

A Cultura de Segurança no Bloco Operatório
Como cuidamos da Segurança dos Doentes

Ana Margarida Madeira

Projecto de Mestrado
em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Professor Doutor José Fragata, Professor, ISCTE Business School, Departamento
de Gestão de Serviços de Saúde

Co-orientadora:
Professora Coordenadora Maria Alice Curado, Professora, ESEL

Maio, 2012

A Cultura de Segurança no Bloco Operatório

Resumo

Actualmente a Medicina é considerada uma das actividades de maior risco, derivado das mudanças que tem vindo a sofrer desde o final da Segunda Guerra Mundial, verificando-se uma escassez de recursos *versus* um aumento da procura de cuidados médicos de qualidade (Campos, 2009).

Desde 2006 que a Comissão de Saúde releva a importância de uma cultura de segurança, no sentido de proteger os doentes de eventuais erros não intencionais (Currie, Watterson, 2010).

O objectivo geral deste estudo é analisar a cultura de segurança nos blocos operatórios centrais dos hospitais pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (onze).

O presente estudo é de carácter quantitativo, transversal, do tipo descritivo e correlacional, tendo sido aplicado o inquérito por questionário desenvolvido pela AHRQ, após tradução e validação do instrumento, a uma amostra de 183 enfermeiros pertencentes a oito hospitais da região.

Para o tratamento dos dados obtidos através do inquérito por questionário recorreu-se à análise estatística, nomeadamente ao programa IBM-SPSS 20; bem como à análise qualitativa de uma questão, tendo-se utilizado a ferramenta Wordle.

Conclui-se que existe uma cultura de punição do erro, bem como uma grave lacuna relativamente ao *feedback*, por parte dos líderes, e ao envolvimento da gestão de topo para a segurança dos doentes, apesar de já se apostar, na maioria dos hospitais, na aprendizagem e formação em serviço, tendo em conta a sua importância para a qualidade da prestação de cuidados.

Palavras-chave: Segurança do doente; Cultura de segurança; Bloco operatório; Eventos adversos.

Classificações do Journal of Economic Literature:

- I12 – Health Production
- I18 - Government Policy; Regulation; Public Health

Abstract

Nowadays, Medicine is regarded as one of the major risk activities due to structural changes that have been through since the end of Second World War, resulting in a lack of resources versus an increased demand for high quality medical care (Campos, 2009).

Since 2006 the Health Commission emphasizes the importance of a safety culture, enhancing patients' protection from eventual errors (by definition non intentional) (Currie, Watterson, 2010).

The overall objective of this study is to analyse surgical centre's safety culture in Lisbon and Vale do Tejo hospitals (eleven hospitals).

The current study has a quantitative character, descriptive type, transversal and correlational. We've translated and adapted to Portuguese a survey developed by AHRQ and applied it to a sample of 183 nurses from eight hospitals in Lisbon and Vale do Tejo.

To analyse the data from the survey were employed statistical analyses, namely with IBM-SPSS 20 software. On the other hand, for one specific query was used qualitative analysis with Wordle software.

Accordingly to this study there is a punishment error culture, as well as a serious gap in leader's feedback and top management involvement in patient's safety. Nevertheless, nowadays the majority of the hospitals believe in an on-service learning and training, realizing its importance to the patient's safety and quality in the health care service.

Keywords: Patient safety; Safety culture; Operating theaters; Adverse events.

Journal of Economic Literature Classification:

- I12 – Health Production
- I18 - Government Policy; Regulation; Public Health

Agradecimentos

Em especial agradeço às pessoas que me guiaram neste percurso – o Prof.º Dr. José Fragata e a Prof.ª Alice Curado,

Aos meus pais por tornarem possível esta experiência,

Aos meus amigos e colegas pelo grande apoio que me deram,

Às direcções de Enfermagem que aprovaram a realização deste estudo

E a todos os meus colegas que se disponibilizaram enquanto sujeitos.

Margarida Madeira

Índice

Sumário Executivo	iv
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1 Evolução da medicina e Qualidade em Saúde	3
1.2 Os Erros em Medicina	5
1.2.1 Dados Epidemiológicos e Conceitos.....	5
1.2.2 Conceitos e tipos de erro	8
1.2.3 Teorias acerca dos acidentes	10
1.2.4 Errar é humano	13
1.3 Cultura de Segurança	17
1.3.1 Importância da Cultura de Segurança	17
1.3.2 Implementação e monitorização de uma cultura de segurança.....	19
1.3.3 Mudança de cultura organizacional.....	24
1.4 Estratégias para minimizar o risco e aumentar a Segurança.....	25
1.4.1 Defesas do Sistema e outras medidas de segurança.....	26
1.5 Clinical governance	29
1.6 Gestão do risco clínico.....	30
1.7 A especificidade do Bloco Operatório.....	32
1.8 Estratégias de Segurança no Mundo	36
2. Objectivos.....	41
2.1 Objectivo Geral.....	41
2.2 Objectivos específicos e questões de investigação	41
3. Metodologia.....	42
3.1 Método e Procedimentos	42
3.2 Técnica de Recolha de Dados	42
3.3 Apresentação e caracterização da amostra.....	44
3.4 Técnica de Análise de Dados	45
4. Apresentação de resultados	47
4.1 Cultura de Segurança	47
4.2 Diferentes hospitais, diferentes culturas	54

A Cultura de Segurança no Bloco Operatório

4.3 Experiência profissional VS clima de segurança e cultura de reporte.....	64
5. Discussão de resultados	66
5.1 Contributos e obstáculos à cultura de segurança	66
5.2 Relações entre as dimensões da cultura de segurança, o clima de segurança e a cultura de reporte.	66
5.3 Influência da cultura hospitalar sobre a segurança dos doentes	67
5.4 Relação entre a frequência de reporte de eventos, clima de segurança e a experiência profissional.	68
6. Conclusão	69
Bibliografia.....	71
Anexos.....	80

Índice de tabelas e figuras

Tabela 1	47
Tabela 2	49
Tabela 3	50
Figura 1	53
Tabela 4	60
Tabela 5	63
Tabela 6	65

Sumário Executivo

Actualmente, estima-se que são feitas cerca de 230 milhões de grandes cirurgias por dia, em todo o mundo. Os estudos indicam que destas, cerca de 3 a 6% resultam em complicações graves para os utentes, sendo a taxa de mortalidade variável entre 0.2 e 10%, o que se traduz em cerca de 7 milhões de complicações incapacitantes e 1 milhão de mortes, por ano. Do número de eventos apresentado, pelo menos metade poderiam ter sido evitados, pelo que se pode compreender a importância de se cumprirem e melhorarem os requisitos que asseguram a segurança dos doentes (WHO News, 2008).

De acordo com a OMS e o Comité de Saúde do Conselho da Europa, a segurança do doente é uma componente fundamental da qualidade assistencial e um direito reconhecido a nível internacional (Brady *et al*, 2009).

Segundo Rogers (2009), a implementação de uma cultura de segurança permite a obtenção imediata de resultados na diminuição de eventos adversos e custos associados a estes, obtendo ainda benefícios como o aumento da produtividade do serviço e a satisfação dos profissionais de saúde (Mohammadreza, Sogand, Omid, 2010).

A escolha deste tema prende-se, então, com a sua importância não só a nível nacional, como também a nível mundial, tendo em vista o bem-estar dos doentes sujeitos a intervenção cirúrgica e com a escassez de estudos sobre este tema em Portugal.

O objectivo geral deste estudo é analisar a cultura de segurança nos blocos operatórios centrais dos hospitais pertencentes à Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo.

Optou-se pelo recurso ao método quantitativo, através da aplicação do inquérito por questionário desenvolvido pela AHRQ por se constituir num instrumento de medida previamente testado em variadas amostras, com elevado índice de fiabilidade interna e útil para os objectivos propostos. O inquérito é constituído por 42 variáveis (itens) cuja escala de medida é ordinal (de tipo *likert* de 5 pontos), agrupadas em 12 dimensões; uma questão sobre grau de segurança; uma questão sobre reporte de eventos adversos; um grupo de caracterização social e uma questão aberta de opinião – “comentários”.

Este instrumento foi traduzido para Português, corrigido por um perito na área de tradução inglês/ português e submetido a pré-teste a uma amostra de 66 enfermeiros.

A Cultura de Segurança no Bloco Operatório

A população alvo deste estudo é constituída por todos os enfermeiros que exercem funções nos Blocos Operatórios Centrais dos Hospitais públicos da ARS Sub-Região de Lisboa e Vale do Tejo (onze hospitais) (N=497). Destes, três não participaram no estudo, pelo que a amostra é constituída por oito hospitais da região de Lisboa, o que corresponde a aproximadamente 73% (72,7%) do total dos hospitais. Do total de enfermeiros a exercer funções nos hospitais que participaram no estudo (N=353), obtivemos 183 respostas ao inquérito, as quais constituem a amostra deste trabalho (n=183).

Para o tratamento dos dados obtidos através do inquérito por questionário recorreu-se à análise estatística, nomeadamente, à estatística descritiva e à inferência estatística, com recurso ao programa IBM-SPSS 20; bem como à análise qualitativa da questão aberta do questionário, com recurso à ferramenta Wordle, no sentido de descrever e contabilizar as palavras associadas à opinião dos enfermeiros sobre a cultura de segurança no seu serviço. Esta ferramenta permite criar uma “nuvem de palavras” a qual coloca em evidência as palavras com maior frequência absoluta.

Da análise dos dados salientamos que a única correlação forte encontrada entre as doze dimensões de cultura de segurança analisadas foi entre a supervisão/chefia e o *feedback*/comunicação acerca do erro, o que está em concordância com a teoria, na medida em que o *feedback* é uma competência do líder considerada fundamental para a cultura de segurança, nomeadamente no que se refere ao reporte de eventos adversos (Currie, Watterson, 2007).

Relativamente à correlação entre a frequência de reporte de eventos adversos e as dimensões da cultura de segurança, verificou-se que existem correlações estatisticamente significativas, no sentido negativo e fracas entre o reporte de eventos adversos e o trabalho em equipa, a percepção geral de segurança e a equipa de profissionais de enfermagem, o que pode ser explicado pelo facto de numa equipa coesa, onde as pessoas se relacionam bem e trabalham em equipa, existir uma maior cobertura dos erros, no sentido de evitar a acusação de colegas e a sua punição, o que está em concordância com a teoria sobre a cultura de punição que ainda se vive actualmente e que conduz à marginalização e estigmatização dos profissionais envolvidos nos eventos adversos (Carvalho, Vieira, 2002), o que leva os profissionais de saúde a encobrir falhas cometidas por eles ou pelos seus pares (Moumtzoglou, 2010).

A Cultura de Segurança no Bloco Operatório

Verificou-se, ainda, que a cultura de reporte é influenciada pelo tempo de trabalho dos enfermeiros na especialidade, o que poderá estar relacionado com a solidez dos conhecimentos e competências na área específica de bloco operatório, permitindo uma melhor capacidade de reconhecer os erros, aliado à compreensão da importância do reporte de eventos para incrementar a qualidade e segurança do serviço.

Relativamente ao clima de segurança, verificou-se que sofre apenas influência do tempo de trabalho no hospital, o que significa que a percepção do grau de segurança de um serviço é conseguida através das experiências profissionais dos enfermeiros ao longo do tempo, independentemente da especialidade ou serviços onde trabalharam.

De um modo geral podemos afirmar que, dos hospitais da amostra, os hospitais A e B são os que apresentam uma cultura de segurança mais sólida, sendo os hospitais G e H os que demonstram um caminho mais longo a percorrer.

Através da análise realizada podemos concluir que nos hospitais da amostra prevalece, ainda, uma cultura de punição do erro, bem como uma grave lacuna relativamente ao *feedback*, por parte dos líderes e ao envolvimento da gestão de topo para a segurança, o que impossibilita um reporte adequado e, assim, uma prevenção mais eficaz, apesar de já se apostar, na maioria dos hospitais, na aprendizagem e formação em serviço, tendo em conta a sua importância para a qualidade da prestação de cuidados.

Introdução

Actualmente a Medicina é considerada uma das actividades de maior risco, derivado das mudanças que tem vindo a sofrer, quer do lado da procura como da oferta de cuidados, associados à escassez de recursos. De facto, temos uma população maioritariamente idosa, o que traz um aumento do número de casos com doenças crónicas, que representam 60 a 80% dos custos em saúde e que implica um incremento da utilização contínua destes serviços. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009), o consumo de cuidados médicos aumentou 4,6 vezes nos últimos 30 anos (Campos, 2009).

Aliado à procura exorbitante está a exigência dos cidadãos no que se refere à qualidade dos cuidados de saúde, dado o aumento da oferta, essencialmente devido ao crescimento do sector privado.

Tendo em conta as dificuldades económicas do país, existe uma grande pressão, por parte das entidades governamentais, para um aumento da produtividade e eficiência – conceitos que, por vezes, entram em conflito com a qualidade e segurança, no que se refere ao sector da saúde. Em Portugal e no mundo começa a tornar-se difícil despender recursos em cuidados de saúde pouco seguros (Attree, Newbold, 2009).

A segurança dos doentes, direito que lhes é consagrado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a nível internacional, nem sempre se consegue garantir com facilidade nas organizações de saúde, dada a sua complexidade e o seu ambiente peculiar, que as distingue das restantes instituições. Em cirurgia o número de complicações conhecidas é exorbitante, sabendo-se que cerca de metade dos eventos adversos ocorridos são evitáveis (WHO News, 2008).

Neste sentido, urge a necessidade de se diagnosticar dificuldades e de se implementar práticas que promovam a segurança e previnam erros, cuja dimensão pode ser devastadora, dado tratarem-se de seres humanos.

Para que se consigam implementar estratégias de segurança é essencial envolver toda a equipa multidisciplinar, uma vez que o sucesso da mudança depende, essencialmente, das pessoas envolvidas, neste caso, os profissionais de primeira linha, ou seja, aqueles que prestam cuidados directos aos utentes.

Assim, torna-se fundamental fomentar uma cultura de segurança nas organizações de saúde, o que exige, em primeira instância, uma avaliação da cultura de segurança vigente, com o intuito de compreender os seus pontos fortes e os que mais

precisam de ser trabalhados, para que se possa realizar um planeamento adequado à realidade de cada serviço, tendo em vista os pilares fundamentais de qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes. De acordo com Warburton (2005), a aplicação de medidas de segurança sem uma prévia avaliação da cultura de segurança pode levar ao aumento de custos e, ainda, criar novos riscos imprevisíveis.

É fundamental reconhecer que a saúde é uma área que irá sempre envolver riscos, sendo a segurança total um ideal impossível de alcançar nesta área, independentemente da implementação de medidas preventivas (Sousa *et al*, 2009). No entanto, a criação de sistemas de saúde que tenham consciência do risco e cujas práticas reflectam a redução de erros não intencionais é um objectivo razoável e passível de ser concretizado (Conklin *et al*, 2008).

Este trabalho tem por objectivo analisar a cultura de segurança nos blocos operatórios centrais dos hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, permitindo o conhecimento da realidade destes serviços sobre a temática, bem como, o envolvimento por parte dos profissionais de enfermagem na prevenção de eventos adversos, o que permitirá implementar, á *posteriori*, estratégias adequadas às necessidades de cada serviço.

Para a concretização desta dissertação apresentamos no primeiro capítulo a teoria subjacente à temática em estudo, enfatizando áreas como a evolução da medicina e a qualidade em saúde, a cultura de segurança e estratégias para minimizar o risco, salientando a importância deste tema no bloco operatório. No segundo capítulo expomos os objectivos e hipóteses propostos, posteriormente abordamos as questões relativas à metodologia que suporta o carácter empírico desta investigação e, por fim, são apresentados os resultados obtidos, a sua discussão e as conclusões.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Evolução da medicina e Qualidade em Saúde

A evolução que a medicina tem vindo a sofrer desde o século XX trouxe-lhe um vector de complexidade que se relaciona com a consciência do direito individual que surgiu no final da Segunda Guerra Mundial, com o *boom* de tecnologia que permitiu uma grande melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, bem como, o prolongamento da vida da população e com o acesso à informação por parte dos utentes associado ao sensacionalismo dos *media* tanto com promessas de soluções inexistentes como através da divulgação de maus resultados que cultivou e cultiva expectativas excessivas, criando uma desconfiança no sistema de saúde e nos prestadores de cuidados (Fragata 2006a).

Estes factores levaram à alteração da relação médico-utente que se vivia, em que o médico era o detentor da sabedoria, sendo esta inquestionável, para uma cultura de exigência por parte dos utentes que se preocupam cada vez mais com a sua saúde, têm maior poder económico e têm opção de escolha. Esta cultura traduz-se pela necessidade de cumprimento dos princípios de qualidade, equidade e justiça e levou à criação do conceito de medicina baseada na evidência (Fragata, 2005a).

A medicina baseada na evidência é um conceito que remonta ao século XVII, compreendido por filósofos como Descartes e consiste no uso criterioso da melhor evidência actualizada na tomada de decisões relativamente aos cuidados prestados aos utentes. Esta prática torna diagnósticos e tratamentos mais precisos, eficazes e seguros (Nolan, 2008), sendo essencial à prática clínica dos dias de hoje.

A escassez de recursos que se verifica actualmente, associada à cultura de exigência dos utentes cria a necessidade de se pensar em políticas de governação clínica que garantam a transparência da medicina, bem como, o benefício-custo dos tratamentos seleccionados e a eficiência e eficácia dos cuidados prestados. “*À medicina de hoje não basta ser competente, exige-se-lhe que preste contas e que estas sejam visíveis (...) terá de ser “accountable”*” (Fragata, 2005a: 16).

Desde os anos 90 que são reconhecidas algumas semelhanças entre a medicina e a aviação, nomeadamente em áreas de maior risco, como a cirurgia (Sax, 2009). De acordo com Siegele (2009) a medicina é uma actividade que se compara à aviação, na medida em que tem um ambiente de risco elevado, uma estrutura hierárquica, tem como requisito obter *performance* na realização de tarefas complexas e incorpora o uso de alta

tecnologia. Tendo, para além destas dimensões, o desafio de gerir o inesperado. No entanto, a medicina não se compara apenas à aviação, mas também a outro tipo de organizações, consideradas altamente fiáveis - HRO (*high reliability organizations*), dada a sua complexidade e risco (Rivard, Rosen, Carrol, 2006).

De acordo com Weick e Sutcliffe (2001) HRO's são organizações complexas que envolvem actividades de alto risco e que, apesar de enfrentarem, de forma contínua, situações inesperadas, conseguem ter uma percentagem mínima de acidentes. Dadas as semelhanças entre o sector hospitalar e as HRO's, seria expectável a aplicação das normas de segurança intrínsecas a estas organizações, ao sector da saúde, nomeadamente no que respeita à preocupação com potenciais falhas e à relutância em simplificar processos, o que já começa a ser feito em alguns hospitais. (*idem*).

No entanto, a grande dificuldade em equiparar os hospitais às organizações altamente fiáveis prende-se com o facto de os hospitais serem burocracias profissionais, em que são apreendidas normas e rotinas através da socialização profissional e a autoridade profissional segue um fluxo hierárquico (Mintzber, 1979, referido por Tamuz, Harrison, 2006). De facto, os hospitais tendem a ser *loosely coupled systems*, o que leva a que as suas actividades rotineiras impeçam que os cuidadores antecipem problemas e intervenham antes de provocar danos (Tamuz, Harrison, 2006).

De acordo com Battles *et al* (2006), para que as organizações se tornem organizações de aprendizagem, mantendo o seu *status* de alta fiabilidade e qualidade nos serviços que prestam, elas devem ter consciência do seu ambiente organizacional, aprender com os erros reportados e identificar riscos e perigos associados aos seus processos e sistemas, tanto a nível micro como macro.

O conceito de qualidade em saúde remonta ao tempo de Hipócrates, tendo tido relevo com Florence Nightingale e Ernest Codman (Campos, 2009). Avedis Donabedian, em 1982, foi pioneiro na temática da qualidade em saúde, definindo-a como a tríade estrutura-processo-resultado (Glickman *et al*, 2007). Em 1999, o *Institute of Medicine* (IOM) define qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados para os utentes, de acordo com o conhecimento profissional corrente (*idem*).

Desde a década de 90 que têm surgido várias definições de qualidade, tendo o conceito sofrido algumas transformações até à actualidade. Segundo Gonçalves (2008: 33), a qualidade deixou de corresponder à “(...) *simples procura de conformidade com*

uma especificação, transformou-se num conceito complexo e difícil de gerir, onde o número de variáveis de factores quantitativos e qualitativos tidos em consideração aumentou consideravelmente.”.

Segundo a teoria do comportamento organizacional, os determinantes da qualidade no trabalho são as pessoas e as condições da organização (Glickman *et al*, 2007). Na mesma linha de pensamento Gomes e Mendes (2008: 9) consideram que “(...) a qualidade em saúde resulta a nível macro das condições socio-políticas e económicas do país, e a nível micro do esforço de uma equipa multidisciplinar, tendo como enfoque o utilizador e a melhoria dos processos realizada com a participação de cada pessoa.”.

Para que uma organização tenha uma cultura de qualidade total, deve verificar-se a presença de 5 princípios: o empenho da gestão de topo, a satisfação do cliente, o processo contínuo de melhoria, a qualidade vista como um problema de todos e a gestão de resultados económicos da qualidade (Pires, 2007).

As organizações devem cumprir o ciclo da qualidade, o qual se inicia com a identificação das necessidades dos clientes, seguindo-se a expressão funcional da necessidade, a concepção do produto/serviço até à avaliação interna da organização e a avaliação do cliente, para realizar uma análise de desempenho do produto/serviço e poderem ser implementadas acções de melhoria (*idem*).

Na avaliação dos cuidados de saúde avaliam-se indicadores de resultado, como a mortalidade e morbilidade e indicadores de processo, como a metodologia adoptada, o tempo de funcionamento, a acessibilidade, a satisfação do cliente, entre outros (Fragata, 2006c). No entanto, a segurança consiste no elemento da qualidade transversal a todos os indicadores (Fragata, 2005b).

1.2 Os Erros em Medicina

1.2.1 Dados Epidemiológicos e Conceitos

Existem, na revisão da literatura, diversos estudos referentes a problemas ao nível da qualidade dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente, no que respeita a erros médicos. No entanto, foi a partir da publicação do livro *To Err is Human: Building a safer health system*, pelo IOM, nos Estados Unidos da América (EUA), em 1999, que a qualidade dos cuidados em saúde se tornou uma prioridade, tanto pela parte dos *stakeholders* da área da saúde, como pela opinião pública em geral (Lovaglio, 2009; Lenburg *et al*, 2009). De facto, este estudo revelou à sociedade a realidade que se passa

no sector da saúde, estimando que 44.000 a 98.000 doentes morrem, por ano, nos EUA, devido a erros decorrentes da prática médica, sendo estes valores superiores ao número de mortes por acidentes de avião, cancro da mama e HIV, de acordo com um estudo publicado por Kohn, Corrigan & Donaldson, em 2000 (Abreu, 2009). Em Portugal, apesar da falta de dados, estima-se que a mortalidade por erros médicos varia entre 1.300 e 2.900 doentes, por ano (Martins, 2005a).

Segundo Andrews *et al* (1997) a probabilidade de um doente sofrer um evento adverso aumenta 6% a cada dia de internamento hospitalar (*idem*).

De acordo com o estudo realizado por Rosenthal e Sutcliffe em 2002, de todos os eventos adversos observados em treze hospitais representativos de Utah e quinze do Colorado, 44,9% são erros cirúrgicos, sendo que 1/3 destes se relacionam com problemas no intra-operatório (Abreu, 2009). Em Portugal, de acordo com o Relatório da Actividade em Cirurgia Programada de 2008, existem 122.000 doentes em espera considerada clinicamente não aceitável (Campos, 2009).

Desde a década passada, diversos estudos têm sido realizados em vários países, sendo possível concluir que se mantêm elevados índices de morbidade e mortalidade devidos a eventos adversos. Para além dos danos causados aos doentes e famílias, estão ainda os custos hospitalares relacionados com o prolongamento do tempo de internamento, com a resolução de infecções nosocomiais, com a recidiva de situações mal resolvidas, com a necessidade de se realizar uma segunda cirurgia, entre outros.

O estudo realizado por Kohn *et al*, em 2001, revelou que os custos anuais com erros evitáveis, nos EUA, situam-se entre os 17 e os 29 biliões de dólares (Martins, 2005a). Segundo Aaron (2008) gasta-se, anualmente, 700 milhões de dólares em cuidados que não melhoram os resultados de saúde (Campos, 2009).

De acordo com Encinosa e Hellinger (2008) a prevenção de eventos adversos permite ao hospital uma redução significativa de custos. Assim, pode considerar-se fulcral a mudança do paradigma actual da gestão hospitalar no que respeita à área de contenção da despesa em saúde, no sentido de investir em estratégias de redução de eventos adversos.

Segundo Aiken *et al* (2002) o rácio enfermeiro-utente influencia significativamente a segurança dos doentes, na medida em que um rácio superior a 4 doentes por enfermeiro aumenta o número de complicações, bem como a taxa de mortalidade (Jacobs, Apatov e Gleit, 2007). Neste sentido e de acordo com Needlement

et al (2006), o aumento do rácio enfermeiro-utente permite poupar entre 2,6 e 6,9 biliões de dólares, anualmente, em eventos adversos (Encinosa, Hellinger, 2008).

Em termos económicos, os custos com eventos adversos evitáveis incluem o valor da perda de anos de vida com qualidade ajustada (QALYs) dos doentes que sofreram um evento adverso devido a cuidados de saúde, o valor da perda de produtividade conseguida pelo tempo de vida e pelos QALYs dos profissionais de saúde envolvidos num erro, bem como, o valor gasto nos recursos usados para tentar reverter os danos causados por um evento adverso ao doente, na análise do erro e nos custos legais envolvidos no processo, que podem envolver, ainda, a compensação do doente ou família, bem como, pagamentos a entidades seguradoras (Warburton, 2009).

Por outro lado, os custos com a prevenção de eventos adversos incluem os custos directos na alocação de recursos para introduzir e melhorar medidas de segurança, o valor dos QALYs e outros recursos que são perdidos pelos atrasos na aplicação de medidas inovadoras ou por novos erros derivados das mudanças efectivadas (*idem*).

A questão que se deve colocar é até que ponto é que a segurança é suficiente, devendo ser encontrado o ponto óptimo entre a falta de segurança e o exagero de gastos sem benefícios para o doente. Pretende-se, assim, que os custos com novas medidas de segurança sofram uma análise de eficácia-custo (*ibidem*).

Existe, ainda, uma grande lacuna na investigação sobre a efectividade e o rácio custo-efectividade nas medidas de segurança implementadas no sector da saúde. Numa tentativa de colmatar este problema, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) elaborou uma lista de acções prioritárias de segurança para serem implementadas após a verificação da sua eficácia. No entanto, foram evidenciadas algumas lacunas por líderes em segurança dos doentes, nomeadamente o facto de a lista de prioridades efectuada com base na evidência não ter tido em conta a frequência e a severidade dos danos causados, permitindo, impedir apenas alguns dos eventos adversos, bem como, o facto de não ter mencionado a maioria das medidas que estavam a ser implementadas nos hospitais, devido ao facto de não se conseguir dados que demonstrassem evidência sobre a sua efectividade. Assim, algumas das prioridades reconhecidas como mais-valias pelo sector hospitalar e que não foram abrangidas na lista da AHRQ são a criação de uma cultura de segurança, a *standardização* do equipamento, a simplificação de processos, o uso de *checklists*, a implementação de um

sistema de reporte de eventos adversos, a valorização da comunicação entre membros de equipa, a monitorização da fadiga e dos turnos dos profissionais de saúde, o uso de protocolos, etc. (Warburton, 2009).

Relativamente à questão da dificuldade em se obterem dados que evidenciem a eficácia destas medidas, Warburton (2009) refere 2 métodos úteis para melhorar esta evidência: o uso do ciclo *Plan-Do-Study-Act* que permite a monitorização dos ganhos obtidos com as medidas aplicadas num determinado local e o uso do *economic evaluation loop* que possibilita uma pesquisa direccionada para as áreas onde as medidas de segurança determinadas terão mais eficácia, em termos de redução de danos para o utente.

1.2.2 Conceitos e tipos de erro

No sentido de se poderem discutir as questões sobre segurança dos doentes a nível global, torna-se importante criar uma nomenclatura comum sobre alguns conceitos, razão pela qual foi criada a *International Patient Safety Event Taxonomy*, pela OMS (França, 2005), segundo a qual:

- Evento adverso – Consequência negativa e indesejável que deriva directamente de um tratamento. Os eventos adversos podem ser de 3 tipos:
 - Acidente – Evento involuntário e/ou imprevisível que não ocorre como consequência do tratamento e que tem consequências nefastas para o utente;
 - Incidente – Evento que se desviou da norma da prática assistencial, representando risco para o utente mas que não compromete o objectivo final da prática;
 - *Near-miss* – Evento que poderia ter causado dano a um doente, pelo alinhamento da trajectória de acidente mas que não o fez por motivos casuais, de prevenção ou recuperação do erro;
- Erro – Desvio de uma estratégia planeada ou opção por um plano incorrecto que causa um dano evitável ao doente. Os erros podem ser de diferentes tipos:
 - Erros por negligência – erros cometidos devido a falta de atenção/descuido dos profissionais de saúde;
 - Erros honestos – erros cometidos pelo facto de sermos humanos e, assim, falíveis;
 - Erros humanos – erros derivados da actuação dos profissionais de saúde;
 - Erros do sistema – erros derivados de problemas no desenho e nos processos das organizações de saúde.

(WHO, 2009)

De acordo com Armitage (2009), existem dois modelos principais de performance mental que contribuem para a análise do erro humano: o primeiro divide a performance em três níveis – competências, regras e conhecimento/experiência - dependendo da experiência prévia do cuidador e da situação em que se encontra, enquanto o segundo destaca os problemas que podem ocorrer durante o planeamento da *performance*.

De acordo com a sua tipologia, os erros em saúde podem ocorrer durante a fase de diagnóstico, relacionados com a determinação e interpretação dos exames de diagnóstico; na fase de tratamento, relacionados com a prescrição e administração de medicamentos, com a toxicidade no uso concomitante de vários medicamentos, com a monitorização da reacção do doente e efeitos colaterais; durante procedimentos invasivos; cirurgia e anestesia, podendo, ainda, ser erros evitáveis; de tipologia infecciosa ou relacionados com falhas de equipamento e de comunicação (Lovaglio, 2009).

Segundo Moulin (2002) os eventos adversos que causam danos, ameaçando ou comprometendo a segurança dos doentes decorrem de duas fontes principais: intervenções directas dos profissionais de saúde, incluídas nos cuidados aos doentes e da exposição indirecta dos doentes a potenciais riscos do ambiente da organização de saúde, onde estão internados (Brady *et al*, 2009).

Os erros humanos são influenciados por factores ambientais, tais como o barulho, a agitação, a temperatura, os estímulos visuais, planos de trabalho inadequados e sistemas de suporte à tomada de decisões deficitários; factores psicológicos, como o tédio, a frustração, a ansiedade e o *stress* e factores fisiológicos, como a fadiga, as alterações do sono, o uso de drogas ou álcool, a sobrecarga de trabalho, incluindo os rácios enfermeiro-utente, e o mal-estar físico ou doença (Carvalho, Vieira, 2002; Steinwatch *et al*, 2004, referido por Abreu, 2009).

De acordo com Hoffmann e Rohe (2010), existem oito factores que contribuem para a ocorrência de erros:

- Factores do doente: físicos, psicológicos, sociais, de doença, a relação entre o doente e os cuidadores, a linguagem, a articulação e a personalidade;
- Factores da tarefa: a estruturação dos processos, a existência de protocolos/*standards*;

- Factores individuais (dos cuidadores): conhecimento, competência, educação/treino, nível de *stress*, saúde e motivação;
- Factores da equipa: comunicação, estrutura, supervisão e orientação;
- Factores do ambiente de trabalho: nível de pessoal, qualificação dos profissionais, *stress*, *design*, disponibilidade e manutenção do equipamento e dispositivos, condições ambientais, barulho e distrações;
- Factores organizacionais e de gestão: recursos, restrições, estrutura da prática ou do hospital, existência de regras, cultura de segurança e prioridades;
- Contexto institucional: situação financeira, exigências impostas por entidades seguradoras, requisitos legais e qualidade da gestão;
- Barreiras de segurança: existência, eficácia, confiabilidade e conhecimento das barreiras de segurança.

De facto, os erros têm causas múltiplas, podendo estar relacionados com a instituição de saúde (ambiente e abertura), com a organização/gestão da unidade/serviço (recursos financeiros e cultura da organização), com o ambiente de trabalho (dotação de pessoal, turnos e equipamento), com a equipa (comunicação, supervisão e liderança), com factores individuais (competências, motivação, fadiga e *stress*), com a tarefa (desenho, protocolos e *guidelines*), bem como, com a complexidade do próprio doente (co-morbilidades, dificuldade técnica, gravidade da situação, factores sociais e de comunicação) (Fragata, 2009).

1.2.3 Teorias acerca dos acidentes

Existem, na revisão da literatura diversas teorias sobre a ocorrência de falhas e de trajectórias que levam ao acidente que, pela sua distinção se consideram importantes de aprofundar.

De acordo com James Reason (1997), o problema do erro humano pode ser visto de duas perspectivas distintas: a abordagem individual, que aponta os prestadores de cuidados como os causadores do erro, na medida em que as suas acções ou omissões conduzem a falhas e erros ou a abordagem do sistema, que assume que os acidentes e erros resultam de uma cadeia de factores causais, uma sequência de falhas latentes e activas, que se alinham e provocam danos nos doentes. (Fragata, Martins, 2005).

Segundo a Teoria multifactorial dos acidentes de James Reason ou “teoria do queijo suíço”, existem múltiplas oportunidades para a ocorrência de um acidente, sendo que o sistema seria como um queijo suíço, no sentido em que inteiro é liso e sem

defeitos, mas, ao ser fatiado apresenta diversos buracos de segurança (falhas passivas) que, apesar de não provocarem acidentes de forma directa, contribuem para a sua ocorrência, no alinhamento com outros buracos de segurança (falhas activas) (Fragata, 2009; Neto, 2006).

As falhas activas dizem respeito a acções cometidas pelos profissionais de saúde, tais como erros, violações ou omissões e têm consequências observáveis de imediato, enquanto que as falhas passivas (ou latentes) derivam de decisões tomadas pela direcção da organização de saúde que comprometem a segurança, mas cujas consequências permanecem ocultas até que ocorra uma falha activa, levando ao acidente. (Hoffmann, Rohe, 2010; Currie, Watterson, 2007). Alguns exemplos de falhas latentes são problemas de comunicação mal resolvidos, fraca liderança, falta de conhecimento, ambiente de *stress*, rápida mudança organizacional, rácio deficitário de profissionais de saúde/doentes, entre outros (Currie, Watterson, 2007).

Segundo Reason, o número de falhas activas tende a ser constante, no sentido em que o erro humano é natural, no entanto, o que altera a ocorrência do erro é o desenho da organização, ou seja, “(...) *não se trataria da existência de maus ou bons funcionários, antes da existência de organizações com mau desenho de segurança.*” (Fragata, 2009: 81)

A teoria do acidente normal foi desenvolvida por Charles Perrow em 1984 e sugere que os factores organizacionais contribuem para a ocorrência de acidentes catastróficos e que a catástrofe é, de alguma forma, inevitável. Segundo esta teoria os acidentes ocorrem quando uma falha de um componente de um processo desencadeia uma reacção em cadeia que o indivíduo não consegue controlar por não ser capaz de o prever ou por não ter o conhecimento, autoridade ou capacidade para intervir a esse nível do sistema (Cooke, 2009).

Os acidentes normais ocorrem principalmente em organizações de acoplamento forte (*tight coupling*), em vez de fraco (*loose coupling*) e em sistemas complexos e não tanto em sistemas lineares. Em condições de acoplamento forte, não são permitidos atrasos num determinado processo, as sequências são invariáveis, existe apenas um método para se alcançar um determinado objectivo, há pouca margem de manobra em termos de suprimentos e de pessoal e a organização é inflexível relativamente às oportunidades de corrigir erros. Enquanto que, em condições de fraco acoplamento são permitidos atrasos, a ordem das sequências pode ser alterada, existem várias alternativas

para se atingir um objectivo, existe margem de manobra, bem como oportunidade e flexibilidade organizacional para a correcção de erros (*idem*).

Os sistemas complexos são caracterizados pela proximidade, são sistemas interligados com múltiplas componentes interdependentes e falhas de *feedback*, sendo difícil isolar componentes deficitárias. Os profissionais destas organizações são altamente diferenciados e têm uma visão limitada do sistema na sua totalidade. Enquanto que os sistemas lineares têm processos mais simples, a interdependência é limitada e existem menos falhas de *feedback*, sendo mais fácil isolar componentes deficitárias. Os profissionais destas unidades conseguem ter uma visão mais abrangente do sistema (Perrow, 1984, referido por Cooke, 2009).

De acordo com a teoria de Perrow um sistema de acopolamento forte que seja complexo origina o acidente normal, sendo este inevitável, pelo que as organizações de maior risco deveriam ser redesenhadas, tornando-se organizações de fraco acopolamento com sistemas mais lineares. Mais tarde, Rijpma (2003) refere que as organizações de acopolamento forte têm frequentemente um papel determinante na ocorrência, não apenas de acidentes normais, mas de qualquer tipo de acidente (*idem*).

A teoria da alta fiabilidade de La Porte (1981) vem contrapor a teoria de Perrow, ambicionando a criação de organizações altamente fiáveis em que as catástrofes quase nunca acontecem. No entanto, é uma teoria que assume que o ser humano é falível e que é impossível erradicar o erro humano, concentrando-se em criar sistemas altamente seguros, mecanismos de reporte e análise de acidentes, uma cultura aberta e justa, com um ambiente de aprendizagem e que compreende o peso do sistema na ocorrência de eventos adversos. Foi esta teoria que impulsionou o movimento de segurança do doente (Cooke, 2009).

De acordo com a perspectiva sociológica de West (2006), a maioria dos eventos adversos verificados no âmbito da saúde devem-se essencialmente a falhas no sistema e não a falhas individuais, considerando que muitos dos problemas estão enraizados nas características das organizações (Brady *et al*, 2009).

Segundo Reason (2001) algumas organizações possuem “patologias” que as tornam mais vulneráveis aos acidentes, sendo que os elementos principais da vulnerabilidade ao erro consistem na cultura de culpabilização individual, na negação dos acidentes e no sentido de falsa excelência (Fragata, 2005c).

Existem, na literatura, diversas teorias sobre o risco e a ocorrência de acidentes nas organizações, sendo que, no geral, todas elas recomendam uma maior abertura e responsabilidade democrática nas empresas, no sentido de prevenir a segurança dos seus clientes (Cooke, 2009).

Recentemente foi introduzido o tema dos factores humanos que pode ser aplicado à saúde, contribuindo para o desenvolvimento da segurança dos doentes. Segundo a definição da Sociedade dos Factores Humanos, factores humanos é a disciplina científica que estuda as interações entre os seres humanos e outros elementos de um sistema, usando teorias, princípios, dados e métodos para otimizar o bem-estar dos profissionais e a *performance* dos sistemas. Assim, preocupa-se em desenhar sistemas amplos que permitam o ajustamento das pessoas, com o objectivo de evitar a ineficiência, a ineficácia, a insatisfação profissional e o erro (Norris, 2009).

Após a ocorrência de diversos acidentes catastróficos que reflectem falhas no desenho dos sistemas, os factores humanos foram incluídos nas normas ISO 2004 (International Organization for Standardization) e mantidas em 2008 (*idem*).

1.2.4 Errar é humano

Na área da saúde, dada a complexidade da natureza da medicina e do grande número dos cuidados que se prestam, a incidência de uma elevada taxa de erros não constitui surpresa, no entanto, neste sector vive-se uma cultura de negação do erro, no sentido em que os profissionais de saúde, na sua maioria, não aceitam os erros como algo de inevitável e com o qual se deve aprender, pelo que se torna mais difícil actuar sobre as falhas, de forma às poder prevenir e/ou corrigir (Carvalho, Vieira, 2002).

Como já foi referido anteriormente, o erro é uma condição inerente ao ser humano e, para Edgar Morin (2000), o erro representa “(...) *uma característica da genialidade humana, o que, o diferencia de todos os animais, permitindo-lhe adaptar-se – por tentativa e erro – a novas situações e, progredir sempre.*” (Fragata, Martins, 2005: 47).

De acordo com a *World Alliance for Patient Safety* (WAPS), os erros ocorrem em todos os estados membros da OMS e nenhum país pode afirmar que resolveu a 100% o problema de segurança dos doentes (Brady *et al*, 2009).

Segundo Vogus, Sutcliffe e Weick (2010), a cultura de individualidade e autonomia inerente à prática médica, alimentada pelos médicos no sentido de manter controlo sobre o seu trabalho, contribui para a ocorrência de falhas de segurança de duas

formas. Primeiro porque as reformulações aplicadas ao sistema de prestação de cuidados são efectuadas de forma fragmentada, não conseguindo actuar sobre os problemas subjacentes e, segundo, porque contribui para uma implementação incompleta e ineficaz da tecnologia e da resolução de processos, tendo estas, um impacto mínimo na segurança, face ao pretendido.

Desde sempre, que o conceito de erro está conotado de forma negativa e associado a falhas individuais (Armitage, 2009), o que contribui para que os profissionais de saúde associados a um erro sejam censurados, descredibilizados e apontados como únicos culpados pelos incidentes, por parte da população em geral.

Para além disso e, como já foi referido anteriormente, existe, à volta do sector de saúde, uma cultura de infalibilidade, no sentido em que o objectivo primordial é o da beneficência e não maleficência, o que faz com que os profissionais de saúde se concentrem em tratar os doentes, rejeitando a possibilidade de que algo corra mal.

“Esta imposição de perfeição na prática médica, exigida não só de seus pares como também de seus próprios pacientes, dificulta uma abordagem construtiva do erro, na medida em que marginaliza e estigmatiza o profissional envolvido no evento.” (Carvalho, Vieira, 2002, p. 265).

Assim, a pressão incutida nos profissionais de saúde para nunca cometerem um erro, leva-os a encobrir as falhas que cometam ou que sejam cometidas pelos seus pares (Moumtzoglou, 2010), sendo estas impossíveis de analisar, impedindo a aplicação de medidas para a sua prevenção *à posteriori*.

De facto, vive-se ainda em muitos sistemas de saúde uma cultura de culpabilização individual face à ocorrência de um erro. Isto acontece por ser mais simples e menos dispendioso acusar um indivíduo em vez de acusar o sistema (Armitage, 2009). O problema da cultura de punição individual é que, como a maioria dos erros se devem a falhas do sistema e não individuais, ao culpar o indivíduo não há qualquer garantia de que o mesmo erro não se volte a repetir, ao passo que se se repararem as falhas inerentes ao sistema que contribuíram para a ocorrência de determinado erro, cria-se uma barreira de segurança, sendo provável que esse erro não se venha a repetir, uma vez que se actuou sobre o sistema, tornando-o mais seguro.

A consequência lógica de uma cultura de culpabilização e punição é o sentimento de medo da autoridade e de represálias que impede o reporte de eventos adversos, por parte dos profissionais de saúde, razão pela qual os sistemas de saúde

deveriam adoptar uma cultura justa, em que o erro é visto como algo de inevitável e como uma falha do sistema, incentivando os indivíduos a adoptar uma postura de consciência perante os problemas de segurança, sendo apenas punidos quando se verifica que tiveram um comportamento irresponsável, com intenção de prejudicar o outro (Armitage, 2009; Sorra *et al*, 2008).

De acordo com Carvalho e Vieira (2002) a aceitação de que errar é humano proporciona uma visão mais sistémica das situações que levaram ao erro, sendo esta a maneira mais eficaz de o prevenir e evitar. Neste sentido, o erro médico deve ser tratado como parte integrante de um sistema, devendo ser implementados sistemas de investigação ampla, que permitam o conhecimento da real dimensão do problema, bem como, as melhores formas de o resolver.

A importância de analisar o erro prende-se com a sua natureza sinalizadora, uma vez que o erro pode ser considerado como parte de um *iceberg*, assinalando falhas ao nível do sistema organizacional. Estas podem ser de diferentes dimensões: a dimensão formal (objectivos, procedimentos e normas), a dimensão informal (cultura, atitudes, níveis motivacionais e conflitualidade), a dimensão tecnológica (competências e tecnologia) e a dimensão física (condições de trabalho, espaço físico, condições ambientais, etc.) (Porrás, 1987, referido por Martins, 2005a).

Para o efeito recorre-se, cada vez mais, aos sistemas de reporte de erros, que consistem em ferramentas que recolhem informação sobre eventos críticos, servindo de base para a sua análise, no que respeita às suas causas, estratégias de prevenção e disseminação desses eventos junto dos grupos profissionais/instituições de saúde, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, através da implementação das melhores estratégias identificadas (Hoffmann, Rohe, 2010).

Assim, os sistemas de reporte permitem classificar os erros, atribuir-lhes factos causais, detectar processos propensos a erros, aumentando a sensibilização dos profissionais de saúde para estas questões (Sorra *et al*, 2008).

Após a recomendação do IOM para a implementação de sistemas de reporte de erros nas instituições de saúde, seguiu-se a implementação do *National Patient Safety and Quality Improvement Act* em 2005, que garante a confidencialidade dos relatórios e credencia as organizações de saúde que promovem a segurança dos doentes através do *feedback* de como melhorar os sistemas de saúde, iniciativa esta que motivou 23 estados a implementar o sistema de reporte de erros (Clarke, 2006; Kadzielski, Mitchel, 2009).

Actualmente, no Reino Unido, as organizações podem usar sistemas de reporte locais e enviá-los, por via electrónica e *on-line*, para a *National Patient Safety Agency* (NPSA), através do programa *National Reporting and Learning System* (Thomas, Galvin, 2008), o que constitui uma estratégia facilitadora de reporte que permite a criação de bases de dados de diversos hospitais e serviços.

No entanto, verifica-se ainda alguma relutância, por parte de muitas organizações, na adesão ao sistema de reporte de eventos críticos, o que segundo diversos estudos pode estar relacionado com a carga de trabalho, o desconhecimento das vantagens de reportar os erros, o medo de sofrer represálias ou um processo jurídico, a dificuldade em identificar uma prática errónea, o desconhecimento sobre que erros devem ser reportados, os encargos administrativos do reporte, a falta de *feedback* sobre o reporte, a cultura organizacional, a dificuldade em lidar com um evento adverso, a conotação social do erro, entre outros factores (Moumtzoglou, 2010).

De facto, para se conseguir implementar correctamente um sistema de reporte de eventos, maximizando as suas potencialidades na identificação de vulnerabilidades e contribuindo para a segurança dos doentes, é imprescindível que os profissionais de saúde concordem com o sistema de reporte e compreendam a sua importância e utilidade, para além de se sentirem livres de sofrer consequências punitivas como resultado do reporte (Sorra *et al*, 2008).

Neste sentido, o reporte de eventos adversos deve ser voluntário, anónimo, despenalizador e com o intuito de registo e aprendizagem (Leape, 2002, referido por Fragata, 2009). No entanto, este sistema, por ser voluntário, possibilita a omissão de alguns acidentes, nomeadamente os mais graves, pelo que nos EUA se usa um sistema misto, coexistindo o sistema voluntário com a declaração obrigatória de eventos muito graves, no sentido de garantir a segurança (*idem*).

Uma forma mais eficaz de reporte de eventos, centra-se no reporte de *near-misses*, uma vez que é preferível detectar e reportar situações que ainda não causaram dano ao doente e que poderiam fazê-lo, caso tivessem ocorrido simultaneamente outros eventos na cadeia de acidente (Sorra, *et al*, 2008). “*O registo de near miss é um meio valioso para aprender com as trajectórias de risco, já que os grandes acidentes são fenómenos descontínuos, mas a tendência para estes é contínua e detectável.*” (Fragata, 2009: 95).

O reporte de *near-misses* é importante pois permite à organização tomar conhecimento de uma potencial falha de segurança e resolvê-la, antes de prejudicar algum doente (Currie, Watterson, 2007).

Para além disso, os sistemas que tratam o reporte de *near-misses* têm acesso a um importante dado estatístico – a taxa de recuperação, ou seja, a percentagem de reportes acerca de um problema em particular que ainda não causou dano ao doente. O aumento do número de reportes de *near-misses* indica uma vigilância apertada, por parte dos profissionais de saúde (Clarke, 2006).

Após o reporte de qualquer tipo de evento, a organização deve recorrer à *Root-Cause-Analysis* (RCA), ferramenta que permite retroceder até às causas mais profundas, de modo a perceber a natureza multifactorial que desencadeou o acidente (Fragata, 2009).

No sentido de incentivar o reporte de eventos, deve ser dado *feedback* aos intervenientes, uma vez que o *feedback* demonstra o reconhecimento do valor do reporte e dá um reforço positivo à pessoa que o realizou. Devem, também, ser divulgados os resultados obtidos através da análise das causas efectuadas, com vista à introdução de melhorias no sistema de prestação de cuidados (Clarke, 2006).

1.3 Cultura de Segurança

1.3.1 Importância da Cultura de Segurança

A primeira vez que se falou em cultura de segurança foi em 1986, no relatório de Chernobyl (Sorenson, 2002, referido por Mohammadreza, Sogand, Omid, 2010).

De acordo com a OMS e o Comité de Saúde do Conselho da Europa, a segurança do doente é uma componente fundamental da qualidade assistencial e um direito reconhecido a nível internacional (Estrada, Fernandez-Solà, Mota, 2009; Brady *et al*, 2009).

Já em 2005, a declaração do Luxemburgo sobre a segurança dos doentes afirmou que o acesso a cuidados de alta qualidade é um direito dos cidadãos reconhecido e valorizado pela União Europeia, sendo fundamental que a segurança desses cuidados esteja assegurada (Comissão das Comunidades Europeias, 2008).

Dado os resultados obtidos nas investigações sobre as falhas de segurança dos doentes, desde o ano 2006 que a Comissão de Saúde releva a importância de uma

cultura de segurança, no sentido de proteger os doentes de eventuais erros não intencionais (Currie, Watterson, 2010).

Em 2001, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) sugeriu a implementação de uma estratégia que garantisse a manutenção e eficácia da segurança dos doentes e que assegurasse o desenvolvimento de uma cultura de segurança que enfatizasse a cooperação e a comunicação, no sentido de prevenir erros médicos. De facto, o departamento de saúde do Reino Unido referiu a importância de se ter uma cultura de segurança, dado o seu impacto positivo sobre o desempenho de uma organização na aprendizagem com os erros (Yang *et al*, 2009).

Segundo Rogers (2009), a implementação de uma cultura de segurança permite a obtenção imediata de resultados na diminuição de eventos adversos e custos associados a estes, obtendo ainda benefícios como o aumento da produtividade do serviço e a satisfação dos profissionais de saúde (Mohammadreza, Sogand, Omid, 2010). De facto, os problemas de segurança enraizados numa cultura organizacional exigem soluções integradas e holísticas, capazes de colmatar a complexidade destes. Só uma cultura de segurança é capaz de fornecer soluções suficientemente complexas e integradas, uma vez que reúne um grande número de pessoas e incute-as de perspectivas e prioridades semelhantes, o que lhes permite alcançar respostas sustentadas (Turner, Pidgeon, 1997, referido por Vogus, Sutcliffe, Weick, 2010).

Neste sentido, torna-se importante definir cultura de segurança e distingui-la de clima de segurança, termos muitas vezes confundidos:

- Cultura de Segurança consiste no produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e normas comportamentais que determinam o grau de *commitment* com a segurança dos doentes e a minimização dos riscos inerentes ao trabalho (Lee, 1998, referido por Sorra *et al*, 2008; IOM, 2004, referido por Vogus, Sutcliffe, Weick, 2010; Hoffmann, Rohe, 2010). De acordo com Kirk *et al* (2007), existem 5 níveis de maturidade numa cultura de segurança: o nível 1 determina uma cultura patológica, em que raramente se pondera a segurança do doente e, quando ocorrem eventos críticos o foco é o de atribuir a culpa e penalização a alguém, não se verificando qualquer aprendizagem com o erro. O nível 2 diz respeito a uma cultura de segurança reactiva, em que a organização só se preocupa com a segurança quando ocorrem problemas. O nível 3 enquadra uma cultura de segurança calculista, em que se cumprem alguns requisitos externos ao serviço, como por exemplo a existência de um

departamento de gestão de risco. O nível 4 indica uma cultura de segurança proactiva, onde se podem encontrar medidas de segurança em vigor, independentemente de ter ou não ocorrido algum evento adverso. O nível 5 diz respeito à cultura de segurança mais perfeita, em que a segurança do doente consiste numa componente integral do trabalho de todos os profissionais da organização.

- Clima de segurança corresponde às percepções dos profissionais relativamente à existência de políticas, procedimentos e práticas de segurança, ou seja, ao estado de segurança do seu local de trabalho (Currie, Watterson, 2010; Zohar, 2008). Deste modo, o clima de segurança consiste num bom indicador da cultura de segurança de um determinado serviço (Glendon, Litherland, 2001, referido por Currie, Watterson, 2010).

1.3.2 Implementação e monitorização de uma cultura de segurança

Implementar uma cultura de segurança significa consolidar, elucidar e direccionar todas as características intrínsecas a uma cultura organizacional para a segurança dos doentes, através das atitudes dos profissionais de primeira linha, bem como, das condições de segurança do próprio serviço, o que depende, em grande parte, da liderança (Vogus, Sutcliffe, Weick, 2010).

Para criar uma cultura de segurança é crucial que os profissionais de saúde compreendam que a segurança do utente é um tema prioritário e que se reflecte nas suas atitudes e comportamentos (Sorra *et al*, 2008).

De acordo com Hoffmann e Rohe (2010), para se criar uma cultura de segurança é essencial flexibilizar a hierarquia, melhorar a comunicação, envolver todos os grupos profissionais e fomentar a aprendizagem a partir dos incidentes.

A NPSA criou, em 2004, um guia de sete passos para criar uma cultura de segurança, não sendo estes inflexíveis, devem ser adaptados de acordo com as necessidades do serviço:

- 1- Incentivar o reporte de eventos adversos;
- 2- Liderar e apoiar a equipa através do enfoque para a segurança do doente, por parte de toda a organização;
- 3- Integrar e envolver o departamento de gestão do risco;
- 4- Globalizar o reporte local a práticas de reporte nacional, dando enfoque à aprendizagem;
- 5- Promover a comunicação com o doente;

6- Promover e partilhar a aprendizagem com os erros, através da *Root-Cause-Analysis* dos incidentes;

7- Implementar soluções que previnam o erro, através da aprendizagem e mudança de práticas, processos e sistemas.

(NPSA, 2007, referido por Brady *et al*, 2009)

Para que uma cultura de segurança seja eficaz, existem diversos aspectos que devem ser tidos em conta:

- O trabalho em equipa, no sentido em que numa instituição de saúde o indivíduo não age sozinho, estando enquadrado no seio de uma equipa multidisciplinar (Fragata, Martins, 2005). Deste modo, quanto melhor for a interação, colaboração e inter-ajuda entre os elementos de uma equipa, menor será a probabilidade de insurgir em erro.

- A comunicação entre os profissionais é, também, um aspecto relevante para a segurança do doente, dado o crescente número de doentes com múltiplas patologias e, assim, o seu elevado grau de complexidade (Currie, Watterson, 2007). Para além disso, segundo Van Beuzekom, Akerboom, Boer (2007), os problemas de comunicação consistem numa das causas mais comuns para a ocorrência de eventos adversos em saúde e, segundo os dados da *Joint Commission International*, de 2007, “(...)a má comunicação é responsável por mais de 2/3 dos erros em saúde (...)” (Fragata, 2009: 99). A comunicação é, assim, considerada uma competência interpessoal e não técnica que consiste numa ferramenta-chave para o desenvolvimento de uma cultura de segurança (Currie, Watterson, 2007).

- O *Commitment* profissional refere-se à compreensão do valor dos profissionais e ao seu compromisso com a organização, sendo colocado em todas as acções um esforço profissional em nome da organização (Lu *et al*, 2002). Os profissionais que têm um grau elevado de *commitment* esforçam-se por prestar cuidados seguros aos doentes, contribuindo para o aumento da fiabilidade e da capacidade de resposta da organização e, assim, para a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Teng *et al*, 2009).

- O *feedback* é fundamental no incentivo ao reporte de eventos adversos, uma vez que transmite aos profissionais que a organização os avalia e toma medidas relativamente aos eventos adversos reportados, contribuindo para a segurança dos doentes (Currie, Watterson, 2007).

- A aprendizagem com os erros é considerada por muitos autores um elemento fundamental para a promoção da segurança dos utentes, na medida em que as organizações devem aprender com os seus próprios erros, bem como, com os erros de outras instituições (Ginsburg *et al*, 2009). Existem 3 estados de aprendizagem, com consequências distintas para a mudança organizacional: a aprendizagem *single loop*, em que o indivíduo intervém no processo de detecção e correcção de eventos adversos; a aprendizagem *double loop* que pressupõe um questionamento dos “*pressupostos, valores, normas e políticas em que a organização se baseia, podendo implicar a mudança de modelos mentais.*” e a aprendizagem *deutero-learning* em que o indivíduo tem a capacidade de desenvolver o seu modo de aprendizagem, aprendendo com essa mesma experiência (Martins, 2005a: 34).

- O ambiente organizacional é identificado como um dos principais factores para a manutenção de uma cultura de segurança. Segundo Currie e Watterson (2007), os profissionais de saúde mencionam a necessidade de diversas estratégias referentes ao ambiente organizacional: treino para a segurança, políticas de gestão de risco, auditorias, apoio dos pares, apresentação e discussão de casos, supervisão, mentores, *guidelines*, elementos facilitadores da prestação de cuidados, entre outros.

- A liderança é um dos aspectos organizacionais que influencia os profissionais a atingir metas, bem como a otimizar a sua *performance* relativamente às questões de segurança dos utentes, através da cultura de segurança (Flin, Yule, 2004). De acordo com Yang *et al* (2009), a liderança é uma dimensão identificada pelas HRO's como fundamental para a gestão da segurança. Relativamente à área da saúde, diversos autores consideram que uma liderança visionária contribui para melhorar aspectos relativos à segurança dos utentes e assim, reduzir a ocorrência de eventos adversos (Ginsburg *et al*, 2010). Segundo Currie e Watterson (2007), os líderes devem ser íntegros, visionários, confiáveis e competentes.

Ao longo do tempo, foram-se transitando de modelos de liderança, não existindo, ainda, consenso entre os autores relativamente ao estilo de liderança mais adequado à cultura de segurança. Recentemente foi desenvolvido pela Escola de Saúde Pública de Harvard o modelo “meta-liderança”, o qual pretende ser aplicado à saúde, tendo em conta as particularidades deste sector. Este modelo tem por base o reconhecimento de que a optimização da segurança dos doentes requer um espírito de cooperação interdepartamental exigindo, dos líderes, uma elevada capacidade de coordenação não

só a nível interdisciplinar, como também interdepartamental. Neste sentido, os objectivos da “meta-liderança” são a criação de uma organização global de referência para compreender e integrar as múltiplas facetas da liderança; o desenvolvimento de estratégias para conseguir colaboração nas suas actividades e a formulação de propostas para melhorar o funcionamento do sector da saúde, bem como, a segurança dos utentes (Dorn, 2010).

A criação e manutenção de uma cultura de segurança é de difícil índole em qualquer sector porque a segurança é um “não evento dinâmico”. Na área de saúde, torna-se uma tarefa ainda mais complicada, dadas as características únicas deste sector (Vogus, Sutcliffe, Weick, 2010).

A combinação da complexidade da doença com a pressão do tempo dificulta, muitas vezes, a escolha da opção mais segura, para além de limitar a possibilidade de se recorrer a regras e procedimentos normais de segurança, no sentido de prevenir novos danos (Naveh, Katz-Navon, Stern, 2005).

De acordo com Vogus, Sutcliffe e Weick (2010), o desenho dos processos de trabalho cria ameaças à segurança existindo, frequentemente, diversas falhas operacionais relacionadas com o equipamento ou falta de recursos que provocam quebras no trabalho dos prestadores de cuidados.

O elevado grau de especialização dos profissionais de saúde pode, também, levar a discordâncias relativamente ao que é um erro ou o resultado esperado de determinado tratamento e até mesmo da forma de o resolver (Khatri *et al*, 2006).

A acrescer às dificuldades já referidas, temos ainda a cultura de individualidade e de não-aceitação do erro, típica dos profissionais de saúde, que já foi descrita anteriormente.

Face às barreiras enunciadas relativamente à manutenção de uma cultura de segurança, torna-se fundamental implementar um sistema de avaliação periódica que permita introduzir mudanças quando estas são necessárias. De acordo com Deilkas e Hofoss (2010) avaliar a cultura de segurança nos hospitais é essencial para garantir a segurança dos utentes, uma vez que a aplicação de medidas específicas contra alguns eventos adversos introduz, maioritariamente, melhorias apenas provisórias.

Neste sentido, o desenvolvimento de instrumentos de medida é um dos grandes desafios no progresso da segurança dos doentes (Williams e Reid (2009).

A saúde, comparativamente com outras indústrias, está ainda muito atrasada no processo de recolha de dados e avaliação destes, no sentido de medir a segurança (Gaba, 2003, referido por Rivard, Rosen, Carrol, 2006). No entanto, desde que o IOM identificou a cultura de segurança como um factor determinante na redução do risco em saúde, têm vindo a ser desenvolvidos estudos e instrumentos de medida neste âmbito (McCarthy, Blumenthal, 2006).

Assim, de acordo com a revisão da literatura, existem questionários de avaliação directa e/ou indirecta da cultura de segurança. Dentro dos indicadores de avaliação directa da cultura de segurança foram identificados os seguintes: ORMAG (*Operating room management attitudes questionnaire*), SAQ (*Safety attitudes questionnaire*), SLOAPS (*Strategies for leadership: na organizational approach to patient safety*), PSCHO (*Patient safety cultures in healthcare organizations*), VHA PSCQ (*Veterans administration patient safety culture questionnaire*), HSOPS (*Hospital survey on patient safety*), CSS (*Culture of safety survey*), SCS (*Safety climate survey*), MSSA (*Medication safety self assessment*), HTSSCS (*Hospital transfusion service safety culture survey*), HSPSC (*Hospital survey on patient safety culture*) e MaPSaf (*Manchester patient safety framework*). Os indicadores indirectos para a avaliação da cultura de segurança podem ser divididos em ferramentas para o desenvolvimento organizacional/ trabalho em equipa – CRM (*Crew resource management*), ACRM (*Anaesthesia crisis resource management*), TOMS (*Team oriented medical Simulator*) e HRT (*High reliability teams*), bem como, em ferramentas técnicas para colheita de dados relevantes para a segurança – CIRS (*Critical incident reporting system*), ICURS (*ICU safety reporting system*), PaSIS (*Patient safety information system*), PaSOS (*Patient safety optimization system*), entre outros (Wischet, Schusterschitz, 2009).

Para além dos inquéritos mencionados, existem outros instrumentos complementares para a avaliação indirecta de indicadores de segurança: FMEA (*Failure mode and effect analysis*), FTA (*Fault tree analysis*), RCA (*Root cause analysis*), ERA (*Error and risk analysis*), HRA (*Human reliability analysis*), HAZOP (*Hazard and operability study*), SHERPA (*Systematic human error reduction and prediction approach*), PHA (*Proactive hazard analysis*), HFMEA (*Healthcare failure mode and effect analysis*), HACCP (*Hazard analysis and critical control points*) e HVA (*Hazard vulnerability analysis*) (*idem*).

1.3.3 Mudança de cultura organizacional

A cultura é um elemento essencial à segurança e fiabilidade de qualquer organização (Martins, 2005b; Reason, 2008) e que se distingue do clima da organização:

- Cultura Organizacional pode ser definida como o conjunto de crenças e comportamentos de um grupo de profissionais (Mearns, Flin, 1999, Guldemund, 2000, referido por Currie, Watterson, 2010), compreendendo o que é valorizado pelos profissionais, bem como as suas condutas (Vogus, Sutcliffe, Weick, 2010).

- Clima organizacional refere-se às percepções e atitudes dos profissionais relativamente à liderança, gestão, troca de informação, comunicação e suporte por parte da organização (Dennisom, 1996, Cooper, 2000, Guldemund, 2000, referido por Currie, Watterson, 2010).

Dadas as particularidades das organizações de saúde, para que se consigam efectivar mudanças que visem a melhoria da segurança dos doentes, é fundamental que estas passem por um processo de transformação na sua cultura organizacional (*Department of Health*, 2000, referido por Currie, Watterson, 2010).

A estratégia de mudança deve ser impulsionada pelo líder e baseia-se em 3 princípios: a importância da cultura do meio ambiente, a evidência empírica de causa-efeito e as percepções dos outros (Clarke, 2006).

A estrutura organizacional deve ser o pilar para o diagnóstico dos problemas da cultura subjacentes à organização, impulsionando a mudança. Existem diversas metodologias de apoio a esta mudança, sendo de salientar o *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI), instrumento que permite identificar as alterações sentidas como necessárias por parte dos profissionais e que auxilia o desenvolvimento da estratégia necessária à mudança através de 6 passos: o diagnóstico do presente e do futuro; o significado das alterações identificadas; a ilustração dos valores-chave; as orientações desejadas e os princípios comportamentais, importantes para a acção estratégica e para a implementação do plano de mudança cultural (Quinn, Cameron, 2011).

Para que os sistemas sejam fiáveis, devem ter uma cultura organizacional que reflecta uma cultura de reporte, em que os profissionais reportam os seus erros; uma cultura justa, em que o sistema incentiva o reporte dos erros; uma cultura flexível, que permite aos profissionais adaptar-se a mudanças radicais e uma cultura de aprendizagem, em que os erros são vistos como formas de aprender, permitindo a

reconfiguração de pressupostos, atitudes e comportamentos (Martins, 2005b). A eficácia neste tipo de mudança de cultura organizacional pode ser percebida quando gestores e líderes se comprometem em garantir a segurança através de atitudes preventivas em vez de punitivas, existe abertura nos serviços para se falar sobre atitudes menos correctas, os eventos são reportados, antecipam-se os erros, o sistema é proactivo e dá prioridade à segurança face à eficiência (Firth-Cozens, Wears, 2004, referido por Currie, Watterson, 2007).

As características culturais das organizações altamente fiáveis incluem uma liderança preocupada com a segurança, recursos adequados, *standardização* de procedimentos baseados na melhor prática evidenciada, treino de equipas, informação precisa e comunicação estruturada (Clarke, 2006).

As ferramentas organizacionais como a liderança, o capital humano, os sistemas de gestão de informação e a equipa (cultura) são elementos estruturais essenciais à melhoria da qualidade de qualquer organização de saúde, sendo, ainda, os catalisadores primários no processo de mudança (Glickman *et al*, 2007).

1.4 Estratégias para minimizar o risco e aumentar a Segurança

Com o intuito de minimizar a ocorrência de erros em saúde existem 2 formas de actuação – sobre as pessoas ou sobre o sistema/organização. No entanto, nenhuma destas será, *per si*, suficiente para colmatar as falhas que levam às trajectórias do erro (Fragata, 2009).

De acordo com a AHRQ, a chave para reduzir os erros em medicina consiste no aperfeiçoamento dos sistemas da prestação de cuidados, bem como, no incremento da *performance* dos profissionais de saúde (Lamontagne, 2010).

As pessoas vão sempre cometer erros, já que isso faz parte da condição do ser humano, pelo que se deve apostar nas suas capacidade de flexibilidade, compensação, improvisação e aprendizagem. Quanto ao sistema, deve investir-se na automatização, simplificação, sequências de trabalho, protocolos, comunicação e liderança. Uma dimensão transversal às pessoas e à organização é a cultura de segurança (Fragata, 2009).

1.4.1 Defesas do Sistema e outras medidas de segurança

Dado o grau de complexidade inerente às organizações de saúde, torna-se fulcral que o seu nível de defesas seja sofisticado. As defesas de um dado sistema referem-se à detecção e correcção das trajectórias de erro, bem como ao planeamento de prevenção para futuros desvios (Fragata, Martins, 2005).

Neste sentido, o desenho de circuitos é essencial, tanto ao nível dos aspectos estruturais – instalações, equipamentos, alarmes, etc; como dos factores da organização dos serviços, incluindo a carga horária dos turnos, os meios de comunicação interna, a distribuição de tarefas, entre outros; e também de aspectos de *standardização* e normatização de procedimentos que facilitem a resposta dos profissionais de primeira linha face a situações semelhantes e, se possível, que prevejam a melhor forma de agir em situações inesperadas (Fragata, 2005c).

Baseando-se nos trabalhos de Carthey *et al* (2001) e de Reason (2004), Armitage (2009) propõe 2 meios de defesa quanto ao erro no sector da saúde: a resiliência organizacional, na medida em que as organizações devem incrementar a sua resistência à vulnerabilidade através do *commitment*, competência e conhecimento e o conhecimento dos erros, uma vez que as organizações de saúde têm um *core business* muito particular, tornando-se difícil implementar normas de segurança rígidas que se apliquem a todas as situações, pelo que se torna fulcral a existência de uma mentalidade preparada para lidar com o erro que, apesar de não impedir a sua ocorrência, promove a capacidade da pessoa avaliar o ambiente, analisar a tarefa e, assim, avaliar o potencial para o erro.

Segundo o relatório da AHRQ, de 2003, existem 5 categorias nas condições de trabalho que devem ser tidas em conta quando se trata da segurança dos utentes: a motivação dos profissionais, o *design* dos fluxos de trabalho, factores de índole pessoal/social, o ambiente físico e os aspectos organizacionais (Lamontagne, 2010).

De acordo com Norris (2009) existem determinados factores humanos que já são utilizados na segurança de muitas indústrias e que podem ser aplicados na área da saúde, tendo em vista a segurança dos doentes:

- *Design* de sistemas virado para a *standardização* e a simplificação de processos, contribuindo para a redução da probabilidade de ocorrência de erros, através da redução da variação de actuação e do esforço mental na tomada de decisões. Estas medidas permitem, ainda, reduzir o tempo e as necessidades de treino, bem como o grau de exigência de algumas tarefas. De acordo com a NPSA algumas medidas já foram

tomadas neste sentido, nalguns países, tais como a existência de um número de telefone simples para chamar a equipa de urgência nos hospitais, o uso de código de cores para fármacos usados na anestesia e pulseiras de identificação de doentes;

- Conhecer os usuários, que incluem doentes, profissionais de saúde e o *staff* que está mais afastado da prestação directa de cuidados, com o intuito de desenhar o sistema de forma a enquadrá-los, uma vez que quanto mais intuitivo for o *design*, melhor a sua eficácia e segurança;

- *Design* participativo, tornando possível responder às necessidades dos seus usuários, o que pode ser aplicado a todas as áreas do sistema, tais como o armazenamento, a forma de registos, a aquisição de dispositivos e equipamento, etc.;

- Projecto de segurança, o qual pode incluir diversas medidas, de acordo com as necessidades de cada organização. No entanto deve evitar a ambiguidade, a dependência da memória e da vigilância por parte dos profissionais, tomada de decisões não fundamentada e carga de trabalho excessiva, o que pode ser conseguido, por exemplo, através do investimento em tecnologia;

- Percepção do momento em que alguma coisa pode correr mal, bem como dos factores causais, uma vez que a previsão dos erros é fundamental para a segurança. Assim, a detecção precoce do erro deve ser tida em conta quando se desenham tarefas e serviços e quando se escolhem equipamentos;

- Facilitar os profissionais a “fazer a coisa certa”, através da simplificação dos processos e tarefas e da criação de protocolos de actuação que sejam funcionais;

- Aquisição de equipamentos e dispositivos que sejam simples e intuitivos, devendo incluir os profissionais nas decisões de compra;

- Compreender o trabalho em equipa, uma vez que na área da saúde se verifica a interdependência de equipas multidisciplinares na promoção dos cuidados aos doentes, sendo, assim, fundamental para a segurança, conhecer os requisitos de um trabalho de equipa eficaz;

- Pensar no enquadramento do sistema como um todo, no sentido em que qualquer mudança num dado sector provoca alterações em muitos outros sectores. Assim, é importante conceber a interface entre todos os níveis do sistema;

- Gerir a mudança, uma vez que na área da saúde surgem, constantemente, novos conhecimentos e normas de actuação, pelo que deve existir uma revisão e actualização

de protocolos e procedimentos normativos periódicos, tendo em vista a garantia da segurança dos utentes.

No que respeita à prevenção de erros torna-se indispensável salientar o papel dos enfermeiros que, enquanto prestadores de cuidados directos, são os profissionais que mais tempo passam junto dos doentes, o que lhes confere a oportunidade de detectar e corrigir eventos adversos, antes que estes causem danos (Rowin *et al*, 2008, referido por Warburton, 2009). Segundo Page (2004), a especificidade da prestação de cuidados de enfermagem confere, aos enfermeiros, uma visão privilegiada não só dos doentes, como também da organização e coordenação dos cuidados que lhes são prestados, sendo uma mais-valia nas questões de segurança (Mengis, Nicolini, 2010).

Os enfermeiros têm, assim, um papel importante na prevenção de riscos, bem como no reporte de eventos adversos e *near-misses* (Warburton, 2009), pelo que o investimento em enfermeiros com atitudes, capacidades e conhecimentos para assegurar a segurança é fundamental para melhorar os cuidados prestados aos utentes e diminuir as taxas de morbilidade e mortalidade (Schnall *et al*, 2008).

Para além do investimento em enfermeiros competentes e envolvidos na segurança dos utentes, existem outras medidas que contribuem para a minimização do risco nas organizações de saúde:

- O recurso e a *standardização* de normas, procedimentos e *guidelines* baseadas na melhor evidência como guias orientadores das práticas de saúde (Thompson, Dowding, 2002; Fragata, 2009).
- O investimento em tecnologia, tendo em vista, não a substituição dos profissionais de saúde, mas o suporte em tarefas repetitivas e exaustivas, permitindo que os profissionais de saúde se concentrem mais na tomada de decisões, na comunicação e noutros aspectos que a tecnologia não pode controlar (Carvalho, Vieira, 2002).
- A identificação dos utentes através de pulseiras, garantindo que os cuidados são prestados ao doente correcto. A informação das pulseiras deve abranger o nome do utente, a data de nascimento e o número do processo. (Hoffmann, Rohe, 2010). Para além disso, as pulseiras podem ter uma codificação de cores, alertando os profissionais de saúde para condições especiais, como alergias a medicamentos, risco de queda, incompatibilidade com transfusões de sangue ou outros hemoderivados, etc. (Sevdalis *et al*, 2009).

- A repetição oral de indicações verbais ou escritas, no sentido de garantir que o receptor da mensagem compreende correctamente o que se pede, diminuindo a probabilidade de incorrer em erro por problemas de comunicação (WHO, referido por Hoffmann, Rohe, 2010), ou o recurso a *briefings* ou *de-briefings* antes e após qualquer procedimento especialmente exigente, como por exemplo a realização de uma cirurgia (Fragata, 2009).
- O uso de *checklists* para procedimentos complexos, como a verificação do material de anestesia e cirurgia (WHO, referido por Hoffmann, Rohe, 2010).
- A prescrição electrónica diminui drasticamente os erros relacionados com a medicação, na medida em que as informações são apresentadas de forma estruturada, legível e acessível a todos os profissionais da equipa (Carvalho, Vieira, 2002).
- O treino da equipa através da simulação de experiências é uma estratégia usada pela aviação e que se tem mostrado muito útil no sector na saúde, na medida em que permite identificar falhas latentes, de equipamento, inadequação de protocolos e procedimentos, falhas de supervisão, entre outros aspectos que não se conseguem explorar em ambiente laboratorial (Hamman *et al*, 2010).

1.5 Clinical governance

O conceito *clinical governance*, que traduzimos por governação clínica teve origem no Reino Unido e tornou-se comum a partir do projecto de acreditação dos hospitais pelo *King's Fund Health Quality Service* (Cardoso, 2005). Assim, na sua definição inicial, a governação clínica consistia num “*modelo através do qual as organizações de saúde do National Health Service (NHS) são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados, através do desenvolvimento de um ambiente propício ao desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados.*” (Colaço *et al*, 2005, 33-34).

Mais recentemente Chandra Som (2004) propõe uma definição mais abrangente, definindo governação clínica como um sistema que permite às organizações de saúde a promoção de uma abordagem integrada de gestão de *inputs*, estruturas e processos, com o objectivo de conseguirem melhores resultados ao nível dos cuidados prestados, bem como, o envolvimento dos profissionais num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica (Campos, 2009).

A governação clínica é a área responsável pela gestão de várias vertentes hospitalares: a formação dos profissionais de saúde; a satisfação dos utentes; a eficácia clínica; a auditoria clínica e a gestão de risco, relacionada com a segurança dos doentes. (Cardoso, 2005). Os princípios subjacentes à governação clínica dizem, assim, respeito à garantia da melhoria dos serviços/cuidados prestados; à padronização de processos/resultados; à transparência das actividades; ao fluxo e partilha da informação médica; à centralização e antecipação das necessidades dos doentes; à política de diminuição de riscos para os utentes; à garantia de uma cultura de segurança; à monitorização das necessidades de formação por parte dos profissionais; à cooperação entre profissionais de saúde e à adopção das melhores práticas conhecidas (Colaço *et al*, 2005; Campos, 2009).

A governação clínica, pelas vertentes que engloba, deve envolver uma equipa de trabalho multidisciplinar e deve enquadrar-se na governação de todo o sistema de saúde, para que os vários tipos de organizações de saúde, que não hospitalares, abranjam na sua estratégia os critérios que são imprescindíveis à prestação de cuidados de excelência, à garantia da segurança dos doentes, bem como ao combate ao desperdício, apoiando-se na melhor evidência existente (Campos, 2009).

1.6 Gestão do risco clínico

A gestão de risco clínico é um instrumento de controlo de qualidade que visa garantir a segurança dos doentes e, assim, assegurar a qualidade dos cuidados prestados no sector da saúde (Fragata, Martins, 2005; Boavista, 2005). A política de gestão de risco deve englobar medidas que promovam a qualidade e segurança dos utentes, a sustentabilidade financeira da organização, a imagem dos profissionais e a satisfação dos clientes internos e externos, para além da segurança jurídica da própria organização (Margato, 2009).

Os erros são intrínsecos ao ser humano, sendo impossível erradicá-los durante o processo de diagnóstico, decisão e tratamento, dada a incerteza inerente à biologia e ao comportamento dos homens, no entanto, é possível minimizar a sua ocorrência (prevenção) e os danos que provocam (recuperação), sendo este, o alvo da gestão de risco (Fragata, 2009). A segurança máxima dos doentes é conseguida pelo conhecimento adequado dos riscos existentes através da eliminação dos que são desnecessários e da prevenção e protecção dos que se têm como inevitáveis. Deste modo, a gestão de risco actua em três fases: a identificação dos efeitos adversos

passíveis de ocorrer numa determinada fase do processo, a análise e avaliação dos riscos detectados e, por fim, o seu tratamento, no sentido de reduzir/limitar os seus efeitos (Santos, 2007).

Relativamente ao tratamento de eventos adversos, a gestão de risco deve debruçar-se sobre 3 pilares fundamentais: “(...) a declaração obrigatória de todos os eventos negativos, a realização de auditorias clínicas e a avaliação da performance individual e a revisão periódica de protocolos, normas de segurança e programas de treino.” (Fragata, 2005c: 130).

Dada a evolução da medicina, a sua complexidade e as co-morbilidades dos doentes que se apresentam nos nossos dias, tornou-se imprescindível estratificar o risco em medicina, o que consiste na ordenação dos doentes de acordo com a sua doença principal e com as suas doenças associadas, com o objectivo de prever um resultado para um certo tipo de tratamento (Fragata, 2006b; Costa, 2005). A estratificação do risco permite avaliar indicadores de *performance* e qualidade, tornando possível a comparação de resultados entre profissionais e instituições de saúde.

Os sistemas de avaliação de risco têm por base a organização de complexas bases de dados que incluam um grande número de utentes e de procedimentos, a definição de indicadores claros e os resultados esperados. Nos últimos anos têm sido criados vários *scores* de risco, sendo de referir o *euroscore*, introduzido por Samer Nashef em 1999; o POSSUM (*Physiological and operative severity score for the enumeration of mortality and morbidity*), que começou a ser utilizado nos anos 90, no Reino Unido, para doentes cirúrgicos; o SMS (*Surgical mortality score*), introduzido no Reino Unido, tendo por base as bases de dados hospitalares; o E-PASS (*Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress*), introduzido em 1999 e aplicado à cirurgia digestiva electiva; as curvas CUSUM (*cumulative sums*), em que os resultados clínicos se vão registando numa curva cumulativa para cada caso e em sucessão, entre outros. Os *scores* de risco usados actualmente permitem prever com grande fiabilidade a morbilidade e mortalidade pós-operatória nas diversas especialidades cirúrgicas, bem como, uniformizar grupos de risco cirúrgico, comparar resultados, estabelecer níveis de *performance* permitindo, assim, a realização de actividades de *benchmarking* (Fragata, 2006b).

A gestão de risco é, assim, imprescindível ao sector da saúde da actualidade, na medida em que permite prever e antecipar um mau resultado. Ao nível da cirurgia torna

possível o estabelecimento de melhores *timings* operatórios, a optimização de doentes e a atribuição de determinados casos a cirurgiões mais experientes, com vista à obtenção de melhores resultados (*idem*).

De acordo com Carthey (2001), a acreditação de qualidade desempenha um papel fundamental na prevenção do erro médico, uma vez que estabelece normas e *standards*, sendo extremamente útil para a gestão de risco (Fragata, 2005c). No entanto, a auditoria clínica consiste no instrumento mais apropriado para avaliar e introduzir melhorias na *performance* da prática médica, uma vez que traduz uma moldura sistemática de investigação e avaliação dos resultados dos profissionais de saúde (*idem*).

Segundo Boavista (2005: 27), “*O recurso a auditorias clínicas ou simplesmente auditorias internas temáticas (...) permite analisar e avaliar os procedimentos utilizados e os cuidados proporcionados aos doentes, de modo a reconhecer, controlar e monitorizar a boa prática e, se necessário, introduzir medidas correctivas.*”.

Assim, a auditoria deve ser vista por parte dos profissionais de saúde como uma salvaguarda das suas boas condutas, bem como, uma forma de divulgação para os *stakeholders* e para a sociedade em geral (Fragata, 2005c).

1.7 A especificidade do Bloco Operatório

O bloco operatório consiste numa unidade orgânica integrada numa organização de saúde, constituída por “*(...) um conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos, vocacionados para a prestação de tratamentos e cuidados anestésico/cirúrgicos.*” (Bilbao, Fragata, 2006: 281). A função destas unidades é a realização de cirurgias programadas e urgentes a utentes pediátricos e adultos, bem como, outro tipo de intervenções que impliquem um elevado grau de anestesia ou assepsia. O bloco operatório tem como missão prestar cuidados o mais próximo possível da excelência aos utentes, contando com uma equipa multidisciplinar, “*(...) com o fim de restabelecer ou conservar a saúde ou o bem estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia.*” (*idem*, p. 281).

O bloco operatório é, assim, um serviço que se distingue dos outros serviços hospitalares pelas suas particularidades, nomeadamente, pelo facto de ter uma dinâmica complexa, uma actividade altamente especializada, com a intervenção de múltiplos grupos profissionais – anestesistas, cirurgiões, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos, secretárias, etc. – que, apesar de terem funções distintas, trabalham para o

mesmo fim, para além de exigir a coordenação entre diversos serviços, como o laboratório, o serviço de sangue, o serviço em que o doente está internado, o serviço de imagiologia, a unidade de cuidados intensivos, entre outros (Fragata, 2005b).

“É nesta atmosfera, muito complexa, onde o stress é frequente e a fadiga ainda mais comum que se desenvolve a actividade profissional de cada um dos técnicos, enquadrada no desenho do sistema e numa interacção constante com máquinas.” (idem: 107).

O consumo dos Blocos Operatórios está calculado por Grau (2003), para Espanha e consiste em:

- 10-15% do orçamento hospitalar;
- 58,4% do *staff* hospitalar;
- 9.600 horas de funcionamento, no mínimo, de cada sala operatória, por ano;
- custo médio de 7,51€ por minuto.

(Bilbao, Fragata, 2006)

Neste sentido, é fundamental que a gestão da actividade cirúrgica seja um objectivo estratégico da organização, a qual deve dar a melhor resposta ao desafio dos dias de hoje: qualidade *versus* eficiência. *“A viabilidade do modelo de gestão do Bloco Operatório, torna necessária uma visão integrada de todo o sistema e a introdução de novas ferramentas de gestão na saúde que permitam a adaptação dos recursos às necessidades do cidadão.”* (idem p. 283).

Segundo Gawande *et al* (2003), apesar da sofisticação e eficiência em que se tem investido nos blocos operatórios, a incidência de eventos adversos reportados nestes serviços ronda os 15%, devendo existir, provavelmente, um número ainda maior de casos não reportados. Youngson e Flin (2010) estimam que o número de incidentes que ocorrem no intra-operatório é próximo da mortalidade derivada de conflitos armados.

Segundo dados da OMS (WHO News, 2008), são realizadas mais de 230 milhões de grandes cirurgias por dia, em todo o mundo, sendo que 3-6% destas resultam em complicações graves para os utentes e 0,2-10% são responsáveis pela morte de doentes, o que se traduz em cerca 7 milhões de complicações graves e 1 milhão de mortes, por ano.

A importância da segurança no bloco operatório remonta ao ano de 1908 tendo, Ernest Codman, sido pioneiro na classificação dos erros em cirurgia, o que, na altura,

levou ao seu afastamento por parte de todas as sociedades cirúrgicas (Arenas-Márquez, Anaya-Prado, 2008).

De facto, comparativamente com outros serviços hospitalares, os erros no bloco operatório podem assumir consequências particularmente catastróficas (Makary *et al*, 2006). A maioria dos erros verificados no bloco operatório prendem-se com cirurgias realizadas na parte do corpo ou no doente errado; o esquecimento de material cirúrgico ou de compressas dentro do doente; incompatibilidade na transfusão sanguínea ou em transplantes de órgãos; erros de medicação, entre outros acidentes que podem ocorrer dentro ou fora da sala de operações (*idem*; Khuri, 2006).

Segundo Etchells, O'Neill e Bernstein (2003), existem 6 factores que contribuem para a ocorrência de erros em cirurgia:

1- Factores organizacionais, relacionados com a equipa de profissionais, a programação e o tempo de cirurgia;

2- Factores situacionais, tais como os factores que causam distração no intra-operatório – interrupções, condições físicas e da equipa, bem como, situações em que o cirurgião não controla completamente o procedimento por desconhecimento, liderança inadequada ou problemas de cariz organizacional;

3- Factores da equipa, tais como a comunicação, a confiança entre os elementos da equipa e a sua capacidade para agir face ao inesperado;

4- Factores individuais, relacionados com a agilidade mental, habilidades técnicas, fadiga e capacidade de aprendizagem;

5- Factores relacionados com a rotina, que dizem respeito à falta de protocolos actualizados e funcionais, à escassez de disponibilização de informação baseada na evidência e à omissão de passos-chave em procedimentos;

6- Factores do doente, tais como a obesidade, variantes anatómicas, estágio e gravidade da doença, comorbilidades associadas, entre outros.

Para além dos factores mencionados são, ainda, de referir a recolha de informação sobre os doentes, nomeadamente durante o historial clínico; a identificação dos utentes; a complexidade do sistema; a *performance* individual, o treino/educação; a realização de tarefas repetitivas que poderiam ser efectuadas por máquinas; a pressão da produtividade; o tipo de cultura organizacional hierárquica e inflexível (Nakhleh, 2008); a presença de ruídos e outros componentes físicos; problemas ao nível de recursos materiais e humanos; o ambiente psicológico e social do bloco operatório e os aspectos

relacionais entre profissionais de saúde e utentes (Silva, Alvim, 2010), como factores que contribuem para a ocorrência de erros em cirurgia.

Sendo conhecidos os factores que mais contribuem para os erros em cirurgia, torna-se fulcral apresentar estratégias que os combatam. Neste sentido e tendo por base o trabalho de Makary *et al*, publicado em 2006, Arenas-Márquez e Anaya-Prado (2008) propõem as seguintes estratégias para a melhoria da segurança no bloco operatório:

- Criar uma cultura de segurança entre os profissionais, considerando as complicações como oportunidades de aprendizagem e ponto de partida para melhorar o processo de cuidados;
- Eliminar as barreiras profissionais entre serviços e entre especialistas, contribuindo para o fortalecimento do trabalho em equipa;
- Cultivar uma cultura de humildade, em que todos os elementos devem questionar as suas práticas quando um acidente ocorre;
- Criar uma cultura de trabalho em equipa, que engloba o trabalho inter e multidisciplinar, com responsabilidades partilhadas e respeito por todos os profissionais;
- Desenvolver uma cultura de comunicação aberta e directa em que o erro é reconhecido como algo de inevitável e sobre o qual se deve discutir e aprender;
- Fortalecer a capacitação dos profissionais de saúde, nomeadamente através da integração dos novos elementos, por forma a garantir que o utente tenha acesso aos melhores cuidados de saúde;
- Instituir um programa de educação médica contínua e auto-avaliação, munindo os profissionais com a melhor evidência e actualização contínua de conhecimentos;
- Implementar um curso interactivo sobre segurança do doente cirúrgico, o qual deverá incluir medidas de avaliação da competência, qualidade e liderança em cirurgia, problemas médico-legais, registo de erros e complicações em cirurgia, entre outros factores;
- Criar uma cultura de reporte voluntário de erros que não penalize os profissionais envolvidos, a menos que se prove culpa directa destes;
- Criar um comité de segurança em todos os hospitais e escolas de saúde, com o objectivo de identificar, recolher e investigar eventos adversos e erros;
- Criar sessões de segurança cirúrgica extensíveis a todos os hospitais e locais de aprendizagem cirúrgica, com o fim de disseminar o conhecimento a todas as partes

interessadas, contribuindo para a alteração de políticas, bem como, para a sua monitorização e avaliação;

- Criar uma fundação nacional para a segurança do doente, com o objectivo de identificar equipas cirúrgicas com a capacidade de solucionar erros em cirurgia, minimizando os danos para os utentes;
- Desenvolver estratégias para diminuir erros cirúrgicos de índole tecnicista através da aprendizagem e treino, bem como, da *standardização* de procedimentos de acordo com a melhor evidência de segurança;
- Melhorar a cultura de investigação de resultados e de transparência, promovendo a realização de estudos sobre eventos adversos em cirurgia;
- Favorecer a cultura de tutoria para procedimentos que envolvam novas tecnologias nos doentes cirúrgicos.

A acrescentar aos factores mencionados são descritos na literatura outros contributos para incrementar a segurança no bloco operatório, tais como uma boa comunicação entre os elementos da equipa (Makary *et al*, 2006; Alfredsdottir, Bjornsdottir, 2007; Youngson, Flin, 2010); a especialização dos profissionais pelas diferentes áreas de trabalho do bloco operatório (Alfredsdottir, Bjornsdottir, 2007); a simulação de casos através de fluxogramas (Sobolev *et al*, 2008); o recurso preferencial por cirurgia minimamente invasiva (Alfredsdottir, Bjornsdottir, 2007); a criação de *checklists* (Sax, 2009), entre outras.

1.8 Estratégias de Segurança no Mundo

Dada a importância da temática da segurança dos doentes, a nível mundial têm vindo a ser criadas algumas organizações com diferentes especificidades com o intuito de melhorar a segurança dos doentes nas organizações de saúde.

De referir que a Anestesia foi pioneira nesta temática, tendo criado a Sociedade Americana de Anestesia em 1986, que iniciou a *standardização* de procedimentos de monitorização e vigilância peri-operatória e, mais tarde, o Sistema Espanhol de Notificação em Segurança em Anestesia e Reanimação – uma plataforma nacional para a avaliação de incidentes (Fàbregas, Sala, Balust, 2009).

A realização de um congresso nos EUA que salientou a necessidade de se reportarem os resultados de grandes cirurgias ajustados ao risco e à gravidade da doença

dos utentes motivou o desenvolvimento do NSQIP (*National Surgical Quality Improvement Program*), ferramenta que avalia a morbilidade/mortalidade dos doentes submetidos a grandes cirurgias, durante 30 dias, ajustando o risco e que permite uma avaliação comparativa entre vários blocos operatórios. Esta metodologia foi expandida por diversos hospitais públicos nos EUA desde 1994, tendo sido, mais tarde, adoptada pelo Colégio Americano de Cirurgiões e aplicada ao sector privado, no sentido de ajudar os cirurgiões a melhorar a qualidade nos cuidados aos doentes (Russel, Jones, 2006; Khuri, 2006).

Neste sentido, no Reino Unido, foi criada uma base de dados de reporte de incidentes – *National Reporting and Learning System* - pela NPSA que é, nos dias de hoje, uma das maiores bases de dados do mundo (Macrae, 2008).

Em 2004, a Comissão Americana de Acreditação de Organizações de Saúde exigiu a todas as instituições de saúde o cumprimento do protocolo universal desenvolvido pela *Joint Commission*, no sentido de prevenir erros em cirurgia como o lado errado, o doente errado ou o procedimento errado (Vendramini *et al*, 2009; Ellsworth, Basu, Iverson, 2009). Este protocolo foi, posteriormente, recomendado pelo Colégio Americano de Cirurgiões e inclui três etapas fundamentais, que devem ser verificadas de forma interdisciplinar, o que exige comunicação activa entre todos os elementos da equipa:

1- Verificação pré-operatória, no sentido de garantir que todas as informações necessárias à cirurgia estão disponíveis, concordantes e consistentes com o registo de identificação do doente e que a equipa conhece e compreende os procedimentos que se irão realizar;

2- Marcação do local da cirurgia pelo cirurgião, permitindo identificar, sem margem para dúvidas, o local correcto a operar após a preparação do utente;

3- *Time out* imediatamente antes de se dar início à intervenção cirúrgica, tendo como objectivo avaliar e assegurar que o doente, local cirúrgico, procedimento e posicionamento estão correctos e que todos os equipamentos e documentos necessários ao procedimento estão disponíveis.

(Neto, 2006; Vendramini *et al*, 2009)

Em 2004, foi criada a *World Alliance for Patient Safety*, pela OMS que desenvolveu um projecto global para a segurança dos doentes intitulado *The Global Patient Safety Challenge* e que abrange os seguintes programas:

- *Clean Care is Safer Care*, que se refere à prevenção de infeções nosocomiais;
- *Safe Surgery Saves Lives*, que consiste num programa direccionado para a redução de erros e eventos adversos em procedimentos cirúrgicos, através do recurso a *checklists* que englobam diversas áreas de potencial risco em cirurgia – infecção do local operado, a anestesia, a equipa e os equipamentos – através de *standards* universais, que podem ser aplicados em qualquer tipo de cirurgia e que devem ser simples e práticos (WHO News, 2008). Para além da *checklist* mencionada, foram criadas outras como a SURPASS (*SURgical PATient Safety System*), que pretende englobar todas as dimensões relevantes do intra-operatório, incluindo a anestesia (Vries *et al*, 2010);
- *Patients for Patient Safety*, que promoveu uma rede global de utentes e de associações para zelar pela segurança dos doentes;
- *International Patient Safety Event Classification*, que pretendeu uniformizar conceitos sobre a segurança dos utentes, no sentido de tornar possível a sua análise a nível global;
- *Research for Patient Safety*, que promoveu a realização de estudos sobre este tema;
- *Solutions for Patient Safety*, que globalizou a realização de intervenções e a coordenação das actividades realizadas no sentido de promover os melhores cuidados aos utentes, a nível internacional;
- *Reporting and Learning*, que instituiu *guidelines*, sistemas de reporte de eventos e melhorou o acesso à melhor informação evidente;
- *Technology and Education for Patient Safety*, que envolve metodologias como a simulação e robótica para a prevenção do risco;
- *Patient Safety and the Care of Acutely Ill Patients*, iniciativa que promoveu a reunião de várias organizações e indivíduos em todo o mundo para discutir questões de segurança dos utentes;
- *Exemplar Hospitals*, que promoveu a aprendizagem das melhores práticas de segurança em organizações de saúde, a nível mundial.

(WHO, 2011)

Em 2008, a Comissão das Comunidades Europeias publicou o protocolo de Prevenção e Controlo de Infecção associada ao internamento hospitalar, no sentido de melhorar a segurança dos doentes. Este documento refere que os Estados Membros devem considerar a segurança do doente como uma prioridade e desenvolver políticas e programas nacionais que designem autoridades competentes responsáveis pela segurança dos doentes, bem como, desenvolver sistemas, processos e ferramentas de segurança, incluindo a informação e comunicação por via tecnológica, a educação e treino dos profissionais de saúde e a classificação e codificação de indicadores mensuráveis, que permitam comparar e apresentar dados sobre a segurança dos utentes (Stievano, *et al*, 2009).

A iniciativa mais recente a nível da Europa foi o projecto *European Network for Patient Safety*, que contou com a participação de 27 países da Comunidade Europeia e que refere a importância da promoção de uma cultura de segurança dos doentes como a acção estratégica prioritária para a segurança dos mesmos (Wischet, Schusterschitz, 2009; Suñol *et al*, 2009).

Relativamente ao caso de Portugal, existe uma preocupação crescente com a segurança dos doentes, a qual tem ganhado visibilidade na última década, o que se relaciona essencialmente com o processo de acreditação hospitalar e com as pressões para aumentar a responsabilidade das organizações neste âmbito (Sousa *et al*, 2009).

Segundo Sousa (2006), os hospitais portugueses têm, nos últimos anos, demonstrado progressos nas áreas de reporte de eventos adversos, prescrição electrónica, sistema de uni-dose na medicação dos utentes, prevenção de quedas e na redução de infecções nosocomiais. No entanto, existe ainda um longo caminho a percorrer no sentido de fortalecer a liderança, melhorar as políticas e envolver os *stakeholders*, pelo que se torna crucial desenvolver e implementar uma estratégia para a segurança dos doentes a nível nacional (Sousa *et al*, 2009).

De acordo com o Diário da República, 2ª série nº 120 (2009: 24667), o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 reporta “(...) *uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica*”.

Face a este resultado, o Ministério da Saúde criou o Departamento da Qualidade na Saúde, o qual depende da Direcção-Geral da Saúde e tem como objectivos planear,

regular, coordenar e supervisionar a promoção da saúde e prevenção da doença, bem como, todas as actividades realizadas pelas instituições e serviços de saúde, nomeadamente através da implementação de uma estratégia de melhoria de qualidade (Sousa *et al*, 2009).

A actual Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde visa promover a médio/longo prazo a “(...) *aproximação à excelência na prestação de cuidados de saúde, através da garantia da sua qualidade e da sua melhoria contínua, para benefício dos cidadãos utilizadores do sistema de saúde e satisfação dos seus profissionais.*” (Diário da República, 2ª série nº 120 (2009: 24669).

2. Objectivos

2.1 Objectivo Geral:

- Analisar a cultura de segurança nos blocos operatórios centrais dos hospitais pertencentes à Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo.

2.2 Objectivos específicos e questões de investigação

- Identificar os factores que contribuem para a cultura de segurança:
 - Quais os factores que mais contribuem para a cultura de segurança?
 - Quais as barreiras à cultura de segurança?
- Identificar as relações entre as dimensões da cultura de segurança, a percepção do grau de segurança e a cultura de reporte:
 - De que forma as dimensões da cultura de segurança se inter-relacionam?
 - Qual a relação entre as dimensões da cultura de segurança e a percepção do grau de segurança do serviço?
 - Qual a relação entre as dimensões da cultura de segurança e a cultura de reporte?
- Identificar se a cultura hospitalar influencia a segurança dos doentes:
 - A percepção do grau de segurança dos enfermeiros sofre influência da cultura hospitalar?
 - A cultura hospitalar influencia o reporte de eventos adversos?
 - As dimensões de cultura de segurança são influenciadas pela cultura hospitalar?
- Verificar a relação entre a frequência de reporte de eventos, percepção do grau de segurança e a experiência profissional:
 - Qual a relação entre a experiência profissional e a cultura de reporte?
 - Qual a relação entre a experiência profissional e a percepção do grau de segurança?
 - Qual a relação entre a percepção do grau de segurança e a cultura de reporte de eventos adversos?

3. Metodologia

Os métodos de investigação referem-se à estratégia que o investigador utiliza por forma a realizar a sua pesquisa empírica. De acordo com Almeida e Pinto (1995), a metodologia consiste na “(...) *organização crítica das práticas de investigação.*” (p. 92). Os métodos incidem sobre as operações da pesquisa, relacionando-se com as práticas de investigação: “(...) *elas são as próprias práticas críticas de investigação. Representam um certo nível de controlo interno e formal sobre as pesquisas à medida que estas se desenrolam.*” (Almeida e Pinto, 1995: 93).

3.1 Método e Procedimentos

A opção pelo método de investigação relaciona-se, por um lado, com a teoria, e, por outro, com os objectivos que se pretende atingir num determinado estudo: “*Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação.*” (Fortin, Côté e Vissandjée, 1999: 22). A extensa literatura e a existência de numerosos estudos sobre a cultura de segurança na área da saúde, não existindo zonas de disponibilidade heurística, conduziram à selecção do método de investigação extensivo ou quantitativo, o que consiste numa vantagem relativamente aos objectivos propostos.

Na revisão da literatura, são vários os autores que definem o método de investigação quantitativo, optou-se por fazer referência à definição de Greenwood porque, de acordo com Almeida e Pinto (1990), dá especial enfoque ao *campo de incidência* da metodologia. Para Greenwood, este método traduz-se na “(...) *observação, por meio de perguntas directas ou indirectas, de populações relativamente vastas de unidades colocadas em situações reais, a fim de obter respostas susceptíveis de serem manejadas mediante uma análise quantitativa (...)*” (Greenwood cit. por Almeida e Pinto, 1990: 87).

O presente estudo é de carácter quantitativo, transversal, do tipo descritivo e correlacional, uma vez que se pretende descrever os fenómenos e a relação entre as variáveis em estudo, sem recorrer à sua manipulação.

3.2 Técnica de Recolha de Dados

As técnicas de investigação consistem em formas de recolha de dados que serão analisados para a realização do estudo, sendo definidas como “(...) *conjuntos de*

procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela actividade de pesquisa.” (Almeida e Pinto, 1995: 85). É a partir da teoria que o investigador opta pelos métodos e técnicas a utilizar no seu estudo, tendo em vista a obtenção de conhecimentos. (Almeida e Pinto, 1990). No entanto, a decisão relativa à técnica de colheita de dados a utilizar depende do método escolhido, uma vez que, as técnicas estão subordinadas aos métodos: *“Compete, assim, aos métodos organizar criticamente as práticas de investigação, sendo o seu campo de incidência constituído pelas operações propriamente técnicas, das quais portanto se distinguem.”* (Almeida e Pinto, 1990: 80).

De acordo com o referido e, dentro das técnicas passíveis de serem utilizadas através do método extensivo ou quantitativo, optou-se pelo inquérito por questionário desenvolvido pela AHRQ (disponível em <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospscanform.pdf>) por se constituir num instrumento de medida previamente testado em variadas amostras, com elevado índice de fiabilidade interna e útil para os objectivos propostos. Ao instrumento de recolha de dados referido foi removida a primeira questão da secção A, bem como a secção H, referentes à profissão e à área hospitalar do inquirido, uma vez que o inquérito só foi administrado a enfermeiros que trabalham no Bloco Operatório Central. O instrumento de colheita de dados foi traduzido para Português e corrigido por um perito na área de tradução inglês/ português (Anexo 1) e foi submetido a pré-teste¹ num bloco operatório de uma instituição privada, tendo sido inquiridos, para o efeito, 66 enfermeiros, etapa esta que permitiu garantir a aplicabilidade deste instrumento à população que se pretende inquirir.

O inquérito por questionário desenvolvido pela AHRQ é constituído por 42 variáveis (itens) cuja escala de medida é ordinal (de tipo *likert* de 5 pontos), agrupadas em 12 dimensões; uma questão sobre grau de segurança; uma questão sobre reporte de eventos adversos; um grupo de caracterização social e uma questão aberta de opinião – “comentários”.

Por razões de ordem prática e operacional, optou-se pelo inquérito de auto-preenchimento pois, apesar de existirem algumas críticas a este tipo de aplicação do inquérito, enunciadas na revisão da literatura, permite ao inquirido responder livremente e identificar o constructo que está a ser avaliado (Ribeiro, 2007).

¹ Apresentação e obtenção do 1º prémio com o *poster* sobre os resultados do pré-teste no 2º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente.

3.3 Apresentação e caracterização da amostra

No sentido de identificar e caracterizar os sujeitos empíricos desta investigação, torna-se necessário definir amostragem: “(...) *é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada.*” (Fortin, 1999: 202).

De acordo com Polit, Beck e Hungler, “*A população [ou universo] é o conjunto de todos os indivíduos ou objectos com alguma característica comum, definidora.*” (2004: 53). Segundo Maroco (2007), a população refere-se a grupos restritos de algo que seja agregável e sobre o qual se torna possível generalizar.

A população alvo deste estudo é, então, constituída pelos enfermeiros que exercem funções nos Blocos Operatórios Centrais dos Hospitais públicos da ARS Sub-Região de Lisboa e Vale do Tejo (onze hospitais): HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; Hospital Distrital de Torres Vedras; Hospital Dona Estefânia; Hospital Egas Moniz; Hospital Santa Cruz; Hospital Santa Maria; Hospital São Francisco Xavier; Hospital São José; Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; Hospital Pulido Valente e Hospital Reynaldo dos Santos (ARS de Lisboa e Vale do Tejo).

Dos Hospitais referidos, três não participaram no estudo, pelo que a amostra foi selecionada em oito desses hospitais, o que corresponde a aproximadamente 73% (72,7%) do total dos hospitais. Optou-se por inquirir todos os enfermeiros que trabalham em bloco operatório central nos hospitais pertencentes à ARS Sub-Região de Lisboa e Vale do Tejo (N=353), tendo sido obtidas 183 respostas ao inquérito, as quais constituem a amostra deste trabalho (n=183). Relativamente à caracterização da amostra analisou-se o tempo de trabalho dos enfermeiros no hospital, especialidade e serviço; o número de horas de trabalho semanais no hospital e a percepção individual da segurança do serviço, numa escala de *likert* de 5 pontos (em que 1 corresponde a muito fraco e 5 a excelente), bem como o número de eventos reportados.

Relativamente ao tempo de trabalho no hospital os enfermeiros distribuem-se da seguinte forma: 2,7% trabalham no hospital há menos de 1 ano; 15,8% entre 1 e 5 anos; 18% entre 6 e 10 anos; 21,3% entre 11 e 15 anos; 23,5% entre 16 e 20 anos e 18% há mais de 20 anos. Quanto ao tempo de trabalho na especialidade observa-se que 5,5% da amostra trabalha há menos de 1 ano; 33,3% entre 1 e 5 anos; 22,4% entre 6 e 10 anos; 23,5% entre 11 e 15 anos; 8,2% entre 16 e 20 anos e 6% há mais de 20 anos. No que se

refere ao tempo de trabalho no serviço 6,6% trabalham há menos de 1 ano; 34,4% entre 1 e 5 anos; 24% entre 6 e 10 anos; 21,3% entre 11 e 15 anos; 8,7% entre 16 e 20 anos e 4,4% há mais de 20 anos. Dos enfermeiros inquiridos 51,6% trabalham semanalmente 20h a 39h, enquanto os restantes 47,8% trabalham 40h a 59h.

No que se refere à classificação do grau de segurança do serviço 3,3% consideram o serviço excelente, 48,1% muito bom, 35% aceitável, 2,7% fraco; 0,5% muito fraco e 10,4% não responderam a esta questão.

Os dados obtidos relativamente ao número de eventos reportados indicam que a prática corrente da amostra em estudo é a de não reportar: 43,7% da amostra nunca reportou um evento adverso; 38,7% reportaram 1 ou 2 eventos; 10,5% 3 a 5; 3,3% 6 a 10; 1,7% 11 a 20 e 1,7% mais de 20.

3.4 Técnica de Análise de Dados

Para o tratamento dos dados obtidos através do inquérito por questionário recorreu-se à análise estatística, nomeadamente, à estatística descritiva e à inferência estatística, com recurso ao programa IBM-SPSS 20; bem como à análise qualitativa da questão aberta do questionário, com recurso à ferramenta Wordle, no sentido de descrever e contabilizar as palavras associadas à opinião dos enfermeiros sobre a cultura de segurança no seu serviço.

Estatística pode ser definida como “(...) a área do conhecimento científico que se debruça sobre os processos de recolha de informação (dados), da análise e caracterização da informação e da tomada de decisão fundamentada a partir da informação recolhida.” (Maroco, Bispo, 2003: 17).

A estatística descritiva corresponde à área da estatística que permite descrever e apresentar, de forma sintética e aliciente ao leitor, os dados referentes à amostra em estudo. Este método de análise de dados permite, ainda, caracterizar relações entre variáveis com recurso a quadros de contingência e a coeficientes de correlação (Fortin, 1999). Segundo Hicks (2006), o investigador deve recorrer à estatística descritiva quando pretende extrair determinado tipo de informação a partir de um elevado número de dados referentes à população inquirida, o que lhe permite descrever e apresentar esses dados. Este procedimento possibilita, assim, “(...) apresentar a fotografia do grupo estudado (...)” (Ribeiro, 2007: 126).

A Cultura de Segurança no Bloco Operatório

Relativamente à estatística descritiva foram utilizadas distribuições de frequências e medidas de tendência central para caracterizar a amostra; foram calculados alfas de *cronbach* para estudar a fiabilidade interna das dimensões em análise e foram calculadas correlações de *spearman* para as variáveis em estudo.

A estatística inferencial permite extrapolar os resultados da amostra em estudo para a população (Coutinho, 2011). Dentro desta área da estatística foram realizados testes de qui-quadrado para estudar a influência dos hospitais sobre algumas variáveis independentes, tendo-se recorrido ao teste de Kruskal-Wallis para estudar as influências dos hospitais sobre as dimensões da cultura de segurança.

4. Apresentação de resultados

4.1 Cultura de Segurança

As 12 dimensões de segurança contidas no inquérito por questionário são: trabalho em equipa, supervisão/chefia, aprendizagem organizacional, suporte da gestão hospitalar, percepção geral de segurança, *feedback* e comunicação acerca do erro, abertura à comunicação, frequência de reporte de eventos, trabalho entre serviços, equipa de profissionais de enfermagem, transferência de doentes/mudanças de turno e resposta não punitiva ao erro.

A tabela seguinte apresenta os valores mínimos, máximos e as medianas de cada uma das 12 dimensões de segurança em análise. Para o efeito, procedeu-se ao somatório das escalas dos itens que as compõem, que também estão representados na tabela.

Tabela 1 – Mínimo, máximo e mediana por dimensão de segurança.

	N	Itens	Mínimo	Máximo	Mediana
Trabalho em equipa	182	4	5,00	19,00	13,00
Supervisão/chefia	183	4	4,00	20,00	14,00
Aprendizagem organizacional	183	3	3,00	14,00	11,00
Suporte da gestão hospitalar	183	3	3,00	14,00	9,00
Percepção geral de segurança	180	4	4,00	19,00	14,00
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	182	3	3,00	15,00	9,00
Abertura à comunicação	182	3	4,00	15,00	9,00
Frequência de reporte de eventos	182	3	3,00	15,00	9,00
Trabalho entre serviços	181	4	7,00	19,00	13,00
Equipa de profissionais de enfermagem	183	4	6,00	20,00	13,00
Transferência de doentes/ mudanças de turno	178	4	7,00	19,00	12,00
Resposta não punitiva ao erro	180	3	3,00	14,00	8,00

Como se pode observar na tabela, existe pelo menos um indivíduo que respondeu 1 (na escala de *likert* de 5 pontos) a 3 dos 4 itens avaliados relativamente ao trabalho de equipa e pelo menos um indivíduo que respondeu 5 a 3 dos mesmos itens.

Relativamente às dimensões supervisão/chefia, *feedback* e comunicação acerca do erro e frequência de reporte de eventos, existe pelo menos um enfermeiro que respondeu 1 a todos os itens e, pelo menos um que respondeu 5 todos os itens.

Quanto às dimensões aprendizagem organizacional, suporte da gestão hospitalar, percepção geral da segurança e resposta não punitiva ao erro, existe pelo menos um enfermeiro que respondeu 1 a todos os itens mas nenhum respondeu 5 a todos.

Nas dimensões abertura à comunicação e equipa de profissionais de enfermagem nenhum indivíduo respondeu 1 a todos os itens mas houve pelo menos um que respondesse 5 a todos os itens. Relativamente às dimensões trabalho entre serviços e transferência de doentes/mudanças de turno nenhum enfermeiro respondeu 1 nem 5 em todos os itens.

As medianas observadas em cada dimensão permitem ordenar estrategicamente as dimensões de acordo com a prioridade de actuação, tornando possível agrupar as dimensões em 5 grupos de acordo com a sua prioridade. A dimensão prioritária consiste na resposta não punitiva ao erro (mediana=8). As dimensões de segundo nível de prioridade são: o suporte da gestão hospitalar, o *feedback* e comunicação acerca do erro, a abertura à comunicação, a frequência de reporte de eventos (medianas =9) e a transferência de doentes/ mudanças de turno (mediana=12). Em terceiro lugar encontram-se o trabalho em equipa, a equipa de profissionais de enfermagem, e o trabalho entre serviços (medianas =13). Em quarto lugar encontram-se a supervisão/chefia e a percepção geral de segurança e, por fim, a dimensão mais forte, com menor necessidade de ser trabalhada é a aprendizagem organizacional.

No sentido de avaliar a consistência interna das dimensões do estudo, procedeu-se ao coeficiente Alfa de *Cronbach*, o qual foi comparado, à *posteriori* com o alfa de *cronbach* obtido em estudos semelhantes para as mesmas dimensões (Farjardo-Dolci *et al*, 2010), como pode ser observado na tabela seguinte. Para avaliar o valor das medidas de fiabilidade recorreu-se à escala sugerida por Hill, Hill (2002).

Tabela 2 – Apresentação e comparação de Alfas de *Cronbach* de cada dimensão com outros estudos

	Estudo Actual (N=183)	Farjado-Dolci et al, 2010 (N=174)	Saturno et al, 2008 (N=2503)	Bodur e Flitz, 2009 (N=180)	Sorra e Nieva, 2010 (N=?)
Equipa de profissionais de enfermagem	0,56	0,12	0,64	0,02	0,63
Transferência de doentes/ mudanças de turno	0,60	0,71	0,74	0,70	0,80
Aprendizagem organizacional	0,65	0,79	0,68	0,56	0,76
Trabalho entre serviços	0,69	0,65	0,73	0,73	0,80
Abertura à comunicação	0,70	0,71	0,66	0,67	0,72
Percepção geral de segurança	0,70	0,35	0,65	0,43	0,74
Trabalho em equipa	0,71	0,78	0,82	0,84	0,83
Suporte da gestão hospitalar	0,72	0,62	0,81	0,59	0,83
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	0,73	0,81	0,73	0,82	0,78
Resposta não punitiva ao erro	0,77	0,55	0,65	0,13	0,79
Supervisão/chefia	0,77	0,84	0,84	0,67	0,75
Frequência de reporte de eventos	0,79	0,90	0,88	0,93	0,84

As dimensões estão colocadas na tabela por ordem crescente, de acordo com o alfa de *cronbach* do presente estudo. Através dos resultados podemos afirmar que o alfa de *cronbach* da equipa de profissionais de enfermagem, apesar de ser considerado inaceitável, é superior ao de dois estudos. Os alfas de *cronbach* das dimensões transferência de doentes/mudanças de turno; aprendizagem organizacional e trabalho entre serviços são fracos. Ainda assim, o da aprendizagem organizacional é superior ao do estudo de Bodur e Flitz (2009); o do trabalho entre serviços é superior ao de Farjado-Dolci *et al* (2010) e o de abertura à comunicação é superior ao de Saturno *et al* (2008) e ao de Bodur e Flitz (2009). Os alfas de *cronbach* das restantes dimensões são considerados razoáveis, verificando-se que o da percepção geral de segurança é, também, superior ao de três estudos, sendo, os alfas das outras dimensões superiores aos de alguns estudos e inferiores a outros.

Com a finalidade de estudar a correlação entre as 12 dimensões da cultura de segurança, foi realizada uma correlação bivariada de *Spearman*, tendo-se verificado os seguintes resultados:

Tabela 3 – Correlações de *Spearman* entre as dimensões de segurança, reporte de eventos adversos e percepção do grau de segurança

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
TE	-													
S/C	.46***	-												
AO	.46***	.53***	-											
SG	.27***	.40**	.29***	-										
PGS	.37***	.41***	.45***	.38***	-									
F/C	.46***	.65***	.59***	.39***	.38***	-								
AC	.53***	.54***	.47***	.38***	.44***	.59***	-							
FR	.10	.17*	.26***	.11	.26***	.27***	.15*	-						
TS	.42***	.34***	.25***	.40***	.39***	.44***	.38***	.16*	-					
EE	.26***	.14	.19*	.20**	.46***	.22**	.34***	.06	.33***	-				
T/MT	.38***	.31***	.28***	.30***	.49***	.38***	.35***	.10	.59***	.31***	-			
RNP	.35***	.31***	.27***	.23**	.49***	.31***	.42***	.14	.28***	.32***	.40***	-		
GS	.40***	.53***	.49***	.37***	.65***	.47***	.50***	.27***	.46***	.32***	.45***	.45***	-	
RE	-.20**	-.08	-.13	-.08	-.24***	-.08	-.11	-.03	-.14	-.19*	-.09	-.03	-.21**	-

Nota. TE = Trabalho em equipa; S/C= Supervisão/chefia; AO= Aprendizagem organizacional; SG=Suporte da gestão hospitalar; PGS= Percepção geral de segurança; F/C= *Feedback* e comunicação acerca do erro; AC= Abertura à comunicação; FR= Frequência de reporte de eventos; TS= Trabalho entre serviços; EE= Equipa de profissionais de enfermagem; T/MT= Transferência de doentes/ mudanças de turno; RNP= Resposta não punitiva ao erro; GS= Grau de segurança e RE= Reporte de eventos adversos.

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$.

Como se pode observar na tabela, foram encontradas associações estatisticamente significativas, positivas e fracas entre o trabalho em equipa com o suporte da gestão hospitalar, $\rho=.27$; $p=.000$ e com a equipa de profissionais de enfermagem, $\rho=.26$, $p=.001$; relações moderadas com a supervisão/chefia, $\rho=.46$; $p=.000$; com a aprendizagem organizacional, $\rho=.46$; $p=.000$; com a percepção geral de segurança, $\rho=.37$, $p=.000$; com o *feedback* e comunicação, $\rho=.46$, $p=.000$; com a abertura à comunicação, $\rho=.53$, $p=.000$; com a transferência de doentes/mudanças de turno, $\rho=.38$, $p=.000$; o trabalho entre serviços $\rho=.42$, $p=.000$ e com a resposta não punitiva ao erro, $\rho=.35$, $p=.000$.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, positivas e moderadas entre a Supervisão/chefia com a AO, $\rho=.53$, $p=.000$; com o SG, $\rho=.40$, $p=.000$; com a PGS, $\rho=.41$, $p=.000$; com a AC, $\rho=.54$, $p=.000$; com o TS, $\rho=.34$, $p=.000$; com a T/MT, $\rho=.31$, $p=.000$ e com a RNP, $\rho=.31$, $p=.000$; bem como uma associação estatisticamente significativa, positiva e fraca com o FR, $\rho=.17$, $p=.020$ e uma associação estatisticamente significativa, positiva e forte com o F/C, $\rho=.65$, $p=.000$.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, positivas e fracas entre a Aprendizagem organizacional com o SG, $\rho=.29$, $p=.000$; com o FR, $\rho=.26$, $p=.000$; com o TS, $\rho=.25$, $p=.001$; com a EE, $\rho=.19$, $p=.011$; com a T/MT, $\rho=.28$, $p=.001$ e com a RNP, $\rho=.27$, $p=.000$; bem como, associações estatisticamente significativas, positivas e moderadas com a PGS, $\rho=.45$, $p=.000$; com o F/C, $\rho=.59$, $p=.000$; e com a AC, $\rho=.47$, $p=.000$.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, positivas e fracas entre o Suporte da gestão hospitalar com a EE, $\rho=.20$, $p=.007$; com a T/MT, $\rho=.30$, $p=.000$ e com a RNP, $\rho=.23$, $p=.002$; bem como associações estatisticamente

significativas, positivas e moderadas com a PGS, $\rho=.38$, $p=.000$; com o F/C, $\rho=.39$, $p=.000$; com a AC, $\rho=.38$, $p=.000$ e com o TS, $\rho=.40$, $p=.000$.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, positivas e moderadas entre a Percepção geral de segurança com a F/C, $\rho=.38$, $p=.000$; com a AC, $\rho=.44$, $p=.000$; com o TS, $\rho=.39$, $p=.000$; com a EE, $\rho=.46$, $p=.000$; com a T/MT, $\rho=.49$, $p=.000$ e com a RNP, $\rho=.49$, $p=.000$; bem como uma associação estatisticamente significativa, positiva e fraca com o FR, $\rho=.26$, $p=.000$.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, positivas e fracas entre o *Feedback/Comunicação* com a FR, $\rho=.27$, $p=.000$ e com a EE, $\rho=.22$, $p=.000$; bem como, associações estatisticamente significativas, positivas e moderadas com a AC, $\rho=.59$, $p=.000$; com o TS, $\rho=.44$, $p=.000$; com a T/MT, $\rho=.38$, $p=.000$ e com a RNP, $\rho=.31$, $p=.000$.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, positivas e moderadas entre a Abertura à comunicação com TS, $\rho=.38$, $p=.000$; com a EE, $\rho=.34$, $p=.000$; com a T/MT, $\rho=.35$, $p=.000$ e com a RNP, $\rho=.42$, $p=.000$ e foi encontrada uma associação estatisticamente significativa, positiva e fraca com o FR, $\rho=.15$, $p=.043$.

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa, positiva e fraca entre a Frequência de reporte de eventos e o TS, $\rho=.16$, $p=.031$.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, positivas e moderadas entre o Trabalho entre serviços com a EE, $\rho=.33$, $p=.000$ e com a T/MT, $\rho=.59$, $p=.000$; bem como uma associação fraca com a RNP, $\rho=.28$, $p=.000$

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, positivas e moderadas entre a Equipe de profissionais de enfermagem com a T/MT, $\rho=.31$, $p=.000$ e com a RNP, $\rho=.32$, $p=.000$.

Por fim, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa, positiva e moderada entre a Transferência de doentes/mudanças de turno com a RNP, $\rho=.40$, $p=.000$.

Relativamente à correlação entre a frequência de reporte de eventos adversos e as 12 dimensões da cultura de segurança, verificou-se que existem correlações estatisticamente significativas, no sentido negativo e fracas entre o reporte de eventos adversos e o trabalho em equipa ($\rho= -.20$, $p=.008$), a percepção geral de segurança ($\rho= -.24$, $p=.001$) e a equipa de profissionais de enfermagem ($\rho= -.19$, $p=.013$), não

existindo nenhuma correlação estatisticamente significativa entre o reporte de eventos adversos e as restantes dimensões de cultura de segurança nem com a percepção do grau de segurança.

Quanto à associação entre a percepção do grau de segurança e as dimensões em análise podem observar-se associações estatisticamente significativas, positivas e moderadas com as dimensões: Trabalho em equipa ($\rho=.40$, $p=.000$); Supervisão/chefia ($\rho=.53$, $p=.000$); Aprendizagem organizacional ($\rho=.49$, $p=.000$); Suporte da gestão hospitalar ($\rho=.37$, $p=.000$); *Feedback* e comunicação acerca do erro ($\rho=.47$, $p=.000$); Abertura à comunicação ($\rho=.49$, $p=.000$); com o Trabalho entre serviços ($\rho=.46$, $p=.000$); com a Equipa de profissionais de enfermagem ($\rho=.32$, $p=.000$); com a Transferência de doentes/mudanças de turno ($\rho=.45$, $p=.000$) e com a Resposta não punitiva a erros ($\rho=.45$, $p=.000$); bem como uma relação estatisticamente significativa positiva e fraca com a Frequência de reporte de eventos ($\rho=.27$, $p=.000$) e uma associação forte com a Percepção geral de segurança ($\rho=.65$, $p=.000$).

No sentido de conhecer melhor as preocupações e opiniões dos enfermeiros relativamente à cultura de segurança no seu serviço, procedeu-se a uma análise qualitativa da última questão do questionário – “comentários” – com recurso ao Wordle. Os resultados obtidos estão apresentados na seguinte figura:



Figura 1 – Palavras associadas à opinião dos enfermeiros sobre cultura de segurança no seu serviço

Dos 183 sujeitos empíricos apenas 14 responderam a esta questão. Cada composto de palavras corresponde à resposta de um indivíduo, sendo que os compostos que se salientam na imagem correspondem aos que aparecem nos comentários mais do

que uma vez: 3 indivíduos referem-se à inexistência de *feedback* face ao reporte e 2 à escassa formação para a segurança.

De facto existe apenas um comentário positivo acerca da cultura de segurança, referente à utilidade dos *near-misses* na prevenção de acidentes, enquanto que os restantes comentários se relacionam com os seguintes factores:

- Falta de prevenção por parte da equipa multidisciplinar: “não se faz a *checklist* em vigor no serviço”;
- Escasso envolvimento da gestão hospitalar para a segurança do serviço: “inexistência de um serviço de gestão de risco”; “valorização da produtividade em detrimento da qualidade”; “inexistência de indicadores de segurança”; “falta de investimento em formação para a prevenção/práticas de segurança”; “preocupação com a segurança apenas para fins de acreditação externa”;
- Pouco suporte por parte da chefia/supervisão: “inexistência de *feedback* face aos eventos reportados”;
- Trabalho entre serviços: “os enfermeiros do bloco operatório não têm informação sobre os doentes que vêm dos outros serviços”;
- Trabalho em equipa: “os elementos do serviço funcionam como um grupo e não como uma equipa”;
- Escassa cultura de reporte: “raramente se reportam os eventos”.

4.2 Diferentes hospitais, diferentes culturas

Com o intuito de caracterizar a amostra de enfermeiros de cada hospital, bem como a sua cultura de segurança, recorreu-se à análise descritiva, tendo sido obtidos os seguintes resultados:

- No hospital A foram analisados 24 inquéritos, o que corresponde a 85,7% do total de enfermeiros que trabalham no hospital. Relativamente à caracterização da amostra, podemos concluir que a maioria dos enfermeiros que trabalham neste serviço têm bastante experiência, uma vez que 50% trabalha no hospital há mais de 15 anos e 41,6% trabalha há mais 10 anos na especialidade. Relativamente ao tempo de trabalho no serviço observa-se que 8,3% trabalham há menos de 1 ano; 25% entre 1 e 5 anos; 33,3% entre 6 e 10 anos; 25% entre 11 e 15 anos e 8,3% há mais de 20 anos. Relativamente às dimensões da cultura de segurança, observa-se como ponto forte a supervisão/chefia e como factores a melhorar a abertura à comunicação e o trabalho em equipa. De um modo geral a média observada, na escala de *likert*, de 5 pontos, é de 3,5;

sendo a média mínima de 2,32 e a máxima de 4,64. Relativamente à percepção do grau de segurança, 83,3% dos inquiridos consideram o serviço muito bom e 12,5% aceitável, enquanto que 4,2% não respondeu a esta questão, obtendo-se uma média de 3,87, na escala supra-referida. Quanto à prática de reporte de eventos, constata-se que é rara neste serviço, uma vez que 58,3% dos inquiridos declara nunca ter reportado um evento adverso e 41,7% reportaram 1 ou 2.

- No hospital B obtiveram-se 21 questionários, o que corresponde a 77,8% da população de enfermeiros que trabalham naquele serviço. Este hospital conta maioritariamente com enfermeiros bastante experientes, uma vez que da amostra obtida todos trabalham no hospital há mais de 10 anos: 47,6% entre 11 e 20 anos e 52,4% há mais de 20 anos. Relativamente ao tempo de trabalho na especialidade que corresponde, neste caso, ao tempo de trabalho no serviço, verifica-se um pequeno grupo de enfermeiros menos experientes, sendo a maioria do serviço constituído por pessoas com mais de 11 anos de experiência: 28,6% trabalham no serviço no tempo compreendido entre 1 e 5 anos; 28,6% entre 11 e 15 anos, 28,6% entre 16 e 20 anos e 14,3% há mais de 20 anos. No que respeita às dimensões de segurança observa-se a equipa de profissionais de enfermagem como um ponto forte do serviço, sendo o *feedback* e a comunicação acerca do erro considerado o principal ponto a melhorar. No geral a média das 12 dimensões avaliadas é de 3,35, sendo a média mínima de 1,58 e a máxima de 4,42, o que demonstra uma grande amplitude e, assim, uma diferença marcada nas percepções dos sujeitos empíricos. Quanto à percepção do grau de segurança do serviço 76,2% consideram o serviço muito bom e 19% aceitável, tendo as não-respostas correspondido a 4,8%, de onde se obtém uma média de 3,8. Relativamente ao reporte de eventos adversos, verifica-se já alguma prática, apesar de não ser uma norma do serviço, já que a maioria dos enfermeiros nunca reportou nenhum evento adverso: 57,1% nunca reportou, 28,6% reportou 1 ou 2 eventos e 14,3% reportou 3 a 5 eventos.

- Do hospital C foram analisados 25 questionários, o que corresponde a 83,3% do total de enfermeiros a trabalhar naquele serviço. Verifica-se uma distribuição mais equitativa dos colaboradores face à experiência profissional, estando distribuídos da seguinte forma relativamente ao tempo de trabalho no hospital: 32% entre 1 e 5 anos; 8% entre 6 e 10 anos; 28% entre 11 e 15 anos; 16% entre 16 e 20 anos e 16% há mais de 20 anos. Relativamente ao tempo de trabalho na especialidade, os enfermeiros têm menos experiência, sendo que 56% trabalha em bloco operatório há menos de 5 anos, o

que se mantém no tempo de trabalho no serviço, uma vez que 60% dos enfermeiros trabalham há menos de 5 anos, não existindo nenhum elemento da amostra que trabalhe no serviço há mais de 15 anos. Neste hospital a dimensão da cultura de segurança mais forte é a supervisão/chefia e a menos forte a equipa de profissionais de enfermagem. De forma global, no que se refere à cultura de segurança deste serviço obteve-se uma média de 3,15, sendo a média mínima 2,36 e a máxima 4,12. Relativamente à percepção da segurança do serviço 4% consideram-no excelente, 32% muito bom, 32% aceitável, 4% fraco e 28% não responderam, o que traduz uma média de 3,59. No que respeita ao reporte de eventos adversos, verifica-se que já existe algum reporte, apesar de ainda não ser uma prática comum a todos os elementos do serviço: 36% nunca reportou, 40% já reportou 1 ou 2 eventos, 4% reportou 3 a 5, 12% 6 a 10 e 8% mais de 20.

- No hospital D recolheram-se 23 questionários, o que corresponde a 29,5% dos enfermeiros a trabalharem neste hospital. Os enfermeiros deste serviço apresentam uma distribuição equilibrada relativamente ao tempo de trabalho no hospital: 8,7% entre 1 e 5 anos; 17,4% entre 6 e 10 anos; 26,1% entre 11 e 15 anos; 26,1% entre 16 e 20 anos e 21,7% há mais de 20 anos. Este equilíbrio na distribuição da amostra analisada mantém-se no tempo de trabalho dos enfermeiros na especialidade, verificando-se os seguintes valores: 34,8% entre 1 e 5 anos; 26,1% entre 6 e 10 anos; 13% entre 11 e 15 anos e 21,7% entre 16 e 20. Relativamente ao tempo de trabalho no serviço verifica-se uma grande percentagem de elementos menos experientes: 43,5% entre 1 e 5 anos; 30,4% entre 6 e 10 anos, estando os restantes 25% distribuídos pelos restantes intervalos. A área considerada mais robusta é a supervisão/chefia, verificando-se como principal necessidade de melhoria o trabalho em equipa. No geral, a média atribuída à cultura de segurança, pela amostra, foi 3,15, correspondendo a média mínima a 2,19 e a máxima a 4,19. Quanto à percepção do grau de segurança do serviço 4,3% consideraram o serviço excelente, 39,1% muito bom e 34,8% aceitável, enquanto que 21,7% dos enfermeiros não respondeu a esta questão. A média atribuída pela amostra relativamente ao grau de segurança é de 3,61. Quanto ao reporte de eventos adversos, não se considera prática corrente do serviço, dado que 78,2% dos enfermeiros nunca reportaram ou reportaram 1 ou 2 eventos adversos.

- No hospital E obtiveram-se 18 questionários, amostra que corresponde a 40% do total de enfermeiros deste serviço. Relativamente à experiência profissional dos enfermeiros verifica-se que existe um grupo de enfermeiros pouco experientes, estando

os restantes distribuídos de forma equitativa pelos diversos grupos intervalares: 11,8% trabalham há menos de 1 ano no hospital; 17,6% entre 1 e 5 anos; 23,5% entre 6 e 10 anos; 35,3% entre 11 e 15 anos e 11,8% há mais de 20 anos. Quanto ao tempo de trabalho na especialidade, 17,6% trabalham há menos de 1 ano, 23,5% entre 1 e 5 anos; 23,5% entre 6 e 10 anos; 29,4% entre 11 e 15 anos e 5,9% há mais de 20 anos. No que respeita ao tempo de trabalho no serviço, verifica-se uma distribuição igual para os dois primeiros intervalos, existindo 29,4% que trabalham entre 6 e 10 anos; 17,6% entre 11 e 15 anos; 5,9% entre 16 e 20 anos e 5,9% há mais de 20 anos. Das dimensões de cultura de segurança analisadas, o ponto forte deste serviço é o trabalho em equipa, sendo o principal ponto a melhorar o *feedback* e a comunicação acerca do erro. A média atribuída pela amostra às 12 dimensões de cultura de segurança é de 3,03, correspondendo a média mínima a 2,21 e a máxima a 3,86. Relativamente à percepção de segurança do serviço, verifica-se alguma disparidade de respostas: 11,1% consideram-no excelente, 33,3% muito bom, 38,9% aceitável, 11,1% fraco e 5,6% muito fraco, sendo a média geral é de 3,67. O reporte de eventos adversos não é prática habitual dos profissionais deste serviço, o que pode estar relacionado com o facto de não existir *feedback* nem uma grande abertura para a comunicação acerca do erro: 41,2% nunca reportou, 41,2% reportou 1 ou 2 eventos, enquanto que os restantes 17,7% afirmam ter reportado mais eventos adversos.

- Do hospital F obtiveram-se apenas 9 questionários, o que corresponde a 19,1% do total de enfermeiros a trabalhar neste serviço. Destes, a maioria tem pouca experiência, dado que 66,7% trabalha no hospital há menos de 5 anos; 22,2% entre 6 e 10 anos e 11,1% entre 16 e 20 anos. Quanto ao tempo de trabalho na especialidade 17,6% trabalha há menos de 1 ano; 23,5% entre 1 e 5 anos; 23,5% entre 6 e 10 anos; 29,4% entre 11 e 15 anos e 5,9% há mais de 20 anos. Relativamente ao tempo de trabalho no serviço verifica-se igual distribuição para os dois primeiros intervalos de tempo, sendo que 29,4% dos enfermeiros trabalham no serviço entre 6 e 10 anos; 17,6% entre 11 e 15 anos; 5,9% entre 16 e 20 anos e 5,9% há mais de 20 anos. Das dimensões de cultura de segurança avaliadas neste hospital destaca-se a Frequência de reporte de eventos como ponto forte, correspondendo a Equipa de profissionais de enfermagem ao que mais precisa de melhoria. Quanto à percepção geral da cultura de segurança a média corresponde a 3,29, sendo a média mínima 2,5 e a máxima 3,88. Relativamente ao grau de segurança do serviço, 66,7% consideram-no muito bom e 33,3% aceitável, sendo a

média global de 3,67. Quanto à prática de reporte de eventos neste serviço, começa a verificar-se alguma prática, considerando o elevado número de elementos menos experientes: 11,1% nunca reportou, 66,7% já reportou 1 ou 2 eventos e 22,2% 3 a 5.

- No hospital G recolheram-se 47 questionários, o que corresponde a 85,5% do total de enfermeiros que trabalham neste serviço. A partir da distribuição dos enfermeiros pelo tempo de trabalho no hospital pode verificar-se que a maioria dos elementos tem já bastante experiência profissional: 2,1% trabalham no hospital há menos de 1 ano, 12,8% entre 1 e 5 anos; 23,4% entre 6 e 10 anos; 23,4% entre 11 e 15 anos; 29,8% entre 16 e 20 anos e 8,5% há mais de 20 anos. Relativamente ao tempo de trabalho na especialidade verifica-se uma distribuição mais equitativa: 6,4% trabalham há menos de 1 anos; 25,5% entre 1 e 5 anos; 21,3% entre 6 e 10 anos; 38,3% entre 11 e 15 anos e 8,5% há mais de 20 anos. Esta distribuição mantém-se semelhante quanto ao tempo de trabalho no serviço: 8,5% trabalham há menos de 1 ano; 23,4% entre 1 e 5 anos; 23,4% entre 6 e 10 anos; 38,3% entre 11 e 15 anos; 2,1% entre 16 e 20 anos e 4,3% há mais de 20 anos. Das 12 dimensões de segurança analisadas, o ponto forte deste serviço consiste na aprendizagem organizacional e o ponto que mais necessita de melhoria é a resposta não punitiva ao erro, correspondendo a média global das dimensões a 3,01, a média mínima a 1,87 e a máxima 3,87. Relativamente à percepção do grau de segurança do serviço pelos profissionais de enfermagem 55,3% consideram-no muito bom, 31,9% aceitável e 2,1% fraco, sendo que 10,6% não responderam, sendo a média de 3,45. O reporte de eventos adversos é uma prática rara neste serviço, o que pode estar relacionado com a necessidade de melhorar a resposta não punitiva ao erro: 53,2% dos elementos nunca reportaram, 38,3% reportaram apenas 1 ou 2 eventos, havendo um maior número de eventos reportados por parte de 9% de elementos deste serviço.

- Do hospital H obtiveram-se 16 inquéritos, o que responde a 37,2% do total de enfermeiros a trabalharem neste serviço. De acordo com os resultados obtidos relativamente ao tempo de trabalho no hospital, pode afirmar-se que a maioria dos enfermeiros que trabalham neste serviço têm bastante experiência profissional, dado que 12,5% trabalham entre 1 e 5 anos; 25% entre 6 e 10; 6,3% entre 11 e 15; 25% entre 16 e 20 e 31,3% há mais de 20 anos. Relativamente ao tempo de trabalho na especialidade 12,5% trabalham entre 1 e 5 anos; 50% entre 6 e 10; 18,8% entre 11 e 15; 6,3% entre 16 e 20 e 12,5% há mais de 20 anos. No que respeita ao tempo de trabalho no serviço a

A Cultura de Segurança no Bloco Operatório

maioria dos enfermeiros não tem tanta experiência, sendo que 25% trabalham no serviço entre 1 e 5 anos; 43,8% entre 6 e 10; 12,5% entre 11 e 15; 12,5% entre 16 e 20 e 6,3% há mais de 20 anos. Quanto às dimensões de cultura de segurança avaliadas verifica-se que o ponto forte é a Percepção geral de segurança, correspondendo a Resposta não punitiva ao erro a que mais precisa de ser trabalhada. A média global das 12 dimensões de cultura de segurança é de 2,94, a média mínima 2,15 e a máxima 3,77. Quanto à percepção dos profissionais inquiridos sobre o grau de segurança do serviço 43,8% consideram-no muito bom, 50% aceitável e 6,3% fraco, sendo a média de 3,38. Relativamente à cultura de reporte de eventos adversos, a maioria dos inquiridos revela não reportar com muita frequência: 33,3% nunca reportaram; 40% reportaram 1 ou 2 eventos; 13,3% 3 a 5; 6,3% 6 a 10 e 6,3% 11 a 20.

A tabela seguinte apresenta os valores médios, mínimos e máximos das dimensões de cultura de segurança e da percepção do grau de segurança, por hospital.

Tabela 4 - Estatística descritiva incluindo as médias, mínimos e máximos das 12 dimensões de cultura organizacional, por hospital.

	Hospital A			Hospital B			Hospital C			Hospital D		
	M	Mín	Máx									
TE	3,3	2,38	3,79	3,54	2,81	4,38	3,08	2,52	3,64	2,64	2,22	3,17
S/C	4,10	3,08	4,67	3,25	2,33	3,76	3,62	2,88	4,12	3,34	2,52	4,17
AO	3,82	3,46	4,08	3,56	3,00	3,91	3,35	2,84	3,92	3,44	3,17	3,70
SG	3,06	2,92	3,13	2,95	2,71	3,29	3,05	2,92	3,16	3,06	2,91	3,13
PGS	3,71	3,17	4,04	3,81	3,50	4,00	3,34	2,92	3,68	3,57	3,36	3,77
F/C	3,55	3,13	4,04	2,91	2,33	3,29	3,07	2,68	3,32	3,10	2,78	3,44
AC	3,01	2,42	3,63	3,59	3,43	3,91	3,15	2,64	3,52	2,86	2,52	3,13
FR	3,17	3,04	3,33	3,22	2,95	3,62	2,99	2,76	3,12	3,30	3,17	3,52
TS	3,43	3,04	3,92	3,33	2,90	3,70	3,12	2,76	3,60	3,07	2,52	3,48
EE	3,65	3,29	4,17	4,07	3,86	4,43	2,61	2,32	3,12	3,00	2,65	3,61
T/MT	3,49	3,00	3,87	3,29	2,62	3,62	3,28	2,92	3,52	3,06	2,46	3,55
RNP	3,13	2,58	3,54	3,14	2,71	3,38	2,65	2,48	2,92	2,82	2,68	3,00
MG	3,50	2,32	4,64	3,35	1,58	4,42	3,15	2,36	4,12	3,15	2,19	4,19
GS	3,87	3,00	4,00	3,80	3,00	4,00	3,59	3,00	5,00	3,61	3,00	5,00

	Hospital E			Hospital F			Hospital G			Hospital H		
	M	Mín	Máx	M	Mín	Máx	M	Mín	Máx	M	Mín	Máx
TE	3,47	3,22	3,89	3,13	2,5	3,875	3,14	2,28	3,57	3,06	2,69	3,44
S/C	3,36	2,94	3,67	3,61	3,22	4,00	3,34	2,6	3,83	3,28	2,33	3,80
AO	3,07	2,89	3,28	3,67	3,44	3,89	3,40	2,89	3,87	3,27	2,75	3,69
SG	3,07	2,78	3,28	3,26	3,11	3,44	2,89	2,75	3,06	2,54	3,44	2,69
PGS	3,06	2,94	3,29	3,28	2,44	3,89	3,19	2,98	3,55	3,33	2,94	3,56
F/C	2,76	2,44	3,00	3,29	2,78	3,78	3,09	2,81	3,36	2,73	2,25	3,13
AC	3,17	2,78	3,44	3,48	3,00	3,78	2,99	2,62	3,28	2,62	2,47	2,73
FR	3,06	2,77	3,35	3,74	3,56	3,89	2,88	2,81	2,94	3,08	3,06	3,13
TS	3,35	2,77	3,88	3,28	3,11	3,56	3,14	2,70	3,68	3,19	2,56	3,56
EE	2,67	2,50	2,78	2,61	2,33	3,00	3,07	2,43	3,85	3,27	3,00	3,63
T/MT	3,09	2,53	3,47	3,06	2,63	3,25	3,02	2,32	3,38	2,98	2,27	3,47
RNP	2,96	2,77	3,06	2,82	2,56	3,11	2,20	1,87	2,49	2,44	2,40	2,53
MG	3,03	2,21	3,86	3,29	2,50	3,88	3,01	1,87	3,87	2,94	2,15	3,77
GS	3,67	3,00	5,00	3,67	3,00	4,00	3,45	2,00	5,00	3,38	2,00	4,00

Nota. M= Média; Mín= Mínimo; Máx= Máximo; TE = Trabalho em equipa; S/C= Supervisão/chefia; AO= Aprendizagem organizacional; SG=Suporte da gestão hospitalar; PGS= Percepção geral de segurança; F/C= *Feedback* e comunicação acerca do erro; AC= Abertura à comunicação; FR= Frequência de reporte de eventos; TS= Trabalho entre serviços; EE= Equipa de profissionais de enfermagem; T/MT= Transferência de doentes/ mudanças de turno e RNP= Resposta não punitiva ao erro; MG= Média geral e GS=Grau de Segurança.

A Cultura de Segurança no Bloco Operatório

Como se pode observar na tabela, relativamente à dimensão Trabalho em equipa o hospital B é o que apresenta melhor média e o D pior; para a dimensão Supervisão/Chefia o hospital A é o que apresenta a melhor média e o B a pior; quanto à Aprendizagem organizacional o hospital A apresenta a melhor média, sendo o E o que tem a pior; relativamente ao Suporte da gestão hospitalar o hospital F tem a melhor média e o H a pior; a percepção geral de segurança tem melhor média no hospital B e pior no E. Face ao *Feedback* e comunicação acerca do erro o hospital A tem a melhor média e o H a pior. No que respeita à Abertura à comunicação o hospital B apresenta a melhor média e o H a pior. Quanto à Frequência de eventos reportados o hospital F apresenta a melhor média e o G a pior. Para a dimensão Trabalho entre serviços o hospital A tem a melhor média e o D a pior. Relativamente à Equipa de profissionais de enfermagem, o hospital B tem a melhor média e os hospitais C e F as piores. A dimensão Transferência de doentes/ mudanças de turno apresenta a melhor média no hospital A e a pior no H. Face à resposta não punitiva ao erro, o hospital B tem a melhor média e o G a pior.

De um modo geral podemos afirmar que os hospitais A e B são os que apresentam melhores médias relativamente às dimensões de cultura de segurança avaliadas e os hospitais G e H as piores. Quanto à média do conjunto das 12 dimensões, o hospital A é o que apresenta a melhor média, bem como o valor máximo, enquanto que o hospital H apresenta a pior média e o hospital B o valor mínimo. De todas as dimensões avaliadas nos 8 hospitais, a dimensão mais forte é a Supervisão/chefia (hospital A) e a menos forte a resposta não punitiva ao erro (hospital G). No que respeita à percepção do grau de segurança, o hospital A é o que apresenta a melhor média e o hospital H a pior.

Com o objectivo de verificar se os hospitais influenciam significativamente as dimensões da cultura de segurança em estudo, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, usando uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0.05. Os resultados do teste encontram-se na tabela seguinte:

Tabela 5 – Influência da cultura hospitalar nas dimensões de cultura de segurança.

	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Hospital D		Hospital E		Hospital F		Hospital G		Hospital H		X^2_{kw}	p
	M	DP																
TE	14.33	2.12	12.10	3.28	10.64	3.04	14.17	2.89	11.82	1.78	12.56	1.94	13.62	2.61	12.25	2.38	34.42	.000***
S/C	13.29	2.58	14.43	2.48	13.40	3.81	13.78	3.33	14.00	2.61	14.00	2.35	14.47	2.64	13.00	2.42	7.35	.394 ^{ns}
AO	10.92	1.74	10.10	2.02	10.12	2.45	9.74	2.05	9.64	1.81	10.56	1.33	10.87	1.74	9.81	2.14	13.10	.070 ^{ns}
SG	8.92	1.82	9.29	2.05	8.92	2.06	9.43	2.37	9.33	2.33	9.00	2.18	8.72	1.86	7.63	2.16	8.93	.258 ^{ns}
PGS	15.00	2.43	13.43	2.84	14.00	2.22	12.67	4.02	12.61	3.27	13.11	2.47	13.77	2.77	13.31	3.20	10.41	.167 ^{ns}
F/C	8.92	1.86	9.43	2.06	9.04	2.09	8.70	2.36	9.72	2.16	9.56	2.51	9.70	2.40	8.19	2.10	9.65	.209 ^{ns}
AC	10.58	2.02	9.38	1.80	8.64	2.51	9.74	1.74	9.67	2.35	9.33	2.06	9.40	2.14	7.87	1.64	20.67	.004**
FR	9.50	2.17	9.10	1.89	9.52	2.62	9.64	1.76	9.89	2.78	8.67	2.29	8.96	2.54	9.25	2.44	5.04	.655 ^{ns}
TS	13.30	2.05	12.42	2.25	12.16	1.84	13.36	2.94	12.78	1.80	13.44	1.70	12.91	2.43	12.75	2.18	5.25	.629 ^{ns}
EE	15.96	1.85	10.52	2.34	11.44	2.77	11.13	3.27	12.22	2.92	12.77	2.12	13.06	2.63	13.06	1.44	50.84	.000***
T/MT	13.13	2.31	13.29	2.51	12.04	2.42	12.64	3.24	12.29	2.05	12.00	2.69	12.67	2.49	11.93	2.58	6.28	.507 ^{ns}
RNP	9.13	2.35	7.95	2.73	8.42	2.45	9.00	2.96	6.56	2.06	8.22	2.39	7.80	2.58	7.33	2.38	14.10	.049*

Nota. TE = Trabalho em equipa; S/C= Supervisão/chefia; AO= Aprendizagem organizacional; SG=Suporte da gestão hospitalar; PGS= Percepção geral de segurança; F/C= *Feedback* e comunicação acerca do erro; AC= Abertura à comunicação; FR= Frequência de reporte de eventos; TS= Trabalho entre serviços; EE= Equipa de profissionais de enfermagem; T/MT= Transferência de doentes/ mudanças de turno e RNP= Resposta não punitiva ao erro.

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas seguintes dimensões em função do grupo de hospitais:

- Trabalho em equipa, $X^2_{kw}(7) = 34.42$; $p = .000$, no sentido de os enfermeiros do hospital A terem apresentado valores médios superiores de trabalho em equipa (M= 14.33; DP= 2.12) e os do hospital C terem revelado valores médios mais baixos na mesma variável (M= 10.64; DP= 3.04), comparativamente com os outros hospitais;
- Abertura à comunicação, $X^2_{kw}(7) = 10.67$; $p = .004$, no sentido de os enfermeiros do hospital A terem demonstrado valores médios mais elevados de abertura à comunicação (M= 10.58; DP= 2.02) e os do hospital H terem apresentado valores médios inferiores (M= 7.81; DP= 1.64), relativamente aos restantes hospitais;
- Equipa de profissionais de enfermagem, $X^2_{kw}(7) = 50.84$; $p = .000$, no sentido de os sujeitos do hospital A terem revelado valores médios mais altos de equipa (M= 15.96; DP= 10.52) e os do hospital B terem demonstrado valores médios mais baixos (M= 10.52; DP= 2.34), comparativamente com os outros hospitais.
- Resposta não punitiva a erros, $X^2_{kw}(7) = 14.10$; $p = .049$, no sentido de os enfermeiros do hospital A terem apresentado valores médios superiores de resposta não punitiva a erros (M= 9.13; DP= 2.35) e os do hospital E terem revelado valores médios inferiores (M= 6.56; DP= 2.06), relativamente aos outros hospitais.

Com o objectivo de verificar se a cultura hospitalar influencia o clima de segurança e a cultura de reporte, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado de independência (output no anexo 2), considerando uma probabilidade de erro de tipo I (α) de 0.05. A análise estatística inferencial permite afirmar que a percepção do grau de segurança depende do hospital $\chi^2(2) = 42.51$; $p = .039$ mas a frequência de reporte é independente do hospital, sendo os valores idênticos nos 8 hospitais da amostra em estudo $\chi^2(2) = 36.19$; $p = .413$.

4.3 Experiência profissional VS clima de segurança e cultura de reporte

Com o intuito de verificar a existência de associações entre as variáveis independentes do estudo com a percepção do grau de segurança e o número de reporte de eventos adversos, procedeu-se à análise de correlação bivariada de *Spearman*.

Tabela 6 – Associação entre a experiência profissional, o grau de segurança e a frequência de reporte de eventos

	Tempo de trabalho no hospital	Tempo de trabalho no serviço	Tempo de trabalho na especialidade	Horas de trabalho semanal
Grau de Segurança	.20**	.11	.16*	.11
Frequência de reporte	.03	.10	.11	-.01

Como se pode observar na tabela existem apenas correlações estatisticamente significativas, positivas e muito fracas entre a percepção do grau de segurança e o tempo de trabalho no hospital e na especialidade.

Com o objectivo de verificar se a experiência profissional influencia a percepção do grau de segurança e a cultura de reporte de eventos adversos recorreu-se ao teste do Qui-quadrado de independência (output no anexo 2), sendo possível concluir que a percepção do grau de segurança só é influenciada pelo tempo de trabalho no hospital $\chi^2(2) = 34.00$; $p = .026$., sendo independente do tempo de trabalho na especialidade $\chi^2(2) = 15.92$; $p = .721$, e do tempo de trabalho no serviço $\chi^2(2) = 12.48$; $p = .898$.

Contrariamente ao que se verificou entre o tempo de trabalho e a percepção do grau de segurança, o tempo de trabalho no hospital $\chi^2(2) = 20.28$; $p = .732$ e o tempo de trabalho no serviço $\chi^2(2) = 34.35$; $p = .101$ não exercem influência sobre o número de eventos adversos reportados; enquanto que o tempo de trabalho na especialidade $\chi^2(2) = 44.91$; $p = .009$ exerce.

5. Discussão de resultados

5.1 Contributos e obstáculos à cultura de segurança

Através da análise descritiva efectuada é possível concluir que existe, ainda, nos hospitais analisados uma cultura de punição do erro, o que impossibilita um reporte adequado e, assim, uma prevenção mais eficaz, apesar de já se apostar na aprendizagem e formação em serviço, tendo em conta a sua importância para a qualidade da prestação de cuidados. Das dimensões avaliadas nos 8 hospitais, a mais forte é a Supervisão/chefia (hospital A) e a menos forte a resposta não punitiva ao erro (hospital G).

Da análise dos comentários dos enfermeiros pode-se constatar que a escassez de *feedback* contribui para a fraca cultura de reporte referida, o que está em concordância com a teoria (Currie, Watterson, 2007).

O problema do trabalho em equipa, a que se referem, é frequente na área da saúde, o que se relaciona com a falta de formação e treino nessa área (Norris, 2009), especialmente no bloco operatório em que as relações interpessoais estão mais dificultadas, por ser uma unidade fechada e caracterizada por actividades de elevado *stress* (Fonseca, Peniche, 2009).

A maioria dos comentários refere-se ao escasso envolvimento da gestão hospitalar, o que se considera preocupante, uma vez que a gestão de topo consiste numa das principais ferramentas na mudança de cultura organizacional, sendo fundamental o seu empenho quando se pretende melhorar a qualidade e investir em segurança (Firth-Cozens, Wears, 2004, referido por Currie, Watterson, 2007; Pires, 2007).

5.2 Relações entre as dimensões da cultura de segurança, o clima de segurança e a cultura de reporte

Relativamente à relação entre as doze dimensões de segurança verificou-se exclusivamente associações positivas, permitindo confirmar que nenhuma das dimensões sobre segurança em estudo contraria ou anula outra. A única correlação forte encontrada foi entre a supervisão/chefia e o *feedback*/comunicação acerca do erro, o que está em concordância com a teoria, na medida em que o *feedback* é uma competência do líder considerada fundamental para a cultura de segurança, nomeadamente no que se refere ao reporte de eventos adversos (Currie, Watterson, 2007).

No que respeita à correlação entre a frequência de reporte de eventos adversos e as 12 dimensões da cultura de segurança, verificou-se que existem correlações estatisticamente significativas, no sentido negativo e fracas entre o reporte de eventos adversos e o trabalho em equipa, a percepção geral de segurança e a equipa de profissionais de enfermagem.

Estes resultados podem estar relacionados com o facto de numa equipa coesa, onde as pessoas se relacionam bem e trabalham em equipa, existir uma maior cobertura dos erros, no sentido de evitar a acusação de colegas e a sua punição, o que está em concordância com a teoria sobre a cultura de punição que ainda se vive actualmente e que conduz à marginalização e estigmatização dos profissionais envolvidos nos eventos adversos (Carvalho, Vieira, 2002), o que leva os profissionais de saúde a encobrir falhas cometidas por eles ou pelos seus pares (Moumtzoglou, 2010).

O resultado face à percepção geral de segurança demonstra que quanto mais seguro é o serviço, menor a ocorrência de eventos adversos e, assim, o reporte dos mesmos, o que está em concordância com a teoria de Rogers (2009), segundo a qual a implementação de uma cultura de segurança permite a obtenção imediata de resultados na diminuição de eventos adversos (Mohammadreza, Sogand, Omid, 2010).

Relativamente à relação entre a percepção do grau de segurança do serviço e as dimensões da cultura de segurança, pode concluir-se que todos os itens da cultura de segurança contribuem para a percepção do grau de segurança dos serviços, sendo a Percepção geral de segurança a dimensão que mais contribui, devido ao facto da sua construção interna se relacionar com a questão do clima de segurança analisado.

5.3 Influência da cultura hospitalar sobre a segurança dos doentes

Através da análise efectuada podemos concluir que a cultura hospitalar influencia a segurança dos doentes. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente às dimensões de cultura de segurança em função do grupo hospitalar, no sentido de o hospital A apresentar valores mais elevados em quatro das doze dimensões de cultura de segurança analisadas, pelo que se pode considerar que este hospital é o que apresenta a melhor cultura de segurança, em comparação com os outros hospitais.

Relativamente à percepção do grau de segurança do serviço, esta também depende da cultura hospitalar, no entanto, a frequência de reporte de eventos adversos é independente do hospital, o que pode significar que nenhum dos hospitais analisados conseguiu, ainda, implementar uma cultura de reporte eficaz, o que se relaciona, provavelmente, com a escassez de *feedback* dos eventos reportados e o pobre envolvimento da gestão de topo relativamente à segurança dos doentes referidos pelos enfermeiros do estudo.

5.4 Relação entre a frequência de reporte de eventos, clima de segurança e a experiência profissional

A percepção do grau de segurança é influenciada, apenas, pelo tempo de trabalho no hospital, pelo que se pode concluir que na amostra em estudo, a percepção do grau de segurança de um serviço é conseguida através das experiências profissionais dos enfermeiros ao longo do tempo, independentemente da especialidade ou serviços onde trabalharam.

Contrariamente ao que se verificou entre o tempo de trabalho e a percepção do grau de segurança, apenas o tempo de trabalho na especialidade influencia o reporte de eventos adversos, o que poderá estar relacionado com a solidez dos conhecimentos e competências na área específica de bloco operatório, permitindo uma melhor capacidade de reconhecer os erros, aliado à compreensão da importância do reporte de eventos para incrementar a qualidade e segurança do serviço.

6. Conclusão

Vivemos numa economia de mercado onde interessam resultados, em que se valoriza a produtividade das organizações, que devem dar uma resposta rápida e eficaz – mestas, prazos e custos que são objectivos da gestão de qualquer área sectorial. No entanto, não podemos querer equiparar o sector da saúde a qualquer área industrial, por todas as particularidades que a distinguem e porque os nossos clientes são seres humanos, com direitos reconhecidos, nomeadamente no que se refere à segurança e à qualidade dos serviços que recebem.

A realização deste trabalho permite uma maior consciencialização dos riscos inerentes à prática de cuidados numa área específica de grande complexidade e altamente especializada – o bloco operatório central, sendo um contributo no sentido de sensibilizar os profissionais de saúde a repensar as suas rotinas em prol da segurança dos doentes, apesar das constantes pressões para aumentar a produtividade.

Assim, a pertinência deste trabalho prende-se com a possibilidade de ser um ponto de partida para reformular estratégias de organização hospitalar a nível interno, no sentido em que consiste na análise da cultura de segurança presente, o que é fundamental para a implementação e êxito de qualquer mudança.

Relativamente aos objectivos propostos, considera-se que foram atingidos, no entanto, são de referir algumas limitações do estudo e que se sugerem para futuras investigações, nomeadamente no que se refere à amostra, uma vez que não se avaliaram todos os grupos profissionais que constituem a equipa multidisciplinar, por razões de ordem prática e pela dificuldade de adesão ao instrumento de recolha de dados, pela sua extensão; bem como à metodologia seleccionada, dado que apenas se avaliaram percepções, não se tendo incluído uma observação de comportamentos, o que seria relevante para a análise de cultura de segurança.

Através deste estudo podemos sintetizar as seguintes conclusões:

- Predomina, nos hospitais em análise, uma cultura de punição do erro que constitui um entrave ao desenvolvimento de uma cultura de reporte, sendo o maior obstáculo à cultura de segurança;
- A dimensão que mais contribui para a cultura de segurança nos blocos operatórios em análise é a Supervisão/chefia e a Aprendizagem organizacional;
- Na opinião dos enfermeiros os principais obstáculos à cultura de segurança prendem-se com a carência de *feedback* relativamente aos eventos reportados; o

trabalho em equipa e o escasso envolvimento da gestão hospitalar nas questões de segurança dos utentes;

- Todas as dimensões de cultura de segurança se relacionam de forma positiva e contribuem para o clima de segurança, sendo que a única associação forte encontrada foi entre a supervisão/chefia e o *feedback*/comunicação acerca do erro,

- A cultura hospitalar influencia a segurança dos doentes e a percepção dos enfermeiros sobre a segurança do seu serviço mas não tem influência sobre a cultura de reporte de eventos adversos;

- A percepção da segurança dos serviços é influenciada pelo tempo de trabalho no hospital dos enfermeiros e o reporte de eventos adversos pelo tempo de trabalho na especialidade.

A escassez de dados sobre *patient safety* em Portugal dá relevo à necessidade de se realizarem estudos que contribuam para melhorar as práticas na área da saúde, havendo ainda um longo caminho a percorrer para se conseguirem serviços seguros, com a melhor qualidade possível.

Bibliografia

Livros:

Almeida, J. F. e J. M. Pinto (1990), *A Investigação nas Ciências Sociais: Estudo Elaborado no Gabinete de Investigações Sociais*. 4ª ed, Lisboa: Editorial Presença.

Almeida, J. F. e J. M. Pinto (1995), *A Investigação nas Ciências Sociais*. 5ª ed. Lisboa: Editorial Presença.

Coutinho, C. P. (2011), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra: Edições Almedina, S.A..

Hicks, C. M. (2006), *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos: Concepção de Projectos de Aplicação e Análise*. 3ª ed. Loures: Lusociência.

Hill, M. M. e A. Hill (2002), *Investigação por Questionário*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Maroco, J. e R. Bispo (2003), *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi.

Pires, A.R. (2007), *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Polit, D. F., C. F. Beck e B. P. Hungler (2004), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Quinn, R. E. e K. S. Cameron (2011), *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. 3ª ed, John Wiley and sons ltd.

Reason, J. (2008), *The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries*. Ashgate Publishing, Farnham.

Ribeiro, J. L. P. (2007), *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.

Thompson, C. e D. Dowding (2002), *Clinical Decision Making and Judgement in Nursing*. Churchill Livingstone.

Weick, E. K. e K. M. Sutcliffe (2001), *Managing the Unexpected*. s/ed., San Francisco, Jossey Bass.

Colectâneas:

Bilbao, M. e I. Fragata (2006), Gestão do Bloco Operatório, em Fragata, J., *Risco Clínico: complexidade e performance*, Coimbra: Edições Almedina, 279-296.

Campos, L. (2009), O conceito e a necessidade da governação em Campos, L., R. Portugal e M. Borges, *A Governação dos Hospitais*, Alfragide: Casa das Letras, 23-43.

Fortin, M.-F. (1999), Os Objectivos da Investigação e as suas Questões ou Hipóteses, em Fortin, M.-F., *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 99-209.

Fortin, M.-F., J. Côté e B. Vissandjée (1999), A Investigação Científica, em Fortin, M.-F., *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 15-23.

Fragata, J. (2005a), Introdução, em Fragata, J. e L. Martins, *O erro em Medicina*, Coimbra: Edições Almedina, 15-25.

Fragata, J. (2006a), Introdução, em Fragata, J. e L. Martins, *O erro em Medicina*, Coimbra: Edições Almedina, 9-22.

Fragata, J. (2005b), O Erro nas diferentes especialidades médicas, em Fragata, J. e L. Martins, *O erro em Medicina*, Coimbra: Edições Almedina, 81-118.

Fragata, J. (2005c), Como evitar os erros em medicina, em Fragata, J. e L. Martins, *O erro em Medicina*, Coimbra: Edições Almedina, 119-146.

Fragata, J. e L. Martins (2005), Causas e mecanismos dos erros em medicina: a anatomia do erro, em Fragata, J. e L. Martins, *O erro em Medicina*, Coimbra: Edições Almedina, 41-79.

Fragata, J. (2006a), Risco Clínico, em Fragata, J., *Risco Clínico: complexidade e performance*, Coimbra: Edições Almedina, 39-78.

Fragata, J. (2006b), Performance em saúde – o caso da cirurgia, em Fragata, J., *Risco Clínico: complexidade e performance*, Coimbra: Edições Almedina, 79-114.

Fragata, J. (2009), Gestão do Risco, em Campos, L., R. Portugal e M. Borges, *A Governação dos Hospitais*, Alfragide: Casa das Letras, 75-105.

Martins, L. (2005a), Errar é humano: a dimensão do problema ou a epidemiologia do erro em medicina, em Fragata, J. e L. Martins, *O erro em Medicina*, Coimbra: Edições Almedina, 29-37.

Martins, L. (2005b), Organizações de saúde: por uma cultura de fiabilidade, em Fragata, J. e L. Martins, *O erro em Medicina*, Coimbra: Edições Almedina, 213-252.

Artigos e relatórios:

Abreu, C. C. F. (2009), Perspectiva clínica do erro, *Sinais Vitais* 83, 39-41.

Alfredsdottir, H. e K. Bjornsdottir (2007), Nursing and patient safety in the operating room, *J Adv Nurse* 61 (1), 29-37.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18173734>

Arenas-Márquez, H. e R. Anaya-Prado (2008), Errores en cirugía: estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica, *Cir Ciruj* 76 (4), 355-361.

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=568073&indexSearch=ID>

Armitage, G. (2009), Human error theory: relevance to nurse management, *Journal of Nursing Management* 17, 193-202.

Attree, M. e D. Newbold (2009), Risk, safety, and reliability. From culture to culture?, *Journal of Nursing Management* 17, 145-150.

Battles, J. B. *et al* (2006), Sensemaking of Patient Safety Risks and Hazards, *Health Services Research* 41 (4, part 2), 1555-1575.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955349/>

Boavista, A. (2005), Auditar a prática um caminho para a segurança do doente, *Qualidade em Saúde* 13, 26-33.

Brady, A. *et al* (2009), Adverse events in health care: a literature review, *Journal of Nursing Management* 17, 155-164.

Cardoso, M. A. (2005), Governação Clínica – Um conceito a reter, *Qualidade em Saúde* 13, 31-32.

Carvalho, M. e A. A. Vieira (2002), Erro médico em pacientes hospitalizados, *Jornal de Pediatria* 78 (4), 261-268.

Clarke, J. R. (2006), How a System for Reporting Medical Errors Can and Cannot Improve Patient Safety, *The American Surgeon* 72 (11), 1088-1091.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17120952>

Colaço, G.*et al* (2005), Hospital de Dona Estefânia – Uma experiência em governação clínica, *Qualidade em Saúde* 13, 33-37.

Comissão das Comunidades Europeias (2008), Bruxelas, 1-10.
http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_pt.pdf

Conklin, A. *et al* (2008), Improving patient safety in the European Union : assessing the expected effects of three policy areas for the future action. Santa Monica, CA : RAND.
http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf

Cooke, H. (2009), Theories of risk and safety: what is their relevance to nursing?, *Journal of Nursing Management* 17, 256-264.

Costa, C. (2005), Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 5, 7-38.

Currie, L. e L. Watterson (2007), Challenges in delivering safe patient care: a commentary on a quality improvement initiative, *Journal of Nursing Management* 15, 162-168.

Currie, L. e L. Watterson (2010), Measuring the safety climate in NHS organizations, *Nursing Standard* 24 (24), 35-38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20359074>

Deilkas, E. e D. Hofoss (2010), Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture, *Health Services Research* 10 (85), 1-5. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-85.pdf>

Diário da República, 2.ª série — N.º 120 — 24 de Junho de 2009
http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/8DE41CE0-7FFE-407B-8381-31402CEB2478/0/Despacho14223_2009.pdf

Dorn, B. C. (2010), Patient safety and risk management, *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 31-32. <http://www.aaos.org/news/aaosnow/may10/managing4.asp>

Ellsworth, W. A., C. B. Basu e R. E. Iverson (2009), Perioperative considerations for patient safety during cosmetic surgery – preventing complications, *Can J Plast Surg* 17(1), 9-16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2705307/>

Encinosa, W. E. e F. J. Hellinger (2008), The Impact of Medical Errors on Ninety-Day Costs and Outcomes: An Examination of Surgical Patients, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18662169>

Estrada, D., J. Fernández-Solà e F. Mota (2009), Estudio de los factores que influyen en la seguridad del paciente ingresado en Medicina Interna, *Todo Hospital* 259, 535-538.

Etchells, E., C. O'Neill e M. Bernstein (2003), Patient safety in surgery: error detection and prevention, *World J Surg.* 27 (8), 936-941. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12799752>

Fàbregas, N., X. Sala e J. Balust (2009), Equipamento necesario para una anestesia segura, *Todo Hospital* 262, 780-786.

Fajardo-Dolci, G. *et al* (2010), Patient safety culture in healthcare professionals, *Cirugia y Cirujanos* 78: 522-527.

Flin, R. e S. Yule (2004), Leadership for safety: industrial experience. . *Quality and Safety in Healthcare* 13, 180-185. http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_2/ii45.full

Fonseca, R. M. P. e A. C. G. Peniche (2009), Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paulista de Enfermagem* 22 (4), 428-233. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4.pdf>

França, M. (2005), Qualidade e Segurança do doente na ordem do dia. *Qualidade em Saúde* 13, 23-25.

Gawande, A.A. *et al* (2003), Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals, *Surgery* 133 (6), 614-621. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12796727>

Ginsburg, L. R. *et al* (2009), Development of a Measure of Patient Safety Event Learning Responses, *Health Services Research* 44 (6), 2123-2147. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19732166>

Ginsburg, L. R. *et al* (2010), The Relationship between Organizational Leadership for Safety and Learning from Patient Safety Events, *Health Services Research* 45 (3), 607-632. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20337737>

Glickman, S.W. *et al* (2007), Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care* 19 (6), 341-348.

Gomes, B. P. e M. A. Mendes (2008), A interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente: artigo de revisão bibliográfica. *Revista Servir* 56 (1), 6-14.

Gonçalves, J. J. A. (2008), Aplicação das ferramentas e métodos da Gestão da Qualidade nas empresas certificadas. *Revista Associação portuguesa para a Qualidade* 3, 33-37.

Hamman, W. R. *et al* (2010), Using Simulation to Identify and Resolve Threats to Patient Safety, *The American Journal of Managed Care* 16 (6), 145-150.

Hoffmann, B. e J. Rohe (2010), Patient Safety and Error Management: What causes adverse events and how can they be prevented? *Deutsches Arzblatt International* 107 (6), 92-99. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20204120>,

Jacobs, J. L., N. Apatov e M. Gleit (2007), Increasing vigilance on the medical/surgical floor to improve patient safety. *JAN* 57 (5), 472-481. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17284271>

Kadzielski, M. A. e L. A. Mitchel (2009), An Analysis of the New Federal Patient Safety Law and Final Rule, *Journal of Health Care Compliance* 11 (2), 5-16. http://www.citeulike.org/user/cl_en/article/6639364

Khatri, N. *et al* (2006), Medical errors and quality of care: From control to commitment. *California Management Review* 48(3), 115-141. <http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=3852>

Khuri, S. F. (2006), Safety, Quality, and the National Surgical Quality Improvement Program, *The American Surgeon* 72 (11), 994-998. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17120939>

Kirk, S. et al (2007), Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality and Safety in Health Care* 16(4), 313-320. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17693682>

Lamontagne, C. (2010), Intimidation: A Concept Analysis, *Nursing Forum* 45 (1), 54-65.

Lenburg, C. B. et al (2009), The Copa Model: A Comprehensive Framework Designed to Promote Quality Care and Competence for Patient Safety 30(5), 312-317. <http://www.nlnjournal.org/doi/abs/10.1043/1536-5026-30.5.312?journalCode=nhcp>

Lovaglio, P.G. (2009), Patient safety monitoring systems using regional administrative data, *International Journal of Risk & Safety in Medicine* 21, 217-227. <http://iospress.metapress.com/content/7t5561847061q781/>

Lu et al (2002), The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *Journal of Professional Nursing* 18 (4), 214-219.

Macrae, C. (2008), Learning from patient safety incidents: Creating participative risk regulation in healthcare, *Health, Risk & Society* 10 (1), 53-67. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13698570701782452#preview>

Makary, M. A. et al (2006), Patient Safety in Surgery, *Annals of Surgery* 243 (5), 628-635. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570547/>

Margato, C. (2009), Ser Gestor do Risco é Ser Capaz de Antecipar o Inesperado, *Sinais Vitais* 83, 9-17.

McCarthy, D. e D. Blumenthal (2006), Stories from the sharp end: case studies in safety improvement, *Milbank Q.* 84 (1), 165-200.

Mengis, J. e D. Nicolinni (2010), Root cause analysis in clinical adverse events, *Nursing Management* 16 (9), 16-20.

Mohammadreza, A237-245., T. Sogand e B. Omid (2010), Measuring Safety Culture and Setting Priorities for Action at an Iranian Hospital, *Al Ameen Journal of Medicine Sciences* 3 (3), 237-245. http://ajms.alameenmedical.org/article_Vol03-3-Jul-Sep-2010/AJMS.3.3.2010.237-245.pdf

Moumtzoglou, A. (2010), Factors impeding nurses from reporting adverse events, *Journal of Nursing Management* 18, 542-547.

Nakhleh, R. E. (2008), Patient Safety and Error Reduction in Surgical Pathology, *Arch Pathol Lab Med* 132, 181-185. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18251572>

Naveh, E., T. Katz-Navon e Z. Stern (2005). Treatment errors in healthcare: A safety climate approach. *Management Science* 51(6), 948-960.

Neto, A. Q. (2006), Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde, *RAS* 8 (33), 153-158.

- Nolan, P. (2008), Evidence-based practice: implications and concerns, *Journal of Nursing Management* 16, 388-393.
- Norris, B. (2009), Human factors and safe patient care, *Journal of Nursing Management* 17, 203-211.
- Rivard, P. E., A. K. Rosen e J. S. Carrol (2006), Enhancing Patient Safety through Organizational Learning: Are Patient Safety Indicators a Step in the Right Direction?, *Health Services Research* 41 (4), 1633-1653. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955346/>
- Russel, T. R. e R. S. Jones (2006), American College of Surgeons Remains Committed to Patient Safety, *The American Surgeon* 72 (11), 1005-1009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17120941>
- Santos, A. M. (2007), Gestão del riesgo en un Servicio de Radiología, *Todo Hospital* 237, 349-365.
- Sax, H. C. (2009), Improving Patient Safety with the use of surgical checklists, *Medicine & Health/ Rhode Island* 92 (8), 265-266. <http://rimed.org/medhealthri/2009-08/2009-08-265.pdf>
- Schnall, R. *et al* (2008), Development of a Self-Report Instrument to Measure Patient Safety Attitudes, Skills, and Knowledge, *Journal of Nursing Scholarship* 40 (4), 391-384.
- Sevdalis, N. *et al* (2009), Designing evidence-based patient safety interventions: the case of the UK's National Health Service hospital wristbands, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15, 316-322. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19335491>
- Siegele, P. (2009), Enhacing Outcomes in a Surgical Intensive Care Unit by Implementing Daily Goals Tools, *Critical Care Nurse* 29(6), 58-72.
- Sílabo, 3ª Edição.
- Silva, D. C. e N. A. T. Alvim (2010), Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem, *Revista Brasileira de Enfermagem* 63 (3), 427-234.
- Sobolev, B. *et al* (2008), Using the Statecharts paradigm for simulation of patient flow in surgical care, *Health Care Manage Sci* 11 (1), 78-86. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18390170>
- Sorra, J. *et al* (2008), Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services, *Transfusion* 48, 1934-1942.
- Sousa, P. (2006), Patient Safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa* 19, 309-318.

Sousa, P. *et al* (2009), The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* número especial 25 anos, 91-104.

Stievano, A. *et al* (2009), A New Information Exchange System for Nursing Professionals to Enhance Patient Safety Across Europe, *Journal of Nursing Scholarship* 41 (4), 391-398. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19941585>

Suñol, R. *et al* (2009), Implementation of patient safety strategies in European hospitals, *Quality and Safety in Healthcare* 18, 57-61. http://qualitysafety.bmj.com/content/18/Suppl_1/i57.full

Tamuz, M. e M. I. Harrison (2006), Improving Patient Safety in Hospitals: Contributions of High-Reliability Theory and Normal Accident Theory, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2006.00570.x/full>

Teng, C. *et al* (2009), Professional Commitment, Patient Safety, and Patient-Perceived Care Quality, *Journal of Nursing Scholarship* 41 (3), 301-309. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19723279>

Thomas, A. N. e I. Galvin (2008), Patient safety incidents associated with equipment in critical care: a review of reports to the UK National Patient Safety Agency. *Anaesthesia Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland* 63, 1193-1197. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.2008.05607.x/full>

Van Beuzekom, M., F. P. Akerboom e F. Boer (2007), Assessing system failures in operating rooms and intensive care units, *Quality and Safety in Healthcare* 16 (1), 45-50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464926/>

Vendramini, R. C. R. *et al* (2009), Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, *Revista da Escola de Enfermagem USP* 44 (3), 827-832.

Vogus, T. J., K. M. Sutcliffe e K. E. Weick (2010), Doing No Harm: Enabling, Enacting, and Elaborating a Culture of Safety in Health Care, *Academy of Management Perspectives*, 60-77. <http://owen.vanderbilt.edu/vanderbilt/data/research/2267full.pdf>

Vries, E. F. *et al* (2010), The SURgical Patient Safety System (SURPASS) checklist optimizes timing of antibiotic prophylaxis, *Patient Safety in Surgery* 4, 1-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2867812/>

Warburton, R. N. (2005), Patient safety – how much is enough?, *Health Policy* 71(2), 223-232. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15607384>

Warburton, R. N. (2009), Improving patient safety: an economic perspective on the role of nurses, *Journal of Nursing Management* 17, 223-229.

WHO (2009), Más que palabras: Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

WHO News (2008), Safe Surgery Saves Lives: The Second Global Patient Safety Challenge, *International Journal of Risk & Safety in Medicine* 20, 181-182.

WHO (2011), Patient Safety general, http://www.who.int/patientsafety/information_centre/mediacentre/en/

Williams, M. e J. Reid (2009), Patient safety: leading improvement, *Nursing Management* 16 (1), 30-34. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list_uids=19385264&dopt=abstractplus

Wischet, W. e C. Schusterschitz (2009), Quality management and safety culture in medicine- Do standard quality reports provide insights into the human factor of patient safety?, *German Medical Science* 7, 1-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2795368/>

Yang, C. *et al* (2009), A study on the leadership behavior, safety culture, and safety performance of the healthcare industry, *PWASET* 41, 2070-3740.

Youngson, G. G. e R. Flin (2010), Patient safety in surgery: non-technical aspects of safe surgical performance, *Patient Safety in Surgery* 4 (4), 1-3.

Zohar, D. (2008), Safety climate and beyond: A multi-level multi-climate framework. *Safety Science* 46, 376-387.

Anexos

QUESTIONÁRIO HOSPITALAR SOBRE SEGURANÇA DOS DOENTES

O presente inquérito insere-se no âmbito do desenvolvimento de uma Tese do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Este questionário foi desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality e consiste num instrumento que pretende conhecer a sua opinião acerca das questões relacionadas com a segurança dos doentes, erro médico e reporte de eventos adversos, na sua unidade hospitalar.

- Evento adverso é um termo definido como qualquer tipo de erro, engano, incidente, acidente ou desvio, independentemente de resultar ou não em dano para o doente.

- Segurança dos doentes é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos para os doentes, resultantes da prestação de cuidados de saúde.

É garantido o anonimato de todos os inquiridos.

O inquérito tem a duração aproximada de 10 minutos.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade.

Ana Margarida Madeira

SECÇÃO A – A sua unidade de trabalho

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, acerca da sua unidade de trabalho:

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.As pessoas apoiam-se umas às outras nesta unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Nós temos profissionais suficientes para realizar a quantidade de trabalho requerida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando é necessário realizar muito trabalho rapidamente, nós trabalhamos juntos como uma equipa para o conseguir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nesta unidade as pessoas respeitam-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nesta unidade trabalham-se mais horas do que seria o desejável para garantir a prestação de cuidados de excelência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nós estamos a desenvolver acções para melhorar a segurança dos doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nós temos uma rotatividade de pessoal superior à desejável para prestar cuidados de excelência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os profissionais de saúde receiam que os seus erros sejam usados contra eles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os erros têm levado a alterações positivas neste serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.É apenas por sorte que não se verificam erros mais graves neste serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quando uma área deste serviço fica sobrecarregada, os colaboradores de outras áreas ajudam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando se reporta um evento, parece que é a pessoa que está a ser avaliada e não o problema em si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Depois de se implementarem medidas para melhorar a segurança dos doentes, existe uma monitorização da sua eficácia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Nós trabalhamos em “modo crise” para tentar fazer demasiado e cada vez mais rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nunca se compromete a segurança dos doentes por factores relacionados com o aumento de produtividade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Os profissionais temem que os seus enganos sejam registados no seu processo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Neste serviço existem problemas relacionados com a segurança de doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Os nossos procedimentos e sistemas internos facilitam a prevenção de erros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO B – O seu supervisor/chefe

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, acerca do seu supervisor/chefe:

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.O meu supervisor/chefe elogia-me quando cumpro os procedimentos estabelecidos para a segurança dos doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O meu supervisor/chefe tem em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança dos doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sempre que a pressão aumenta, o meu chefe/supervisor quer que eu trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique não cumprir rigorosamente todos os requisitos do protocolo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O meu chefe/supervisor ignora os problemas de segurança dos doentes que acontecem com frequência neste serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO C – Comunicação

Com que frequência acontecem as seguintes situações no seu serviço?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1.Recebemos feedback sobre as mudanças derivadas do reporte de eventos.	<input type="checkbox"/>				
2. Os profissionais falam abertamente se virem algo que possa afectar negativamente a prestação de cuidados aos doentes.	<input type="checkbox"/>				
3. Nós somos informados sobre a ocorrência de erros neste serviço.	<input type="checkbox"/>				
4. Os profissionais têm liberdade para questionar decisões e acções tomadas pelas entidades com maior autoridade.	<input type="checkbox"/>				
5. Neste serviço, discutimos maneiras de prevenir que os erros se repitam.	<input type="checkbox"/>				
6. Os profissionais têm receio de colocar questões quando algo não lhes parece correcto.	<input type="checkbox"/>				

SECÇÃO D – Frequência de reporte de eventos.

Quando se verificam os seguintes enganos no seu serviço, com que frequência são reportados?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Com que frequência é reportado um engano que é encontrado e corrigido antes de afectar o doente?	<input type="checkbox"/>				
2. Com que frequência é reportado um engano que não tem potencial para causar um dano ao doente?	<input type="checkbox"/>				
3. Com que frequência é reportado um engano que pode causar dano a um doente, mas que por acaso não o fez?	<input type="checkbox"/>				

SECÇÃO E – Grau de Segurança dos doentes.

Por favor, indique o grau em que o seu serviço se encontra relativamente à segurança dos doentes.

Excelente
 Muito Bom
 Aceitável
 Fraco
 Muito Fraco

SECÇÃO F – O seu Hospital

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações relativamente ao seu hospital.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. A gestão hospitalar proporciona um clima de trabalho promotor da segurança dos doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os vários serviços hospitalares não se coordenam bem uns com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante a transferência de doentes de um serviço para outro há aspectos que falham.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existe uma boa cooperação entre os serviços hospitalares que precisam de se articular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante as mudanças de turno há sempre alguma perda de informação importante para os cuidados aos doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Costuma ser desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços do hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Na troca de informação entre serviços é habitual ocorrerem problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. As atitudes da gestão hospitalar mostram que a segurança dos doentes é uma prioridade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A gestão hospitalar parece estar interessada na segurança dos doentes apenas depois de ocorrer um evento adverso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os serviços do hospital trabalham bem em conjunto para providenciar os melhores cuidados aos doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As mudanças de turno revelam-se problemáticas para os doentes neste hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO G – Número de eventos reportados.

Nos últimos 12 meses, quantos eventos reportou?

- | | | | |
|-----------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| a. Nenhum | <input type="checkbox"/> | d. 6 a 10 | <input type="checkbox"/> |
| b. 1 ou 2 | <input type="checkbox"/> | e. 11 a 20 | <input type="checkbox"/> |
| c. 3 a 5 | <input type="checkbox"/> | f. 21 ou mais | <input type="checkbox"/> |

SECÇÃO H – Dados de Caracterização Social

Esta informação será útil para a análise dos resultados do inquérito.

1. Há quanto tempo trabalha neste hospital?

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| a. Há menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> | d. 11 a 15 anos | <input type="checkbox"/> |
| b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> | e. 16 a 20 anos | <input type="checkbox"/> |
| c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> | f. 21 ou mais | <input type="checkbox"/> |

2. Há quanto tempo trabalha neste serviço?

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| a. Há menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> | d. 11 a 15 anos | <input type="checkbox"/> |
| b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> | e. 16 a 20 anos | <input type="checkbox"/> |
| c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> | f. 21 ou mais | <input type="checkbox"/> |

3. Habitualmente quantas horas por semana trabalham neste hospital?

- | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| a. Menos de 20h. | <input type="checkbox"/> | d. 60 a 79h. | <input type="checkbox"/> |
| b. 20h a 39h. | <input type="checkbox"/> | e. 80 a 99h. | <input type="checkbox"/> |
| c. 40 a 59h. | <input type="checkbox"/> | f. 100h ou mais | <input type="checkbox"/> |

4. Há quanto tempo trabalha nesta especialidade?

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| a. Há menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> | d. 11 a 15 anos | <input type="checkbox"/> |
| b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> | e. 16 a 20 anos | <input type="checkbox"/> |
| c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> | f. 21 ou mais | <input type="checkbox"/> |

SECÇÃO I: Os Seus Comentários.

Por favor sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança dos doentes, erros ou reporte de eventos no seu hospital.

Anexo 2 - Outputs do Teste Qui-Quadrado

Grau segurança escala normal * Grupo de Hospitais

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Grau de segurança do serviço * Grupo	164	89,6%	19	10,4%	183	100,0%

Grau de segurança do serviço * Grupo Crosstabulation											
		Grupo								Total	
		H.A	H.B	H.C	H.D	H.E	H.F	H.G	H.H		
Grau de segurança do serviço	Excelente	Count	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		Expected Count	,1	,1	,1	,1	,1	,0	,2	,1	1,0
	Muito bom	Count	2	0	0	0	0	1	1	1	5
		Expected Count	,7	,6	,7	,6	,5	,2	1,1	,5	5,0
	Aceitável	Count	6	12	6	4	6	1	21	8	64
		Expected Count	9,0	8,2	9,4	8,2	6,2	2,3	14,4	6,2	64,0
	Fraco	Count	11	9	16	17	9	4	15	7	88
		Expected Count	12,3	11,3	12,9	11,3	8,6	3,2	19,9	8,6	88,0
	Muito fraco	Count	3	0	2	0	1	0	0	0	6
		Expected Count	,8	,8	,9	,8	,6	,2	1,4	,6	6,0
	Total	Count	23	21	24	21	16	6	37	16	164
		Expected Count	23,0	21,0	24,0	21,0	16,0	6,0	37,0	16,0	164,0

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,524 ^a	28	,039
Likelihood Ratio	41,128	28	,052
Linear-by-Linear Association	2,764	1	,096
N of Valid Cases	164		

a. 26 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Grau segurança escala normal * Tempo de trabalho no hospital

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Grau de segurança do serviço * Tempo de trabalho no hospital	163	89,1%	20	10,9%	183	100,0%

Grau de segurança do serviço * Tempo de trabalho no hospital Crosstabulation

		Tempo de trabalho no hospital						Total	
		Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 ou mais anos		
		Count	Expected Count	Count	Expected Count	Count	Expected Count		Count
Grau de segurança do serviço	Excelente	0	0	0	1	0	0	1	
		,0	,2	,2	,2	,2	,2	1,0	
	Muito bom	1	2	1	0	1	0	5	
		,2	,8	1,0	1,0	1,1	,9	5,0	
	Aceitável	2	12	16	17	8	9	64	
		2,0	10,2	12,2	13,3	14,5	11,8	64,0	
	Fraco	2	9	12	16	28	20	87	
		2,7	13,9	16,5	18,1	19,7	16,0	87,0	
	Muito fraco	0	3	2	0	0	1	6	
		,2	1,0	1,1	1,3	1,4	1,1	6,0	
	Total		5	26	31	34	37	30	163
	Total		5,0	26,0	31,0	34,0	37,0	30,0	163,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,009 ^a	20	,026
Likelihood Ratio	33,604	20	,029
Linear-by-Linear Association	5,366	1	,021
N of Valid Cases	163		

a. 20 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Grau segurança escala normal * Tempo de trabalho no serviço

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Grau de segurança do serviço * Tempo de trabalho no serviço	163	89,1%	20	10,9%	183	100,0%

Grau de segurança do serviço * Tempo de trabalho no serviço Crosstabulation

		Tempo de trabalho no serviço						Total	
		Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 ou mais anos		
									Count
Grau de segurança do serviço	Excelente	Count	0	0	0	1	0	0	1
		Expected Count	,1	,3	,3	,2	,1	,0	1,0
	Muito bom	Count	1	2	1	1	0	0	5
		Expected Count	,4	1,7	1,3	1,0	,4	,2	5,0
	Aceitável	Count	5	25	16	12	3	3	64
		Expected Count	4,7	21,2	16,5	13,0	5,5	3,1	64,0
	Fraco	Count	5	25	23	19	10	5	87
		Expected Count	6,4	28,8	22,4	17,6	7,5	4,3	87,0
	Muito fraco	Count	1	2	2	0	1	0	6
		Expected Count	,4	2,0	1,5	1,2	,5	,3	6,0
	Total	Count	12	54	42	33	14	8	163
		Expected Count	12,0	54,0	42,0	33,0	14,0	8,0	163,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,482 ^a	20	,898
Likelihood Ratio	13,421	20	,859
Linear-by-Linear Association	1,315	1	,251
N of Valid Cases	163		

a. 21 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Grau segurança escala normal * Tempo de trabalho na especialidade

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Grau de segurança do serviço * Tempo de trabalho na especialidade	163	89,1%	20	10,9%	183	100,0%

Grau de segurança do serviço * Tempo de trabalho na especialidade Crosstabulation

		Tempo de trabalho na especialidade						Total		
		Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 ou mais anos			
Grau de segurança do serviço	Excelente	Count	0	0	0	1	0	0	1	
		Expected Count	,1	,3	,2	,2	,1	,1	1,0	
	Muito bom	Count	1	2	1	1	0	0	5	
		Expected Count	,3	1,7	1,1	1,2	,4	,3	5,0	
	Aceitável	Count	4	27	15	12	3	3	64	
		Expected Count	3,9	21,6	14,1	15,3	5,1	3,9	64,0	
	Fraco	Count	4	24	18	25	9	7	87	
		Expected Count	5,3	29,4	19,2	20,8	6,9	5,3	87,0	
	Muito fraco	Count	1	2	2	0	1	0	6	
		Expected Count	,4	2,0	1,3	1,4	,5	,4	6,0	
	Total		Count	10	55	36	39	13	10	163
	Total		Expected Count	10,0	55,0	36,0	39,0	13,0	10,0	163,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,923 ^a	20	,721
Likelihood Ratio	17,065	20	,649
Linear-by-Linear Association	2,729	1	,099
N of Valid Cases	163		

a. 20 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Número de eventos reportados * Grupo de Hospitais

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Número de eventos reportados * Grupo	181	98,9%	2	1,1%	183	100,0%

Número de eventos reportados * Grupo Crosstabulation

Número de eventos reportados		Grupo								Total
		H.A	H.B	H.C	H.D	H.E	H.F	H.G	H.H	
		Count	8	7	17	12	7	2	22	
0	Expected Count	10,2	9,3	11,0	10,2	8,0	4,0	20,8	6,6	80,0
1 ou 2	Count	10	10	6	9	9	4	16	6	70
2	Expected Count	8,9	8,1	9,7	8,9	7,0	3,5	18,2	5,8	70,0
3 a 5	Count	2	4	2	2	2	2	3	2	19
3 a 5	Expected Count	2,4	2,2	2,6	2,4	1,9	,9	4,9	1,6	19,0
6 a 10	Count	0	0	0	0	0	1	4	1	6
6 a 10	Expected Count	,8	,7	,8	,8	,6	,3	1,6	,5	6,0
11 a 20	Count	1	0	0	0	0	0	1	1	3
11 a 20	Expected Count	,4	,3	,4	,4	,3	,1	,8	,2	3,0
21 ou mais	Count	2	0	0	0	0	0	1	0	3
21 ou mais	Expected Count	,4	,3	,4	,4	,3	,1	,8	,2	3,0
Total	Count	23	21	25	23	18	9	47	15	181
Total	Expected Count	23,0	21,0	25,0	23,0	18,0	9,0	47,0	15,0	181,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,185 ^a	35	,413
Likelihood Ratio	36,127	35	,416
Linear-by-Linear Association	,263	1	,608
N of Valid Cases	181		

a. 34 cells (70,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.

Número de eventos reportados * Tempo de trabalho no hospital

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Número de eventos reportados * Tempo de trabalho no hospital	181	98,9%	2	1,1%	183	100,0%

Número de eventos reportados * Tempo de trabalho no hospital Crosstabulation									
		Tempo de trabalho no hospital						Total	
		Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 ou mais		
Número de eventos reportados	0	Count	3	8	15	21	20	13	80
		Expected Count	2,2	12,4	14,6	17,2	19,0	14,6	80,0
	1 ou 2	Count	1	16	14	14	13	12	70
		Expected Count	1,9	10,8	12,8	15,1	16,6	12,8	70,0
	3 a 5	Count	1	4	3	2	4	5	19
		Expected Count	,5	2,9	3,5	4,1	4,5	3,5	19,0
	6 a 10	Count	0	0	1	1	2	2	6
		Expected Count	,2	,9	1,1	1,3	1,4	1,1	6,0
	11 a 20	Count	0	0	0	0	2	1	3
		Expected Count	,1	,5	,5	,6	,7	,5	3,0
	21 ou mais	Count	0	0	0	1	2	0	3
		Expected Count	,1	,5	,5	,6	,7	,5	3,0
	Total	Count	5	28	33	39	43	33	181
		Expected Count	5,0	28,0	33,0	39,0	43,0	33,0	181,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,279 ^a	25	,732
Likelihood Ratio	22,970	25	,579
Linear-by-Linear Association	1,563	1	,211
N of Valid Cases	181		

a. 26 cells (72,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Número de eventos reportados * Tempo de trabalho no serviço

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Número de eventos reportados * Tempo de trabalho no serviço	181	98,9%	2	1,1%	183	100,0%

Número de eventos reportados * Tempo de trabalho no serviço Crosstabulation

		Tempo de trabalho no serviço						Total	
		Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 ou mais		
Número de eventos reportados	0	Count	8	25	22	19	4	2	80
		Expected Count	5,3	27,4	19,4	17,2	7,1	3,5	80,0
	1 ou 2	Count	2	28	15	14	7	4	70
		Expected Count	4,6	24,0	17,0	15,1	6,2	3,1	70,0
	3 a 5	Count	2	8	2	2	3	2	19
		Expected Count	1,3	6,5	4,6	4,1	1,7	,8	19,0
	6 a 10	Count	0	1	3	2	0	0	6
		Expected Count	,4	2,1	1,5	1,3	,5	,3	6,0
	11 a 20	Count	0	0	0	1	2	0	3
		Expected Count	,2	1,0	,7	,6	,3	,1	3,0
	21 ou	Count	0	0	2	1	0	0	3

	mais	Expected Count	,2	1,0	,7	,6	,3	,1	3,0
		Count	12	62	44	39	16	8	181
Total		Expected Count	12,0	62,0	44,0	39,0	16,0	8,0	181,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,351 ^a	25	,101
Likelihood Ratio	31,885	25	,161
Linear-by-Linear Association	3,427	1	,064
N of Valid Cases	181		

a. 26 cells (72,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

Número de eventos reportados * Tempo de trabalho na especialidade

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Número de eventos reportados * Tempo de trabalho na especialidade	180	98,4%	3	1,6%	183	100,0%

Número de eventos reportados * Tempo de trabalho na especialidade Crosstabulation

		Tempo de trabalho na especialidade						Total	
		Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 ou mais		
Número de eventos reportados	0	Count	7	25	21	19	4	3	79
		Expected Count	4,4	26,8	17,6	18,9	6,6	4,8	79,0
	1 ou 2	Count	1	28	11	16	7	7	70
		Expected Count	3,9	23,7	15,6	16,7	5,8	4,3	70,0
	3 a 5	Count	2	8	2	2	4	1	19
		Expected Count	1,1	6,4	4,2	4,5	1,6	1,2	19,0
	6 a 10	Count	0	0	5	1	0	0	6

	Expected	,3	2,0	1,3	1,4	,5	,4	6,0
	Count	0	0	0	3	0	0	3
11 a	Expected	,2	1,0	,7	,7	,3	,2	3,0
20	Count	0	0	1	2	0	0	3
21 ou	Expected	,2	1,0	,7	,7	,3	,2	3,0
mais	Count	10	61	40	43	15	11	180
Total	Expected	10,0	61,0	40,0	43,0	15,0	11,0	180,0
	Count							

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,913 ^a	25	,009
Likelihood Ratio	43,913	25	,011
Linear-by-Linear Association	2,216	1	,137
N of Valid Cases	180		

a. 27 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.