na unidade		
De 25 a 32 horas por semana	1	1
De 33 a 40 horas por semana	43	62
41 horas por semana ou mais	25	36

Legenda: USF – Unidade de Saúde Familiar; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

3.3 Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário autorrespondido *online*, com um tempo de preenchimento previsto entre 10-15 minutos. O questionário era constituído por três partes - a primeira referente a um pequeno texto explicativo do seu conteúdo, objetivo principal, direitos dos participantes e ainda esclarecimento de alguns conceitos; a segunda parte constituída pela escala de “Avaliação da cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários” e a terceira referente à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (Anexo I). A escala de avaliação da CSD em CSP foi desenvolvida a partir do instrumento MOSPSC desenvolvido pela AHRQ. Este foi aplicado pela primeira vez em 2012, tendo sido replicado em 2014 originando uma ferramenta com dados que permite a comparação entre organizações, capacitar as organizações de desenvolver melhorias na SD e identificar as áreas fortes ou sujeitas a melhoria na CSD (Sorra, et al.,

2014). O MOSPSC foi concebido para organizações onde coexistam pelo menos três grupos de profissionais de saúde podendo ainda ser utilizada como ferramenta de início de diagnóstico em locais com apenas dois grupos (Agency for Health care Reserch and Quality [AHRQ], 2015a). Aquando da realização da presente investigação, o referido instrumento encontrava-se em processo de validação para a população portuguesa recorrendo à área metropolitana de Lisboa sob a responsabilidade da DGS. Após solicitação à DGS para integrar o estudo da validação da escala através da inclusão da amostra da área da Guarda, foi-nos concedida essa possibilidade. Assim, esta investigação tornou-se um contributo para o processo de validação ao ser integrada no estudo piloto.

O MOSPSC após processo de tradução originou o instrumento “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários”. Este instrumento agrupa as questões de segurança e qualidade conhecidas por afetar a SD sendo que, algumas partes são similares ao instrumento hospitalar de “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (Sorra, Franklin, & Streagle, 2008). No entanto, outras secções são específicas e direccionadas à especificidade da população em estudo, profissionais em CSP. A sua construção baseou-se em investigações desenvolvidas no âmbito da segurança, segurança de doente, qualidade dos cuidados de saúde, cuidados em ambulatório, erros de medicação, notificação de erros, ambiente organizacional e cultura tendo sido, ainda, consultados peritos da área clínica e SD, assim como profissionais da área dos CSP. Tal permitiu a identificação dos temas chave e problemas que originaram uma lista de potenciais aspetos constituintes do instrumento (Sorra, et al., 2014).

Por fim, o instrumento de “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários” ficou constituído por 12 dimensões avaliadas por 52 itens, conforme tabela 2.

Tabela 2– Dimensões e itens relativas à escala de avaliação da cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários

Item	Dimensão
1. Trabalho em equipa	
C1	Quando alguém está muito ocupado, recebe ajuda dos colegas
C2	Há uma boa relação de trabalho entre os profissionais que prestam cuidados e os outros profissionais
C5	Tratamo-nos com respeito, nesta unidade
C13	A ênfase vai para o trabalho em equipa, de forma a atender os utentes
2. Seguimento do doente	
D3	Lembramos os utentes quando eles precisam de marcar consultas de rotina
D5	Documentamos a forma como os nossos doentes crónicos seguem os seus planos de tratamento
D6	Fazemos seguimento quando não recebemos a informação que esperamos por parte de um prestador externo
D9	Fazemos seguimento aos doentes que necessitam de monitorização
3. Aprendizagem organizacional	
F1	Quando há um problema verificamos se é necessário mudar a forma como realizamos as coisas
F5	Esta unidade é boa a adequar os procedimentos, de forma a assegurar que os erros não se repitam
F7	Depois de fazermos mudanças para melhorar os procedimentos da prestação de cuidados, procedemos à avaliação para verificar se as mudanças funcionaram
4. Perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente	
F2	Os procedimentos que usamos são bons para prevenir erros que podem afetar os utentes
F3R	Cometemos mais erros do que devíamos
F4R	É só por acaso que não se cometem mais erros que poderiam afetar os nossos utentes
F6R	A quantidade de trabalho é mais importante que a qualidade dos cuidados
5. Formação e treino dos profissionais	
C4	Os profissionais têm formação quando se implementam procedimentos novos
C7	Garante-se que os profissionais tenham a formação necessária para desempenhar as suas funções
C10R	Os profissionais são chamados a desempenhar funções para as quais não tiveram formação
6. Apoio pela gestão de topo	
E1R	Não são realizados investimentos financeiros suficientes para melhorar a qualidade dos cuidados
E2R	Deixam passar os erros que se cometem uma e outra vez
E3	Dão prioridade elevada na melhoria dos procedimentos para os cuidados aos doentes
E4R	Com demasiada frequência as suas decisões baseiam-se no que é melhor para a instituição e não no que é melhor para os doentes
7. Comunicação acerca do erro	
D7R	Os profissionais sentem que os seus erros são usados contra eles
D8	Falamos abertamente sobre os problemas do funcionamento da Unidade
D11	Falamos sobre as formas de prevenir a repetição dos erros
D12	Os profissionais estão dispostos a dar informação sobre os erros que observam
8. Abertura na comunicação	
D1	Os prestadores de cuidados consideram as ideias dos colaboradores para melhorar os procedimentos
D2	Os funcionários são incentivados a expressar outros pontos de vista
D4R	Os profissionais têm receio de fazer perguntas quando algo parece estar errado
D10R	Nesta unidade é difícil expressar a discordância
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	
C8R	A unidade é mais desorganizada do que deveria
C9	Temos procedimentos para verificar se o trabalho é desenvolvido de forma correta
C12R	Temos problemas com o fluxo de trabalho
C15	Os profissionais seguem procedimentos normalizados no seu trabalho
10. Pressão e ritmo do trabalho	
C3R	Muitas vezes sentimos pressão quando estamos a atender os doentes
C6R	Temos demasiados utentes para a quantidade de profissionais na prestação de cuidados
C11	Temos profissionais suficientes para dar resposta à quantidade de utentes
C14R	Temos demasiados utentes para poder executar tudo de forma eficiente

11. Qualidade e segurança do doente	
A1	Acesso aos cuidados: 1. Um doente não pode marcar uma consulta num prazo de 48 horas quando se trata de um problema grave ou sério
A2	Identificação do doente: 2. Foi utilizado um processo clínico que não correspondia ao do doente
A3	Registos e processos clínicos: 3. O processo não estava disponível quando foi necessário 4. Foi arquivada, digitalizada ou introduzida informação clínica no processo clínico que não correspondia ao do doente
A4	
A5	Equipamento médico: 5. O equipamento médico não funcionou adequadamente ou necessitou de substituição
A6	Medicamentos: 6. Uma farmácia comunicou com o nosso centro para clarificar ou corrigir uma receita 7. A lista de medicamentos do doente não foi atualizada durante a sua consulta
A7	
A8	Diagnósticos e exames complementares: 8. Os resultados dos exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando foi necessário 9. Não se deu seguimento, no prazo de 1 dia útil, a um resultado anormal de laboratório ou de imagem
A9	
12. Gestão e troca de informação	
B1	Laboratórios ou centros de imagem externos
B2	Outros consultórios médicos ou médicos externos
B3	Farmácias
B4	Hospitais
B5	Outro

Adaptado Portugal, MS, DGS, 2014b)

Seguindo os critérios de exclusão da AHRQ(2015b) foram eliminados os questionários que apresentassem:

- Respostas em branco, ação efetuada automaticamente aquando da submissão, pois como foram respondidos via internet o sistema estava programado para aceitar apenas os questionários respondidos na sua totalidade,
- Respostas sempre iguais nas secções C, D, E e F,
- Todos os itens das secções A, B, C, D, E e F respondidos com “não se aplica/ não sei”.

Nenhum dos questionários apresentou estas condicionantes pelo que dos 69 respondidos foram todos validados.

A escala “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários” é composta por respostas tipo Likert, existindo itens com seis possibilidades de resposta por níveis de concordância (discordo fortemente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo fortemente, não se aplica/ não sei) nas secções C, E e F, ou por frequência (Nunca, raramente, algumas vezes, a maioria das vezes, sempre, não se aplica/ não sabe) na secção D. A resposta por níveis de opinião e, ainda numa escala tipo Likert, surge com seis possibilidades de resposta relativas à frequência (diariamente, semanalmente, mensalmente, várias vezes nos últimos 12 meses, uma ou duas vezes nos últimos 12 meses,

não sucedeu nos últimos 12 meses, não se aplica/não sei) na seção A e relativas à classificação (excelente, muito boa, aceitável, fraca, muito fraca) na secção G.

Para o tratamento e interpretação dos dados cumpriram-se as recomendações da AHRQ (2015b) baseando-nos na percentagem de respostas positivas. No entanto, a escala comportava questões formuladas tanto na positiva como na negativa pelo que, o cálculo das respostas positivas é realizado de forma diferente para os itens positivos e negativos. Foi por isso, imperativa a inversão das questões formuladas na negativa, identificadas com “R” (conf. Tabela 2), ou seja, as respostas que se enquadrariam na categoria negativa passaram para a categoria positiva e vice-versa fazendo corresponder todas as respostas à escala convertida em quatro categorias. Já as que se apresentaram na categoria neutra ou não se aplica mantiveram-se pela sua neutralidade (AHRQ, 2015a) (Tabela 3).

Tabela 3 – Tipo de respostas aos itens da escala de avaliação da cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários

Níveis	Categoria
Discordo fortemente/ Nunca	Negativa
Discordo/ Raramente	
Diariamente/ Semanalmente	
Não concordo nem discordo/ algumas vezes	Neutra
Mensalmente/ Problemas mensalmente	
Concordo/ A maioria das vezes	Positiva
Concordo fortemente/ Sempre	
Várias vezes nos últimos 12 meses	
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	
Problemas várias vezes nos últimos 12 meses	
Não houve problemas nos últimos meses	Não se aplica
Não se aplica/ não sabe	

Adaptado (Portugal, MS. DGS, 2014b)

O score final de cada dimensão foi obtido através da média do percentual de respostas positivas. Este método permitiu a identificação das dimensões consideradas pontos fortes da organização e as oportunidades de melhoria na CSD nos CSP.

Para a interpretação dos resultados mantiveram-se as recomendações da AHRQ que classificam as dimensões com uma média percentual igual ou superior a 75% como pontos fortes, e as que apresentam médias percentuais de respostas positivas iguais ou inferiores a 50% como áreas de melhoria (AHRQ, 2015b).

3.4 Procedimentos

Ao consciencializar a necessidade de conhecer a CSD nos CSP tomou-se conhecimento de que investigação estaria a ser desenvolvida neste âmbito em Portugal. Estando a decorrer a tradução e validação do questionário MOSPSC da AHRQ e, num esforço de contribuir para o desenvolvimento da área em questão, procedeu-se ao pedido de inclusão no processo de validação, contributo com a amostra disponível das unidades prestadores de CSP da ULSG. Tendo havido resposta positiva por parte da DGS iniciou-se o processo de pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição, ao Diretor Clínico dos Cuidados Primários e Comissão de Ética (Anexo II). Posteriormente, e como o questionário previa a divulgação e submissão via eletrónica, procedeu-se ao pedido de colaboração do Gabinete de Informática na pessoa do Diretor do Gabinete de Informática para a disponibilização “online” e ainda pelo Coordenador do Gabinete da Qualidade para a colaboração do respetivo gabinete através dos seus elos dinamizadores nas respetivas UCSP. Após todos os pareceres positivos fez-se a divulgação através do “link” <https://pt.surveymonkey.com/s/ULSGUARDA> disponibilizado pela DGS, durante o período de 1 de outubro a 15 de outubro de 2014, precedido ainda do pedido e recomendações da DGS para o preenchimento do mesmo e enviado à instituição pela DGS (Anexo III). O “link” foi divulgado pelos e-mails institucionais de diretores, chefes, coordenadores e elementos dinamizadores do Gabinete da Qualidade e disponibilizado a todos os profissionais através da página oficial da ULS Guarda.

A recolha de dados decorreu inicialmente entre o período de 9 de outubro a 15 de outubro sendo alargado até 31 do mesmo mês com o intuito de melhorar a adesão. Os dados recolhidos foram reencaminhados automaticamente para a base de dados comum ao estudo piloto, no entanto os dados da ULSG foram o único alvo desta investigação. Houve, ainda necessidade de formular um pedido de autorização para a cedência dos dados e sua utilização para fins estatísticos à DGS (Anexo IV) que após parecer positivo da comissão de ética foi aprovado pelo Conselho de Administração da ULSG (Anexo V). No entanto ficou condicionada a publicação dos resultados à necessidade de remeter novo pedido à DGS e ULSG.

A declaração de consentimento informado foi assegurada no texto explicativo apresentado como introdução ao questionário e o anonimato assegurado por não haver necessidade de introdução de nomes, ou outros caracteres identificadores. A participação foi voluntária mas incentivada e motivada pela visita como investigadora às instituições para divulgação do estudo e possíveis esclarecimentos.

3.5 Análise dos Dados

Após validação dos questionários pela DGS procedeu-se à transferência da base de dados cedida em Exel® para o programa informático IBM® SPSS® Statistics Versão 23 iniciando assim a análise descritiva dos dados com a finalidade de responder às questões de investigação e aos objetivos propostos.

Recorreu-se à estatística para descrever as características da amostra recorrendo a dois modos: frequências e médias percentuais.

4. Resultados

Serve este capítulo para apresentar os resultados obtidos pela análise dos dados recolhidos junto dos participantes. Para tal, realizou-se o estudo das dimensões através do tratamento estatístico dos itens correspondentes.

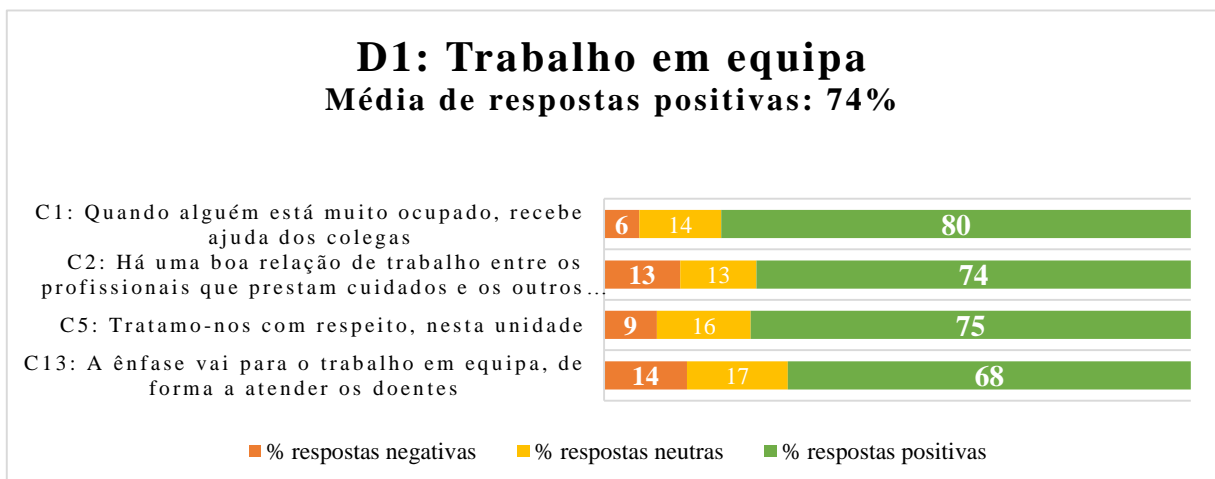
4.1 Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

Para avaliar a CSD nos CSP procedeu-se ao estudo das 12 dimensões que a influenciam e, é nesta secção que se expõe os resultados obtidos em cada uma delas através da análise aos itens que as influenciam.

Dimensão 1 – Trabalho em equipa

Nesta dimensão determinou-se uma média de respostas positivas de 74%, sendo os itens “C1: Quando alguém está muito ocupado, recebe ajuda dos colegas” com 80% de respostas positivas, e o “C5: Nesta Unidade tratamo-nos com respeito” com 75%, considerados os pontos fortes desta dimensão. Relativamente aos itens “C2: Há uma boa relação de trabalho entre os profissionais que prestam cuidados e os outros profissionais” obteve-se 74% de respostas positivas e no item “C13: A ênfase vai para o trabalho em equipa, de forma a atender os doentes” 68% de respostas positivas, ou seja consideradas percentagens aceitáveis.

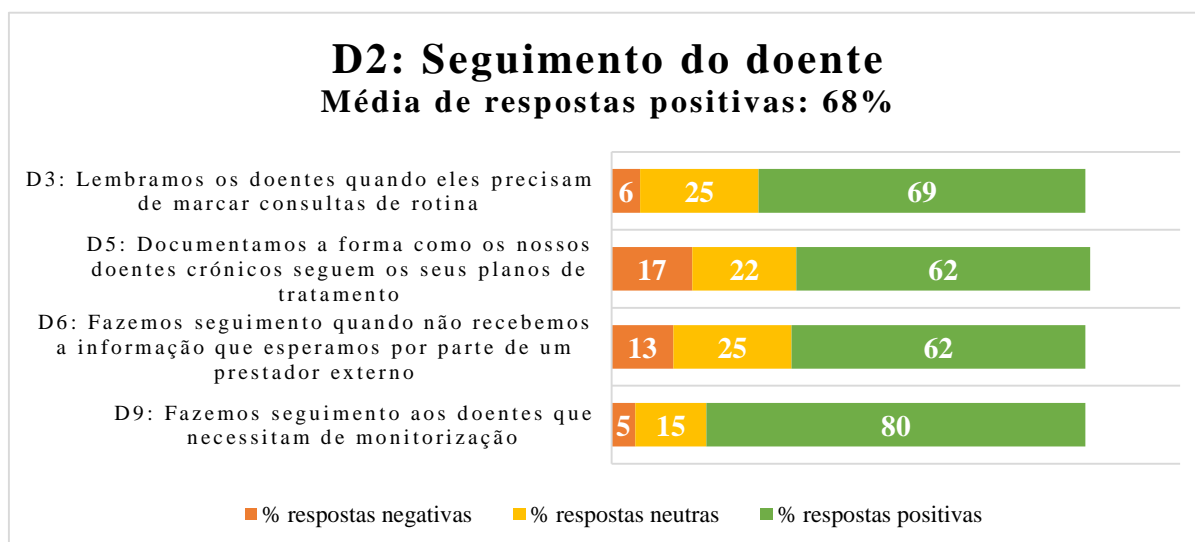
Gráfico 1 – Percentagens de respostas relativas ao trabalho em equipa



Dimensão 2 – Seguimento do doente

Verificou-se nesta dimensão uma média de percentual de respostas positivas de 68% pelo que apesar de aceitável é uma dimensão que carece de melhoria. Dos itens avaliados apenas o “D9: Fazemos seguimento aos doentes que necessitam de monitorização” é considerado como ponto forte por apresentar 80% de respostas positivas, já os restantes itens apresentaram resultados inferiores a 75% no entanto aceitáveis. O item “D3: Lembramos os doentes quando eles precisam de marcar consultas de rotina” com 69% de respostas positivas, e os itens “D5: Documentamos a forma como os nossos doentes crónicos seguem os seus planos de tratamento” e “D6: Fazemos seguimento quando não recebemos a informação que esperamos por parte de um prestador externo” ambos com 62% de respostas positivas.

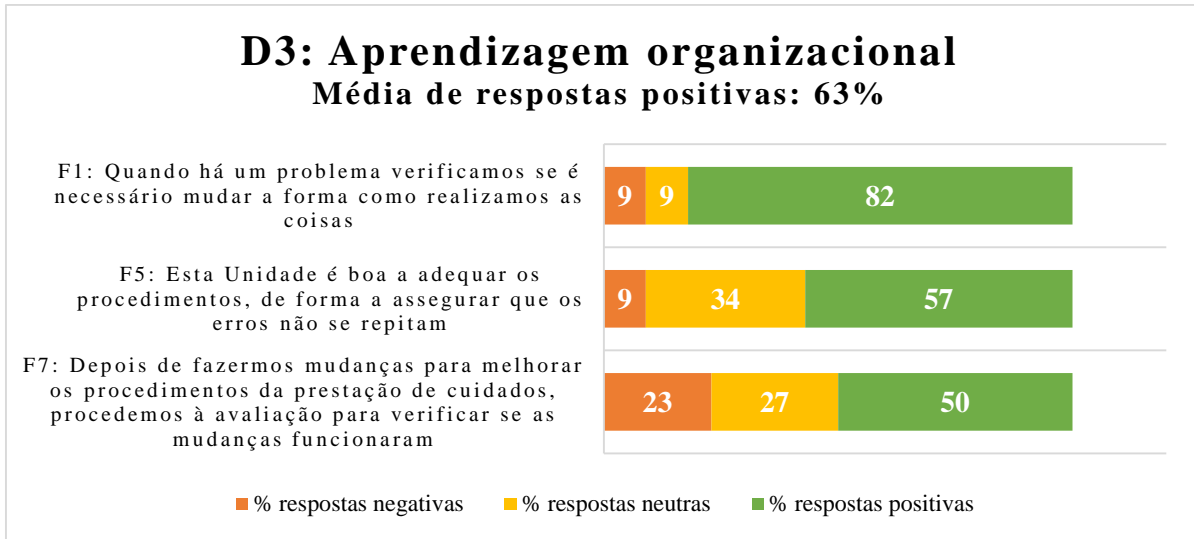
Gráfico 2 – Percentagens de respostas relativas ao seguimento do doente



Dimensão 3 – Aprendizagem organizacional

A terceira dimensão é avaliada por três itens dos quais um foi tido como ponto forte ao obter 82% de respostas positivas afirmando que “F1: quando há um problema verificamos se é necessário mudar a forma como realizamos as coisas”. No item “F7: depois de fazermos mudanças para melhorar os procedimentos da prestação de cuidados, procedemos à avaliação para verificar se as mudanças funcionaram” apenas 50% respondeu positivamente tornando assim uma área a melhorar no âmbito da aprendizagem organizacional. O item “F5: esta unidade é boa a adequar os procedimentos, de forma a assegurar que os erros não se repitam” apresentou 57% de respostas. Obtendo-se uma média de 63% de respostas positivas para esta dimensão não se enquadrou na classificação nem de ponto forte nem de ponto a melhorar.

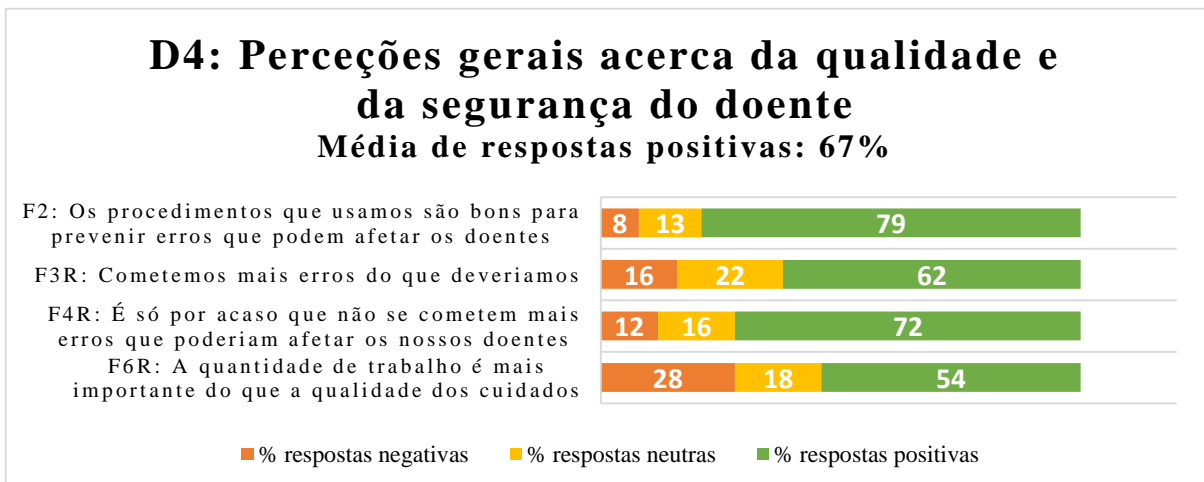
Gráfico 3: Percentagem de respostas relativas à aprendizagem organizacional



Dimensão 4 - Perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente

Segundo os participantes, o item “F2: os procedimentos que usamos são bons para prevenir erros que podem afetar os utentes” constitui um ponto forte, com uma percentagem de 79% de respostas positivas; o item “F4R: é só por acaso que não se cometem mais erros que poderiam afetar os nossos utentes” apresentou uma percentagem de respostas positivas de 72%, o item “F3R: cometemos mais erros do que devíamos” mostrou uma percentagem de 62% e “F6R: a quantidade de trabalho é mais importante que a qualidade dos cuidados” de 54%. No geral a presente dimensão não foi considerada um ponto forte, pois a média de respostas positivas foide 67%.

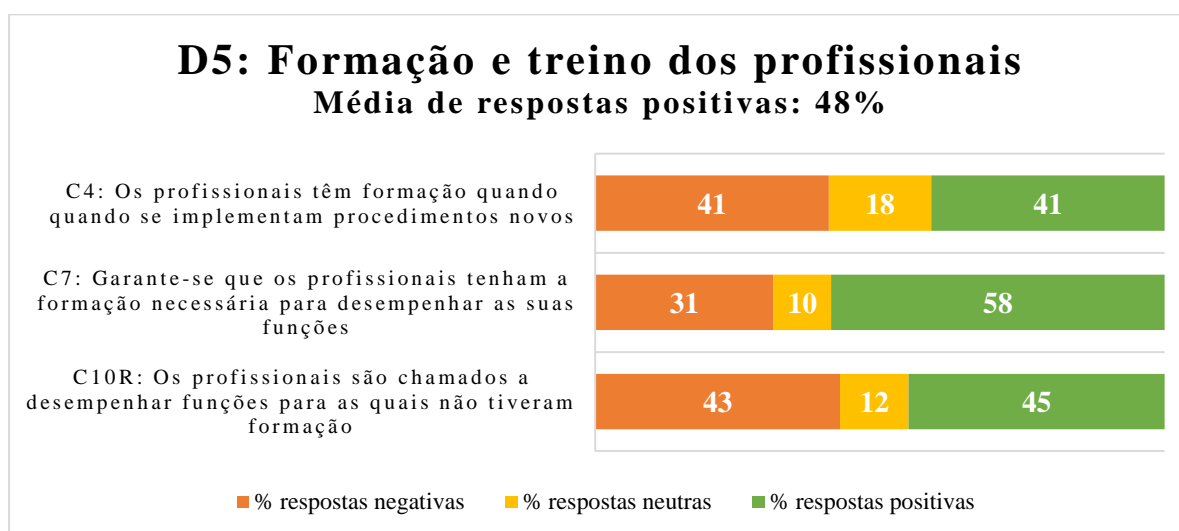
Gráfico 4: Percentagens de respostas relativas às perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente



Dimensão 5 - Formação e treino dos profissionais

Os resultados demonstram que a dimensão 5 é considerada uma área de melhoria (média de respostas positivas = 48%) sendo que, nenhum dos três itens desta dimensão foi identificado como ponto forte. O item “C4: os profissionais têm formação quando se implementam procedimentos novos” com 41% de respostas positivas e o item “C10R: os profissionais são chamados a desempenhar funções para as quais não tiveram formação” com 45% são pontos de melhoria na dimensão. A classificação apesar de melhorar no item “C7: garante-se que os profissionais tenham a formação necessária para desempenhar as suas funções” (58%) não é suficiente para se considerar um ponto forte.

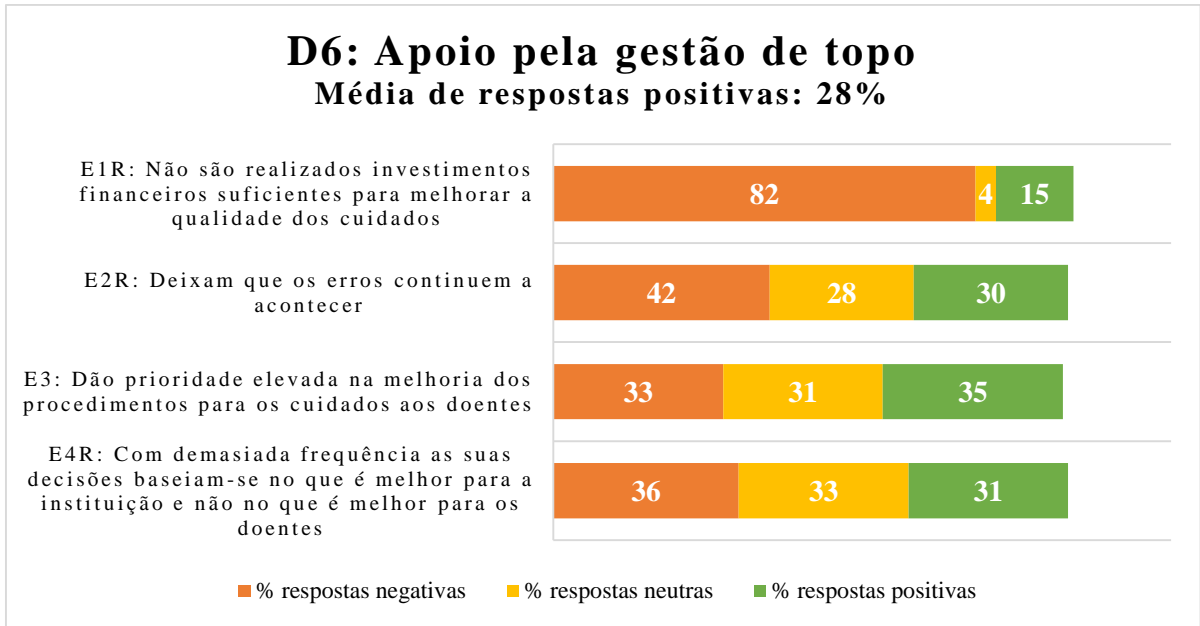
Gráfico 5 – Percentagens de respostas relativas à formação e treino dos profissionais



Dimensão 6 - Apoio pela gestão de topo

Nesta dimensão todos os itens representam áreas de melhoria variando a percentagem de respostas positivas entre 15%, no item “E1R: não são realizados investimentos financeiros suficientes para melhorar a qualidade dos cuidados” e 35% no item “E3: dão prioridade elevada na melhoria dos procedimentos para os cuidados aos doentes”. Consequentemente a média de respostas positivas da dimensão foi de 28% e portanto classificada como área de melhoria.

Gráfico 6 –Percentagens de respostas relativas ao apoio pela gestão de topo



Dimensão 7 – Comunicação acerca do erro

Verificou-se nesta dimensão uma média percentual de respostas positivas de 47% implicando a dimensão como área de melhoria. Para tal, contribuíram as baixas percentagens de respostas positivas atribuídas aos itens: “D7R: os profissionais sentem que os seus erros são usados contra eles” com 29%; “D8: falamos abertamente sobre os problemas do funcionamento da Unidade” com 41% e “D12: os profissionais estão dispostos a dar informação sobre os erros que observam” com 42%. Apenas o item “D11: falamos sobre as formas de prevenir a repetição dos erros” obteve uma percentagem superior a 50% (especificamente 56%).

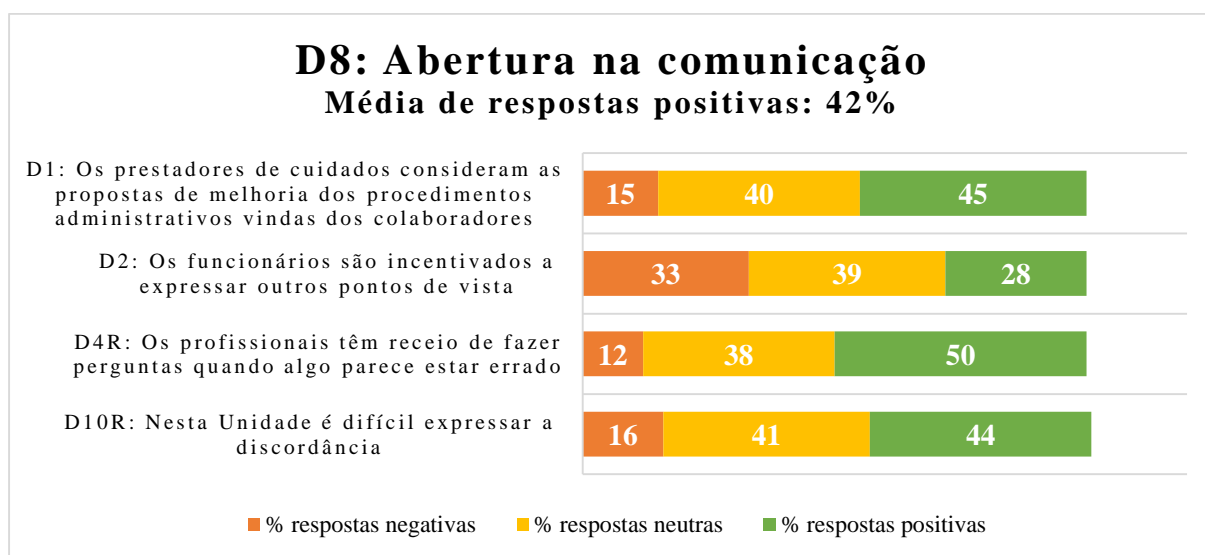
Gráfico 7 –Percentagens de respostas relativas à comunicação acerca do erro



Dimensão 8 – Abertura na comunicação

A “abertura na comunicação” foi considerada uma área de melhoria por apresentar uma média de respostas positivas de 42%, sendo que todos os itens que a avaliam também o são. Isto porque as percentagens obtidas foram de 28% para o item “D2: os funcionários são incentivados a expressar outros pontos de vista”, 44% para o item “D10R: nesta unidade é difícil expressar a discordância”, 45% para o item “D1: os prestadores de cuidados consideram as ideias dos colaboradores para melhorar os procedimentos” e de 50% para o item “D4R: os profissionais têm receio de fazer perguntas quando algo parece estar errado”.

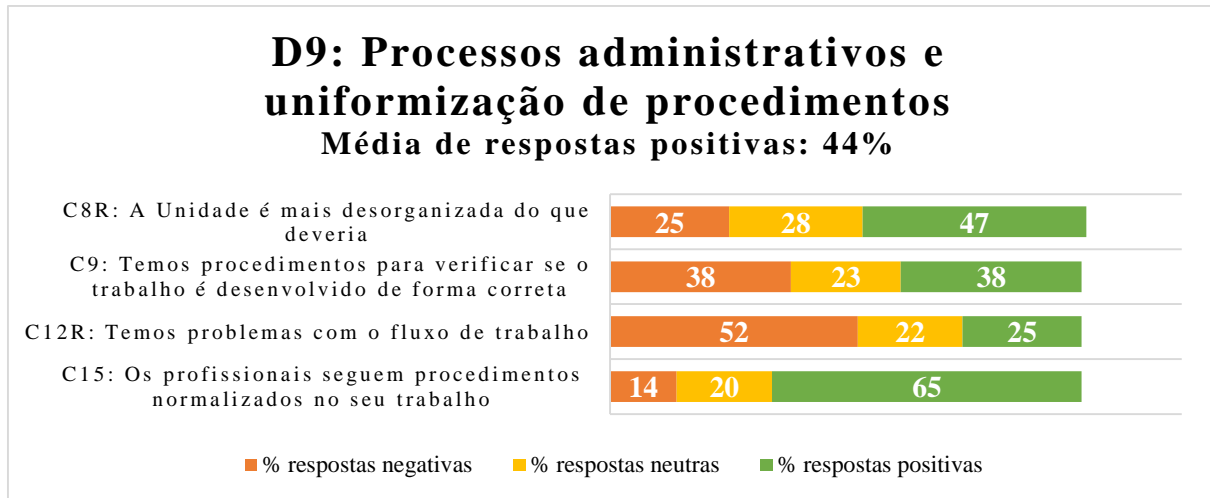
Gráfico 8 – Percentagens de respostas relativas à abertura na comunicação



Dimensão 9 – Processos administrativos e uniformização de procedimentos

Considerada uma área de melhoria, por apresentar uma média percentual de respostas positivas de 44%. Dos quatro itens que a constituem três foram identificados como pontos de melhoria, sendo os quais: “C12R: temos problemas com o fluxo de trabalho” (25%), “C9: temos procedimentos para verificar se o trabalho é desenvolvido de forma correta” (38%) e “C8R: a unidade é mais desorganizada do que deveria” (47%). Apenas o item “C15: os profissionais seguem procedimentos normalizados no seu trabalho” é considerado aceitável por obter 65% de respostas positivas.

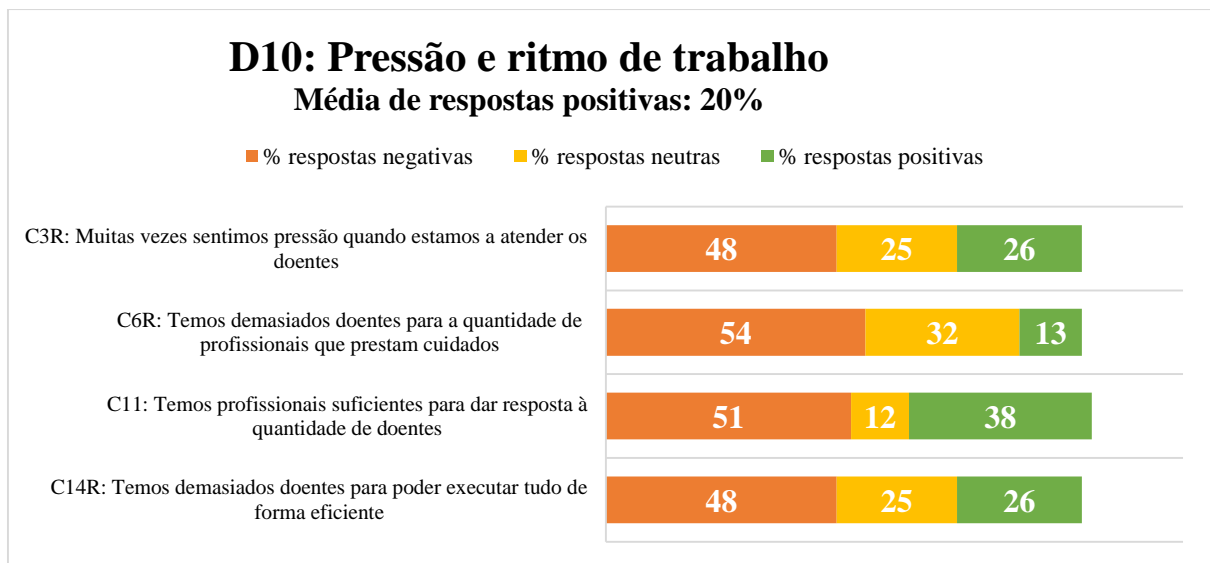
Gráfico 9 – Percentagens de respostas relativas aos processos administrativos e uniformização de procedimentos



Dimensão 10 – Pressão e ritmo de trabalho

Sendo esta dimensão avaliada por quatro itens, todos eles foram identificados como pontos de melhoria por apresentarem percentagens de respostas positivas que variam entre 13% no item “C6R: temos demasiados utentes para a quantidade de profissionais na prestação de cuidados” e 38% no item “C11: temos profissionais suficientes para dar resposta à quantidade de utentes”. No geral a dimensão é identificada como uma área de melhoria com uma média de respostas positivas de 20%.

Gráfico 10 – Percentagens de repostas relativas à pressão e ritmo de trabalho



Dimensão 11 – Qualidade e segurança do doente

A avaliação da dimensão ‘Qualidade e segurança do doente’ baseia-se em nove itens, que por sua vez se encontram agrupados por áreas – “identificação do doente”; “registos e processos clínicos”; “diagnósticos e exames complementares”; “medicamentos”; “equipamento médico”.

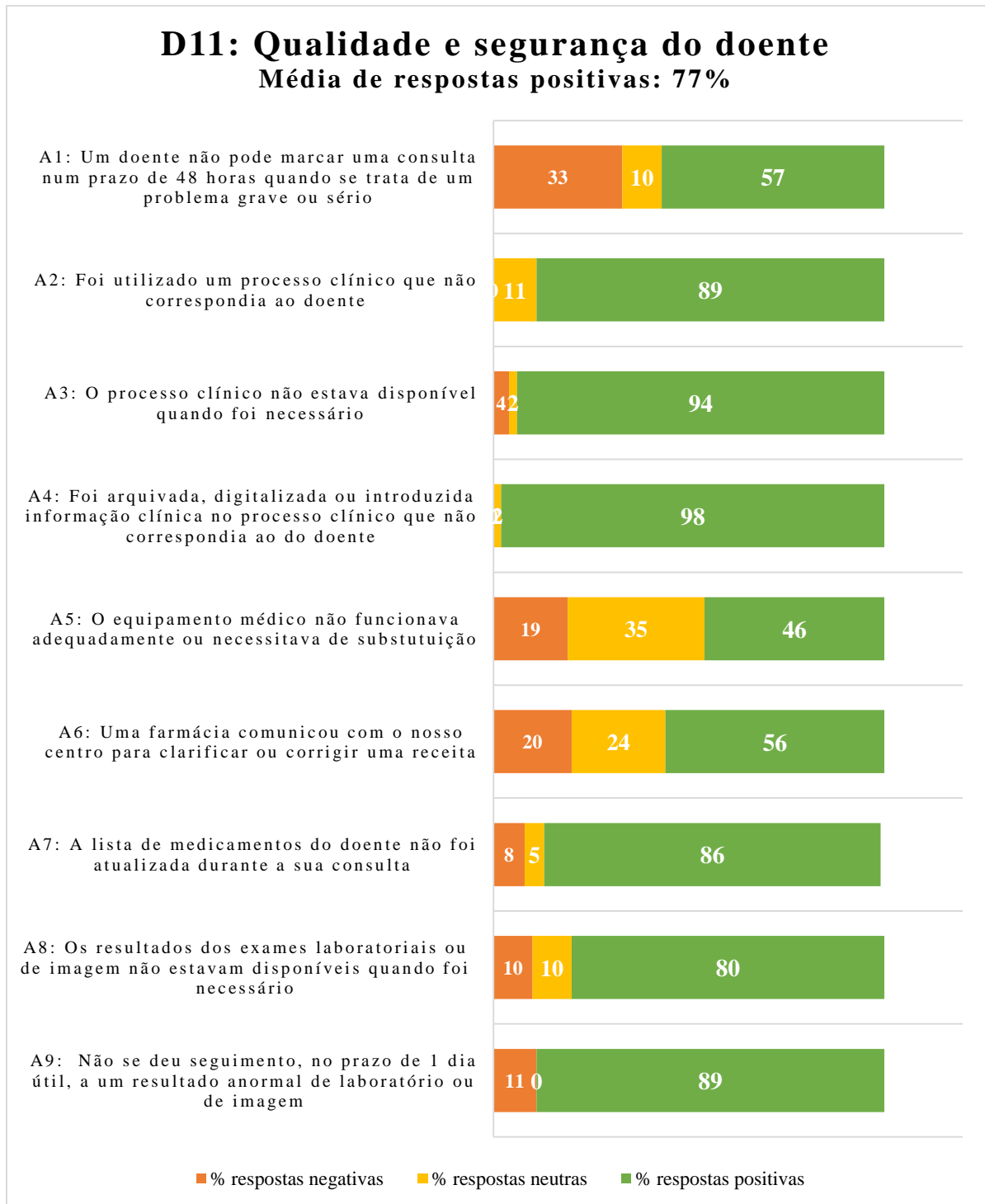
Nesta dimensão podemos distinguir vários pontos fortes atendendo que a informação deve ser interpretada de forma contrária:

- Na área da “identificação do doente”
 - “A2: foi utilizado um processo clínico que não correspondia ao do doente” com 89% de respostas positivas;
- Na área dos “registos e processos clínicos”:
 - “A3: o processo clínico não estava disponível quando foi necessário” com 94%;
 - “A4: foi arquivada, digitalizada ou introduzida informação clínica no processo clínico que não correspondia ao do doente” com 98%;
- Na área dos “diagnósticos e exames complementares”:
 - “A8: os resultados dos exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando foi necessário” com 80%;
 - “A9: não se deu seguimento, no prazo de 1 dia útil, a um resultado anormal de laboratório ou de imagem” com 89%
- Na área dos “medicamentos”:
 - “A7: a lista de medicamentos do doente não foi atualizada durante a sua consulta” com 86%.

De acordo com as percentagens, todas estas áreas foram consideradas pontos fortes.

O item “A5: o equipamento médico não funcionou adequadamente ou necessitou de substituição” da área do “equipamento médico” é tido como área de melhoria por apresentar 57% de respostas positivas. Contudo, a média percentual de respostas positivas para a presente dimensão foi de 77% pelo que é considerada um ponto forte da CSD.

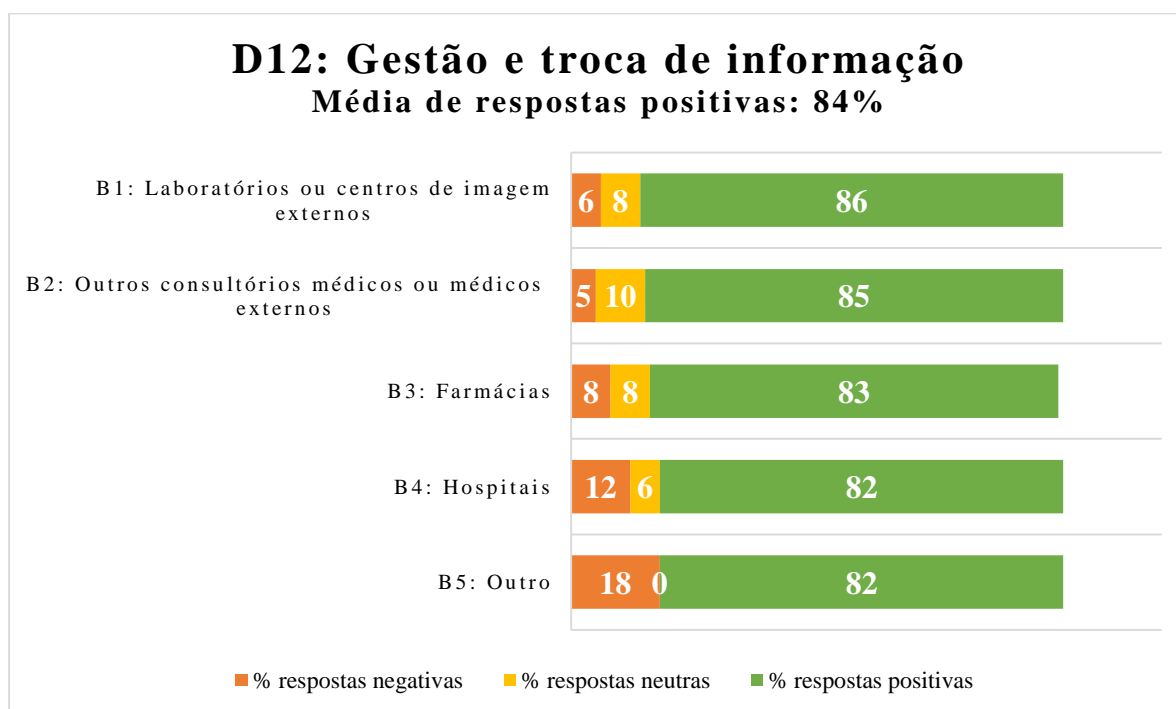
Gráfico 11 – Percentagens relativas à qualidade e segurança do doente



Dimensão 12 – Gestão e troca de informação

Por obter uma média percentual de respostas positivas de 84%, a dimensão “gestão e troca de informação” foi considerada uma área forte. Todos os itens que a avaliam também obtiveram valores que os classificam como pontos fortes variando entre 82% nos itens “B4: hospitais” e “B5: outros” e 86% no item “B1: laboratórios ou centros de imagem externos”.

Gráfico 12 – Percentagens de respostas relativas à gestão e troca de informação



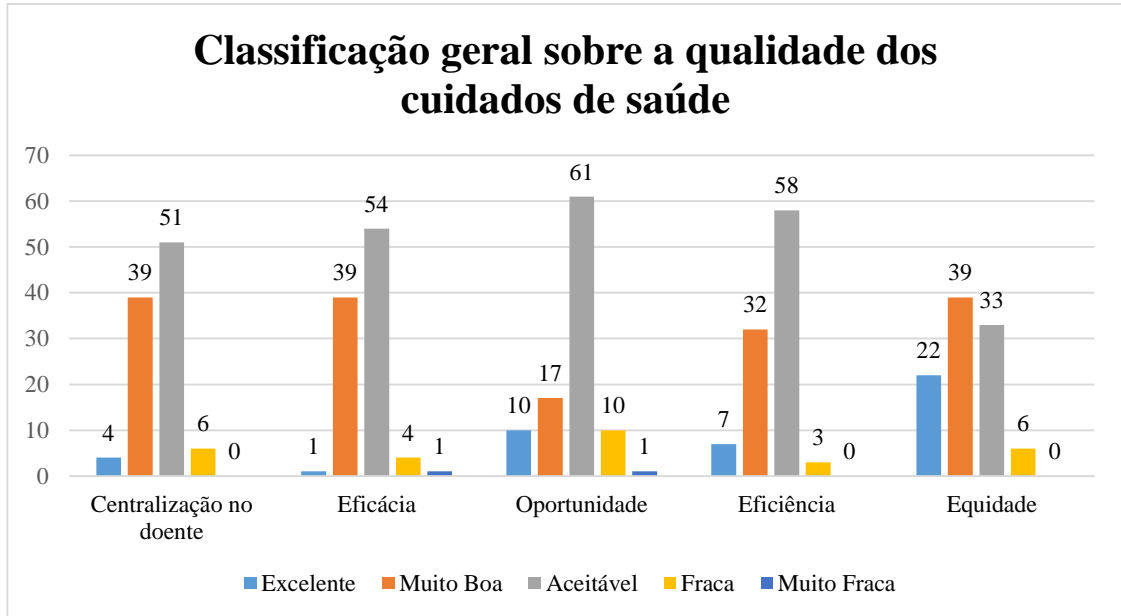
Para além das 12 dimensões, o instrumento englobava mais duas questões de avaliação geral sobre a qualidade e sobre a segurança do doente.

Em relação à primeira questão “Como classificaria a sua Unidade em cada uma das seguintes áreas da qualidade dos cuidados de saúde” foram apresentadas cinco áreas sendo que a “centralização no doente”, a “eficácia”, a “oportunidade” e a “eficiência” foram classificadas pela maioria dos profissionais como aceitáveis. A área da “equidade” foi a que obteve a melhor classificação, sendo considerada pela maioria dos participantes (39%) como muito boa (Gráfico 13).

Relativamente ao seu percentual de respostas positivas, resultante do somatório das respostas às opções “excelente” e “muito bom”, verificou-se que quatro dos itens se identificam como áreas de melhoria: “centralização no doente” com 43%, “eficácia” com 40%, “oportunidade” com 27% e “eficiência” com 39%. Apesar do item “equidade” ter

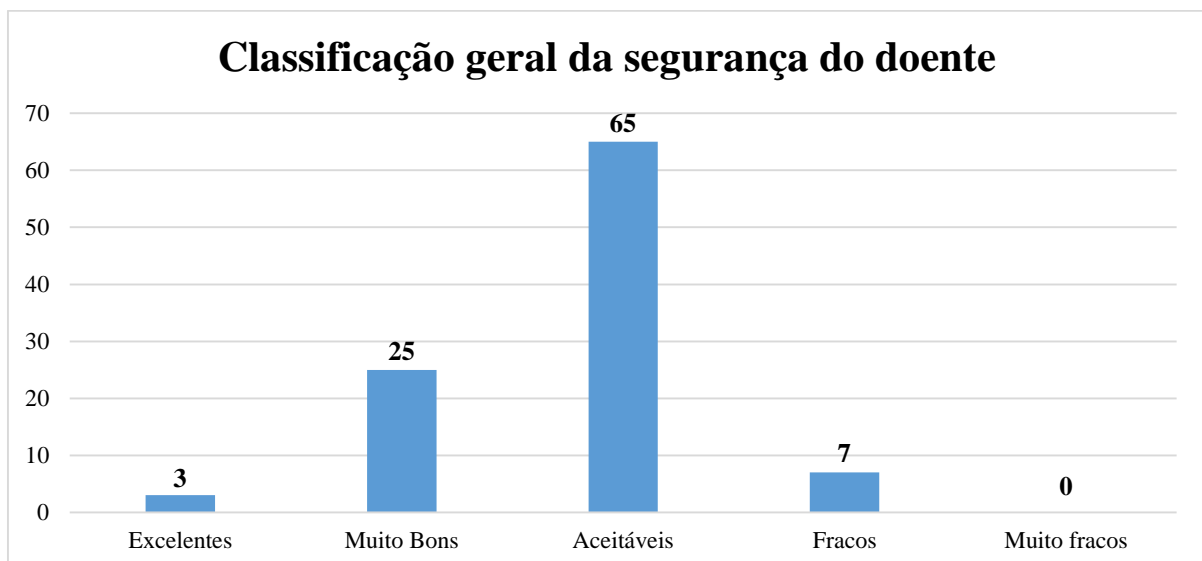
obtidos melhores resultados não se considera como ponto forte por apresentar uma percentagem de 61%.

Gráfico 13 – Classificação geral sobre a qualidade dos cuidados de saúde



Relativamente à segunda questão “em geral, como classificaria os sistemas e procedimentos clínicos, que a sua unidade tem estabelecido para prevenir, detetar e corrigir problemas que tenham potencial para afetar os doentes?” - a maioria dos profissionais (65%) respondeu como ‘aceitáveis’, sendo que 3% referiu como ‘excelentes’ e nenhum participante a classificou como ‘muito fraca’.

Gráfico 14 – Classificação geral da segurança do doente



5. Discussão dos resultados

Neste capítulo pretende-se analisar e interpretar os resultados obtidos procurando confrontá-los não só com os resultados gerais do estudo piloto português como também com estudos internacionais. Pesquisaram-se estudos que tivessem recorrido a instrumentos de colheita de dados que avaliassem a CSD através de dimensões iguais ou semelhantes à do presente estudo. A pesquisa bibliográfica permitiu, assim, conhecer a existência de estudos internacionais desenvolvidos nos EUA, país de origem do instrumento adaptado para Portugal, e outros estudos desenvolvidos no Irão, Holanda e Kuwait que recorreram a adaptações do instrumento HSOPSC, também da AHRQ, para os CSP (Tabrizchi&Sedaghat, 2012; Zwart, et al., 2011;Ghobashi, El-Ragehy, Mosleh& Al-Doseri, 2014). Estas adaptações surgiram com agregações entre algumas dimensões ou inclusão de outras mas, apesar destas alterações tanto o HSOPSC como o MOSCSP foram desenvolvidos pela AHRQ pelo que comungam conceitos possibilitando a confrontação de resultados.

Seguindo, as recomendações de Sorraet al. (2014) deve ser instituído um plano de ação que capacite a organização em melhorar os aspetos relativos à SD, e a aplicação do instrumento de colheita de dados é considerado um meio de educação dos profissionais e tomada de consciência dos problemas relativos à SD. Entendeu-se, então, que a utilização de um instrumento comum nos CSP e cuidados de saúde hospitalares simplificaria a avaliação da CSD da ULSG, permitindo a comparação e aprendizagem dentro do sistema e promovendo a melhoria da SD (Hedsköldet al., 2013).

A interpretação das médias percentuais dos itens permitiu identificar pormenorizadamente quais os pontos que se destacaram em cada dimensão da CSD. Os dois pontos fortes com maior média percentual pertencem à dimensão 11 “qualidade e segurança do doente” e correspondem aos itens A4 e A2. Oitem “A4: foi arquivada, digitalizada ou introduzida informação clínica no processo clínico que não correspondia ao do doente” foi o que obteve melhores resultados com 98% de média de respostas positivas; e o “A2: foi utilizado um processo clínico que não correspondia ao do doente” com 89%, uma vez que a

descrição de ambos os itens se deve interpretar de forma revertida. Também nos EUA obtiveram resultados semelhantes no item A4 (95%) e superiores no A2 (98%) (Sorraet al., 2014).

Mantendo a análise por itens delimitaram-se também os pontos de potencial melhoria identificados pelas baixas percentagens de médias positivas adquiridas (< 50%). Assim o item com pior resultado corresponde ao “C6: temos demasiados utentes para a quantidade de profissionais na prestação de cuidados” pertencente à dimensão 10 “pressão e ritmo de trabalho” com apenas 13% de respostas positivas em comparação com os 51% obtidos por de Sorraet al. (2014) nos EUA. É de referir ainda o abismo encontrado no número de itens com percentagens inferiores ou igual a 50% no presente estudo - num total de 22 itens. Dados que não corroboram com o estudo norte-americano com apenas um item, o “C3R: in thisoffice, wefeelrushedwhentakingscareofpatients” correspondente à dimensão “10: Pressão e ritmo de trabalho”, tendo obtido 37% de respostas positivas (Sorraet al., 2014).

Na presente investigação, e pensando nas dimensões, identificaram-se seis dimensões de potencial melhoria por apresentarem médias percentuais positivas inferiores a 50%:

- Dimensão 10 – “Pressão e ritmo de trabalho” – 20%
- Dimensão 6 – “Apoio pela Gestão de topo” – 28%
- Dimensão 7 – “Comunicação acerca do erro” – 42%
- Dimensão 8 – “Abertura na comunicação” – 42%
- Dimensão 9 – “Processos administrativos e uniformização de procedimentos” – 44%
- Dimensão 5 – “Formação e treino de profissionais” – 48%

Destas cinco, quatro são coincidentes com os resultados gerais do estudo piloto português: a dimensão 5 “formação e treino de profissionais” com 47%, a dimensão 6 “apoio pela gestão de topo” com 26%, a dimensão 8 “abertura na comunicação” e dimensão 9 “processos administrativos e uniformização de procedimentos” ambas com 49%, resultados muito semelhantes aos obtidos no presente estudo (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde [Portugal, MS, DGS, DQS], 2014). Apenas a dimensão 10 “pressão e ritmo de trabalho” apresentou no estudo piloto uma percentagem da média positiva ainda mais baixa, registando o valor de 11% (Portugal,

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde [Portugal, MS, DGS, DQS], 2014). Também no estudo americano foi esta a dimensão com pior resultado (50%) (Sorraet al., 2014).

Relativamente à dimensão “Comunicação acerca do erro” foi também assinalada no estudo do Kuwait como uma área de melhoria, tendo obtido uma percentagem semelhante ao nosso estudo - 24% (Ghobashiet al., 2014). Também no estudo iraniano, mesmo que com alguma diferenciação na sua denominação, Tabrizchi&Sedaghat (2012) encontraram apenas 44% de respostas positivas na dimensão “Feedback andcommunicationabout error”. Na Holanda, a comunicação também foi assinalada como uma área de melhoria ao obter 50% de média de respostas positivas na dimensão “abertura na comunicação” (Zwartet al., 2011).

A identificação das dimensões com médias percentuais positivas superiores a 75% permitiu-nos conhecer as duas áreas de maior força da CSD nos CSP da instituição, designadamente:

- Dimensão 12 “gestão e troca de informação” com 84% de média de respostas positivas.
- Dimensão 11 “qualidade e segurança do doente” com 77% de média de respostas positivas.

Estes resultados diferem dos estudos já referenciados. A dimensão 11 “qualidade e segurança do doente” apresenta uma média de respostas positivas superior relativamente aos resultados gerais do estudo piloto português (70%) e ao estudo dos EUA cujo valor foi de 62%. O mesmo acontece na dimensão 12 “gestão e troca de informação” onde os resultados foram superiores aos 64% obtidos no estudo piloto e aos 55% obtidos por Sorraet al. (Portugal, MS, DGS,DQS, 2014; Sorra, et al, 2014). Em contrapartida no estudo piloto foram identificadas duas áreas fortes diferentes das encontradas no presente estudo – a dimensão 1 “trabalho em equipa” (76%) e a dimensão 2 “seguimento do doente” (75%) (Portugal, MS, DGS, 2014) – contudo, coincidentes com o estudo norte-americano ambas com 86% de média de respostas positivas (Sorraet al., 2014). Ainda nos EUA foram identificadas mais três áreas fortes da CSD representadas pelas dimensões 3 “aprendizagem organizacional” e 4 “perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente” ambas com 80% e a dimensão 5 “formação e treino dos profissionais” com 75% (Sorraet al.,2014). Estas dimensões no nosso estudo obtiveram uma classificação neutra. No estudo iraniano, apenas uma dimensão obteve

resultados superiores a 75% - a dimensão “teamworkcrossunitsofhealthcenter” com uma média percentual de 77%, tendo sido por isso considerada um ponto forte (Tabrizchi&Sedaghat, 2012). O mesmo sucedeu no estudo holandês em que a única dimensão considerada como ponto forte foi a dimensão “intention to reportevents” com 88% de média de respostas positivas (Zwartet al. 2011). Outro estudo, realizado no Kuwait, identificou duas áreas fortes representadas pelas dimensões “organizacional learningcontinuousimprovement” com 75% e “teamworkwhithincenterunits” com 82% (Ghobashiet al. 2014).

Ainda num perspectiva comparativa com o estudo iraniano, destaca-se a diferença percentual da dimensão 6 “apoio pela gestão de topo” uma vez que no estudo iraniano é considerado um ponto forte (75% de média de respostas positivas) em contraste com os 28% da ULSG.

Seguindo as recomendações de Sorraet al. (2014), devem ser destacadas duas ou três áreas de melhoria evitando a focalização em diversos problemas ao mesmo tempo.

É de referir que nenhuma das áreas fortes encontradas no nosso estudo têm representatividade integral nas dimensões dos estudos que utilizaram a adaptação do instrumento HSOPSC.

As dimensões que obtiveram percentagens superiores a 50% e inferiores a 75% (D1 “trabalho em equipa”, D2 “ seguimento do doente”, D3 “aprendizagem organizacional” e D4 “perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente”) não se enquadram nas classificações de área fraca ou forte não devendo, no entanto, ser desvalorizadas pois há sempre lugar para a melhoria.

No que se refere aos resultados da avaliação geral sobre a qualidade, a maioria dos profissionais classificou a centralização do doente, a eficácia, a oportunidade e a eficiência aceitáveis contudo, a percentagem de respostas obtidas nestes itens não identificou nenhum ponto forte mas sim quatro pontos de melhoria sendo:

- Centralização no doente – 43%
- Eficácia – 40%
- Oportunidade – 27%
- Eficiência – 39%

Tais resultados não se assemelham ao dos EUA, em que todos os itens obtiveram percentagens superiores, sendo que, o item “equidade” obteve 82% de respostas positivas

tendo sido por isso considerado um ponto forte. Os restantes obtiveram resultados de 71% nos itens “centralização no doente” e “eficácia”; 62% no item “eficiência” e 56% no item “oportunidade” (Sorraet al., 2014).

Por fim a classificação geral da segurança do doente foi considerada pela amostra do estudo como uma área de potencial melhoria. O percentual de respostas positivas foi de 28% bastante inferior aos obtidos os EUA (68%). Apesar do resultado, é de referenciar que nenhum indivíduo classificou a segurança do doente como muito fraca encontrando-se a maioria das respostas (65%) na opção neutra “aceitáveis”. No Kuwait a SD foi classificada pela maioria (53, 4%) como “VeryGood” tendo obtido no geral uma percentagem positiva de 85, 4% e por isso a melhor classificação dos estudos aqui referenciados.

Curiosamente, e apesar de este estudo sugerir mais dimensões com potencial de melhoria, obteve-se melhores resultados no âmbito da perceção da “qualidade e segurança do doente” e na “gestão e troca de informação” do que no estudo americano e nos resultados gerais do estudo piloto português.

6. Conclusão

Com a presente investigação podemos verificar que os profissionais consideraram a dimensão 12 “Gestão e troca de informação” e a dimensão 11 “Qualidade e segurança do doente” como os pontos fortes da CSD, em contraposição cinco das dez dimensões obtiveram resultados menos positivos e por isso com necessidade de intervenção a curto prazo. As dimensões com menor média de percentagem de respostas positivas foram: a 10 “pressão e ritmo de trabalho” seguida das dimensões 6 “apoio pela gestão”, 8 “abertura na comunicação”, 7 “comunicação acerca do erro” e 9 “processos administrativos e uniformização de procedimentos”.

Também, as baixas percentagens de respostas positivas obtidas nas questões sobre a perceção dos profissionais sobre SD e sobre a qualidade dos cuidados denota a necessidade de atuar na sua melhoria.

Em suma, averiguámos que a CSD nos CSP na amostra estudada da ULSG não é forte havendo emergência na focalização e desenvolvimento de medidas de melhoria no âmbito da “pressão e ritmo de trabalho” e no “apoio pela gestão de topo”. Não devem, no entanto ser esquecidas as restantes áreas a melhorar já referenciadas da CSD. Salientamos ainda a necessidade de monitorizar as medidas de melhoria e avaliar periodicamente a CSD contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A replicação do estudo institucional e nacionalmente pode permitir a aprendizagem e enriquecimento pela troca de experiências e soluções entre organizações do Sistema Nacional de Saúde e organizações particulares.

A qualidade em saúde, sendo um conceito inerente a diferentes fatores é indiscutivelmente indissociável à segurança do doente. Cuidados de saúde seguros impulsionam a qualidade, que cada vez mais, o doente procura nos serviços de saúde. A maior disponibilidade de informação capacita os doentes a reconhecer os seus direitos e a requerê-los. Por outro, são os prestadores de cuidados e colaboradores que devem assumir que a SD é basilar na prestação de cuidados de saúde, sendo o grau da importância que lhe é atribuída

reconhecível na cultura organizacional. Quando a organização tem uma cultura que se baseia na SD, esta tende a ser promovida pelo desenvolvimento e implementação de programas/ações que se refletem na qualidade dos cuidados, isto traduz-se na diminuição da EA e aumento da eficácia dos cuidados e conseqüentemente na satisfação dos doentes logo, no aumento dos ganhos em saúde. É por isso que as organizações devem conhecer a sua cultura e identificar quais as áreas e pontos a melhorar na SD.

Os resultados deste estudo carecem de representatividade populacional pela baixa adesão de resposta (16,8%), tal pode ser justificado pela possibilidade do não reconhecimento por parte dos profissionais da importância do objeto em estudo. Uma falha do questionário indica a necessidade de criar novas oportunidades de mudança podendo estar relacionadas com a falta de um plano de ação ou seguimento dos questionários (Sorraet al., 2014). Foram então realizadas sessões presenciais e informais de esclarecimento nas unidades com o objetivo de perceber e tentar colmatar as razões que estavam a levar à baixa adesão. Porém, outros constrangimentos foram encontrados na aplicação do questionário via internet, o mau funcionamento da rede foi referida aquando a sensibilização “in loco”, a existência de computadores obsoletos que aumentavam exponencialmente o tempo de resposta previsto, tornando o período de disponibilização do “link” insuficiente. Foi então, alargado pela DGS o período de respostas por mais duas semanas conseguindo-se obter um maior número de participantes mas ainda insuficientes para uma representatividade populacional. No entanto, Sorraet al. (2014) lembra que a aplicação do instrumento não pode ser considerada como um objetivo único ou suficiente. Assim, a importância dos resultados evidencia-se pelo conhecimento inovador a nível nacional ao ter contribuído para estudo piloto levado a cabo pela DGS.

A relevância dos resultados obtidos nestes estudos foi notavelmente reconhecida pela DGS ao emanar a Norma 003/2015 após a realização do estudo piloto, formalizando assim a obrigatoriedade de aplicar o questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cuidados de saúde Primários” de dois em dois anos assim como recomendações para a análise e monitorização de resultados (Portugal, MS, DGS, 2015c).

Os resultados obtidos, assim como a taxa de adesão, foram considerados potenciais indicadores da cultura da organização, denunciando a necessidade de desenvolvimento de ações promotoras de uma CSD. Reconhecemos que muito há ainda a fazer na divulgação dos conceitos relativos à CSD e das componentes que o influenciam, não pelo desinteresse ou desmazelo dos profissionais de saúde que diariamente se comprometem a desenvolver, prestar

e promover cuidados de saúde seguros mas sim, pelo baixo envolvimento dos profissionais, seja por razões motivacionais ou de conhecimento. Propõe-se assim um maior empenho dos gestores no investimento de programas promotores da segurança do doente, no incentivo à utilização do sistema de notificação recentemente criado na instituição, no desenvolvimento e divulgação dos resultados de estudos sobre a área e reconhecimento das boas práticas desenvolvidas. Pensamos que assim se possam criar soluções passíveis de replicação em toda a organização incitando a harmonização de cuidados seguros e o desenvolvimento de uma cultura organizacional sustentada na SD.

Lista de referências

- Agency for Healthcare Research and Quality (2015a). *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*: Agency for Healthcare Research and Quality; Rockville. Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2015b). *Survey User's Guide: Medical Office Survey on Patient Safety Culture*: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville. Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/index.html>.
- Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2013). *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Comité Económico e Social Europeu (2008). Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “Os direitos do paciente”. *Jornal Oficial da União Europeia*.67-71. Acedido em [http://http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_2008.010.01.0067.01.POR](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_2008.010.01.0067.01.POR).
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Cembe, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.
- Costa, A. C. (2011). *Segurança do Doente. Cultura de segurança do doente*. Departamento da Qualidade na Saúde.
- Costa, A. C. (2012). *Segurança do Doente. Programas e Projetos*. Departamento da Qualidade na Saúde.
- Decreto-Lei n.º 183/2008. (2008, setembro 4). Criação de unidades locais de saúde [Portugal]. *Diário da República*, 1(171), pp. 6225-6233. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL%20183_2008%20ULS%20Alto%20Minho%20Guarda%20Bai%20Alentejo.pdf.

- Despacho nº 1400-A/2015. (2015, fevereiro 10). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 [Portugal]. *Diário da República*, 2(28), pp. 3882-(10). Acedido em <https://drive.google.com/file/d/0B01KQUBq2mMKYWZRakd5RzZPS3c/view>.
- Fortin, M., Côte, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Fragata J, Martins L. (2009). *O erro em medicina: perspetivas do indivíduo da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Garcia, C. R. F. (2015). *Cultura de segurança da criança hospitalizada num centro hospitalar da zona centro – percepção dos enfermeiros* (Tese de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.
- Ghobashi, M. M., El-Ragehy, H. A. G., Mosleh, H., & Al-Doseri, F., A. (2014). Assessment of patient safety culture in primary health care settings in Kuwait. *Epidemiology biostatistics and public health*, 11(3), e9101-1- e9101-9. Acedido em <http://ebph.it/article/view/9101>.
- Hedsköld, M., Pukk-Härenstam, K, Berg, E, Lindh, M., Soop, M. Øvretveit, J. & Sachs, M. (2013). Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Services Research*, 13 (332), 1-11. doi: 10.1186/1472-6963-13-332. Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/332>.
- Institute of Medicine (1999). *To err is human: building a safer health system*. National Academy of Sciences. Acedido em <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>.
- Jha A. K., Prasopa-Plaizer N., Larizgoitia, I., & Bates, O. W. (2010). Patient safety research: An overview of the global evidence. *BMJ Quality & Safety*, 19, 42–47. doi:10.1136/qshc.2008.029165.

- Marcelo, C., Maluly Filho, V., Azevedo, M., Nascimento, F., Villa, G., Machado, C., Souza, C., Mansur, L. & Marinho, D. (2014). Criação de um sistema de notificação de ocorrências no hospital Quinta D'Or: facilitando a notificação de eventos adversos e desdobrando as informações. In Uva, A., S., Sousa, P., & Serranheira, F. (Ed.). *Livro de proceedings do 3º congresso internacional de qualidade em saúde e segurança do doente*. (pp. 29-32). Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. ISBN: 978-989-20-3849-0.
- Marchon, S. & Junior, W. (2014). Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(9):1-21. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114113>.
- Matias, A. (2003). Cultura Organizacional. *Revista do Curso de Comunicação Social*. 5, s. p.. Acedido em <http://www.ipv.pt/forumedia/5/16.htm>.
- Mendes, C. M. F. G. D. S. & Barroso, F. F. M. (2014) Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista portuguesa de saúde pública*. 32(2): 197-205. Acedido em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/promover-uma-cultura-seguranca-em-cuidados-saude-primarios-90370889>.
- Ornelas, M. (2014). Avaliação dos eventos adversos nos cuidados de saúde primários. In Uva, A., S., Sousa, P., & Serranheira, F. (Ed.). *Livro de proceedings do 3º congresso internacional de qualidade em saúde e segurança do doente*. (pp. 25-28). Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. ISBN: 978-989-20-3849-0.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico final*. DGS, Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2014*. DGS. Lisboa: Acedido em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2014a). *Departamento da Qualidade na Saúde*. DGS. Lisboa: Acedido em <http://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>.

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2014b). *Questionário avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários*. Acedido em <http://pt.surveymonkey.com/s/ULSGUARDA>).
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015a). Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020. DGS: Lisboa: Acedido em <http://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada/>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015b). *Comissões da qualidade e segurança*. Acedido em <http://www.dgs.pt/comissoes-de-qualidade-e-seguranca.aspx>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015c). *Norma Nº 003/2015: Avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários*. Ministério da Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: Resultados de um estudo piloto*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde (2014). *Avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários (ACSD-CSP)*. DGS. Lisboa.
- Portugal, Ministério da Saúde, Inspeção Geral das Atividades em Saúde. (2010). *Inspeção sobre o erro médico e ações judiciais com pedido de indemnização por deficiente assistência médica (Follow-up)*. Ministério da Saúde.
- Ribas, M. J. (2010). Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(6), 585-589. Acedido em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10801&path%5B%5D=10537>.
- Ribeiro, O. (2004). Marketing e comunicação: Inovação conceptual na gestão de serviços de saúde. *Millenium*, 30, 223-233. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/18.pdf>.

- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos cuidados. *Millenium*, 25. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/357>.
- Sorra, J., Famolaro, T., Yount, N. D., Smith, S., Burns, W., Wilson, S., Liu, H., Liu, J., & Haider, J. (2014) *Medical office survey on patient safety culture: 2014 User comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/2014/index.html>
- Sorra, J., Franklin, M., & Streagle S. (2008). *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/mosurveyguide.pdf>
- Tabrizchi, N., & Sedaghat, M. (2012). The first study of patient culture in Iranian primary health centres. *Acta Medica Iranica*, 50(7), 505-510. Acedido em <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/3938/3913>.
- Teixeira, J., Madeira, A., M., Sérgio, M. & Curado, M.A. (2014). Comportamentos individuais e organizacionais de cultura de segurança: a percepção dos enfermeiros do bloco operatório de uma instituição privada de saúde. In Uva, A., S., Sousa, P., & Serranheira, F. (Ed.). *Livro de proceedings do 3º congresso internacional de qualidade em saúde e segurança do doente*. (pp. 29-32). Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. ISBN: 978-989-20-3849-0.
- Uva, A., S., Sousa, P., & Serranheira, F. (2013). *Livro de proceedings do 3º congresso internacional de qualidade em saúde e segurança do doente*. Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. ISBN: 978-989-20-3849-0.
- Verbakel, N. J., Van Melle, M., Langelaan, M., Verheij, T. J. M., Wagner, C., Zwart, D. L. M. (2014). Exploring patient safety culture in primary care. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(6), 585-591. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzu074>.
- Wallis, K., & Dovey, S. (2011). Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified manchester patient safety framework in Dunedin general

practices. *Journal of primary health care*, 3(1), 35-40.
 Acedidoemhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21359259.

Wet, C., Spence, W., Mash, R., Johnson, P., & Bowie, P. (2010). The development and psychometric evaluation of safety climate measure for primary care. *BMJ Quality & Safety*, 20, 578-584. Doi:10.1136/qshc.2008.031062.

World Health Organization. (2003). *Towards a common international understanding of patient safety concepts and terms: taxonomy and terminology related to medical errors and system failures*. Geneva: World Health Organization.
 Acedidoemhttp://www.who.int/patientsafety/taxonomy/WHOTaxonomyConsultationOct2003.pdf.

World Health Organization. (2009). *Global priorities for patient safety research*. Switzerland: World Health Organization. ISBN 978 92 4 159862 0.

Zwart, D., Langelaan, M., Vooren, R., Kuyvenhoven, M., Kalkman, C., Erheij, T. & Wagner, C. (2011) Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Family Practice*, 12(117), 1-7.
 Acedidoemhttp://www.biomedcentral.com/147-2296/12/117.

Anexo I – Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

Primeira Parte – Questionário sobre a avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários

A segurança do doente é uma preocupação crescente nas instituições de Cuidados de Saúde Primários 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 e a notificação de incidentes e de eventos adversos do ACES onde trabalha.

A sua participação é fundamental para avaliar a Cultura de Segurança do Doente na sua Unidade. Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade, e os resultados apresentados de forma anónima.

Os dados constantes deste questionário serão inseridos num ficheiro informático da responsabilidade da Direção-Geral da Saúde. Ao seu titular é garantido o direito de acesso, retificação ou eliminação sempre que para isso se dirija por escrito ou pessoalmente ao responsável pelo tratamento (art. 10º, 11º, 12º da Lei 67/98 de 26 de Outubro).

A “segurança do doente” é definida como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável.

O “Doente” é a pessoa que recebe os cuidados de saúde, independentemente dos mesmos serem de promoção, manutenção, monitorização ou restabelecimento de saúde.

Um “Doente” é a pessoa que recebe os cuidados de saúde, independentemente dos mesmos serem de promoção, manutenção, monitorização ou restabelecimento de saúde.

Um “evento” é definido como qualquer ocorrência que aconteceu ou afeta um doente.

Um “Prestador de Cuidados” é um profissional de saúde que faz diagnósticos, e/ou trata os doentes e/ou prescreve medicamentos.

SECÇÃO F: A Unidade Prestadora de Cuidados						
* Expresse o seu grau de concordância com as afirmações						
Legenda: 1- Discordo fortemente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4-Concordo; 5-Concordo fortemente; 6- Não se aplica/ não sei						
	1	2	3	4	5	6
1. Quando há um problema verificamos se é necessário mudar a forma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os procedimentos que usamos são bons para prevenir error que podem afetar os doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cometemos mais erros do que devíamos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. É só por acaso que não se cometem mais erros que poderiam afetar os nossos doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Esta Unidade é boa a adequar os procedimentos, de forma assegurar que os erros não se repitam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A quantidade de trabalho é mais importante do que a qualidade dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Depois de fazermos mudanças para melhorar os procedimentos da prestação de cuidados, procedemos à avaliação para verificar se as mudanças funcionaram.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECÇÃO G: Classificações gerais					
*Classificação Gral da Qualidade					
Em geral como classificaria a sua Unidade em cada uma das seguintes áreas da qualidade dos cuidados de saúde?					
Legenda: 1- Excelente; 2- Muito Boa; 3- Aceitável; 4- Fraca; 5- Muito Fraca					
	1	2	3	4	5
a. Centralização do doente Responde às preferências, necessidades e valores de cada doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Eficácia Baseia-se na evidência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Oportunidade Minimiza as esperas e os atrasos potencialmente causadores de danos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Eficiência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assegura uma prestação rentável (evita desperdício, abuso e uso incorreto de serviços)					
e. Equidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administra a mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas sem privilegiar os género, a raça, a etnia, o nível socioeconómico, idioma, etc.					

SECÇÃO H: Informação Geral	
Há quanto tempo trabalha nessa unidade?	
<input type="radio"/>	a. Menos de 2 meses
<input type="radio"/>	b. 2 meses até menos de 1 ano
<input type="radio"/>	c. 1 ano até menos de 11 anos
<input type="radio"/>	d. 3 anos até menos de 6 anos
<input type="radio"/>	e. 6 anos até menos de 11 anos
<input type="radio"/>	f. 11 anos ou mais
*Usualmente, quantas horas por semana trabalha nesta Unidade?	
<input type="radio"/>	a. De 1 a 4 horas por semana
<input type="radio"/>	b. De 5 a 16 horas por semana
<input type="radio"/>	c. De 17 a 24 horas por semana
<input type="radio"/>	d. De 25 a 32 horas por semana
<input type="radio"/>	e. De 33 a 40 horas por semana
<input type="radio"/>	f. 41 horas por semana ou mais
*Qual é a sua função? Marque a função que melhor descreva o seu trabalho	
<input type="radio"/>	a. Médico
<input type="radio"/>	b. Enfermeiro
<input type="radio"/>	c. Assistente operacional
<input type="radio"/>	d. Assistente técnico

<input type="radio"/>	e. Técnico superior
<input type="radio"/>	f. Outra função
Outra (especifique)	
*A Unidade onde trabalha é uma:	
<input type="radio"/>	a. USF
<input type="radio"/>	b. UCSP
<input type="radio"/>	c. Outra
Outra (especifique)	
*Qual a sua idade?	
<input type="radio"/>	a. 25-35 anos
<input type="radio"/>	b. 36-45 anos
<input type="radio"/>	c. 46-55 anos
<input type="radio"/>	d. ≥ 56 anos

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo II – Pedido de Autorização de Aplicação dos Questionários

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários - estudo piloto

Caixa de entrada x

Maria João Gaspar <mariajg@dgs.pt>
para Secretariado, mim

16/09

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde da Guarda

A pedido do Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde, Dr. Alexandre Diniz, e na sequência da participação da ULS da Guarda na validação final do questionário sobre a Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, vimos pelo presente enviar a seguinte informação:

- 1) O "questionário sobre a segurança do doente nos cuidados de saúde primários" deve ser preenchido por todos os profissionais que desempenham funções no ACES, independentemente do grupo profissional e do vínculo contratual, entre 1 e 31 de outubro.
- 2) O Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança deve acompanhar este processo.
- 3) A promoção interna do estudo piloto deve ser prévia ao período de resposta ao questionário, para promover a adesão por parte dos profissionais.

4) O acesso ao questionário é realizado através do link da instituição: <https://pt.surveymonkey.com/s/ULSGUARDA>

5) O link da instituição deve ser distribuído a todos os profissionais, sugerindo-se:

- Divulgação do link na intranet da instituição.
- Envio do link a interlocutores que sejam identificados nos Departamentos/Serviços, para dinamizarem a distribuição e recolha da informação.
- Articulação com o Serviço de Recursos Humanos/Vencimentos, para que o link seja enviado juntamente com o recibo do vencimento (caso este seja o sistema institucional).
- Disponibilização do link em computadores localizados no Centro de Formação ou nos Departamentos/Serviços onde o profissional possa facilmente aceder e obter ajuda, se necessário.

6) Só serão considerados válidos os questionários respondidos na sua totalidade.

7) Os resultados serão enviados no final de novembro, possibilitando a análise interna e o desenvolvimento de medidas de melhoria interna.

Ficamos ao dispor, para qualquer questão adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Maria João Gaspar
Técnica Superior na Divisão da Gestão da Qualidade
Senior Officer at the Division of Quality Management

 **DGS**
Direção-Geral da Saúde

 Departamento da Qualidade na Saúde

Directorate-General of Health | Department of Quality in Health
Alameda D. Afonso Henriques, 45, 1049-005 Lisboa, Portugal
Tel: [+351 21 843 08 34](tel:+351218430834) | Fax: [+351 21 843 08 46](tel:+351218430846) | E-mail: mariajg@dgs.pt | Website: www.dgs.pt

Melhor Informação. Mais Saúde.

 **35**
Aniversário
Serviço Nacional de Saúde
A cuidar dos portugueses

Anexo III – Resposta Institucional ao Pedido de Autorização para Aplicação do Questionário

----- Mensagem reencaminhada -----
From: Secretariado Administracao - 1 <hsmguarda@ulsguarda.min-saude.pt>
To: Anabela Coelho <anabelacoelho@dgs.pt>
Cc: "Maria João Gaspar" <mariaj@dgs.pt>
Date: Thu, 11 Sep 2014 15:56:57 +0100
Subject: Avaliação da Cultura de segurança do Doente nos Cuidados de saúde Primários - estudo piloto

Exma. Senhora

Dr.ª. Anabela Coelho
Direção Geral da Saúde,

Na sequência do ofício recepcionado nesta Instituição e referente ao assunto supra mencionado, cumpre-nos informar que por deliberação do Conselho de Administração de 09 de Setembro de 2014, o mesmo foi autorizado, conforme proposto.

Com os melhores cumprimentos,

Vasco Teixeira Lino
Presidente do Conselho de Administração



Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
Av. Rainha D. Amélia
6300-858 Guarda
Telef: +351 271 210 840 Fax: [+351 271 223 104](tel:+351271223104)
E-mail: hsmguarda@ulsguarda.min-saude.pt

Anexo IV – Pedido de Autorização para Tratamento de Dados



Ex^{mo(a)}. Senhor(a)

Lígia Maria Martins Monteiro dos Santos Marcelino

Serviço de Esterilização

Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação intitulado "Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados Primários".

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda, nada temos a opor ao desenvolvimento do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

Diretor Clínico

(Dr. Luis Gil Barreiros)

LGB/IM



Anexo V – Autorização da Comissão de Ética e Institucional para o Tratamento dos Dados

