

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL
NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-
AD-917/2007 Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de janeiro de 2010

Área de especialização
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Sistema de notificação de eventos adversos
numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação**

Dissertação de Mestrado apresentada por:
João Manuel Domingues da Fonseca
Nº. 7664

Orientador: Prof. Doutor Paulo Sousa

Évora, novembro 2012

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo exigiu grande dedicação e resiliência para ultrapassar as dificuldades inerentes a uma investigação desta natureza. Contudo, a sua concretização só foi possível através da mobilização de pessoas, que de uma forma ou de outra, deram o seu valioso contributo.

Como tal, não poderia deixar de me referir a algumas delas, como forma de reconhecimento.

Em primeiro lugar agradeço ao Professor Doutor Paulo Sousa pela forma como orientou o meu trabalho. A relevância da sua orientação esteve nas suas recomendações e na cordialidade com que sempre me recebeu. Fico de igual forma grato, pela liberdade de ação que me permitiu e que foi decisiva na realização deste estudo, contribuindo desta forma, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Gostaria, ainda, de agradecer a todos os que colaboraram na pesquisa bibliográfica, que decorreu na ESTeSL e na ENSP.

À Carla Lopes e à Margarida Monteiro pela valiosa contribuição na tradução da literatura em língua inglesa.

Ao Gestor do Risco do CHBM, enfermeiro José Filipe, pela sugestão na escolha dos serviços onde foram lançados os questionários.

Ao Professor Doutor David Tavares, pela amabilidade de me receber e ouvir, e pelas suas sugestões que se mostraram importantes na construção do questionário.

Aos Diretores de Serviço e Enfermeiros Chefes dos serviços onde decorreu o estudo, pela cordialidade com que me receberam e permitiram a minha livre circulação nos serviços.

A todos os profissionais de saúde – Médicos, Enfermeiros e Profissionais das Tecnologias da Saúde - dos Serviços de Cardiologia, Medicina e Psiquiatria do CHBM, que participaram neste estudo, através do preenchimento dos questionários.

À Professora Carina Fortes, pelas valiosas sugestões na escolha dos testes estatísticos aplicados no estudo.

Ao amigo Doutor Albano Santos, pelo contributo e disponibilidade demonstrados durante o tratamento e análise dos dados estatísticos. Foi sem dúvida, um privilégio beneficiar da sua colaboração.

À colega Sandra Pereira, pela partilha de informação e motivação transmitida nos momentos mais conturbados do estudo.

À Paula Salvado, que sempre me apoiou e incentivou para levar a cabo a realização deste trabalho.

À minha mulher, Prof. Ana Paula Barbeiro, pelo seu contributo na revisão do texto da tese e apoio incondicional demonstrado nos momentos difíceis, que surgiram ao longo deste percurso.

Aos meus filhos, João e Catarina, obrigado pelo tempo que me concederam.

Évora, 15 novembro de 2012

João Fonseca

RESUMO

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar: avaliação do impacte da sua aplicação.

Estudos recentes, demonstram que 4 a 17% dos doentes hospitalizados são afetados por eventos adversos, o que levou ao desenvolvimento e implementação de sistemas de notificação, como instrumento de melhoria da segurança do doente.

Este estudo foi realizado num hospital público e teve por base o sistema de notificação de eventos adversos existente. O objetivo geral definido foi: avaliar o impacte do sistema de notificação de eventos adversos na unidade saúde hospitalar, através de uma metodologia quantitativa. A técnica de recolha de dados utilizada foi o inquérito por questionário, aplicado a 133 profissionais de saúde – Médicos, Enfermeiros e Profissionais das Tecnologias da Saúde.

O sistema permite a notificação voluntária e confidencial, contribuindo para uma cultura de segurança; facilita o registo de eventos adversos; motiva os profissionais a notificarem; permite a notificação de incidentes que não atingiram o doente «*near miss*»; e tem um papel importante na prevenção de eventos adversos.

Palavras – Chave: Qualidade em Saúde, Segurança do Doente, Gestão do Risco, Sistema de Notificação de Eventos Adversos.

ABSTRACT

Adverse events notification system in a hospital medical unit: Evaluation of the impact of its application.

Recent studies demonstrated that 4% to 17% of hospitalized patients are affected by adverse events, this led to the development and implementation of notification systems as a tool to improve patient safety.

This study was done in a public hospital and used as support the pre-existing adverse event notification system. The overall objective defined for this study, was to evaluate the impact of the adverse event notification system in a hospital unit using a quantification method. The data gathering technique used was inquiry by questioner to 133 health professionals – Medical Doctors, Nurses and Health Technology Professionals.

This system allows a voluntary and confidential notification, contributes to a culture of safety, facilitates adverse event registration, motivates professionals to notify, allows the notifications of incidents that did not affect the patient (near misses) and has an important roll in the prevention of adverse events.

Key words: Health Quality, Patient Safety, Risk Management, Adverse Events Notification System.

ÍNDICE

RESUMO	IV
ABSTRACT	V
Introdução.....	12
CAPITULO I – QUALIDADE EM SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E PRÁTICAS.....	16
1. Evolução e conceito de qualidade	16
1.1. Avaliação da qualidade em saúde e o percurso português	20
2. Gestão do Risco Clínico	26
3. A segurança do doente nas unidades saúde hospitalares	32
3.1. Erro e eventos adversos.....	39
4. Sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos.....	45
CAPITULO II – PROBLEMÁTICA E DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	56
1. Problemática e questões de investigação.....	56
2. Objetivos da investigação.....	59
CAPITULO III – ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	60
1. Tipo de estudo.....	60
2. População alvo	62
3. Caracterização do meio de estudo	63
4. Técnica de pesquisa.....	66
5. Instrumento de recolha de informação.....	68
6. Instrumentos de análise.....	72
7. Considerações éticas	73
CAPITULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	75
1. Apresentação dos resultados	75
2. Discussão dos resultados.....	94
3. Limitações do estudo.....	105
4. Conclusões.....	107
Bibliografia.....	110

CAPITULO V - PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL	121
Apêndices	125
Apêndice I - Questionário	126
Apêndice II – Outputs do questionário (Caracterização população)	133
Apêndice III – Outputs do questionário (Objetivo 2 – Perceção dos profissionais face às potencialidades do sistema de notificação)	134

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquematização da Gestão do Risco e imagem de início do registo de incidentes no software.....	52
Figura 2 - Distribuição dos inquiridos por idades (%).....	76
Figura 3 - Distribuição dos inquiridos por grupo profissional (%).....	76
Figura 4 - Distribuição dos inquiridos por tempo de experiência profissional (%).....	77
Figura 5 - Conhecimento da implementação do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos (%).....	78
Figura 6 - Possibilidade de efetuar notificação de incidentes antes da implementação do sistema (%).....	79
Figura 7 - Contribuição do sistema para uma cultura de segurança por grupo profissional (%).....	80
Figura 8 - Frequência com que a segurança do doente passou a ser uma prioridade (%).....	81
Figura 9 - Importância do sistema na política de segurança do doente (%).....	81
Figura 10 - Importância do sistema na política de segurança do doente por grupo profissional (%).....	82
Figura 11 - Importância da notificação na prevenção de incidentes (%).....	82
Figura 12 - Aprendizagem com os erros através da notificação (%).....	83
Figura 13 - Opinião dos profissionais face à facilidade de registo no sistema (%).....	84
Figura 14 - Potencialidade do sistema para motivar dos profissionais à notificação (%).....	85
Figura 15 - Capacidade do sistema em registar incidentes que não provocam dano no doente (%).....	86
Figura 16 - Frequência com que os profissionais utilizam o sistema (%).....	87
Figura 17 - Incidentes/eventos adversos ocorridos e respetiva notificação no último ano (%).....	88
Figura 18 - Associação entre formação e notificações realizadas (Freq.).....	89

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

Figura 19 - Importância da formação na prevenção de incidentes e eventos adversos (%).....	92
Figura 20 - Formação sobre o sistema de notificação por grupo profissional (%).....	92
Figura 21 - Fluxograma de intervenção para melhoria da aplicabilidade do sistema de notificação de eventos adversos.....	124

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização da população: Sexo; Idade, Grupo profissional (% e valores absolutos)	75
Quadro 2 - Caracterização da população: Idade, Tipo de vínculo à organização (% e valores absolutos)	77
Quadro 3 - Análise da possibilidade de notificação antes da implementação do sistema por grupo profissional (%)	80
Quadro 4 - Frequência com que a segurança do doente passou a ser uma prioridade por grupo profissional (%)	81
Quadro 5 - Importância da notificação na prevenção de incidentes e eventos adversos (%)	83
Quadro 6 - Comparação do número de registos por grupo profissional no último ano (%)	87

SIGLAS E ABREVIATURAS

APQ – Associação Portuguesa para a Qualidade
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CUF – CHBM – Centro Hospitalar Barreiro Montijo
DGS – Direção Geral da Saúde
DHC – Doença Hepática Crónica
DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
DQS – Departamento de Qualidade em Saúde
EFQM – European Foundation for Quality Manegament
ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EPE – Entidade Pública Empresarial
ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
EUA – Estados Unidos da América
Freq. – Frequência
HFMEA – Health Failure mode and Effect Analysis
IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
IOM – Institute Of Medicine
IPSET – Internacional Patient Safety Events Taxonomy
IQS – Instituto da Qualidade em Saúde
IRA – insuficiência Renal Aguda
JCAHO - Joint Commission Accreditation Healthcare Organizations
MoniQuOr – Projeto de Monitorização da Qualidade organizacional dos Centros de Saúde
NOC – Normas de Orientação Clínica
OMS – Organização Mundial de Saúde
RCA – Rout Cause Analysis
SNS – Sistema Nacional de Saúde
UE – União Europeia
UICDP – Unidade de internamento de Curta Duração de psiquiatria
WHO – World Healthcare Organization

Introdução

O termo qualidade é muitas vezes utilizado em unidades de saúde como forma de garantir a melhoria dos cuidados prestados aos doentes. A qualidade faz parte do quotidiano de cada profissional, sejam, Médicos, Enfermeiros, Profissionais da Tecnologias da Saúde ou Gestores, que realizam as suas intervenções em torno do que os consumidores finais – os doentes – desejam e necessitam.

Sempre que a melhoria contínua dos cuidados for objeto de uma unidade de saúde, certamente, um dos primeiros passos será definir o conceito de qualidade em saúde. Objetivamente, esta definição tem um carácter subjetivo e está rodeada de valores que terão de ser reconhecidos – o que é qualidade para uns, pode não o ser para outros.

A qualidade na saúde foi pela primeira vez referida no século XIX, mas terá sido no século XX, em finais de 1960, que teve a sua consistente definição, através da tríade – Estrutura, Processo e Resultados – apresentada por Avendis Donabedian. Contudo, no final de 1990, início do ano 2000, surgiu uma nova dimensão da qualidade em saúde – a Segurança do Doente.

A segurança do doente «*patient safety*» é uma dimensão relativamente recente na gestão das unidades de saúde, tendo sido colocada no centro das políticas dos sistemas de saúde, após a publicação do relatório «*To err is human*» pelo Institute Of Medicine (IOM), ao revelar que poderiam morrer anualmente entre 44000 e 98000 doentes, como consequência de acidentes no sistema de saúde. Só então, foi dada a devida ênfase à questão da segurança do doente, através da declaração dos acidentes e respetivas consequências para os doentes (Fragata, 2011).

Efetivamente, a saúde é uma atividade de risco que tem o seu enfoque no doente, ao qual serão imputados os danos causados, sejam físicos ou psíquicos, durante a prestação de cuidados de saúde. Por este motivo, a segurança do doente passou a estar na primeira linha das preocupações de todos os intervenientes «*stakeholders*» na prática de cuidados – doentes, profissionais de saúde e gestores.

Até à relativamente pouco tempo, os esforços realizados para assegurar a segurança dos doentes numa unidade saúde hospitalar eram reduzidos.

Embora, exista negligência em todos os sistemas, o problema da segurança do doente está mais relacionado com o facto de haver profissionais competentes e dedicados a trabalhar em serviços absolutamente caóticos e desorganizados, sem qualquer sensibilização para a questão da segurança dos doentes, do que com os erros e falhas individuais cometidos por esses profissionais (Carneiro, 2010).

Perante este cenário, alguns países, onde se destacam o Reino Unido, Canadá, Austrália e Dinamarca, criaram agências de segurança e realizaram estudos retrospectivos de forma a identificar, analisar e prevenir os eventos adversos que atingiram os doentes em consequência dos tratamentos. Em 2004, a World Healthcare Organization (WHO) criou a «*World Alliance for Patient Safety*», que estabeleceu alguns programas independentes para a segurança do doente: soluções; investigação; reporte; aprendizagem; taxonomia; doentes e standardização.

Desde então, a abordagem da segurança do doente sofreu algumas alterações na forma como é entendida pelos profissionais de saúde e pelas organizações, nomeadamente, a desresponsabilização do profissional responsável pelo erro, com conseqüente orientação para uma abordagem sistemática. Até aqui, a questão do erro, foi ignorada e considerada uma consequência natural da incerteza e risco de uma prática clínica progressivamente complexa e agressiva.

Neste campo complexo, que é a segurança do doente, torna-se imperativo ter uma ideia da frequência e natureza dos eventos adversos, contudo, o principal problema relativamente aos eventos adversos, é a notificação da sua ocorrência. Como muitos eventos não tem tradução em termos de dano importante para os doentes, torna-se difícil, ou quase impossível, identificar a sua frequência, natureza e conseqüências reais.

Para ultrapassar este problema de notificação «*reporting*», as unidades de saúde hospitalares implementaram sistemas de notificação «*reporting systems*», para que os profissionais de saúde possam reportar os eventos adversos de forma voluntária, anónima e confidencial, criando uma base de dados com informação atualizada que pode, e deve, ser analisada retrospectivamente com o objetivo de implementar medidas corretivas ou preventivas. Este relato tem como objetivos: aumentar a sensibilização aos erros e riscos inerentes ao tipo e local

de trabalho; e gerar informação de retorno para prevenir e corrigir as fragilidades identificadas através da investigação local do incidente e da análise de vários incidentes agregados.

Não obstante a implementação de sistemas de notificação, enquanto ferramenta de gestão do risco, a percentagem de notificações realizadas é pequena, sendo apontadas como causas: a perceção de que é inútil declarar os eventos porque não houve repercussões no doente; poderão estar criadas condições para ações disciplinares para o profissional envolvido; e a ausência de relatórios sobre os eventos adversos ocorridos.

A prática de implementação de sistemas de notificação, é fortemente recomendada por organismos internacionais, onde se destacam a WHO, o Council of Europe e o IOM, em unidades de saúde que foram submetidas a processos de acreditação, seja através da Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations (JCAHO) ou do King's Fund Health Quality Service.

Assim, no contexto dos sistemas de notificação de eventos adversos, surge a realização deste estudo – exploratório/descritivo – através do qual se pretende responder às seguintes questões de investigação: Qual o impacte que o sistema de notificação de eventos adversos de uma unidade hospitalar tem na política da Segurança do Doente? Qual a perceção dos profissionais de saúde acerca das potencialidades do sistema de notificação de eventos adversos? Que tipo de adesão, têm os profissionais de saúde face ao sistema de notificação de eventos adversos? Em que medida a informação recolhida através da notificação é utilizada na melhoria da qualidade e segurança do doente?

O objetivo geral do estudo, pretende avaliar o impacte do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos numa unidade saúde hospitalar. Dada a pertinência e atualidade do tema, este estudo será, certamente, um contributo para melhor conhecer este instrumento de gestão do risco, permitindo: i) Analisar de que forma o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos contribui para a segurança do doente na unidade de saúde hospitalar; ii) Analisar a perceção dos profissionais de saúde face às potencialidades do sistema; iii) Identificar a frequência com que os profissionais utilizam o sistema de notificação; e iv) Avaliar a opinião dos profissionais relativamente à importância da formação na notificação de incidentes e eventos adversos.

A realização do estudo tem início numa abordagem conceptual do tema, através de uma extensa revisão bibliográfica, enquadrando-o no estado de arte atual. Durante este processo, serão abordados assuntos como a qualidade em saúde, a gestão do risco clínico, a segurança do doente nas unidades hospitalares e finalmente, os sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos.

Posteriormente, serão apresentadas as questões de investigação e os objetivos do estudo, assim como a metodologia adotada. Por último, apresentam-se e discutem-se os resultados, obtidos através do instrumento de recolha de informação, as conclusões e um plano de intervenção socio organizacional na unidade hospitalar onde decorreu o estudo.

CAPITULO I – QUALIDADE EM SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E PRÁTICAS

1. Evolução e conceito de qualidade

A preocupação com as questões da qualidade tem vindo a crescer em todos os sectores da sociedade atual, no entanto, estas preocupações sempre existiram e são decerto intrínsecas à natureza humana. Todas as pessoas são a favor de uma boa qualidade, em detrimento de uma má qualidade.

No período em que as pessoas produziam os seus bens para consumo, através de habilidades e persistência inerentes a cada pessoa, a qualidade podia ser entendida como tudo aquilo que lhes proporcionava prazer e bem-estar. Portanto, a noção de qualidade é inerente ao ser humano, traduzindo-se nas mais simples atividades do quotidiano.

Na década de 1930, surgiu a primeira abordagem sistemática da qualidade, através da aplicação do sistema de controlo desenvolvido por Walter Shewhart, no entanto, foi nos anos 80 que a gestão da qualidade começou a ter uma maior expressão. Os consumidores passaram a ser cada vez mais exigentes, no que respeita a garantias da qualidade dos produtos, conduzindo a qualidade para uma questão complexa, tornando-se tanto mais complexa quanto os consumidores a entenderem de diferentes maneiras¹ (António & Teixeira, 2009).

Na perspetiva do controlo da qualidade, “a qualidade necessita de ser objetivada e quantificada de forma a torná-la mensurável”, de outra forma não será passível de controlo (Pires, 2000, p. 20). Para existir uma garantia de qualidade, esta deve ser definida ou especificada em três grandes divisões: i) qualidade da conceção, traduzindo as necessidades e expectativas do consumidor; ii) qualidade do fabrico, que será a medida em que o produto estará de acordo com as especificações; e iii) qualidade na utilização, que será a medida em que o produto desempenhe as funções que o consumidor espera dele. Deste modo, a

¹ Na linguagem dos consumidores, a qualidade pode ser entendida através de vários sinónimos para caracterizar produtos e serviços: «Excelente»; «Extraordinário»; «Muito bom», o que vem colocar ênfase no modo de perceber a qualidade. Desta forma, considera-se que a qualidade tem uma grande carga de subjetividade, que a torna por vezes, difícil ou mesmo impossível de medir com precisão (Pires, 2000).

qualidade começa com a identificação das necessidades do consumidor e com as funções que o produto deve realizar (Pires, 2000).

Não é, portanto, fácil definir qualidade. A sua definição terá como ponto de partida alguns conceitos básicos e só então poderá ser adaptada a cada sector de atividade da sociedade, área ou produto. Alguns autores clássicos, definiram qualidade através de definições céleres e concisas, Juran (1974) definiu qualidade como a “aptidão ao uso”; Crosby (1979) refere que qualidade deve estar em “conformidade com as especificações”; para Taguchi qualidade é “A perda que um produto causa à sociedade depois de ser expedido e não as perdas causadas por funções intrínsecas para sociedade” (Pires, 2000, p. 33).

Na perspetiva de Edwards Deming, considerado por muitos o precursor do movimento da qualidade a nível mundial, qualidade é “O processo que conduz a resultados através de produtos ou serviços que possam ser vendidos a consumidores que ficarão satisfeitos” (António, 2009, p. 29).

Mesmo assim, a qualidade tem sido entendida como um elemento que acrescenta custos à produtividade. Para contrariar esta ideia, Deming desenvolveu e aperfeiçoou, um método² para a melhoria contínua da qualidade, através do ciclo Plan, Do, Check, Act (PDCA): Planear (P), fase do ciclo em que se avaliam as área ou atividades em que é necessário intervir para obter uma melhoria da qualidade; Executar (D), é a fase em que se verifica o início da implementação da mudança; Verificar (C), caracteriza-se pela fase de verificação das medidas de mudança e melhoria; Agir (A), esta última fase é caracterizada pela decisão tomada face aos resultados obtidos no processo de melhoria da qualidade (António, 2009; Pires, 2000 & Sousa, 2010).

Ao longo da evolução e conceito da qualidade, há a referir dois marcos importantes dado o seu contributo na forma como a qualidade passou a ser entendida. O primeiro marco foi o início da produção em massa que teve como base a Revolução Industrial, o segundo marco, bem mais recente, refere-se à importância dada ao sector dos serviços, onde se destacam os serviços com atividades não comerciais, nomeadamente, os sectores do ensino e dos cuidados de saúde (António, 2009).

² Este método, também denominado por Ciclo de Deming, tem tido uma vasta aceitação devido à sua aplicação a todos os sectores de atividade de uma organização.

Já no final do séc. XIX, após todo o processo evolutivo e da sua transferência para a área da saúde, a qualidade foi pela primeira vez abordada por Florence Nightingale, ao identificar que morriam mais doentes nos hospitais, que na comunidade, ainda que padecessem da mesma doença. Como causas principais, foram apontadas questões de salubridade dos espaços onde permaneciam os doentes.

Posteriormente, no início do séc. XX, Ernest Codman, referiu que, mesmo avaliando um hospital pelo grau de limpeza, número de doentes, custos suportados com os tratamentos ou pelo trabalho dos profissionais, esses indicadores em nada traduziam o resultado final do tratamento.

Em 1951, por ação de organizações médicas dos EUA e Canada, foi criada a JCAHO que tinha como objetivo acreditar os hospitais em regime voluntário e confidencial. Este processo veio a alterar-se quando o estado começou a requerer serviços de saúde acreditados por esta organização, que passou, assim, a ser uma organização pró-governamental (Fragata, 2006).

Terá sido então, em 1966, que Avedis Donabedian estabeleceu as bases estruturadas da qualidade em saúde através das dimensões³: i) Estrutura, que representa a arquitetura da organização prestadora de cuidados, dos recursos existentes (técnicos, humanos e financeiros) e a organização do trabalho. Uma estrutura sólida é uma condição necessária para um elevado nível de qualidade dos cuidados de saúde; ii) Processo, que identifica as atividades que os profissionais desenvolvem para dar resposta às necessidades dos doentes, que incluem a decisão ao nível do diagnóstico, do tratamento e da prevenção; e iii) Resultados, que refletem os níveis de saúde, os custos associados e fazem necessariamente, a comparação entre o que era esperado e o que na realidade foi conseguido, possibilitando assim, a eficiência, a efetividade e a satisfação dos utentes (Fragata, 2006; Rodrigues, 2009; Sousa, 2010).

No Reino Unido em 1984, Robert Maxwell, definia novas dimensões para a qualidade. O modelo de Maxwell operacionaliza a avaliação da qualidade

³ A Estrutura o Processo e os Resultados, não são característica da qualidade, mas sim, dimensões que contribuem para se perceber a presença ou ausência de atributos que definem a qualidade. As dimensões referidas são indissociáveis, não sendo possível avaliar a qualidade dos cuidados de saúde pela avaliação isolada de qualquer uma das dimensões.

através de 6 dimensões que possibilitam objetivar a sua medição e avaliação: i) Eficácia, indica a capacidade de atingir os resultados esperados com os recursos disponíveis; ii) Eficiência, representa a capacidade de produzir um determinado efeito com os menores recursos possíveis; iii) Aceitabilidade, reflete o grau de satisfação dos utentes tendo em consideração as opiniões e reclamações; iv) Acessibilidade, refere as condições em que o acesso aos cuidados de saúde é feito pelos utentes; v) Equidade, representa a capacidade de respostas diferentes a necessidades diferentes dos doentes (idade, sexo, religião); vi) Adequação, refere a existência dos serviços disponíveis para responder às necessidades sociais; (Fragata, 2006; Sousa, 2010).

Dos modelos possíveis de avaliar a qualidade, os modelos de Donabedian e Maxwell são os mais utilizados e apresentam em comum, o facto de operacionalizarem a qualidade em saúde através de dimensões que possibilitam uma avaliação mais específica, ao nível das práticas e das políticas de avaliação da qualidade.

Também o IOM, nos EUA, estabeleceu em 2001, seis dimensões para a qualidade em saúde: i) Segurança; ii) Acesso no tempo; iii) Eficácia; iv) Eficiência; v) Equidade; vi) Centrada no doente. A segurança surge, então, como uma dimensão central e indissociável da qualidade em saúde que deve ser associada à tríade Estrutura, Processo e Resultados (Fragata, 2011). Nesta perspetiva, pode ainda ser acrescentada à qualidade, uma quinta dimensão⁴ – a Satisfação dos utentes – que está diretamente relacionada com a expectativa que os doentes têm em relação aos cuidados de saúde e aos resultados obtidos. Contudo, esta dimensão está implícita na segurança, isto é, ninguém ficará satisfeito se surgir alguma intercorrência durante a prestação de cuidados, que resulte dano para o doente.

Atualmente, na sociedade moderna, a qualidade em saúde é entendida de uma forma mais simples através da tríade: Efetividade (eficácia e eficiência); Satisfação dos doentes (experiência adquirida); e Segurança (cuidados de saúde isentos de complicações) (Fragata, 2011).

⁴ A qualidade na saúde constitui-se, assim, pelo somatório de cinco dimensões: Estrutura, Processo, Resultado, Segurança e Satisfação do doente.

Com base nas considerações efetuadas ao longo deste capítulo, pode dizer-se, que a evolução da qualidade tem sido notória, sendo atualmente, um fator de confiança em qualquer sistema de saúde, quer para os doentes, quer para os profissionais e sociedade.

1.1. Avaliação da qualidade em saúde e o percurso português

A preocupação com questões da qualidade tem vindo a aumentar nos últimos tempos, estando na sua origem, vários fatores contributivos onde se enumeram: i) a contenção dos custos; ii) a maior atenção da população aos aspetos da qualidade; iii) a qualidade é cada vez mais um fator de escolha; e iv) a alteração dos mecanismos de financiamento. A introdução do risco financeiro, para os prestadores de cuidados, deixa algum receio de uma diminuição da qualidade (Barros, 2003).

Contudo, falar de qualidade em saúde, implica ter presentes três conceitos importantes: missão, produtos, e satisfação do cliente. Efetivamente, não é possível satisfazer os clientes – doentes – se os serviços não forem adequados às necessidades e se o seu atendimento não estiver previsto na missão da organização. Neste contexto, qualidade pode ser entendida como a “Adequação dos serviços (produtos) à «missão» da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes”. Esta definição pode ser aplicada a qualquer organização prestadora de cuidados, “independentemente da sua natureza, dimensão, complexidade e tecnologia utilizada” (Mezomo, 2001,p. 111).

Várias são as definições utilizadas para caracterizar a qualidade em saúde, algumas até consideradas muito vagas, podendo ser resumidas como “deve ser feito o melhor possível”. Para melhor enquadrar a qualidade em saúde, destacam-se as definições do Sistema Português da Qualidade e do IOM, citadas por Pedro Pita Barros (1999, p. 3).

“Qualidade na saúde é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integralmente como atributo a efetividade, eficiência, aceitabilidade e a equidades e não a exigência única de aceitabilidade” (Sistema Português da Qualidade, 1998)

“Qualidade em saúde é o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são considerados com a prática profissional corrente” (Institute of Medicine 1990).

O aspeto fundamental destas definições, deve-se ao facto de estarem centradas na organização interna da unidade prestadora de cuidados. Desta forma, qualidade significa ter um processo produtivo que implique a utilização de recursos da melhor forma possível. Apesar das mais variadas definições de qualidade, todas elas convergem para a importância da satisfação do doente ou do consumidor dos bens ou serviços que lhe são apresentados.

Mas, qualidade dos cuidados de saúde, não implica apenas satisfação do doente, mas também, o respeito pelos direitos fundamentais da pessoa humana que devem ser preservados e garantidos. É um dever da unidade prestadora de cuidados, reconhecer o valor da vida e da saúde bem como a dignidade das pessoas e respeitá-las integralmente. Estamos então a “falar de direitos fundamentais da pessoa humana enquanto doente ou utentes de unidades de saúde” (Faria, 2010, p. 103). Entenda-se como direitos fundamentais, o direito à vida e o direito à integridade física e mental.

Para melhor compreender a qualidade nos cuidados de saúde, é necessário em primeiro lugar compreender dois conceitos importantes: saúde e cuidados de saúde. A OMS em 1978 considerou saúde como “ um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. O segundo conceito, cuidados de saúde, é entendido como “um serviço abrangente fornecido com o objetivo de produzir mudanças nos estados fisiopatológicos e/ou psicológicos das pessoas” (Ferreira, 1999, p. 98).

Os cuidados de saúde devem, então, ser eficazes e eficientes, obtendo assim o máximo benefício com os recursos existentes. Atualmente, são caracterizados pelo recurso a novas tecnologias e profissionais especializados nas mais diferentes áreas de intervenção. Os consumidores destes cuidados de saúde, cada vez mais exigentes e conhecedores do que é qualidade, esperam obter benefícios resultantes da combinação destes recursos. Desta forma, as organizações e a prestação de cuidados de saúde de hoje, são determinantemente influenciadas pelo aumento das expectativas e grau de exigência dos cidadãos (Sousa, 2010).

No que respeita à avaliação da qualidade em saúde, é necessário identificar em primeiro lugar algumas características da qualidade. “A qualidade não é um valor absoluto”, pode ter significados diferentes em contextos diferentes e não pode ser medida através de uma escala quantitativa. A qualidade é multidimensional, contribuindo para ela diversos fatores, “alguns aspetos podem ser objetivamente medidos”, por exemplo o tempo de espera, no entanto, outros, são mais dificilmente medidos, por exemplo, “a relação estabelecida com o doente” (Pisco, 2001, p. 4).

Portanto, avaliar a qualidade na saúde é uma tarefa complexa, uma vez que se trata de uma realidade composta por diferentes visões dos «*stakeholders*» envolvidos: i) para os doentes a maior dificuldade é acederem a um médico sempre que necessitam; ii) para os profissionais de saúde, o enfoque está na qualidade técnico-científica; iii) para a administração da unidade de saúde, a qualidade do seu desempenho depende de uma gestão eficiente – melhor atendimento, diminuir o tempo de espera, motivação e responsabilização dos funcionários, apostando na formação contínua, diminuição das despesas e redução das reclamações (Ganopa, 2001).

Como se constata, a avaliação da qualidade em saúde, para além de complexa, é também uma necessidade premente. Dos fatores que tornaram a avaliação da qualidade uma questão incontornável, destacam-se: i) a eficiência dos cuidados e questões económicas; ii) novas políticas de saúde, centradas na responsabilidade perante os cidadãos; iii) a exigência dos consumidores cada vez mais informados dos seus direitos; iv) a influência da comunicação social face aos eventos adversos nos cuidados de saúde; v) prestação de cuidados de saúde sustentados no desenvolvimento tecnológico; vi) avaliação dos resultados e satisfação dos utentes (Sousa, 2010).

Da revisão da literatura sobre a avaliação da qualidade em saúde, destacam-se dois elementos importantes: a componente técnica dos cuidados e o aspeto interpessoal durante os cuidados de saúde. O primeiro, corresponde à forma como as ciências da saúde são aplicadas tendo em conta o conhecimento e a tecnologia médica existente, sendo a sua preocupação, a adequação dos meios de diagnóstico e terapêutica, avaliando a qualidade pela melhor evidência científica «*evidence based*». O segundo aspeto, representa a humanização dos cuidados de saúde e as relações interpessoais entre doentes e cuidadores e a

informação prestada sobre o estado de saúde. Outros elementos são também identificados como importantes para avaliar e medir a qualidade dos cuidados de saúde, onde se destacam: i) o acesso; ii) a disponibilidade; e iii) a continuidade de cuidados (Ferreira, 1991).

A avaliação da qualidade em saúde, é então, com já foi referido, uma questão incontornável no dia-a-dia das unidades de saúde, no entanto, não é possível realizar uma avaliação correta da qualidade em saúde, se não se dispuser de mecanismos adequados para o fazer.

Como formas de avaliação, destacam-se algumas ferramentas que “têm sido mais comumente utilizadas e, concomitantemente, as que apresentam uma base de evidência mais sólida”: i) a acreditação e certificação das organizações de saúde; ii) as auditorias clínicas; iii) o Benchmarking; iv) a Clinical Governance; v) avaliação do desempenho; e vi) a avaliação dos resultados (Sousa, 2010, p. 25).

Das ferramentas de avaliação referidas, a acreditação, as auditorias clínicas e a avaliação de resultados são as mais utilizadas. A acreditação é um processo que permite a uma entidade não-governamental, independente e distinta, efetuar a avaliação de uma organização de saúde, de forma a garantir que satisfaz os requisitos de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Almeida, Lopes, & Silva 2010).

Em alguns países, a acreditação é um processo de avaliação interno e voluntário, como acontece em Portugal, e de caráter obrigatório como é caso da França, EUA e Austrália. A acreditação tem como meta o “cumprimento de padrões de qualidade explícitos e previamente estabelecidos, procurando estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade” (Sousa, 2010, p. 25).

As auditorias clínicas definem-se como o “processo de avaliação e melhoria da qualidade, realizado inter pares, tendo por base a revisão sistemática da informação decorrente dos cuidados prestados, e conseqüentemente, a sua comparação com critérios e padrões previamente definidos” (Sousa, 2010, p. 25).

A avaliação de resultados «*outcomes research*», é uma prática de avaliação da qualidade em saúde relativamente recente. Pretende analisar os resultados clínicos, assim como, os fatores que os influenciam, permitindo desta forma, obter uma perspetiva global da qualidade (Sousa, 2010, p. 25).

A necessidade de implementação de um sistema de qualidade em saúde, foi identificada, pela OMS, na declaração “Saúde para todos no ano 2000” na sua meta 31 (OMS, 1985, p. 134), bem como pelo Conselho da Europa na sua Recomendação nº. 17/97 do Conselho de Ministros e identifica um sistema de qualidade em saúde como “um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua dos cuidados” (Biscaia, 2000, p. 8).

No seguimento destas orientações, a avaliação da qualidade do sistema de saúde português, começou a desenvolver-se a partir dos finais dos anos 80, através de algumas iniciativas: i) criação de comissões de qualidade nos serviços de saúde; ii) investimento na formação em qualidade em saúde; e iii) criação da Direção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade na Direção Geral da Saúde (DGS) (Biscaia, 2000; Revez & Silva, 2010).

Após o desenvolvimento destas iniciativas, a implementação de sistemas de qualidade em saúde, foi formalmente assumida por Portugal, através: i) da definição de uma Política de Qualidade na Saúde; ii) da conceção e definição do Sistema da Qualidade na Saúde; iii) da criação do Conselho Nacional da Qualidade e do Instituto da Qualidade na Saúde; e iv) do desenvolvimento de diversos projetos e programas de melhoria da qualidade.

No desenvolvimento dos projetos e programas de melhoria da qualidade, destacam-se: i) o Projeto de Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr); ii) o protocolo do IQS com o «*King's Fund Health System*» para a área hospitalar iii) o Quali-Gest como modelo de autoavaliação da qualidade na gestão, desenvolvido em parceria com a Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ), com base no «*European Foundation for Quality Management*» (EFQM), (Revez & Silva, 2010); iv) a avaliação do grau de satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde através da aplicação de questionários; v) medição do estado da saúde; vi) criação de Normas de Orientação Clínica (NOC); vii) qualificação dos serviços de aprovisionamento

hospitalares do SNS; viii) preparação de manuais para a admissão e encaminhamento dos doentes; ix) acreditação dos laboratórios associados (Morgado, 2001); xi) criação de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade; e xii) desenvolvimento de metodologias de acreditação (Biscaia, 2000).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde publicou o Despacho nº. 14223/2009, que procede à aprovação da descrição da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS), coordenada pelo Departamento da Qualidade na Saúde⁵ (DQS). O DQS, tem como objetivo criar um programa nacional de acreditação em saúde, em que a adesão das organizações prestadoras de cuidados deverá ser voluntária (Ministério da Saúde, 2009).

O programa de acreditação da ENQS assenta em 5 eixos fundamentais: i) Missão; ii) Prioridades estratégicas; iii) Destinatários; iv) Valores/Princípios; v) Ações Imediatas, que integram o princípio que considera a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, permitindo que os desafios da qualidade e segurança surjam como uma prioridade no SNS, de forma a “garantir a qualidade das instituições e consolidar a cultura da qualidade integral” (Faria & Moreira, 2009, p. 104).

Pelo exposto, estão reunidas as condições para prestar cuidados de saúde de qualidade – cuidados prestados de acordo com o estado da arte, no momento oportuno e no doente certo – promovendo a satisfação de todas as partes envolvidas, especialmente o doente. Contudo, a satisfação do doente só é tangível se os cuidados de saúde foram realizados com segurança, e as iniciativas e estratégias de qualidade e segurança forem indissociáveis e abordadas conjuntamente.

Este é o assunto – segurança do doente – que se pretende analisar nos próximos capítulos, através da realidade internacional e nacional.

⁵ Como refere o Despacho 14223/2009, “O Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde deve criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objetivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura da qualidade integral” (Ministério da Saúde 2009, p. 24667).

2. Gestão do Risco Clínico

A gestão do risco – «*Risk Management*» – é uma política estratégica que visa minimizar os riscos inerentes aos cuidados de saúde na perspetiva dos doentes, dos profissionais e das unidades de saúde. Efetivamente, os avanços tecnológicos na área da saúde, sejam eles ao nível dos procedimentos clínicos, meios complementares de diagnóstico, desenvolvimento farmacológico ou aumento do conhecimento dos processos de doença, traduzem-se numa maior e melhor oferta de cuidados de saúde. Contudo, estes fatores de sucesso, introduzem nas unidades de saúde hospitalares fatores de risco acrescidos para os doentes.

As atividades de prestação de cuidados de saúde encontram-se entre as atividades humanas de maior risco. Este facto, é demonstrado através de uma classificação sigma⁶, onde as atividades de saúde apresentam valores inferiores a sigma 3, o que traduz a possibilidade de ocorrência de um acidente em cada mil procedimentos (10^3). Em contraste, atividades industriais de maior fiabilidade como a aeronáutica, a nuclear ou a aeroespacial, apresentam valores de sigma igual a 7, isto é, um acidente para cada dez milhões de atividades (10^7). Este valor parece ser o último nível da fiabilidade humana (Fragata, 2011).

Os cuidados de saúde em ambiente hospitalar caracterizam-se, assim, por uma grande complexidade, onde decorrem inúmeros fatores de risco de natureza diversa: i) riscos de natureza física associados ao calor, ruído e radiações; ii) riscos de natureza química associados à utilização de produtos de desinfeção, esterilização, e soluções terapêuticas – quimioterapia e gases medicinais; iv) riscos de natureza mecânica associados ao risco de queda; v) riscos de natureza biológica associada à infeção nosocomial; e vi) riscos ergonómicos e psicológicos (Ministério da Saúde, 2010).

Neste contexto, a gestão do risco nas unidades hospitalares,

“Assume particular relevância enquanto princípio fundamental do sistema de saúde e como fator crítico de sucesso, surgindo como um desafio para as organizações e seus profissionais, assumindo-a como uma prioridade estruturante

⁶ “Sigma” é uma nomenclatura utilizada para classificar os níveis de segurança e fiabilidade em indústrias de alto risco como a aeronáutica civil, aeroespacial ou a nuclear. O nível mais elevado atribuído a uma atividade é sigma 7.

do sistema de governação clínica baseado numa cultura de qualidade e segurança” (Ministério da Saúde, 2010, p. 29).

Desta forma, compete às unidades hospitalares desenvolverem estratégias de gestão do risco, como metodologia integrada e sistemática, que impliquem aos profissionais um conjunto de responsabilidades adicionais, isto é, a identificação, análise, avaliação e monitorização dos riscos associados aos cuidados de saúde.

Os programas de gestão do risco, tal como os conhecemos hoje, ainda que a iniciarem os primeiros passos, não são recentes⁷. A sua origem nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, remonta à década de 70 nos EUA, como forma de reduzir a elevada quantidade de processos judiciais contra médicos por má prática clínica «*malpractice crisis*», que registou um aumento de 564 casos em 1970, para 1200 novos casos em 1974 (Faria, 2010).

Após o ano 2000, com a publicação do relatório “*To Err is Human*” do IOM, a gestão do risco deixou de estar centrada no risco financeiro das organizações e centrou-se no problema da segurança do doente como um dos temas fundamentais da proteção da saúde pública. A este nível, destacam-se o movimento da WHO «*Patient Safety*» e também o trabalho da União Europeia ao emitir recomendações aos seus estados membros em termos da segurança do doente (Faria, 2010).

Esta nova abordagem da gestão do risco, passou a estar centrada na segurança do doente e na prevenção dos eventos adversos que ocorreram nos doentes durante a prestação de cuidados de saúde. Desta forma, a gestão do risco da atualidade pode definir-se como as atividades clínicas e administrativas das unidades de cuidados de saúde que se comprometem a identificar, avaliar e reduzir o risco de lesões para os doentes, funcionários, visitantes e própria unidade de saúde.

“Clinical and administrative activities that health care organizations undertake to identify, evaluate, and reduce the risk of injury and loss to patients, personnel, visitors, and the organization itself” Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1992) citado por Faria, (2010, p. 84).

⁷ Estes programas de gestão do risco, tinham como objetivo prevenir o risco financeiro das organizações em consequência dos processos judiciais acionados contra elas, através de ações reativas aos processos já instaurados ou através de ações preventivas para futuras queixas judiciais.

É então possível concluir, que a meta da gestão do risco dos dias de hoje "é a promoção da segurança clínica, através da qualidade dos cuidados prestados, exigindo-se, pois, novas e mais complexas formas de avaliação da sua eficácia" (Faria, 2010, p. 84). A realidade portuguesa parece estar a evoluir nesse sentido, demonstrando uma gestão do risco concentrada na segurança do doente e não na evitação de processos judiciais contra profissionais e unidades de saúde.

Assim, a gestão do risco tem como principais objetivos: i) identificar e hierarquizar riscos através do desenvolvimento e implementação de processos de trabalho; ii) implementar sistemas que permitam eliminar ou reduzir os riscos para níveis aceitáveis; iii) criar medidas efetivas que reduzam o efeito direto e consequente dos incidentes, assim como os custos a eles imputados; e iv) proteger a organização e os profissionais de responsabilidades legais (Oliveira, 2005).

Mas estes objetivos só serão tangíveis, se a gestão do risco for parte integrante de uma cultura organizacional que promova uma atitude de melhoria continua. Neste sentido, uma gestão do risco coesa e eficaz beneficia os doentes, os profissionais e a unidade prestadora de cuidados, através da melhoria dos cuidados prestados, da promoção efetiva da segurança do doente e do desenvolvimento da capacidade de aprendizagem com os erros.

Os erros, são uma consequência inevitável da prestação de cuidados em unidades de saúde complexas e altamente diferenciadas, pelo que as unidades devem saber lidar com os mesmos, minimizando as suas consequências através da prevenção. A definição e deteção dos erros são difíceis devido à sensibilidade do tema, à complexidade das unidades hospitalares e ao carácter multifatorial das situações subjacentes às falhas de segurança (Fragata, 2011).

Nesta perspetiva, James Reason⁸, demonstrou o problema da fiabilidade humana através da abordagem do individuo e do sistema. No individuo, o enfoque está centrado na culpabilização; no sistema, o enfoque está centrado nas condições em que os indivíduos trabalham. Face a estes pressupostos, as unidades de saúde que lidam com os erros a todos os níveis, não devem

⁸ James Reason, psicólogo e professor da Universidade de Manchester tem dedicado os seus estudos ao erro humano e desenvolveu a teoria do «Swisse Cheese» para explicar a génese dos acidentes nas organizações complexas. Esta teoria tem sido adaptada às unidades prestadoras de cuidados de saúde devido à sua complexidade.

procurar falhas isoladas, humanas ou técnicas, mas antes, um sistema que permita reduzir os erros humanos e operacionais (Bruno, 2010).

Para exemplificar a génese dos incidentes em sistemas de organizações complexas, Reason desenvolveu a teoria do queijo suíço «*Swiss Cheese*». Com esta teoria, pretendeu explicar que numa organização existem falhas ativas – erros – que são facilitadas por falhas latentes residentes no sistema, que por si só não causam acidentes, contudo, quando alinhadas como sucessivos buracos na segurança e na ausência de defesas, proporcionam a oportunidade para a ocorrência de acidentes.

O modelo do «*Swiss Cheese*», suporta a teoria de que os acidentes são causados por profissionais competentes e dedicados, que trabalham em sistemas deficientemente construídos ou em organizações mal desenhadas. Quanto maiores e mais abundantes forem os buracos na segurança, acompanhados da ausência de alertas na defesa, maior será a probabilidade de alinhamento e a possibilidade de ocorrerem acidentes (Fragata, 2011).

A origem do problema é, na maioria das vezes, desencadeada por múltiplos fatores que têm a sua origem em deficiências ou falhas na estrutura ou no processo. Ainda assim, o número diário de atos realizados nas unidades de saúde, contrasta com a aparente diminuta ocorrência de incidentes e eventos adversos.

Em Portugal, só agora começa a ser conhecida⁹ a verdadeira dimensão e consequências associadas às falhas na segurança dos doentes. Este atraso no conhecimento dos factos deve-se, em primeira instância, ao predomínio de uma cultura de culpabilização face aos erros e suas potenciais consequências, em detrimento de uma cultura de análise e aprendizagem com os erros, associada à falta de um sistema de notificação de eventos adversos a nível nacional (Ministério da Saúde, 2010).

Sempre que ocorre um acidente é necessário identificar a sua incidência e estudar os mecanismos que levaram à sua ocorrência, para além de evitar que ele se repita. É consensual na literatura sobre gestão do risco, a referência a

⁹ Em 2011 foi realizado um estudo piloto em segurança do doente, abrangendo três hospitais públicos da região de Lisboa. Este estudo, permitiu pela primeira vez, a nível nacional, divulgar alguns dos aspetos relacionados com a frequência, impacte e evitabilidade de incidentes e eventos adversos ocorridos em hospitais.

metodologias para avaliação retrospectiva dos incidentes – «*Rout Causes Analysis*» (RCA); relato de incidentes e eventos; e análise retrospectiva de processos clínicos – e avaliação prospetiva «*Health Failure Mode and Effect Analysis*» (HFMEA).

A metodologia RCA permite realizar uma análise reativa, isto é, uma análise realizada depois da ocorrência do acidente¹⁰ ou incidente e pretende identificar as suas causas, em que condições ocorreram e o seu impacto. Esta análise, quando corretamente efetuada até às origens remotas do acidente, permite gerar conhecimento que pode, mais tarde, ser utilizado na prevenção de novos acidentes. O objetivo do RCA¹¹ é, então, decompor a cadeia do acidente, até um nível suficientemente remoto, conduzindo a medidas corretivas que resolvam o problema (Fragata, 2011).

O relato dos eventos adversos, de que é objeto este estudo e que será tratado mais aprofundadamente noutra capítulo deste trabalho, permite aprender, analisar e emitir recomendações. De acordo com as orientações da WHO, os sistemas de relato, ou notificação, existem em vários países e assumem duas filosofias distintas: sistemas de aprendizagem «*learning*», ou de responsabilização «*accountability*» (World Health Organization, 2005).

A HFMEA é um método de análise pro ativo de monitorização e análise de trajetórias de risco. Este método permite identificar de forma prospetiva as falhas possíveis, antes de elas acontecerem. Cada falha pode ser analisada através da possível gravidade dos danos e da sua probabilidade de ocorrência. A HFMEA foi pela primeira vez utilizada em 1949, nos EUA, com fins militares, analisando a probabilidade de sucesso ou de falha de uma intervenção militar. Só em 1999, foi introduzida na área da saúde pelo «*Veterans Affairs – National Center for Patient Safety*» com a finalidade de analisar a segurança dos processos médicos (Fragata, 2011; Bruno, 2010).

Em síntese, a prestação de cuidados em unidades de saúde de grande complexidade e altamente diferenciadas, como é o caso dos hospitais,

¹⁰ Num acidente, o resultado final fica comprometido, enquanto num incidente, há alterações no decorrer do processo, mas sem que o resultado final fique comprometido (Fragata, 2006).

¹¹ Rout Causes Analysis é um modelo considerado como um indicador de segurança organizacional, que permite aprender com as trajetórias de risco e introduzir correções ou redesenhar todo o sistema. Este modelo é também conhecido como Ishicawa ou “espinha de peixe”.

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

proporciona múltiplas situações potencialmente geradoras de erros. Objetivamente, a sua análise deverá incidir mais sobre as vicissitudes do sistema do que na culpabilização dos profissionais, fomentando desta forma, a segurança efetiva do doente.

3. A segurança do doente nas unidades saúde hospitalares

Os cuidados de saúde da sociedade moderna, caracterizam-se pela utilização de equipamentos, técnicas de diagnóstico e tratamento de última geração, sustentados pelos avanços da ciência e desenvolvimento tecnológico. Como já foi referido ao longo deste trabalho, a prestação de cuidados de saúde, pela sua natureza, é uma atividade que envolve riscos devido às falhas e erros que podem surgir durante a prestação de cuidados, mesmo quando são utilizados procedimentos sustentados na mais recente evidência científica «*evidence based*» e consensualmente adotados pela comunidade científica.

Apesar dos benefícios óbvios da medicina moderna, há uma crescente consciência de que as intervenções em saúde podem resultar em danos evitáveis para o doente. Perante este facto, a segurança do doente¹² é, e continuará a ser motivo de preocupação em todos os países, para os doentes, profissionais e sistemas de saúde, encontrando-se no centro das atenções dos media e das políticas de saúde dos governos.

Enquanto dimensão da qualidade em saúde, a segurança do doente é um tema relativamente recente na gestão da saúde. Apesar da qualidade em saúde ter um percurso relativamente longo, 2 a 3 décadas, a questão da segurança do doente é bem mais recente tendo como ponto de partida, à semelhança do que aconteceu com a gestão do risco, a publicação do “*To err is human: building a safer health system*” pelo IOM, no ano 2000 (Carneiro, 2010).

A organização da segurança do doente recorre à divisão dos cuidados de saúde em três níveis: cuidados de saúde primários, cuidados de saúde secundários, ou hospitalares, e cuidados de saúde continuados. Não obstante esta divisão dos cuidados de saúde, a grande parte da investigação em segurança do doente tem o seu enfoque nos cuidados de saúde hospitalares, tal facto, deve-se a um conjunto de fatores entre os quais se destacam: i) é no hospital que se realizam cuidados de saúde que envolvem um maior risco (procedimentos cirúrgicos de grande complexidade, entidades clínicas que requerem longos períodos de

¹² Segurança do Doente, “é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (Direção Geral da Saúde - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente 2001, p. 14).

internamento); ii) a quantidade e diversidade dos cuidados de saúde prestados; iii) a gravidade das situações clínicas (doentes em situação clínica urgente/emergente e doença aguda ou crónica agudizada); iv) sistemas de informação que permitem um melhor acesso à informação disponível; e v) a complexidade que caracteriza estas unidades prestadoras de cuidados (Uva, Sousa & Serranheira, 2010).

Identificar os processos de funcionamento dos hospitais, é uma forma de equacionar as melhores respostas aos problemas e poder atuar de forma preventiva. Prevenir, é equacionar atempadamente os erros potenciais, mas, para que a prevenção aconteça é necessário mudar a cultura de segurança, isto é, mudar a forma de atuação interna das unidades de saúde, o ambiente envolvente face ao doente e, por fim, que o doente seja considerado parte integrante na estratégia de segurança.

Mais importante que resolver erros ocorridos, é que esses erros sejam prevenidos e sujeitos a medidas que combatam a sua possível ocorrência, ou seja, que sejam adotadas medidas preventivas e/ou corretivas. Este aspeto torna a segurança do doente uma atividade operacional que tem muito pouco de conceptual.

Promover a segurança do doente, é uma forma de compreender as intervenções junto do doente quer ao nível individual, quer ao nível da organização de saúde (Kazandjian, 2006). A falta de segurança do doente na prestação de cuidados de saúde, tem implicações a vários níveis e que se traduzem em: i) perda de confiança nas unidades prestadoras de cuidados e nos profissionais de saúde; ii) aumento dos custos relacionados com os danos causados no doente (novos tratamentos, aumento do internamento e pedidos de indemnização); iii) impossibilidade da unidade prestadora de cuidados alcançar os resultados «*outcomes*» esperados (Sousa, 2010).

O conceito de segurança do doente requer, assim, que as unidades de saúde, tal como os profissionais que nelas trabalham, assegurem permanentemente que os tratamentos e as intervenções a que os doentes são submetidos não lhes causem danos, lesões ou complicações, além dos danos consequentes da própria evolução da doença. Como salienta Maria José Ribas, uma unidade de saúde centrada na segurança do doente “assegura-se que acontece ao doente o

que deveria acontecer e não acontece o que não deveria acontecer” (2010, p. 585).

Desta forma, a segurança do doente torna-se um conceito complexo com características muito específicas que tornam difícil a sua abordagem. Esta dificuldade tem origem, essencialmente: i) na complexidade das unidades de saúde devido à missão que lhes é conferida (atividades desenvolvidas, características da população a quem são dirigidos os cuidados de saúde, complexidade dos processos de diagnóstico, tratamento associados ao elevado nível de tecnologia utilizada e finalmente, pelos profissionais com formação muito específica que trabalham em equipas multidisciplinares com um ritmo de trabalho muito intenso); ii) nos múltiplos fatores que conduzem às falhas de segurança, que podem ter a sua origem em falhas estruturais ou nos processos; e não menos importante, iii) na dificuldade que as unidades têm em tratar este tema, essencialmente pelas consequências resultantes das falhas na segurança nos cuidados de saúde (Sousa, 2006).

Objetivamente, este tema assume uma grande importância na prestação de cuidados de saúde, tanto na perspetiva do doente, como dos profissionais de saúde, “cuja “missão” principal consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência possível” (Sousa, Uva & Serranheira, 2010, p. 90).

O acesso a cuidados de saúde de alta qualidade é um direito fundamental do homem reconhecido e valorizado pela União Europeia, suas instituições e pelos cidadãos da Europa. Desta forma, os doentes têm o direito de esperar que todo esforço seja feito para garantir a sua segurança enquanto usuários de todos os serviços de saúde (Declaração do Luxemburgo, 2005; European Commission, 2005).

Com base neste pressuposto, a segurança do doente é, sem dúvida, um tema incontornável que continua na primeira linha das políticas de saúde dos países da Europa, EUA, Austrália e um pouco por todo o mundo. No início deste século, surgiram várias agências internacionais na luta pela segurança do doente em países como o Reino Unido, Canadá, Austrália e Dinamarca, onde se destacam o «*Institute of Health Improvement*», a «*Agency for Health Care Research and Quality*» e Comissão Europeia com a Declaração do Luxemburgo.

Em 2004, na sequência da identificação dos problemas relacionados com a segurança dos doentes durante a prestação de cuidados de saúde, a WHO lançou o movimento «*World Alliance for Patient Safety*», que teve como objetivo coordenar as iniciativas internacionais na área da segurança do doente.

Destacam-se desta iniciativa, o desenvolvimento de uma taxionomia em segurança do doente, através do projeto «*International Patient Safety Event Taxionomy*» (IPSET) após a identificação da ausência de uma linguagem comum e a necessidade de uniformização de alguns conceitos importantes (França, 2005), o «*Clean Care is Safer Care*», o «*Safe Surgery (Surgical Safety Checklist)*», o «*Blood Safety*», o «*Drug Safety*» e por fim o «*Making Pregnancy Safer*» (WHO, 2009).

A este nível de iniciativas, a Declaração do Luxemburgo¹³ emitiu recomendações para que a segurança do doente ocupe um lugar de destaque ao nível nacional dos Estados Membros e ao nível local no setor da prestação de cuidados. Algumas das recomendações ao nível nacional passam por: i) possibilitar aos doentes um acesso pleno e irrestrito aos seus dados pessoais de saúde; ii) análise das vantagens de um sistema nacional, voluntário e confidencial de relato dos eventos adversos; iii) introdução de instrumentos de gestão do risco, iv) otimizar a introdução de sistemas de informação para registo eletrónico dos doentes; v) salvaguardar as condições de trabalho dos profissionais de saúde; vi) incluir na formação regular dos profissionais temas como a segurança dos doentes; e vii) criar uma cultura centrada na aprendizagem com os erros, independentemente de terem resultado em eventos adversos.

Relativamente aos prestadores de cuidados ao nível local, as recomendações passam por: i) estabelecer uma colaboração entre prestadores de cuidados e profissionais de saúde com vista a melhorar a segurança dos doentes; ii) implementar projetos centrados na segurança dos doentes, estabelecendo uma cultura aberta para lidar de forma eficiente com os erros e omissões; iii)

¹³ A Declaração do Luxemburgo em 2005, subordinada ao tema «*Patient Safety Making it Happen*», refere com base em estudos realizados, que o setor da saúde é uma área de risco elevado tendo em conta os efeitos provocados pelos eventos adversos decorrentes dos cuidados de saúde. A Declaração reconheceu que a segurança do doente como um direito em matéria de cuidados de saúde, pelo que recomendou aos Estados Membros a implementação da gestão do risco nas unidades de saúde, a par do desenvolvimento de sistemas de registo de eventos adversos, voluntários e confidenciais. Ficou também explícito, a garantia da confidencialidade dos dados, assim como, a formação dos profissionais de saúde em segurança do doente (Declaração do Luxemburgo, 2005; European Commission. (2005).

promover uma colaboração entre profissionais de saúde e doentes e família de modo a dar conhecimento dos eventos adversos que tenham acontecido ou prevenidos (Declaração do Luxemburgo, 2005; European Commission 2005).

Em 2006, o Conselho da Europa debateu as questões da gestão e segurança e a prevenção eventos adversos nos cuidados de saúde. Deste acontecimento, resultaram recomendações para a necessidade de desenvolver uma cultura de segurança baseada na avaliação dos sistemas de segurança e sistemas de notificação de incidentes (Council of Europe, 2006).

A União Europeia em 2007, incluiu a segurança dos doentes no Programa de Ação Comunitária através do Programa “Juntos para a Saúde: uma abordagem estratégica para a EU 2008-2013” (Comissão das Comunidades Europeias - Livro Branco, 2007)¹⁴.

Em 2008, a Comissão Europeia elaborou um documento com o levantamento dos problemas relacionados com a segurança dos doentes, onde sugere aos Estados Membros a implementação de sistemas de notificação de eventos adversos (Comissão das Comunidades Europeias 2008).

Mais recentemente, em 2009, foram publicadas Sete Recomendações do Conselho da União Europeia aos Estados Membros, que de uma forma genérica recomendam o seguinte:

- Promover o desenvolvimento de políticas e programas em cada estado membro para a segurança do doente;
- Promover a criação e implementação de sistemas de notificação de eventos adversos não punitivos;
- Introduzir a segurança do doente na formação dos profissionais de saúde;
- Classificar a segurança do doente ao nível dos estados membros;
- Desenvolver uma política de partilha de conhecimentos, experiência e boas práticas;
- Desenvolver e promover a investigação no âmbito da segurança do doente. (Conselho da União Europeia 2009; Fragata, 2010).

¹⁴ O Livro Branco tem como objetivo definir um quadro coerente – uma primeira estratégia comunitária para a saúde – que possa nortear as atividades da Comunidade Europeia neste domínio. Estabelece uma estratégia até 2013, data em que procederá a uma reavaliação que constituirá a base para a definição de novas ações (Comissão das Comunidades Europeias 2007).

A realidade portuguesa – enquanto estado membro – relativamente ao estado da segurança do doente, têm vindo a seguir as recomendações do Conselho da União Europeia aos Estados Membros. Através destas recomendações, foram surgindo algumas alterações legislativas e regulamentares relacionadas com a segurança do doente, no sentido de definir “políticas apropriadas a ações a empreender com vista à promoção e disseminação nas instituições prestadoras de cuidados de saúde de melhorias na qualidade e segurança dos doentes” (Bruno, 2010, p. 51).

Seguidamente apresentam-se algumas das iniciativas que emergiram ao nível das políticas de saúde em Portugal.

No ano de 2007, através do Decreto-lei 50-A/2007, foi criada a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, anteriormente designada por Comissão de Humanização e Qualidade de Serviço (Ministério da Saúde, 2007).

Em 2008, foram atribuídas competências à DGS, em matéria de qualidade no sistema de saúde através do Decreto-lei 234/2008 (Ministério da Saúde, 2008).

A DGS, em 2009, após alterações da sua estrutura nuclear, criou o Departamento de Qualidade em Saúde através da Portaria 155/2009 de 10 Fevereiro. No mesmo ano, através do Despacho 6513/2009, a DGS introduziu alterações ao Departamento de Qualidade em Saúde e criou a divisão de Segurança do Doente, atribuindo-lhe competências para gerir a notificação de eventos adversos ocorridos durante a prestação de cuidados de saúde (Ministério das Finanças da Administração Pública e da Saúde, 2009).

Ainda em 2009, através do Despacho 14223/2009, a DGS aprovou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde que inclui nas suas estratégias a Segurança do Doente. Através desta estratégia, a DGS cria também um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos, de natureza não punitiva (Ministério da Saúde, 2009).

No contexto do que foi referido, a segurança do doente em Portugal, encontra-se a iniciar-se em questões de regulamentação, não havendo ainda evidências que permitam avaliar a situação dos danos causados por eventos adversos (Faria, 2010), contudo, é lícito afirmar que Portugal está a cumprir as recomendações do Conselho da União Europeia aos Estados Membros para criação de um programa nacional que tem a segurança do doente como uma prioridade.

Apesar dos esforços realizados por alguns países, incluindo Portugal, a segurança do doente encontra-se “de uma forma geral, a dar os seus primeiros passos sendo que, numa grande parte dos países, se caracteriza por ser fragmentada e pouco valorizada” (Uva, Sousa, & Serranheira, 2010, p. 91).

Com base na experiência de outros países, como é o caso de EUA, a cultura de segurança do doente assenta necessariamente em princípios básicos que é necessário sedimentar: i) Prevenir o dano é sempre melhor e mais barato para as organizações e para os doentes; ii) As unidades prestadoras de cuidados devem ter uma responsabilização cada vez maior na prevenção de eventos adversos; iv) A necessidade de existência de um defensor do doente para o proteger e representar; v) O doente tem direito a saber os níveis de experiência e competência de quem o trata; vi) Tornar os relatórios de erro ou eventos adversos obrigatórios por lei; vii) Desenvolver os Sistemas de Informação nas organizações prestadoras de cuidados de saúde (Faria, 2010).

Neste contexto, é possível afirmar que a prestação de cuidados de saúde nas unidades hospitalares, observa uma elevada complexidade dos sistemas em que estes ocorrem, que na maioria dos casos, apresentam uma deficiente conceção ou “não integram as reais características, capacidades e limitações do homem (fator humano)”, levando a erros ou falhas (Uva, et al. 2010, p. 1).

Com vista ao desenvolvimento de uma perspetiva preventiva e à conseqüente redução da taxa de incidência de eventos adversos, seria preferível e mais eficaz “investir na conceção de todos os elementos do sistema de prestação, incluindo: i) “arquitetura/design hospitalar”; ii) os “suportes à prestação de cuidados” e iii) o desenvolvimento, aplicação e avaliação de soluções inovadoras, com o objetivo de diminuir ou evitar esses acontecimentos indesejados (eventos adversos)” (Uva et al. 2010, p. 1).

Desta forma, a segurança do doente não se restringe apenas a aspetos individuais, mas também, a aspetos organizacionais e técnicos como as características organizacionais e ambientais em que decorre a prestação de cuidados de cuidados de saúde.

3.1. Erro e eventos adversos

Até há bem pouco tempo não existia uma abordagem sistemática e organizacional dos fatores que contribuem para a diminuição da segurança dos cuidados de saúde prestados aos doentes. Surge então, uma definição de novas metodologias científicas, que para além de desenvolver uma filosofia de não culpabilização dos profissionais responsáveis pelos erros, uma vez que muitos dos erros são efetuados por profissionais responsáveis e dedicados, inclui a definição dos diversos eventos possíveis, em termos de segurança do doente. Os termos mais utilizados nesta terminologia são o erro, os eventos adversos e os «*near-misses*» (Carneiro, 2010).

O erro¹⁵ em cuidados de saúde, tem sido referido como resultado de uma prestação de cuidados de saúde progressivamente mais complexos e agressivos para o doente, que mais frequentemente do que seria desejável, conduzem a danos. Inicialmente era expectável que, recursos humanos qualificados e treinados, recursos físicos modernos e tecnicamente sofisticados garantissem largamente a segurança dos cuidados de saúde (França, 2005).

Efetivamente, os erros, sejam eles de destreza (por gestos errados), de decisão (por má decisão, desconhecimento ou inexperiência) ou de perceção (as condições de perceção são más devido a deficiente informação, visibilidade ou perturbação dos sentidos), por si só não provocam danos, mas quando associados fatores como: i) práticas clínicas frágeis; ii) deficiente comunicação entre profissionais; iii) formação insuficiente, iv) ausência de protocolos e v) fadiga dos profissionais, podem provocar sérios danos aos doentes (França, 2005; Fragata, 2011; Fragata, 2010; Carneiro, 2010).

No entanto, o erro pode ser previsível, não chegando a causar o dano que a sua trajetória previa, isto é, não provoca qualquer dano no doente – «*near miss*»¹⁶.

¹⁵ Conforme descrito na Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente da Direção Geral da Saúde “Erro é a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução” (2011:15). Por exemplo, se o rastreio do cancro colon envolve testes regulares para pesquisa de sangue oculto, a realização de uma colonoscopia de rastreio na ausência de teste prévio para pesquisa de sangue oculto compreende um erro de comissão (aplicação de um plano incorreto), ao passo que a falha em providenciar o teste para pesquisa de sangue oculto constituiria um erro de omissão.

¹⁶ Trata-se de uma situação clara de trajetória de acidente em que todos os fatores se alinharam para que o acidente se reproduzisse, no entanto, foi possível recuperar e inverter essa tendência impedindo um mau resultado, ou seja, recuperando o acidente. Estamos na presença de um

Mas, se acontecer uma sucessão de erros, pode provocar um acidente de onde resultam danos para o doente (Fragata, 2006). Os danos resultantes dos erros, sejam processuais ou físicos, são denominados de eventos adversos e podem causar lesões de maiores ou menores dimensões, que poderão ser transitórias ou definitivas.

Os erros acontecem com frequência, no entanto, os eventos adversos¹⁷ que lhe advêm são bem mais raros. Estima-se que ocorram erros em cerca de 10 a 15% dos internamentos hospitalares, destes, 60% não causam danos e 50 a 70% são considerados preveníveis. No entanto, cerca de 35% dos erros causam danos ligeiros ou moderados e os restantes 5% causam danos gravíssimos (Fragata, 2006; Fragata, 2010; Lage, 2010).

Os eventos adversos podem ocorrer, e ocorrem, em todas as especialidades médicas e cirúrgicas, sendo as seguintes causas, as mais comumente apontadas como responsáveis pelos eventos adversos:

- Prescrição de medicamentos – troca de medicamento; interação medicamentosa grave; duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na sua ação; atraso no início do tratamento; troca de identificação do doente;
- Diagnóstico – atraso ou ausência de diagnóstico; não realização de procedimentos de rastreio; atraso ou ausência de avaliação de resultados de exames; interpretação incorreta de resultados; vieses de decisão; troca de identificação do doente.
- Comunicação – troca de identificação do doente; atraso ou falha na comunicação com o doente; comunicação ineficaz entre médico-doente quanto ao diagnóstico ou tratamento.

incidente que não alcançou o doente (por exemplo, adaptar uma unidade de sangue à via endovenosa do doente errado, mas detetar o erro antes de iniciar a transfusão). Os «near miss» têm um papel fundamental, pois sendo facilmente reportáveis, permitem conhecer trajetórias de acidente e preveni-las.

¹⁷ Como descreve o Prof. José Fragata, um evento adverso “é um evento negativo que ocorre como consequência do tratamento e não da doença ou das comorbilidades associadas” (2006:195). Efetivamente, trata-se de um incidente que resulta em danos para o doente, mas não implicam erros ou atitudes negligentes, podem ser evitáveis ou inevitáveis, causando danos físicos ou meros transtornos do fluxo do tratamento, com perda de eficiência e agravamento dos custos, por exemplo, transfundiu-se a unidade de sangue errada e o doente morreu na sequência de uma reação hemolítica.

- Organização – circuito do doente dentro do sistema; falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções desde a entrada até à saída do doente.
- Registo – ausência de registo; troca de identificação de doente.
- Capacitação – não valorização do risco de erro por parte de profissionais e utentes; desconhecimento de medidas de prevenção.
- Notificação – desconhecimento da existência de eventos adversos em circunstâncias semelhantes e respetivas soluções (Ribas, 2010).

Com base no conhecimento e divulgação dos números de eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde, alguns países como EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Dinamarca, França, Espanha e mais recentemente Portugal, realizaram estudos retrospectivos baseados em registos clínicos, no sentido de perceberem a dimensão do problema nos seus hospitais (Bruno, 2010).

A referência aos danos provocados nos doentes relacionados com tratamentos médicos, data de 1991 e baseou-se no «*Harvard Medical Practice Study*», através da análise de 30195 processos clínicos em 51 hospitais de Nova York em 1984. Neste estudo foi possível concluir que ocorreram 1113 eventos adversos (3,7%) em que destes, 19% estavam relacionados com a medicação, 14% com infeções, 13% com complicações técnicas e cerca de 48% associados à cirurgia. Em cerca de 13% dos casos o evento adverso resultou em morte (Leap, 1991).

Em 1992 Thomas, J. et al. realizou um estudo no «*Utah Colorado Medical Practice Study*», onde foram analisados 14700 processos clínicos de doentes internados em 26 hospitais, onde foram identificados 475 eventos adversos correspondendo a uma taxa 2,9%. Cerca de 6,6% dos casos resultaram em morte (Thomas, et al 2000).

Também a Austrália em 1995 realizou um estudo, o «*Australian Quality Health Care Study*» onde foram analisados 14179 processos clínicos em 28 hospitais que identificaram uma taxa de 16,6% de eventos adversos. Em cerca de 13,7% dos casos resultou em incapacidade permanente e em 4,9% dos casos resultou em morte (Wilson, et al.1995).

O relatório do Institute of Medicine (IOM) em 1999 «*To err is human – Building a Safer Health System*» referia que entre 44000 a 98000 pessoas morreram por

ano como resultado de eventos adversos ocorridos durante os tratamentos. Os custos reportados às consequências dos eventos adversos foram estimados em cerca de 17 a 29 biliões de dólares. (Kohn, Corrigan, & Molla, 1999).

Em 2002 o Departamento de Saúde do Reino Unido (NHS) publicou o estudo «*An Organisation With a Memory*» onde foi estimado, que das 85000 hospitalizações por ano, cerca de 10% dos doentes foram vítimas de um evento adverso. Cerca de 400 doentes morreram ou ficaram com lesões graves. Foi referido ainda, que cada evento adverso aumentou o tempo de internamento em média 7 dias com um custo de 400 milhões de libras por ano (Department of Health, 2000).

A Dinamarca no ano 2000 publicou um estudo intitulado «*The Danish Adverse Event Study*», que utilizando uma amostra de 1907 processos clínicos de doentes internados em 17 hospitais, concluiu que ocorreram 176 eventos adversos, o que correspondeu a uma taxa de incidência de 9%, dos quais 40% eram preveníveis (Schjøler, et al. 2001).

No Canadá, em 2004, foi publicado o «*Canadian Adverse Event Study*» que analisou 3745 processos clínicos de doentes internados, onde identificou 255 eventos adversos, o que representou uma taxa de 7,5%, destes, 36,9% eram preveníveis (Backer, et al. 2004).

Em 2006, a Espanha realizou um estudo a nível nacional sobre eventos adversos em hospitais, onde apurou que cerca de 9,3% dos doentes sofreram um evento adverso, sendo considerados preveníveis cerca de 42,6%. Os eventos adversos prolongaram o internamento (31,4%) e 24,4% resultaram em reinternamentos (Ministério de Sanidad y Consumo, 2006).

Em 2007, a França realizou também um estudo com base num inquérito nacional a 8754 doentes internados e concluiu que a taxa de eventos adversos era de 6,6‰ dias de hospitalização. Neste estudo apurou que cerca de 35,4% dos eventos adversos eram preveníveis (Mitchel et al., 2007).

Segundo um estudo realizado na Alemanha por Rainer Kram, em 2008, o Comité Nacional publicou que ocorreram entre 30000 a 80000 incidentes por ano no país. Os eventos adversos nos cuidados de saúde estão nas dez principais causas de morte no país, de onde resultam cerca de 50000 e 100000 mortes por ano como resultado direto ou indireto de cuidados de saúde (Bruno, 2010).

Em Portugal, durante muitos anos não existiu qualquer evidência do número de eventos adversos resultantes dos cuidados de saúde nos hospitais portugueses. Alguns autores consideraram como hipótese, que se os hospitais portugueses tiverem o mesmo nível de fiabilidade dos hospitais dos EUA, então, é possível estimar que poderão ocorrer entre 1300 e 2900 mortes anuais em consequência de eventos adversos (Fragata & Martins, 2004).

À semelhança do que aconteceu em outros países, em 2011 foi publicado um estudo retrospectivo¹⁸ que analisou a ocorrência de eventos adversos em doentes internados em hospitais do SNS. O estudo foi realizado em três hospitais públicos da região de Lisboa e teve por base a informação contida nos processos clínicos de uma amostra de 1669 doentes internados, de um total de 47783 admissões, referentes ao período de 01 de janeiro a 31 dezembro de 2009.

Como resultados, destacam-se 365 processos (21,9%) que apresentavam pelo menos um dos dezoito critérios de positividade, a taxa de incidência de eventos adversos foi de 11,1%, em que cerca de 53,2% eram considerados evitáveis. A maioria dos eventos adversos (60,3%) não causou dano, ou casou dano mínimo o que levou em 58,2% dos eventos adversos a um prolongamento do internamento em média de 10,7 dias (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes 2011).

Após a realização de todos estes estudos nos diversos países, foi possível identificar taxas de ocorrências de eventos adversos entre 4% e 17% do total de admissões realizadas em hospitais. Estes números representaram um sério problema, para o qual são necessárias respostas rápidas e efetivas no sentido de ser identificado o cerne dos problemas e definir estratégias preventivas para este tipo ocorrências.

Algumas estratégias passaram por criar algumas agências especializadas, onde se destacam a «*National Patient Safety Agency*» no Reino Unido, a «*Danish Society for Patient Safety*» na Dinamarca e a «*Australian Patient Safety Foundation*» da Austrália. Igualmente importante, foi a iniciativa que alguns países tiveram na implementação de sistemas nacionais de notificação de eventos adversos de carácter voluntário, dando início a uma cultura de

¹⁸ Segurança do Doente - Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade.

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

aprendizagem (aprender com os erros) em detrimento de uma cultura de culpabilização.

Os sistemas de notificação são sem dúvida um tema importante na segurança do doente nas unidades hospitalares, motivo pelo qual, será o assunto a desenvolver no próximo capítulo.

4. Sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos

A investigação em segurança do doente, demonstra que 4 a 17% dos doentes que recebem cuidados de saúde em unidades de saúde hospitalares, são afetados por eventos adversos e que 50 a 70% são preveníveis (Fragata, 2010; Uva, Sousa & Serranheira, 2010).

Num esforço conjunto, alguns países por todo o mundo, já referidos no capítulo anterior, realizaram estudos sobre o elevado ónus económico que a ocorrência de eventos adversos pode ter nos sistemas de saúde. Estes estudos, concluíram que os custos são elevadíssimos, representando em alguns países, cerca de 1% do orçamento anual destinado aos cuidados de saúde (Porto, Martins, Mendes & Travassos, 2010).

A prevenção dos eventos adversos tornou-se, assim, uma preocupação internacional devido às elevadas taxas de lesões e mortes evitáveis. Em resposta a este problema, a WHO, num esforço global, criou em 2005 a «*World Alliance for Patient Safety*» para agilizar esforços no sentido de tornar os cuidados de saúde mais seguros. Na procura pela melhoria da segurança, um dos aspetos negativos identificado, tanto para doentes como para profissionais, é a aparente falha dos sistemas de saúde em aprenderem com os seus erros. Demasiadas vezes, nem os profissionais, nem os prestadores de cuidados de saúde, partilham as suas experiências, ainda que negativas, e o que aprenderam quando ocorre uma análise de um erro. Como consequência, os mesmos erros ocorrem repetidamente e os doentes continuam a ser lesados por erros evitáveis (Lage, 2010).

Uma das estratégias para promover a segurança do doente durante a prestação de cuidados de saúde, passa pela divulgação dos erros e consequentes danos que atingiram os doentes. Para este efeito, tem sido recomendado o desenvolvimento de sistemas de notificação, com o objetivo de promover a melhoria da segurança do doente com a aprendizagem (WHO, 2005), contribuindo desta forma, para a promoção da saúde e prevenção da doença, através da intervenção dos serviços de saúde pública, na vigilância epidemiológica dos incidentes e eventos adversos (Gomes, 2001).

Um sistema de notificação eficaz, pode ser o ponto de partida para a prática de cuidados seguros dentro de uma unidade hospitalar e nesse sentido, ser uma

medida efetiva para desenvolver uma cultura de segurança. Contudo, uma prática eficaz de notificação de incidentes não pode ficar confinada apenas ao nível local, isto é, à unidade de saúde onde ocorrem os incidentes. É necessário que esta comunicação seja divulgada, também, através dos sistemas a nível regional e nacional.

Se um evento e a análise dos resultados, não são reportados a uma entidade externa, as experiências aprendidas permanecem no interior da unidade saúde, levando a oportunidade de generalizar o problema e de desenvolver uma solução mais eficiente e generalizada, a perder-se. Em contraste, se o evento é reportado e os resultados da investigação são registados numa base de dados, o evento pode ser agregado com incidentes semelhantes e daí surgir uma variedade de soluções para o problema.

O propósito de efetuar a notificação de incidentes e eventos adversos é aprender com a experiência. É importante notar, que o relatório da notificação em si não melhora a segurança, é a resposta aos relatórios que leva à mudança. Reportar um evento sério ou um potencial evento adverso sério, deve desencadear uma investigação de fundo para identificar falhas do sistema subjacente e levar a esforços para redesenhar o sistema para prevenir a sua recorrência. O ponto mais importante é, que o sistema deve produzir uma resposta visível e útil para justificar os recursos despendidos e estimular os profissionais e unidades de saúde a reportar. O sistema de resposta é mais importante que o sistema de relato (World Health Organization, 2005).

Os sistemas de notificação, estão hoje disponíveis em muitos países e podem assumir duas filosofias distintas: sistemas de aprendizagem «*learning*» e sistemas de responsabilização «*accountability*».

O sistema de aprendizagem permite a notificação com vista à aprendizagem e melhoria da segurança do doente. O sistema de responsabilização é compulsivo e restrito a eventos sentinela¹⁹ «*never event*»), que devem ser do conhecimento das autoridades competentes e ficarem sujeitos a uma investigação para apurar as causas em que ocorreram (RCA). Alguns países, utilizam um sistema

¹⁹ Eventos sentinela ou «*never events*» são eventos adversos que causaram danos graves no doente, incluindo a morte, que ocorrem isoladamente e sempre de uma forma inesperada. Estes eventos requerem uma investigação que revele as falhas de processo ou organização que estão na origem das causas do acidente.

combinado de reporte voluntário e de declaração obrigatória para eventos que provoquem dano permanente ou morte nos doentes (Fragata, 2011).

Os sistemas de notificação devem permitir o relato destas ocorrências, ou de qualquer outra preocupação de segurança que seja detetada no local da prestação de cuidados. Este relato tem essencialmente dois objetivos: i) aumentar a sensibilidade aos incidentes e eventos adversos e os riscos inerentes às características do local de trabalho; e ii) gerar informação útil e implementar medidas para corrigir as fragilidades detetadas através da análise local do incidente (Lage, 2010).

Não obstante as recomendações efetuadas por organismos internacionais, o processo de implementação de sistemas de notificação é um processo lento, que necessita de profissionais motivados para a sua aplicação e também de uma estrutura organizacional capaz de realizar a análise das ocorrências e produzir informação de retorno. Os profissionais de saúde têm referido algumas barreiras na aceitação dos sistemas de notificação, onde se destacam: i) o medo de uma eventual punição; ii) a falta de tempo para notificar devido à sobrecarga de trabalho; iii) considerarem o sistema inútil, principalmente se não houver feedback adequado relativamente aos relatos efetuados; e iv) dificuldade em entender a taxionomia existente em segurança do doente, como por exemplo, entender a definição termos como erros, falhas, incidentes e eventos adversos (Bañeres, Orrego, Suñol, & Ureña 2005; Lage, 2010).

No entanto, foram igualmente referidas algumas medidas consideradas como incentivos à implementação dos sistemas de notificação, onde se destacam: i) a rápida introdução de medidas corretivas para os incidentes detetados; e ii) a informação de retorno produzida para quem notifica.

Em todo este processo, torna-se necessário que sejam tidos em conta alguns princípios fundamentais: i) o papel fundamental da notificação é melhorar a segurança do doente através da aprendizagem com os erros; ii) a pessoa que notifica não deve ser sujeito a medidas punitivas ou outras medidas como forma de represálias; iii) os relatórios produzidos só terão valor se tiverem por base fins construtivos (Lage, 2010).

A WHO refere algumas características, consideradas essenciais, para o sucesso de qualquer sistema deste tipo. Muitas destas características, derivam de uma

longa experiência em cuidados de saúde e outras indústrias de alto risco, já referidas ao longo deste trabalho, particularmente a aviação. As características essenciais são: Não punitivo; Confidencial; Independente; Efetuar uma análise pericial; Ter credibilidade; Tempo - os relatórios devem ser analisados atempadamente e as recomendações devem ser prontamente disseminadas; Orientado para o sistema; e Ser capaz de dar resposta (World Health Organization, 2005).

Com base nas características apresentadas, enunciam-se de seguida as recomendações do Conselho da Europa – Comité de Ministros aos Estados Membros sobre a gestão da comunicação de incidentes e prevenção de eventos adversos nos cuidados de saúde.

- O principal objetivo do sistema de notificação de incidentes, é a melhoria da segurança do doente, aprendendo através de situações adversas ou erros cometidos. Reportar os incidentes e manter uma base de dados, é apenas importante se se proceder à análise e avaliação dos mesmos e à partilha dos resultados obtidos com os elementos envolvidos no incidente, ou com outros que possam deles usufruir;
- O sistema não objetiva identificar ou punir os profissionais envolvidos no incidente relacionado com a segurança do doente;
- Um incidente poderá ser reportado por profissionais de saúde, utentes ou familiares, cuidadores informais ou outros envolvidos na prestação de cuidados;
- Um relato de incidentes deve:
 - ✓ Preferencialmente, ser de natureza voluntária: na maioria das situações, é o profissional envolvido o único que conhece as circunstâncias do acontecimento, do erro ou da situação adversa (em alternativa o relatório pode ser obrigatório da parte da instituição, dando aos organismos de gestão e controlo, uma oportunidade de avaliar a instituição em relação a um padrão ou uma obrigação). Um sistema obrigatório pode desmotivar por completo o profissional diretamente envolvido nos cuidados, a participar no sistema de notificação de incidentes.

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

- ✓ Ser no mínimo confidencial, no entanto, se a intenção é analisar o incidente e adquirir conhecimento a partir do mesmo, os nomes dos envolvidos deverão ser conhecidos localmente, isto é, dentro da própria instituição.
 - ✓ Ser anónimo, pelo menos a nível regional e nacional.
 - ✓ Ser não punitivo;
 - ✓ Ser objetivo nos resultados e nas recomendações;
 - ✓ Encorajar todos os profissionais a reportar todos os incidentes, independentemente da sua natureza;
 - ✓ Providenciar incentivos, por exemplo, reconhecimento aos que reportam os incidentes;
 - ✓ Receber relatórios de eventos graves, ou fatais, causados por incidentes, quase acidentes e situações perigosas que poderiam pôr em causa a segurança do doente;
 - ✓ Ser independente dos processos de regulação ou acreditação;
 - ✓ Usar um formato único de relatório de incidentes, preferencialmente incluindo categorias discretas, para mais tarde se reportar aos organismos públicos ou efetuar outras análises. Quando existe à partida uma variedade de formatos de relatórios de incidentes, deverá ser definido um conjunto de dados mínimos, que deverá ser utilizado nos relatórios subsequentes.
- O maior efeito na melhoria da segurança é gerado localmente, quando o sistema de notificação é parte de um sistema de melhoria contínua da qualidade.
 - ✓ Iniciativas locais de melhoramento de qualidade segurança, devem ser promovidas nas unidades de saúde.
 - ✓ A avaliação da política de segurança do doente deverá começar no nível mais baixo possível do serviço.
 - Deve ser definido e implementado um enquadramento conceptual a nível nacional para a gestão de incidentes, de forma a recolher através dos sistemas locais, os incidentes relativos à segurança do doente para os quais, o conhecimento adquirido e respetivas ações desenvolvidas poderão prevenir futuras ocorrências. Quando apropriado esta informação poderá ser partilhada com as organizações relacionadas

com a segurança do doente, ou com departamentos governamentais de outros países europeus;

- O objetivo final, a ser atingido após a experiência desenvolvida a nível local, é que o sistema nacional de relato de incidentes, deve ser considerado: Compreensivo, cobrindo todos os níveis e áreas dos serviços prestadores de cuidados de saúde.
- Uma base de dados, regional, nacional e internacional é particularmente útil para descobrir falhas sistemáticas e acumulação de certos incidentes ou falhas de equipamentos novos, que podem não ser logo identificados a nível local, por outras palavras, aqueles que apenas são revelados por uma base de dados mais alargada. De forma a garantir a representatividade da informação, e minimizados possíveis desvios, devem ser utilizados métodos rigorosos. As instituições devem estar preparadas com os recursos apropriados para atingir este objetivo;
- O desenvolvimento de um sistema de relato on-line, poderá estabelecer uma base de dados nacional e europeia de fácil manutenção e economicamente mais viável;
- No que respeita à necessidade de tornar o relatório de incidentes numa obrigação legal, a experiência varia em diferentes países;
- No decurso do desenvolvimento de um sistema de notificação, pode ser uma vantagem, ter em curso os sistemas de reclamações, de compensação de doentes e supervisão dos profissionais de saúde. Estes sistemas devem complementar o sistema de relato de incidentes e em conjunto, devem formar um sistema integrado de gestão do risco clínico e não clínico.

Segundo estas recomendações e orientações, os sistemas de notificação estão disponíveis um pouco por todo o mundo, dos EUA à Europa, do Japão à Austrália, apresentando filosofias distintas, isto é, uma filosofia de aprendizagem com os erros ou de responsabilização.

A realidade de Portugal, relativamente aos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, é ainda muito recente, contudo, já são conhecidos alguns

sistemas de notificação, onde se destacam: o Sistema de Fármaco vigilância²⁰, o Sistema Nacional de Vigilância de Dispositivos Médicos, da competência do Instituto Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. e o Sistema Nacional de Hemovigilância da responsabilidade do Instituto Português do Sangue.

Atualmente, ao nível das unidades de saúde hospitalares também já se encontram implementados sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos. Inicialmente a notificação era efetuada em suporte de papel (Lage, 2010), o que ainda se verifica em algumas unidades hospitalares, contudo, a evolução dos sistemas de informação veio permitir a possibilidade de efetuar a notificação dos eventos adversos em modernos sistemas de notificação eletrónicos.

A exemplo desta evolução destacam-se várias unidades hospitalares em todo o país, onde se inclui a unidade hospitalar onde se realizou este estudo: Centro Hospitalar Barreiro Montijo – EPE; Centro Hospitalar Lisboa Central – EPE; Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga – EPE; Hospital de Santo André – EPE; Grupo José de Mello Saúde constituído pelas unidades hospitalares CUF Infante Santo, CUF Descobertas, CUF Porto, e Hospital de Braga e Clínicas (RISI, 2011).

O sistema de notificação de eventos adversos implementado na unidade hospitalar onde se realizou este estudo, utiliza um software “Gestão do Risco” que tem como meta “minimizar o eventual impacto negativo resultante da sua materialização, ao nível da empresa e dos seus *stakeholders*, bem como avaliar as relações de retorno – risco tendo em vista a aplicação de soluções de *hedging* e de otimização do portefólio de negócios” (RISI, 2011).

Este sistema tem como objetivos: i) desenvolver uma cultura de segurança com recurso a uma abordagem sistémica; ii) Implementar o sistema de notificação para identificar os riscos e desenvolver ações que visam diminuir/eliminar as causas chave. As ações visam na sua essência, criar informação de retorno aos profissionais e podem assumir a forma de alteração de procedimentos, recomendações de boas práticas e definição de medidas de segurança; iii)

²⁰ Os sistemas de fármaco vigilância tem como função coligir, recolher e avaliar informação sobre reações adversas provocadas pelos medicamentos e estabelecer responsabilidades junto dos responsáveis pela introdução no mercado, dos profissionais de saúde e outras autoridades de saúde.

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

diminuir a ocorrência de eventos adversos, que representam custos significativos e eventuais danos na imagem/credibilidade do centro hospitalar; iv) desenvolvimento de indicadores que permitem medir e melhorar a qualidade de serviços de saúde prestados (RISI, 2011).

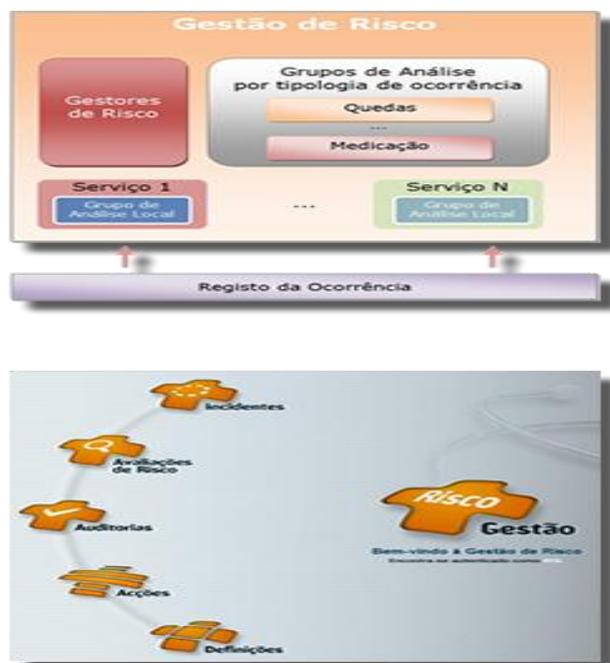


Figura 1. Esquematização da Gestão do Risco (em cima) e imagem de início do registo de incidentes no software.

Fonte: Recursos Ideias Soluções Informática (RISI). www.risi.pt

A metodologia adotada para o registo de incidentes é a definida pela «*The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*» da WHO.

Apresentam-se seguidamente algumas das funcionalidade deste sistema:

- Parametrização da informação que se pretende obter para cada tipo de incidente;
- Gestão do Incidente;
- Gestão de Planos de Ações;
- Indicadores;
- Registo de Incidentes;
- Acompanhamento da resolução do incidente;
- Notificação automática do Grupo de Análise;
- Notificação automática do responsável pelo registo;

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacto da sua aplicação

- Realização / Acompanhamento de ações de mitigação de riscos.

A metodologia de avaliação do risco é realizada através de:

- Identificação de Perigos e Riscos - definição do Grupo de Avaliação e identificação de evidências dos perigos;
- Recolha individual do Nível de Risco (Probabilidade x Gravidade) - Opinião de cada avaliador acerca do risco inerente de cada perigo;
- Definição individual de causas potenciais por parte de cada avaliador;
- Determinar os riscos críticos – em sessão de «*brainstorming*» com o Grupo de Avaliação;
- Determinar as causas chave dos riscos críticos – ferramenta gráfica de RCA;
- Definição do Plano de Ações.

Este sistema permite aos profissionais, que notificam, a utilização de uma grelha de classificação dos mecanismos de ocorrência dos incidentes e assumem um papel disseminador, através da prática, de uma cultura de segurança. Apresentam também a particularidade de serem dotados de um «*front office*», para quem notifica e um «*back office*» para onde são transportados os dados reportados, permitindo desta forma, uma análise posterior dos acontecimentos pelo grupo de análise (Fragata, 2011).

De forma geral, pretende-se que sejam notificados todos os eventos, anómalos, que tenham interesse para a aprendizagem, onde se destacam: eventos adversos, eventos sem dano²¹, «*near miss*» e riscos²². Para realizar este processo, é importante que configurem na estrutura do sistema alguns pontos fundamentais:

- Características do doente;
- Características do evento – com dano, sem dano, «*near miss*» ou risco e a descrição sumária do incidente;
- Fatores que contribuíram para a ocorrência do incidente:
 - ✓ Fatores humanos e de equipa;
 - ✓ Fatores organizacionais;

²¹ Trata-se de um incidente que atingiu o doente mas não resultou em danos físicos (Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009).

²² São situações com grande probabilidade de ocorrência de um incidente, devem por isso, ser reportados de modo a prevenir futuros eventos (Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009).

- ✓ Fatores ambientais.
- Impacte do acidente – consequências produzidas no doente e organização;
 - ✓ Consequências sobre o doente: sem dano, danos ligeiros, danos moderados, danos graves e morte;
- Fatores de recuperação ou mitigação do evento – as medidas que foram tomadas (corretivas ou preventivas) para minimizar os danos causados (Fragata, 2011).

Os sistemas de notificação tiveram uma evolução progressiva em torno do que permitiam relatar. Atualmente, é possível notificar incidentes relacionados com: i) Administração clínica; ii) Processo/procedimento clínico; iii) Documentação; iv) Infecção associada aos cuidados de saúde; v) Medicação e fluidos IV; vi) Sangue e hemoderivados; vii) Dieta e alimentação; viii) Oxigénio, gases e vapor; ix) Dispositivos e equipamentos médicos; x) Comportamento; xi) Acidentes do doente; xii) Infraestrutura, edifício e instalações; e xiii) Recursos e Gestão organizacional (WHO - Conceptual Framwork for the International Classification for Patient Safety, 2009).

Regra geral, os incidentes e eventos adversos notificados são do conhecimento do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, que tem como responsável o Gestor do Risco da unidade hospitalar, dos Diretores Clínicos e de Departamento, assim como, dos Enfermeiros Chefes.

O Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente no seguimento da notificação de incidentes e eventos adversos, desenvolve iniciativas neste âmbito onde se destacam: i) Identificação e avaliação continuada de riscos clínicos, seus fatores causais e proposta de medidas preventivas; ii) Gestão do sistema de notificação de incidentes, sua investigação e seguimento; iii) Análise de reclamações e de queixas que permitem a identificação precoce de riscos; iv) Realização de auditorias clínicas; e v) Promoção de formação na área de gestão do risco clínico e da auditoria clínica em articulação com o Centro de Educação e Formação (CHBM - Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, 2011).

Contudo, os eventos podem ser reportados a organismos externos com atividade reguladora, que recebem as notificações das organizações e posteriormente

fazem a publicação da sua análise a par de recomendações para implementação de medidas corretivas ou preventivas.

Atualmente, Portugal aguarda pela criação de um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos da competência da DGS – Divisão de Segurança do Doente que terá como finalidade: i) melhorar a segurança do doente; ii) promover a melhoria contínua; iii) promover uma cultura de segurança pro ativa; iv) promover uma cultura de segurança transparente de caráter não punitiva; e v) criar indicadores de segurança.

Inicialmente o sistema nacional será implementado em algumas organizações piloto, que avaliarão a sua aplicabilidade e eficácia e só depois será aplicado a todo o território nacional. O sistema será disponibilizado a todas as unidades de saúde, independentemente do nível de cuidados, do setor público e privado, motivando os profissionais para a notificação (Costa, 2011).

Este será um passo determinante na prevenção de eventos adversos, principalmente nas unidades hospitalares, e será com certeza, um marco importante para desenvolver e avaliar uma cultura de segurança do doente.

CAPITULO II – PROBLEMÁTICA E DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

1. Problemática e questões de investigação

Escolher e formular um problema de investigação²³ não é mais que encontrar um domínio de investigação de interesse e importância. Nesta fase da investigação – Fase Conceptual – a revisão de literatura torna-se importante para integrar o problema no contexto dos conhecimentos atuais, relativamente ao problema em estudo. Como observam os autores, Marconi & Lakatos citando Rudio (1978),

“Formular um problema consiste em dizer, de maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com a qual nos defrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando suas características. Desta forma, o objetivo da formulação do problema é torná-lo individualizado, específico, inconfundível.”

Marconi & Lakatos (1994, p.161)

É durante a escolha do problema de investigação que se define o domínio a estudar. É nesta fase, que face a uma situação problemática, se define a questão de investigação, a partir da qual, se inicia a revisão da literatura, se situa o domínio do estudo no contexto dos conhecimentos atuais e se elabora o quadro conceptual.

No domínio estudado, referente ao sistema de notificação de eventos adversos, numa realidade muito recente, foram identificados alguns problemas ao nível da segurança do doente, onde se destaca a notificação de eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

Até há relativamente pouco tempo, nada era feito, ou quase nada, para assegurar a segurança dos doentes, sendo estes, o objeto de cuidados de saúde numa unidade hospitalar. Atualmente, a abordagem da segurança do doente sofreu algumas alterações na forma como é entendida pelos profissionais e pelas unidades de saúde, nomeadamente, a desresponsabilização do

²³ Uma investigação tem como ponto de partida um problema que necessita de uma explicação, ou pelo menos, de uma melhor compreensão. Conclui-se então, como refere Marie-Fabienne Fortin citando Adebo (1974), que um problema de investigação “é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação” (2003, p. 39). Após a identificação desta situação problemática, inicia-se o processo de investigação com a finalidade de fornecer elementos úteis ao conhecimento e ao melhoramento do problema.

profissional responsável pelo erro²⁴, com conseqüente orientação para uma abordagem sistemática. Com o surgimento de uma abordagem sistemática, prospetiva e organizacional dos fatores que contribuem para a segurança do doente, surgiu a necessidade de redefinir metodologias próprias nesta área.

No campo complexo que é a segurança do doente, torna-se imperativo que as distinções terminológicas sejam definidas, para que em estudos retrospectivos seja possível ter uma ideia da frequência e natureza dos eventos adversos, se eram preveníveis e quantificar os que provocaram danos nos doentes. No entanto, o principal problema relativamente aos eventos adversos, é a declaração da sua incidência. Como muitos deles não têm tradução em termos de dano importante nos doentes, torna-se difícil, ou quase impossível, identificar a sua frequência, natureza e conseqüências reais.

Para ultrapassar este problema de notificação, as unidades de saúde hospitalares implementaram sistemas de notificação, de forma que os profissionais de saúde possam reportar os eventos adversos de forma anónima, criando uma base de dados com informação atualizada, que pode e deve ser analisada retrospectivamente, com o objetivo de implementar medidas corretivas e/ou preventivas.

Não obstante a implementação de sistemas de notificação, começa a emergir uma necessidade de avaliar esses mesmos sistemas, através das suas características, potencialidades e impacte que a sua implementação tem na segurança do doente ao nível das unidades hospitalares. No contexto da problemática do estudo apresentado, foram levantadas as seguintes questões de investigação²⁵:

- i Qual o impacte que o sistema de notificação de eventos adversos de uma unidade hospitalar tem na política da Segurança do Doente?

²⁴ Como observa José Fragata e Luís Martins (2006), “Erro é sempre uma falha, não intencional, na realização de uma ação planeada”, em que é fundamental a existência de um plano pré existente para a realização de uma sequência de atividades físicas ou mentais, planeadas, que falham em atingir o resultado esperado (2008, p. 312).

²⁵ No que se refere às questões de investigação, Marie-Fabienne Fortin indica que são um “enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (2003, p. 51), sobre as quais recaem os resultados da investigação. As questões levantadas nesta fase, introduzem o porquê do estudo e no decurso da sua formulação, torna-se importante avaliar a sua pertinência, o seu valor teórico e prático, assim como sobre as suas dimensões metodológicas e éticas. A forma como são colocadas as questões vai determinar que tipo de métodos devem ser utilizados para chegar às respostas. Geralmente as questões de investigação são utilizadas nos estudos exploratórios-descritivos e são mais precisas que o objetivo onde decorrem.

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

- ii Qual a perceção dos profissionais de saúde acerca das potencialidades do sistema de notificação de eventos adversos?
- iii Que tipo de adesão, têm os profissionais de saúde face ao sistema de notificação de eventos adversos?
- iv Em que medida a informação recolhida através da notificação é utilizada na melhoria da qualidade e segurança do doente?

2. Objetivos da investigação

Para definir os objetivos²⁶ deste estudo, foi tida em consideração a evidência que aponta para o pouco conhecimento sobre os sistemas de notificação de eventos adversos existente nas unidades de saúde hospitalares. Com base neste pressuposto, definimos como objetivo geral deste estudo, avaliar o impacto do sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar.

Neste sentido, considerou-se que este estudo pode contribuir para o aumento do conhecimento sobre esta temática, permitindo implementar intervenções que apontem para um melhor desenvolvimento dos sistemas de notificação e consequentemente, a prevenção de eventos adversos que ocorrem nos doentes na sequência de cuidados de saúde prestados em meio hospitalar.

Nesta fase do estudo, é de todo o interesse explicitar os objetivos que orientaram o processo de investigação, uma vez que este processo, obriga ao recurso a procedimentos e estratégias sistematizadas. Consideram-se assim:

- i. Analisar de que forma o sistema de notificação de eventos adversos contribui para a segurança do doente na unidade de saúde hospitalar;
- ii. Avaliar a perceção dos profissionais face às potencialidades do sistema de notificação;
- iii. Identificar a frequência com que os profissionais utilizam o sistema de notificação de eventos adversos;
- iv. Analisar se existe relação entre os profissionais que tiveram formação sobre o sistema de notificação e as notificações realizadas;
- v. Analisar em que medida as variáveis sexo, idade, tempo de experiência profissional e vínculo à instituição, estão relacionadas com a adesão dos profissionais ao sistema de notificação de incidentes e eventos adversos;
- vi. Avaliar a opinião dos profissionais relativamente à importância da formação na notificação de incidentes e eventos adversos.

²⁶ O objetivo de um estudo de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação. A definição do objetivo de um estudo indica o porquê da investigação, devendo estar intimamente relacionado com o nível de conhecimento sobre o objeto de estudo. Não é mais do que um enunciado que orienta a investigação, de acordo com o conhecimento já existente sobre o estudo em questão. Em suma, como observa Marie Fabienne Fortin “ O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação” (2003, p. 100).

CAPITULO III – ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

1. Tipo de estudo

Durante a realização deste estudo, o processo de investigação desenvolveu-se em função das orientações definidas pela problemática apresentada na primeira fase da investigação e operacionaliza-se através de escolhas metodológicas,²⁷ inseridas numa estratégia de pesquisa que privilegia o método quantitativo.

Terminada a primeira fase do processo de investigação, inicia-se uma nova fase – Fase Metodológica – onde se determinam os métodos que se pretendem utilizar para responder às questões levantadas, necessitando para isso, escolher um desenho de investigação²⁸ apropriado, segundo o que pretende explorar ou descrever. Desta forma, as decisões metodológicas são importantes, na medida em que permitem assegurar a fiabilidade dos resultados obtidos na investigação.

No caso específico deste estudo, pretende-se fazer o levantamento de uma dada realidade, num campo ainda pouco estudado. Com base nos objetivos definidos, o tipo de estudo adotado para realizar esta investigação – Estudo exploratório-descritivo – tem como referência a avaliação e impacte da implementação do sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar e justifica-se pelo facto do estado do conhecimento neste nível de investigação ser ainda limitado.

Com efeito, a notificação dos eventos adversos é uma dimensão que só recentemente começou a despertar a atenção dos principais envolvidos, gestores, profissionais de saúde e os próprios doentes, em termos de investigação e inovação em segurança do doente.

É neste contexto, que algumas unidades hospitalares, onde se destacam aquelas que estão acreditadas ou em processo de acreditação, ou seguem as recomendações da DGS ou OMS sobre segurança do doente, implementaram

²⁷ As opções metodológicas tornam-se importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação e estão diretamente relacionadas com o problema em estudo. A opção dos métodos de estudo pode ser efetuada quando da definição do objeto de estudo, da formulação das hipóteses ou da delimitação do universo (Marconi & Lakatos, 2002).

²⁸ O desenho de investigação é um planeamento lógico feito pelo investigador com o objetivo de: obter respostas válidas para as questões de investigação; controlar o potencial enviesamento dos resultados do estudo. São considerados como elementos do desenho de investigação o meio onde se realiza o estudo; a seleção dos sujeitos (população alvo) e tamanho da amostra; tipo de estudo; estratégias utilizadas para controlar variáveis estranhas; os instrumentos de colheita de dados; e o tratamento dos dados.

sistemas de notificação para que os profissionais possam notificar os eventos adversos ocorridos durante a prática dos cuidados de saúde. Não obstante a implementação destes sistemas e a importância dada à segurança do doente, a informação atual sobre a avaliação do impacte da aplicação dos sistemas de notificação é ainda muito pouco conhecida.

O recurso a um estudo com características exploratórias tem como finalidade o reconhecimento de uma determinada realidade pouco estudada, que permita levantar hipóteses de entendimento para essa mesma realidade. Este tipo de estudo investiga a natureza complexa e ainda outros fatores relacionados com o fenómeno (Carmo & Ferreira, 1998).

Além da opção por um estudo com características exploratórias, este estudo utiliza também uma estrutura descritiva, uma vez que tem como objetivo discriminar fatores ou conceitos determinantes que possam estar associados ao fenómeno em estudo.

Os estudos que se baseiam na opinião de indivíduos sobre a mudança que pode acontecer, sustentam-se na abordagem descritiva. Um estudo desta natureza tem a vantagem de não estudar um único sujeito, utiliza antes situações em grande número, para se assegurar que o objeto de estudo é bem descrito. Como qualquer outro tipo de estudo, a estrutura descritiva para ser considerada como científica deve respeitar dois critérios fundamentais: i) ser sistemática, no sentido que a descrição deve ser exaustiva e todos os elementos importantes do sujeito em observação, devem ser retidos; e ii) a descrição deve ter uma base teórica, uma vez que é através da teoria que o investigador saberá que observações fazer e como interpretá-las (Gauthier, 2003).

O método de estudo adotado – Quantitativo – indica que os estudos que utilizam este método recolhem factos, estudam relações entre eles e realizam medições com a ajuda de técnicas quantificáveis (Tavares, 2007). Desta forma, o método quantitativo “é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis” e tem como objetivo “contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos” (Fortin, 2003, p. 22). Esta metodologia conduz o investigador a elaborar um plano de investigação estruturado, no qual os objetivos e os procedimentos são referidos com pormenor (Fortin, 2003).

2. População alvo

Quando se iniciou o processo de caracterização da população, foi necessário estabelecer critérios de seleção para o estudo. Numa fase inicial do estudo, definimos que a população alvo seria caracterizada pelos profissionais de saúde Médicos e Enfermeiros, no entanto, verificamos que os profissionais das Tecnologias da Saúde também deveriam integrar a população em estudo. Este pressuposto, justifica-se pelo facto destes profissionais, também prestarem cuidados de saúde diretos aos doentes e conseqüentemente, poderem efetuar a notificação de eventos adversos. O alargamento dos participantes no estudo, assim como a sua diversidade no plano profissional, fornece uma boa ideia sobre a generalização dos resultados.

Numa fase posterior do estudo, que antecedeu ao lançamento do inquérito, foi efetuado um levantamento, com a colaboração do gestor do risco da unidade hospitalar, dos profissionais que eventualmente poderiam reunir melhores condições para participar na investigação. Deste processo, considerou-se que a população seria constituída por 133 profissionais de saúde – 46 Médicos, 77 Enfermeiros e 10 Profissionais das Tecnologias da Saúde²⁹ - residentes nos serviços de Cardiologia, Medicina e Psiquiatria da unidade hospitalar onde decorre o estudo.

A escolha destes três grupos profissionais foi efetuada com base nos seguintes critérios: i) são prestadores diretos de cuidados de saúde aos doentes; ii) são os profissionais de saúde que detém mais conhecimento sobre o tema que se pretende estudar (sistema de notificação de eventos adversos); iii) a notificação dos eventos adversos ocorridos nos doentes durante a prestação de cuidados de saúde, depende maioritariamente destes profissionais; iv) são os grupos profissionais de maior referência na literatura sobre eventos adversos (Bruno, 2010); e v) são os profissionais de saúde que integram os grupos de avaliação e implementação de medidas que estão na base da prevenção dos eventos adversos.

²⁹ Os profissionais das Tecnologias da Saúde selecionados para a população em estudo, pertencem ao grupo dos Técnicos de Cardiopneumologia, e são residentes no Serviço de Cardiologia. Nos Serviços de Medicina e Psiquiatria não existem Profissionais das Tecnologias da Saúde residentes.

3. Caracterização do meio de estudo

O meio³⁰ definido para a realização deste estudo foram os serviços de Cardiologia, Medicina e Psiquiatria do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM, EPE). A escolha desta unidade de saúde hospitalar foi consubstanciada nos seguintes critérios: i) pertencer ao setor público (ARSLVT); ii) encontrar-se em processo de acreditação pela JCAHO; iii) ter implementado desde o ano 2010 um Sistema de Gestão do Risco, onde todos os profissionais de saúde podem realizar a notificação de incidentes e eventos adversos ocorridos durante a prestação de cuidados de saúde.

O CHBM, EPE foi criado através do Decreto-lei n.º 280/2009 e integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo. O centro hospitalar tem 35 valências clínicas, prestando assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e assegura, praticamente, todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) necessários.

Com uma área de influência que engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, o CHBM, EPE serve uma população superior a 200 mil habitantes. Esta unidade de saúde tem como Visão ser uma instituição de excelência para a comunidade e uma referência nacional.

Como Missão, assegura os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua. Para tal, promove de forma sistemática a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade, respeitando o ambiente e procurando sinergias com outras instituições. O CHBM tem como valores institucionais: Profissionalismo; Humanismo; Inovação; Rigor; Eficiência; e Responsabilidade.

O Serviço de Cardiologia, em setembro de 1985, data de abertura do hospital, dispunha apenas de 3 camas para doentes do foro cardiológico no Serviço de Especialidades Médicas. Devido ao aumento de doentes com patologia

³⁰ Como justifica Marie-Fabienne Fortin, os estudos realizados fora dos laboratórios são considerados estudos em meio natural, o que significa que se realizam fora do ambiente altamente controlado como se podem encontrar em ambiente laboratorial. Aqui o investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha (2005).

cardíaca, foi inaugurado, no ano seguinte, o atual Serviço de Cardiologia. Em 1994, o Serviço passou a dispor de uma Unidade de Cuidados Diferenciados de Cardiologia.

Atualmente, este serviço encontra-se situado no Piso 2 e dá apoio a doentes adultos de ambos os sexos. As situações de internamento mais frequentes são: o Enfarte Agudo do Miocárdio, as Disritmias, o Edema Agudo do Pulmão, a Insuficiência Cardíaca Congestiva, as Endocardites e as Pericardites.

A missão deste Serviço consiste em assegurar cuidados de saúde do foro cardíaco ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do utente/família numa perspetiva de eficiência, equidade, qualidade e melhoria contínua.

A equipa do Serviço de Cardiologia é constituída por: 9 Médicos especialistas em Cardiologia, 23 Enfermeiros, 10 Técnicos de Cardiopneumologia;

O doente tem acesso ao Serviço de Cardiologia através da urgência, consulta externa ou admissão programada. O Serviço está dividido em Enfermaria e uma Unidade de Cuidados Diferenciados de Cardiologia, onde são assegurados cuidados de saúde diferenciados e qualificados para a população afetada por doença cardíaca.

As técnicas diagnósticas realizadas compreendem: o Electrocardiograma, Ecocardiograma, Holter, Monitorização Ambulatória de Pressão Arterial, Prova de Esforço, Ecocardiograma Transesofágico e Ecocardiograma Transtorácico de Sobrecarga. Realizam-se, ainda, consultas de Cardiologia, consulta de revisão a geradores, consulta de hipocoagulação e consulta de insuficiência cardíaca (que se iniciou em Novembro de 2008).

Relativamente ao Serviço de Medicina, data de 1985, encontra-se situado no Piso 2 e tem uma lotação de 60 camas divididas por duas alas, 1 e 2. Cada ala tem uma capacidade para 30 camas divididas por 9 enfermarias, com 3 camas cada e 3 quartos individuais.

O Serviço de Medicina Interna dá apoio a doentes adultos de ambos os sexos em que as situações de internamento mais frequentes são: patologias do foro respiratório, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Insuficiência Renal Aguda

(IRA) e Crónica descompensada, Doença Hepática Crónica (DHC) e também é comum existirem doentes com internamento do foro de Infecçologia. O doente tem acesso ao Serviço de Medicina Interna através da urgência, consulta externa ou admissão programada.

A equipa do Serviço de Medicina é constituída por 31 Médicos especialistas/internos em Medicina Interna e 33 Enfermeiros.

Quanto ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) foi criado em 1992, que através de um crescimento sustentado, procurou ir ao encontro as necessidades das populações.

O DPSM tem por missão assegurar os cuidados de saúde à pessoa com perturbação do foro mental e psiquiátrico, intervindo nas áreas da prevenção, reabilitação e reinserção comunitária, de modo a aumentar a sua qualidade de vida ao longo do seu ciclo vital.

Relativamente aos recursos físicos do DPSM, fazem parte três áreas funcionais: o Serviço de Internamento de Doentes Agudos, a Unidade de Internamento de Curta Duração de Psiquiatria e as Consultas Externas de Psiquiatria.

O Serviço de Internamento de Doentes Agudos, é constituído por enfermarias com duas ou três camas e por quartos individuais, perfazendo um total de 24 camas.

A Unidade de Internamento de Curta Duração de Psiquiatria (UICDP) foi inaugurada em Abril de 2004, tem a capacidade para 8 macas, estando preconizado a permanência dos doentes de 24 a 48h.

O serviço de Consultas Externas de Psiquiatria tem como principal objetivo prevenir o internamento, realizar o follow up, mantendo o utente inserido na comunidade.

A equipa do DPSM é constituída por 6 Médicos especialistas/internos em Psiquiatria e 21 Enfermeiros.

4. Técnica de pesquisa

Para a realização deste estudo, foi estruturada uma estratégia de pesquisa que assentou em dois tipos de técnicas: i) pesquisa documental³¹, através da recolha e análise bibliográfica e documental; e ii) pesquisa não documental, através da aplicação do inquérito. A utilização das técnicas referidas teve como intenção a recolha de informação pertinente com vista ao aprofundamento dos temas, efetuada a partir da documentação e do recurso à pergunta (Tavares, 2007).

Na primeira fase do desenvolvimento da investigação, a técnica de investigação utilizada – pesquisa documental – permitiu essencialmente a recolha de informação que facilitou uma maior exploração da problemática. Efetivamente, a recolha e análise bibliográfica foi particularmente utilizada nesta fase, com vista a explorar intensivamente a informação relativa ao quadro teórico. Da recolha e análise bibliográfica salientam-se livros, artigos e periódicos temáticos, alusivos à Qualidade em Saúde, Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente, documentação referente a recomendações de organizações internacionais (OMS e UE) e nacionais (DGS) sobre Segurança do Doente e Sistemas de Registo de Incidentes e Eventos Adversos. Foram ainda utilizadas outras fontes de informação válidas, sob diversas formas que importa consultar nas diversas etapas da investigação (fontes impressas, eletrónicas, internet e grupos de discussão).

Na segunda fase, a técnica utilizada foi o inquérito por questionário e teve como função a exploração de informação de natureza predominantemente quantitativa. Esta técnica é efetivamente a mais adequada para obter este tipo de informação e com ela pretendeu-se essencialmente, identificar as opiniões representativas da população em estudo, relativamente ao sistema de notificação de eventos adversos existente na unidade hospitalar.

Existem diversas formas de colheita de dados numa investigação, o que implica que a escolha do instrumento seja feita de acordo com o tipo de estudo e os objetivos a atingir. Pela natureza quantitativa do estudo em questão,

³¹ As técnicas de pesquisa documental tendem a distinguir a pesquisa bibliográfica da pesquisa documental. Na perspetiva de David Tavares, "a primeira prende-se com o material escrito, publicado ou não, cujo conteúdo tem relevância para a contextualização, compreensão e problematização de um fenómeno enquanto a segunda é entendida como a que contém dados, escritos ou de outra natureza (estatísticos, audiovisuais...), orientados para o fornecimento direto de informação empírica." (2007, p. 69).

determinamos que a técnica de pesquisa a utilizar seria o inquérito por questionário, no sistema autoadministrado.

Com efeito, o inquérito apresenta-se como a técnica mais adequada para a obtenção de informação desta natureza. Como refere David Tavares, o inquérito permite “através da obtenção de dados de natureza quantitativa, a procura de generalizações e de regularidades que permitem verificar as tendências predominantes” (2007, p. 82).

De acordo com os autores Quivy & Campenhoudt, a técnica do inquérito por questionário “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, (...) uma série de perguntas relativas (...) às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais...” (1998, p. 188).

A utilização desta técnica permitiu compreender as atitudes, opiniões³², e preferências da população estudada e teve a vantagem de permitir a colheita de dados junto de um grande número de sujeitos, tendo presente a representatividade da população estudada.

³² Relativamente às informações obtidas pelo inquérito, visam conhecer essencialmente as opiniões dos inquiridos relativamente às suas práticas profissionais. Como observa David Tavares, as respostas obtidas “não traduzem diretamente essas práticas mas apenas aquilo que os inquiridos afirmam ser as suas práticas” (2007, p. 82).

5. Instrumento de recolha de informação

O formulário do inquérito – Questionário – reporta-se às opiniões dos profissionais de saúde residentes nos Serviços de Cardiologia, Medicina e Psiquiatria, relativamente ao sistema de notificação de eventos adversos existente na unidade saúde hospitalar.

A estruturação do questionário foi efetuada em função dos objetivos inerentes ao conteúdo, forma e tipo de perguntas, favorecendo as questões fechadas. O questionário estruturou-se em duas partes, sendo a primeira referente à opinião dos respondentes sobre o sistema de notificação e a segunda referente à caracterização socio profissional dos mesmos. Relativamente às questões do questionário optou-se por questões fechadas, utilizando a forma dicotómica e a forma de resposta alternativa que mede a frequência (Nunca, Raramente, Às vezes, Muitas vezes e Sempre).

A construção das questões que integram o questionário, constitui sempre um trabalho de aperfeiçoamento com vista à redução da margem de erro do instrumento de colheita de dados e conseqüentemente dos resultados obtidos. Assim, o exercício de elaboração do questionário utilizado no estudo, obrigou a um permanente cuidado para evitar os erros frequentemente utilizados, onde se destacam: i) a existência de termos quantitativos/afirmativos que influenciam e induzem os inquiridos nas respostas, ii) a utilização de termos ambíguos cujo entendimento não é igual para todos os inquiridos; iii) a utilização de questões duplas que pretendiam medir duas variáveis, mas no final não medem nenhuma; iv) a utilização de linguagem técnica de difícil compreensão (que podem ser entendidas de diferente maneira por quem construiu o questionário e pelos inquiridos); v) a falta de equilíbrio nas hipóteses de resposta, isto é, a existência de um número superior de hipóteses positivas que negativas, ou o inverso, que induz o inquirido para uma resposta positiva ou negativa (Hill & Hill, 2009; Foddy, 2002; Ghiglione & Matalon, 2001).

Outro aspecto relevante na construção do questionário, foi a ordenação das questões. Este procedimento é essencial, na medida em que cada questão pode assumir resultados diferentes em função do local de inclusão. A ordem das questões obedece essencialmente a critérios técnicos, onde se destaca por exemplo, a colocação das perguntas mais sensíveis ou pessoais no final,

garantindo desta forma, que determinadas questões não influenciem as respostas das questões seguintes «efeito de halo» (Tavares, 2007).

Relativamente à dimensão do questionário, esta depende diretamente da quantidade de informação que se pretende recolher com base nos objetivos previamente definidos. De acordo com este pressuposto, para este estudo foi definido que o questionário teria uma pequena dimensão o que implicaria também um curto período de tempo na sua realização, contudo, os questionários de pequena dimensão acarretam riscos, na sua origem está a eventual escassez de informação colhida, que conduz a uma deficiente exploração da problemática em estudo.

A curta dimensão do questionário, contraria o efeito negativo dos questionários de grande dimensão, onde se destacam: i) a diminuição da concentração dos inquiridos face às questões e respostas a dar; ii) perda efetiva de informação; ou iii) o aumento de respostas aleatórias devido à dimensão do questionário (Ghiglione, 2001).

Torna-se importante referir, que um questionário autoadministrado³³ não pode ser construído da mesma forma daqueles em que as perguntas são feitas pelo inquiridor. Efetivamente, algumas estratégias de inquirição tornam-se inviáveis nesta forma de aplicação, devido essencialmente a: i) possibilidade que as pessoas têm de ler o questionário antes de responder às questões; ii) de voltar a uma questão já respondida e corrigir a reação inicial; iii) de deixar uma questão mais sensível para responder mais tarde; iv) os inquiridos podem responder em primeiro lugar às questões de carácter particular e no final às de carácter geral (a ordem de colocação das questões deixa de fazer sentido); v) na medida do possível, devem ser evitadas as questões abertas, em virtude da linguagem escrita e os dos termos técnicos não serem familiares aos inquiridos (Ghiglione, 2001).

Com vista a contornar as desvantagens da aplicação do questionário autoadministrado, a construção do questionário do estudo em questão foi

³³ Esta forma de inquirir, regra geral, é utilizada por questões económicas, no entanto, também é utilizada quando as questões apresentadas são sensíveis, logo, suscetíveis de causar algum embaraço aos inquiridos. No questionário auto administrado, não existe interação humana o que facilita a cooperação e diminui a desconfiança entre inquiridores e inquiridos, como acontece por entrevista.

estruturado em torno de questões de resposta fácil e simples compreensão pelos respondentes, aspeto aferido com a realização do pré-teste.

O motivo da realização do pré teste³⁴, esteve em garantir a aplicabilidade do questionário, se respondia aos problemas levantados e apresentava instruções de preenchimento rigorosas, indicando claramente o que se pretendia na escolha das respostas.

A par do pré teste, como forma de validação do questionário, solicitamos a análise do questionário por dois peritos com experiência na área da Segurança do Doente e na área da Investigação, que emitiram as suas opiniões e sugestões, as quais foram tidas em consideração para construção da versão final do questionário.

A construção do questionário e a formulação das questões que o constituem, é uma fase crucial do desenvolvimento de um instrumento de recolha de informação desta natureza. Para garantir a comparação das respostas de todos os inquiridos, é indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa, da mesma forma, sem recorrer a adaptações ou explicações. Para isso, é necessário que a questão seja clara, desprovida de ambiguidade e que o inquirido saiba exatamente o que se espera dela. Desta forma, os intervenientes têm a possibilidade de responder às questões formuladas, fornecendo informação factual sobre a perceção em relação ao sistema de notificação de eventos adversos.

Nesta perspetiva, David Tavares refere que “A elaboração das questões constitui sempre um exercício intensivo de aperfeiçoamento metodológico na procura da maior redução possível da margem de erro do instrumento utilizado e, conseqüentemente, dos resultados obtidos” (2007, p. 83).

Para o lançamento dos questionários, consideramos a cobertura de toda a população em estudo, sabendo à partida que seria pouco provável inquirir todos os profissionais pelos mais variados motivos, onde se destacam: i) recusa em responder ao inquérito; ii) ausências prolongadas no local de trabalho; e iii) impossibilidade de inquirir todos os casos em tempo útil. Desta forma, foram

³⁴ Foram realizados 10 pré testes do questionário a sujeitos com as mesmas características da população em estudo, abrangendo os três grupos profissionais. Durante a realização do pré teste foi construída uma grelha de avaliação para registo das dificuldades apontadas pelos inquiridos. Apenas uma questão foi alvo de dúvidas na sua construção.

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

distribuídos 133 questionários, pelos serviços de Cardiologia, Medicina e Psiquiatria, que corresponderam a 100% da população.

O processo de recolha dos questionários preenchidos, foi efetuado nos mesmos locais da entrega, rececionados em envelope fechado, distribuído previamente como forma de reforçar a confidencialidade garantida aos inquiridos. Dos questionários rececionados, foram validados 105 o que corresponde a 79% do total da população em estudo, o que assegura a sua representatividade³⁵.

³⁵ Neste estudo, não foi previamente construída uma amostra e conseqüentemente um processo de amostragem, cuja representatividade se mediria a partir da sua relação com a população em estudo. Desta forma, optou-se por inquirir o máximo possível de sujeitos, que correspondeu a 79% da população, sendo possível afirmar a sua representatividade.

6. Instrumentos de análise

Para efeitos da realização do estudo, durante o mês de maio de 2012, foi aplicado o questionário aos profissionais de saúde no sentido de recolher informação sobre o sistema de notificação de eventos adversos existente na unidade hospitalar – avaliação do impacte da sua aplicação.

Os dados recolhidos através do instrumento de recolha de informação foram inseridos e tratados através da IBM SPSS Statistics versão 19 e posteriormente inseridos no Microsoft Office Excel, para melhor representação e compreensão dos resultados obtidos. Para a análise dos dados realizamos técnicas de estatística descritiva: cálculo de frequências (absolutas e relativas) e medidas de localização e tendência central (moda e mediana).

Na análise dos dados, consideramos importante utilizar o método estatístico não paramétrico do Qui-quadrado para avaliar a relação de dependência entre o nível de conhecimento dos profissionais, relativamente à existência do sistema de notificação, e a profissão.

Durante a análise estatística dos objetivos 1, 2, 3 e 6 aplicámos o teste estatístico não paramétrico de Kruskal Wallis no sentido de analisar se existem diferenças entre os grupos profissionais. Para análise dos dados do objetivo 4 utilizámos o teste do coeficiente T de Kendall tau – b, por forma a analisar a correlação existente entre as variáveis “formação” e “notificação”.

Na análise estatística dos dados do objetivo 5, em que pretendemos analisar a associação entre as variáveis “idade”, “sexo”, “profissão”, “número de anos de experiência profissional” e “tipo de vínculo à organização”, foram utilizados os testes não paramétricos de correlação de Spearman e de V Cramer.

O teste estatístico de Spearman foi aplicado para analisar a associação entre os pares de variáveis ordinais, “idade” e “número de anos de experiência profissional”. Para analisar se existe associação entre variáveis com características ordinais “sexo”, “profissão” e “tipo de vínculo à organização” e “notificações realizadas no último ano” utilizámos o teste estatístico de V Cramer.

Em todas as análises estatísticas utilizamos um intervalo de confiança de 95% (nível de significância de $p < 0,05$).

7. Considerações éticas

A realização deste estudo, como qualquer outra investigação, teve em consideração a manutenção dos princípios éticos. A manutenção destes princípios são importantes na medida em que, durante a realização do estudo, tanto a técnica de pesquisa e instrumento de colheita de dados, como os resultados obtidos, podem para além de contribuir para o avanço do conhecimento, lesar os direitos fundamentais dos participantes.

Durante a realização do estudo, em tempo algum foi esquecido o limite fundamental que se refere ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver dignamente enquanto ser humano. Se uma investigação violar este direito consagrado, ou eventualmente causar prejuízo através dos seus métodos de estudo ou pela publicação dos resultados obtidos, não deve ser moralmente aceite pelos participantes, como pelo próprio investigador (Carmo, 1998).

Com base nestes pressupostos, garantimos as seguintes considerações éticas:

- I. Respeitar e garantir os direitos de todos os casos que participaram na investigação (*direito à intimidade*);
- II. Informar os participantes sobre todos os aspetos que podem influenciar a sua participação ou não, na investigação (*consentimento livre e esclarecido*);
- III. Manter relações de total honestidade com os sujeitos participantes (*direito a um tratamento justo e equitativo*);
- IV. Aceitar a decisão dos participantes recusarem participar na investigação ou de desistir quando bem entenderem (*autodeterminação*);
- V. Estabelecer um acordo com os participantes onde fiquem explícitas as responsabilidades de ambas as partes;
- VI. No decurso da investigação, proteger os participantes de qualquer dano, moral ou profissional causado pelos resultados (*direito à proteção e ao desconforto*);
- VII. Informar os participantes sobre os resultados da investigação, assim como, qualquer dúvida suscitada;
- VIII. Garantir a confidencialidade da informação obtida (*direito à confidencialidade e ao anonimato*);

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

- IX. Solicitar junto da unidade hospitalar onde se realizou o estudo, a devida autorização para inquirir os participantes no estudo.

Para além destas considerações orientadoras, surgiram outras regras fundamentais da investigação científica, que tivemos em consideração:

- I. Fazer uma rigorosa explicitação das fontes de pesquisa;
- II. Ser autêntico quando realiza o relatório da investigação;
- III. Manter a fidelidade dos dados recolhidos e não enviesar as conclusões.

CAPITULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. Apresentação dos resultados

Pretendemos neste capítulo, fazer a apresentação dos resultados obtidos durante a realização do estudo em dois momentos distintos: i) caracterização da população estudada; e ii) apresentação dos resultados que dão resposta aos objetivos do trabalho. De referir que a análise dos resultados foi efetuada individualmente para cada objetivo, anteriormente apresentados no capítulo II.

Para análise estatística dos objetivos 1, 2, 3 e 6 foi aplicado o teste estatístico não paramétrico de Kruskal Wallis no sentido de analisar se existem diferenças entre os grupos profissionais. Foi definida como hipótese nula (H_0) igual variação entre grupos. Se $p < 0,05$ rejeitamos H_0 e assumimos a hipótese alternativa (H_1), diferente variação entre grupos, se $p > 0,05$ aceitamos a H_0 .

A população estudada é constituída por 133 profissionais de saúde – Médicos, Enfermeiros e Profissionais das Tecnologias da Saúde, doravante designados por Técnicos – contudo, pelos motivos já referidos no capítulo III, apenas 105 profissionais participaram no estudo através da resposta ao questionário. Desta forma, os inquiridos caracterizam-se por sexo, idade, profissão, tempo de experiência profissional e tipo de vínculo à organização de acordo com o quadro 1 e 2.

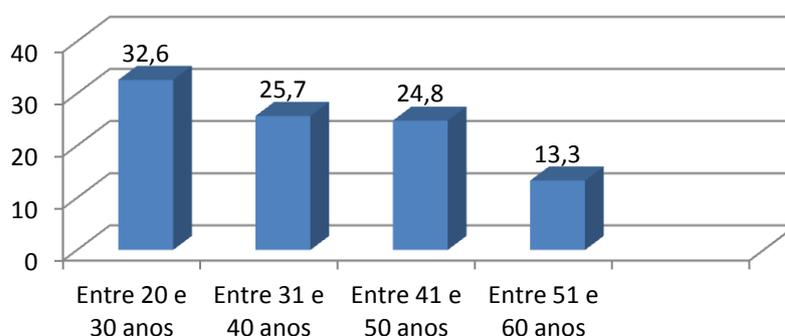
Quadro 1 - Caracterização da População: Sexo; Idade; Grupo profissional (% e valores absolutos).

		20 e 30 anos		31 e 40 anos		41 e 50 anos		51 e 60 anos		Total	
		%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq
Masculino	Médicos	2,9	3	4,8	5	1,0	1	2,9	3	11,4	12
	Enfermeiros	4,8	5	3,8	4	4,8	5	0,0	0	13,3	14
	Técnicos	0,0	0	1,0	1	1,0	1	0,0	0	1,9	2
	Total	7,6	8	9,5	10	6,7	7	2,9	3	26,7	28
Feminino	Médicos	1,9	2	3,8	4	5,7	6	5,7	6	17,1	18
	Enfermeiros	26,7	28	9,5	10	10,5	11	2,9	3	49,5	52
	Técnicos	0,0	0	2,9	3	1,9	2	1,9	2	6,7	7
	Total	28,6	30	16,2	17	18,1	19	10,5	11	73,3	77
Total		36,2	38	25,7	27	24,8	26	13,3	14	100,0	105

Relativamente à população inquirida, 26,7% é composta por indivíduos do sexo masculino e 73,3% do sexo feminino, sendo a maior diferença entre sexos verificada na classe profissional dos Enfermeiros (36,2%). Nos restantes grupos profissionais a diferença entre sexos é menos expressiva (Médicos 5,7%, e Técnicos 4,8%).

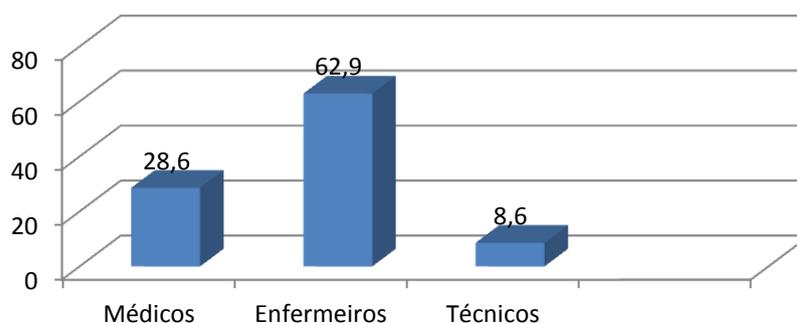
Da interpretação dos dados relativos à distribuição por idades, representados na figura 2, é possível referir que a maior percentagem dos inquiridos encontra-se na classe entre os 20 e 30 anos com uma percentagem de 36,2%, seguida da classe dos 31 aos 40 anos com 25,7%.

Figura 2 – Distribuição dos inquiridos por idades (%)



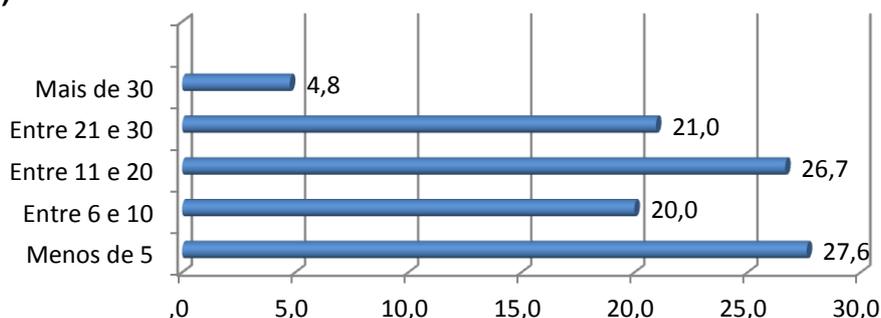
Quanto à distribuição dos inquiridos por grupo profissional, podemos verificar na figura 3, que o maior grupo profissional representado é o dos Enfermeiros com 62,9%, seguido dos Médicos com 28,6% e por último os Técnicos 8,6%.

Figura 3 – Distribuição dos inquiridos por grupo profissional (%)



Analisando a distribuição da população por tempo de experiência profissional, figura 4, verificamos que 27,6% da população tem menos de 5 anos de experiência profissional. A mediana encontrada foi 3, correspondendo a um de tempo de experiência profissional entre 11 e 20 anos.

Figura 4 – Distribuição dos inquiridos por tempo de experiência profissional (%)



Relativamente ao tipo de vínculo à organização (quadro 2), podemos concluir que 48% da população tem como vínculo à organização o “Contrato de Trabalho para Funções Públicas”, verificando-se que o grupo etário que apresenta maior percentagem neste tipo de vínculo é o grupo com idades compreendidas entre 41 e 50 anos (20,0%). Da população inquirida, 45% tem como vínculo o “Contrato de Trabalho por Tempo Indeterminado” verificando-se que o grupo etário que apresenta maior percentagem neste tipo de vínculo é o grupo entre 20 e 30 anos (29,5%).

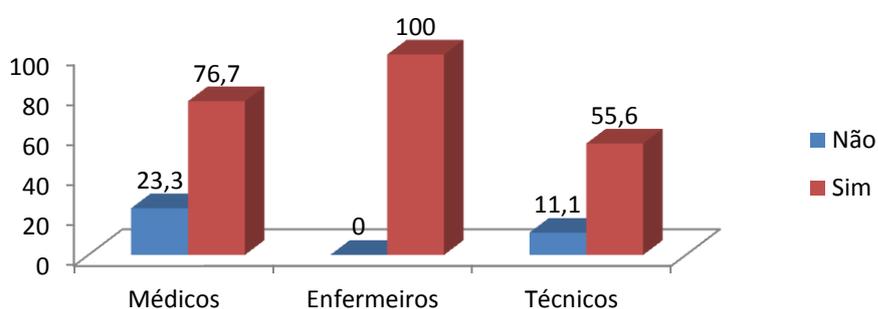
Quadro 2 – Caracterização da população: idade, Tipo de vínculo à organização (% e valores absolutos).

	Entre 20 e 30 anos		Entre 31 e 40 anos		Entre 41 e 50 anos		Entre 51 e 60 anos		Total %	Total Freq
	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.		
CTFP	3,8	4	13,3	14	20,0	21	10,5	11	48	50
CTTC	0,0	0	0,0	0	1,0	1	1,0	1	2	2
CTTI	29,5	31	11,4	12	1,9	2	1,9	2	45	47
Outro	2,9	3	1,0	1	1,0	1	0,0	0	5	5

CTFP – Contrato Trabalho para Funções Públicas
CTTC – Contrato de Trabalho a Termo Certo
CTTI - Contrato de Trabalho por Tempo Indeterminado

Quando avaliamos o conhecimento dos inquiridos quanto à implementação de algum sistema de notificação de eventos adversos na unidade hospitalar, apuramos que, 89,5% dos profissionais tem conhecimento da implementação de um sistema de notificação. Do conhecimento da implementação do sistema de notificação por grupos profissionais, o que evidenciou maior conhecimento foi o dos Enfermeiros com 100%, seguido dos Médicos 76,7% e finalmente o dos Técnicos 55,6% (figura 5).

Figura 5 – Conhecimento da implementação do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos (%)



Nesta análise, consideramos importante avaliar se existe relação entre o nível de conhecimento da existência do sistema de notificação e a profissão, para isso, foi utilizado o método estatístico do qui-quadrado, através do qual apuramos que $p < 0,05$, e portanto, existe relação entre o nível de conhecimento da existência do sistema e a profissão.

Objetivo 1 - Contributo do sistema de notificação de eventos adversos na segurança do doente na unidade de saúde hospitalar.

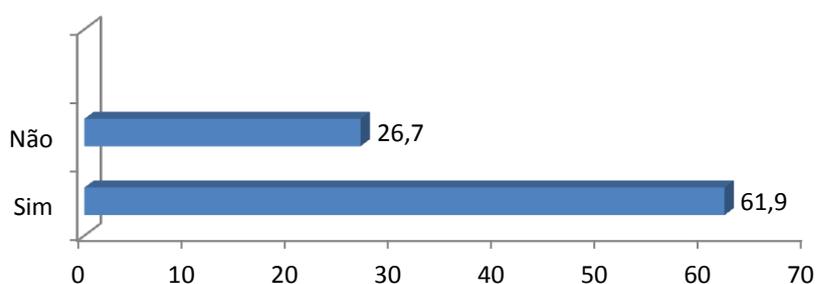
Para verificar o contributo do sistema de notificação de eventos adversos, foram analisados os dados obtidos através de respostas dicotómicas (Sim e Não) e de resposta alternativa (Nunca, Raramente, Às vezes, Muitas vezes e Sempre). Posteriormente, foi efetuada uma análise descritiva para todas as variáveis, através de medidas de localização e tendência central (moda), e também do teste estatístico não paramétrico de Kruskal Wallis no sentido de analisar se existem diferenças entre os grupos profissionais, as quais não se verificaram ($p < 0,05$).

Após a análise de comparação dos grupos, verificamos que as percentagens de todas as variáveis analisadas para este objetivo, não diferem significativamente entre grupos. A hipótese nula (H_0) estabelece que não há diferença entre os grupos, no que respeita ao contributo do sistema para a segurança do doente.

De acordo com a análise dos dados, foi possível identificar que a população estudada considera que antes da implementação do sistema de notificação de eventos adversos, era possível efetuar a notificação dos incidentes e eventos adversos ocorridos durante a prática de cuidados de saúde (figura 6). No entanto, dado o conhecimento que detemos, sobre a realidade da unidade de saúde hospitalar onde decorreu o estudo, podemos contrariar esta informação, uma vez que apenas era possível realizar o registo de quedas em doentes internados, em suporte de papel, não havendo qualquer tipo de registo para outros incidentes que tivessem ocorrido.

Com base neste pressuposto, consideramos que terá havido uma má interpretação por parte de alguns respondentes e não uma má construção da questão, uma vez que durante o pré teste não foram identificadas dificuldades na interpretação e compreensão da mesma.

Figura 6 – Possibilidade de efetuar notificação de incidentes antes da implementação do sistema (%)



Quando efetuamos a análise dos dados por grupo profissional (quadro 3), observamos que os técnicos contrariaram esta tendência, respondendo que antes da implementação não era possível fazer a notificação de incidentes, com 33,3% das respostas. Face aos resultados obtidos, quer na globalidade, quer por grupo profissional, optamos por considerar esta resposta como não válida para análise.

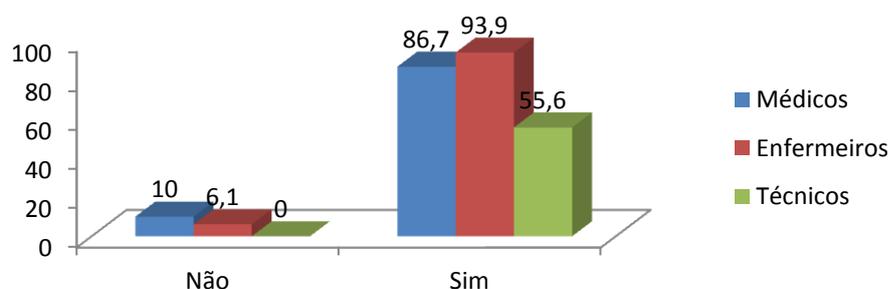
Quadro 3 – Análise da possibilidade de notificação antes da implementação do sistema por grupo profissional (%).

	Não	Sim
Médicos	23,3	56,7
Enfermeiros	27,3	69,7
Técnicos	33,3	22,2

Na análise seguinte, pretendemos identificar o contributo do sistema de notificação para o desenvolvimento de uma cultura de segurança. Com base nos dados obtidos, observamos que 88,6% da população considerou que o sistema contribui para uma cultura de segurança e apenas 6,7% respondeu que não contribuiu.

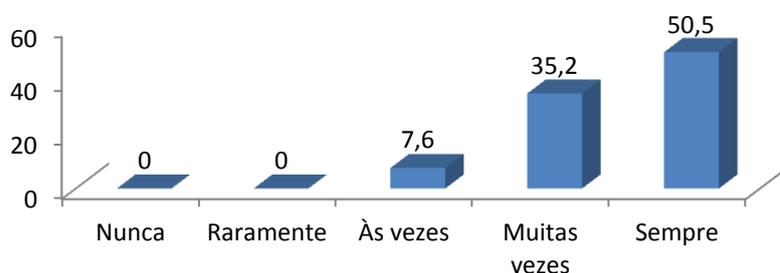
Quando se efetuou a análise do contributo para uma cultura de segurança, mas, por grupo profissional (figura 7), foi possível verificar que todos os grupos profissionais consideram que o sistema de notificação contribui para o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Figura 7 – Contribuição do sistema para uma cultura de segurança por grupo profissional (%).



Ainda no contexto do contributo do sistema de notificação na segurança do doente, analisamos a frequência com que a segurança do doente passou a ser uma prioridade após a implementação do sistema. De acordo com os dados obtidos (figura 8), os inquiridos responderam que o sistema contribui “Sempre” para a segurança do doente (50,5%).

Figura 8 – Frequência com que a segurança do doente passou a ser uma prioridade (%).



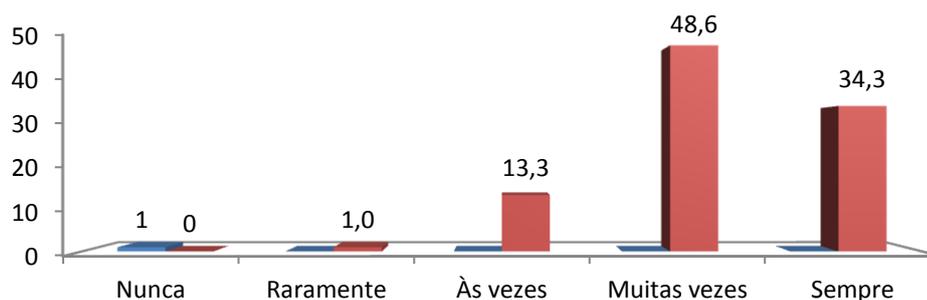
De acordo com o quadro 4, efetuamos a análise das respostas por grupo profissional, onde foi possível verificar que todos os grupos profissionais consideram que, após a implementação do sistema de notificação, a segurança do doente passou a ser uma prioridade.

Quadro 4 – Frequência com que a segurança do doente passou a ser uma prioridade por grupo profissional (%).

	Nunca		Raramente		Às vezes		Muitas vezes		Sempre	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Médicos	0	0	0	0	3	10,0	8	26,0	15	50,0
Enfermeiros	0	0	0	0	5	7,6	26	39,4	35	53,0
Técnicos	0	0	0	0	0	0	3	33,3	3	33,3

No que concerne à avaliação da importância do sistema de notificação na política de segurança do doente na unidade saúde hospitalar, após análise dos dados (figura 9), constatamos que os inquiridos consideram que o sistema de notificação é “Muitas Vezes” importante na segurança do doente.

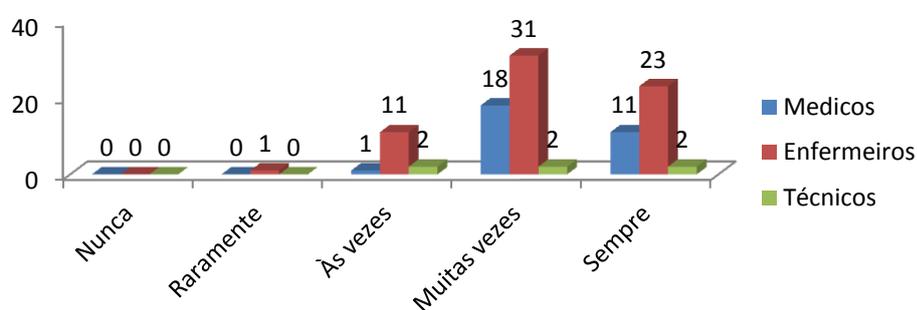
Figura 9 – Importância do sistema na política de segurança do doente (%).



Com base nestes resultados, consideramos importante analisar a opinião dos inquiridos relativamente à importância do sistema na política de segurança do doente por grupo profissional.

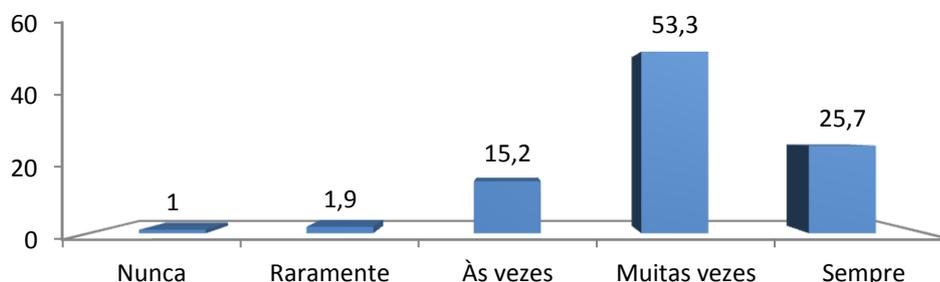
Verificamos que todos os grupos profissionais consideram que o sistema de notificação contribui “Muitas vezes” para o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Figura 10 – Importância do sistema na política de segurança do doente por grupo profissional (%).



Analisamos também, a opinião dos inquiridos relativamente à importância que a notificação tem na prevenção de incidentes e eventos adversos (figura 11). Os resultados obtidos, demonstram que os inquiridos consideram que a notificação é “Muitas Vezes”, um fator importante na prevenção de incidentes.

Figura 11 – Importância da notificação na prevenção de incidentes (%).



Nesta sequência, foi também analisada a importância da notificação na prevenção de incidentes por grupo profissional, onde se concluiu que, de acordo com os dados do quadro 5, todos os grupos profissionais consideram a

notificação como um fator “Muitas Vezes” importante na prevenção de incidentes e eventos adversos.

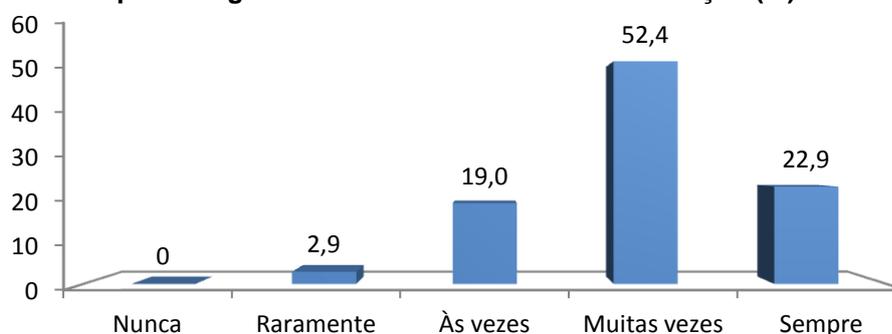
Quadro 5 – Importância da notificação na prevenção de incidentes e eventos adversos (%).

	Nunca		Raramente		Às vezes		Muitas vezes		Sempre	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Médicos	0	0	0	0	2	6,7	23	76,7	5	16,7
Enfermeiros	1	1,5	2	3	14	21,2	30	45,5	19	28,8
Técnicos	0	0	0	0	0	0	3	33,3	3	33,3

Como a notificação foi referida pela população inquirida como um fator “Muitas Vezes” importante na prevenção de incidentes e eventos adversos, consideramos pertinente analisar se a notificação dos incidentes promove a aprendizagem com os erros. Pretendemos com esta análise, aferir a opinião da população estudada relativamente à aprendizagem adquirida durante a notificação dos erros/incidentes.

Como ilustra a figura 12, os dados obtidos são demonstrativos da importância que a notificação tem na aprendizagem com os erros. A análise demonstra que 52,4% dos inquiridos consideram que a notificação promove “Muitas Vezes” a aprendizagem com os erros. Os Médicos foram o grupo profissional que maior destaque deu este tipo de resposta (63,3%).

Figura 12 – Aprendizagem com os erros através da notificação (%).



Objetivo 2 - Perceção dos profissionais face às potencialidades do sistema de notificação.

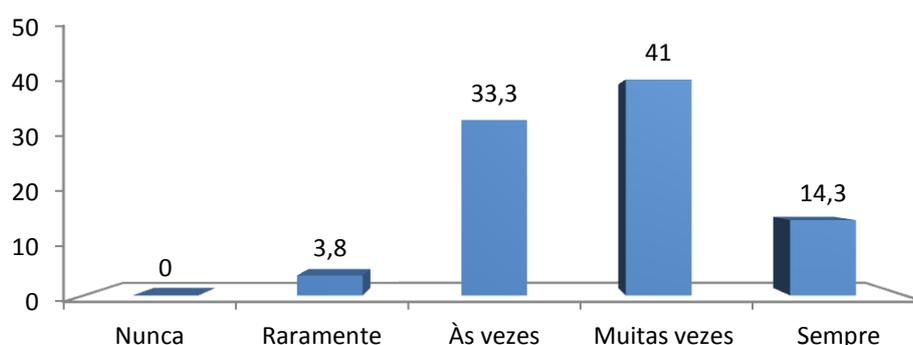
O sistema de notificação é um instrumento importante na prática de cuidados seguros ao doente, contudo, cabe aos profissionais de saúde avaliarem as suas potencialidades, uma vez que são eles que utilizam o sistema e identificam os seus pontos fortes e pontos fracos.

Para analisar as respostas dos inquiridos, foram utilizadas igualmente técnicas de análise com recurso a medidas de tendência central (moda), e também do teste estatístico não paramétrico de Kruskal Wallis no sentido de analisar se existem diferenças entre os grupos profissionais. Foi aceite a hipótese nula (H_0): não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, relativamente à perceção sobre as potencialidades do sistema ($p > 0,05$).

As respostas obtidas correspondem à escala dicotómica (Não e Sim) e de frequência (Nunca, Raramente, Às vezes, Muitas vezes e Sempre). Num primeiro momento foi perguntado aos inquiridos se o sistema de notificação é um instrumento facilitador do registo de incidentes e eventos adversos. De acordo com os dados recolhidos (figura 13), 41% dos inquiridos respondeu que o sistema é “Muitas Vezes” facilitador do registo de incidentes e eventos adversos e apenas 3,8% responderam que “Raramente” é facilitador desse registo.

Quando analisamos a opinião dos inquiridos por grupo profissional, verificamos que os Médicos foram aqueles que maior percentagem de resposta atribuíram a “Muitas Vezes” (50,0%), seguidos dos enfermeiros com 40,9%.

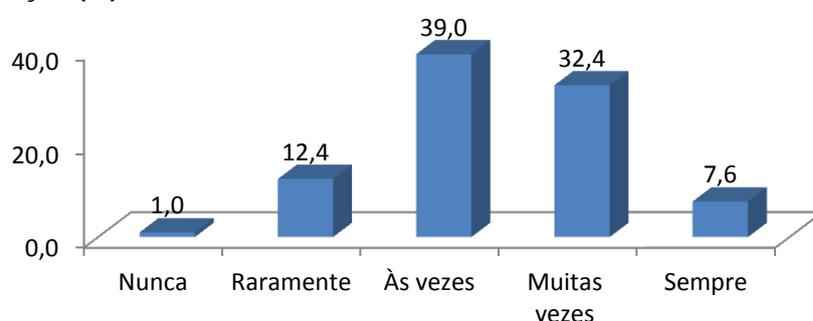
Figura 13 – Opinião dos profissionais face à facilidade de registo no sistema (%).



Na análise sobre a potencialidade do sistema motivar os profissionais de saúde para o registo de incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, os dados demonstram (figura 14) que 39,0% dos inquiridos respondeu que o sistema “Às Vezes” motiva os profissionais para notificarem, seguido de “Muitas Vezes” com 32,4%.

Quando analisamos esta variável por grupos profissionais, verificamos que o grupo profissional dos Enfermeiros considerou que o sistema motiva os profissionais para a notificação (37,9%).

Figura 14 – Potencialidade do sistema para motivar dos profissionais à notificação (%).

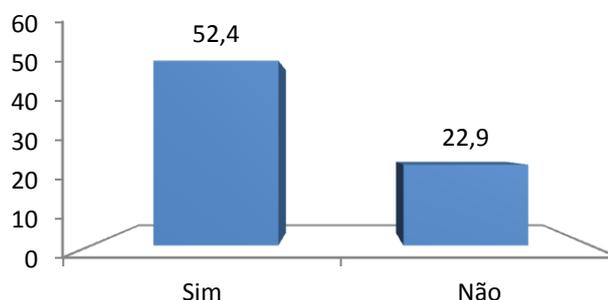


Outra das potencialidades do sistema que foi analisada através dos dados, foi a capacidade de notificar incidentes que foram detetados antes de atingirem o doente. Efetivamente, os «near miss» são importantes na segurança do doente, na medida, em que são facilmente notificados e permitem identificar a trajetória dos acidentes, evitando deste modo, que atinjam o doente e provoquem danos.

A análise dos dados, permitiu concluir que 52,4% da população inquirida considera que o sistema de notificação permite o registo de incidentes que não provocam dano no doente e apenas 22,9% considera que não permite (figura 15).

Quando analisado por grupo profissional, verificamos que os enfermeiros foram os que apresentaram maior percentagem de resposta (63,6%).

Figura 15 – Capacidade do sistema em registar incidentes que não provocam dano no doente (%).



Objetivo 3 - Frequência com que os profissionais utilizam o sistema de notificação de eventos adversos.

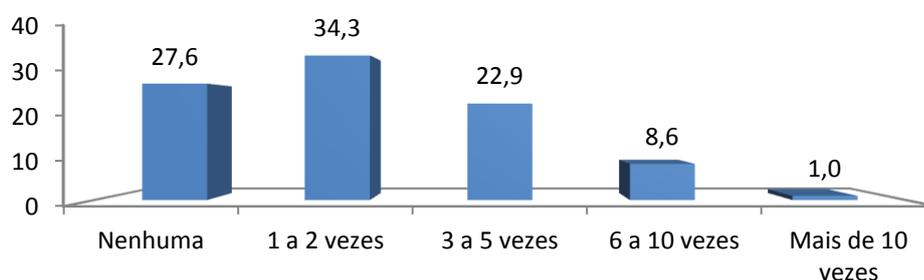
Após a análise do contributo do sistema de notificação para o desenvolvimento de uma cultura e segurança e das suas potencialidades, é de todo o interesse analisar a frequência com que os profissionais realizam a notificação de incidentes e eventos adversos. Efetivamente, estamos na presença de um instrumento de registo importante, mas, pode eventualmente, ser pouco utilizado pelos profissionais de saúde.

Para analisar as variáveis, foi verificado se existem diferenças entre grupos através do teste não paramétrico de Kruskal Wallis. Nesta análise rejeitamos a H_0 ($p < 0,05$), e assumimos a H_1 : existem diferenças entre grupos relativamente à frequência de utilização do sistema pelos profissionais de saúde. Calculamos igualmente para esta análise, as medidas de tendência central – moda e mediana ($P < 0,05$).

Para identificar a frequência com que os profissionais de saúde utilizam o sistema de notificação, foi analisado o número de registos efetuados no último ano. Depois de analisados os dados (figura 16), foi possível observar que 27,6% dos inquiridos não efetuou qualquer registo no sistema, 34,6% efetuou 1 a 2 registos, 22,9% efetuou 3 a 5, 8,6% 6 a 10 e por fim apenas 1% efetuou mais de 10 registos.

Seguidamente efetuamos a análise do número de registos por grupo profissional e verificamos que a mediana dos registos efetuados pelos profissionais no sistema de notificação é 2, o que corresponde a uma frequência de 36 respostas na categoria de 1 a 2 vezes.

Figura 16 – Frequência com que os profissionais utilizam o sistema (%)



Quanto à frequência de registos, analisamos a comparação entre grupos profissionais e verificamos que, de acordo com os dados do quadro 6, os Enfermeiros são os que significativamente mais notificam com 98,4%, seguidos dos Médicos com 93,4% e por último os Técnicos com 66,6%.

Quadro 6 – Comparação do número de registos por grupo profissional no último ano (%).

	Nenhuma	1 a 2 vezes	3 a 5 vezes	6 a 10 vezes	> 10 vezes	Total %
Médicos	53,3%	36,7%	0%	3,3%	0%	93,3%
Enfermeiros	15,2%	34,8%	34,8%	12,1%	1,5%	98,4%
Técnicos	33,3%	22,2%	11,1%	0%	0%	66,6%

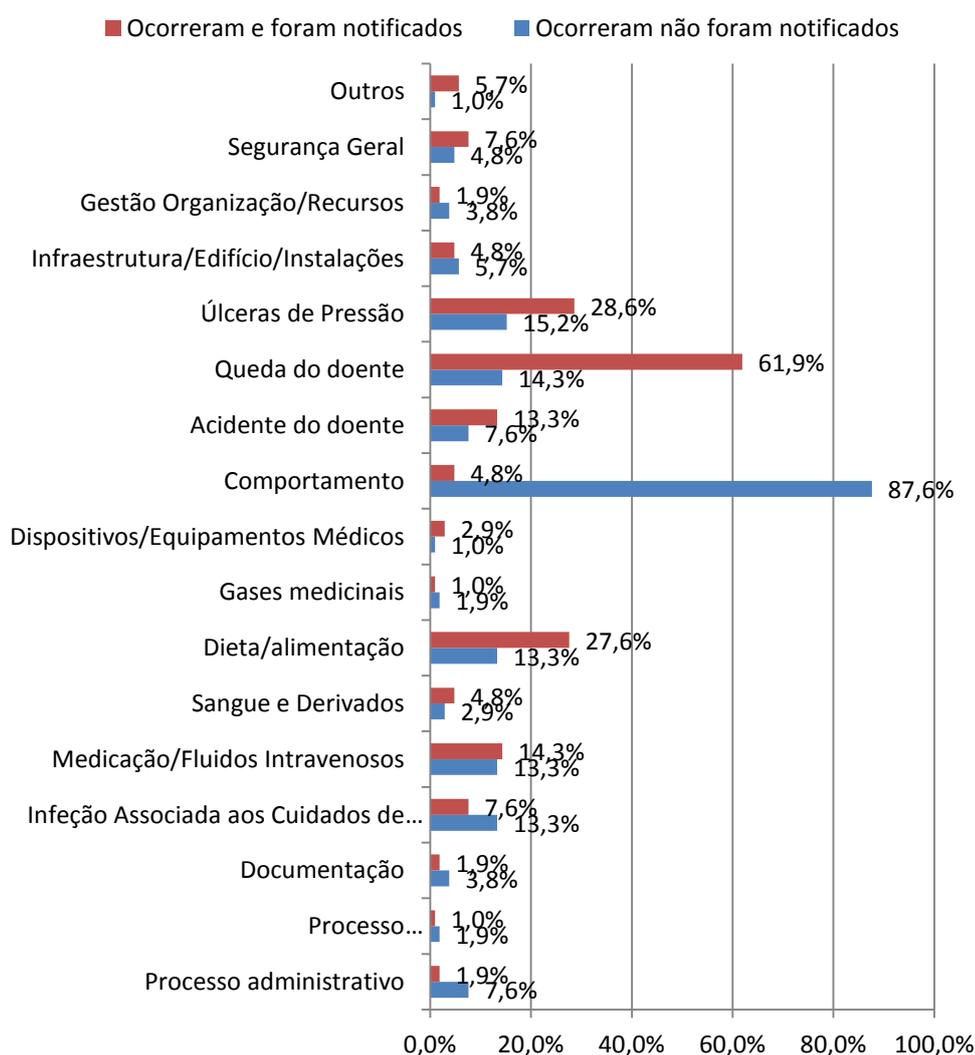
Após a análise da frequência das notificações, consideramos pertinente identificar, de acordo com o conhecimento dos inquiridos, quais os incidentes e eventos adversos que ocorreram no último ano e se foram ou não notificados.

Conforme reportam os dados da figura 17, os incidentes e eventos adversos que ocorreram e tiveram maior expressão em termos de notificação, foram os relacionados com quedas dos doentes (61,9%), seguido das úlceras de pressão (28,5%), com pequena margem de diferença dos incidentes relacionados com a alimentação (27,6%).

É importante realçar que em termos de incidentes e eventos adversos ocorridos e que não foram notificados, os que tiveram maior expressão, foram os relacionados com o comportamento (87,6%). Podemos concluir, que em muitos casos os incidentes ocorridos não foram notificados, estejam eles relacionados

com a prestação de cuidados de saúde (falhas ativas), ou com procedimentos gerais (falhas latentes). Destes, há a referir com maior expressão, os incidentes relacionados com o comportamento (87,6%), úlceras de pressão (15,2%), queda do doente (14,3%), dieta e alimentação (13,3%), infeção associada aos cuidados de saúde (13,3%), medicação e fluidos intravenosos (13,3%).

Figura 17 – Incidentes/eventos adversos ocorridos e respetiva notificação no último ano (%)



Objetivo 4 - Relação entre os profissionais que tiveram formação sobre o sistema de notificação e as notificações realizadas.

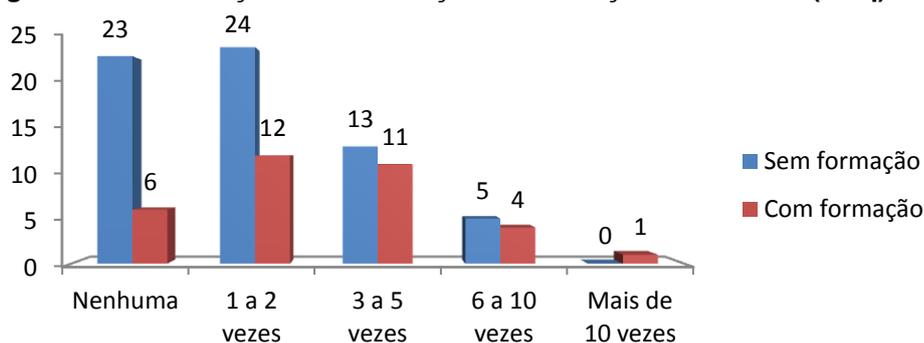
Nesta fase do estudo, procuramos saber se existe uma relação entre a formação dos profissionais sobre o sistema de notificação e as notificações realizadas.

Para determinar se existe esta relação, foram analisadas as variáveis “notificações realizadas no último ano” e “formação realizada sobre o sistema de notificação”, através de medidas de associação que permitem medir a intensidade e, em alguns casos, o sentido da relação entre duas variáveis.

Os dados obtidos foram analisados através do coeficiente T de Kendall tau – b, através do qual verificamos, que a relação entre formação e notificações efetuadas, é fraca, mas existe (valor de associação igual a 0,207)³⁶, para um valor de significância de $p < 0,05$.

Após análise dos dados obtidos, apuramos que, relativamente à associação existente entre formação realizada sobre o sistema de notificação e as notificações efetuadas, existe relação entre si, mas é fraca. A formação não é, portanto, um fator relevante para a notificação de incidentes e eventos adversos.

Figura 18 – Associação entre formação e notificações realizadas (Freq).



Os dados apresentados na figura 18 confirmam a existência de uma relação fraca entre as duas variáveis, formação e notificação, onde se pode verificar que as notificações efetuadas pelos profissionais sem formação, têm valores absolutos superiores aos profissionais com formação. A confirmar este dado, por exemplo, na escala “1 a 2 vezes”, obtivemos 24 respostas registadas por profissionais sem formação e 12 registadas por profissionais com formação. Desta forma, conclui-se que existe uma relação fraca entre formação e notificações efetuadas.

³⁶ Para valores de coeficiente inferiores a 0,2 existe uma relação muito fraca, os valores em torno de 0,5 revelam uma relação moderada e acima de 0,7 já traduzem uma relação forte.

Objetivo 5 - Em que medida as variáveis sexo, idade, profissão, tempo de experiência profissional e vínculo à instituição estão relacionados com a adesão dos profissionais ao sistema de notificação de incidentes e eventos adversos.

Procuramos verificar, de que forma a adesão dos profissionais ao sistema de notificação poderá estar relacionada com fatores como: sexo, idade, profissão, tempo de experiência profissional e tipo de vínculo à organização.

Para realizar esta análise estatística, os dados foram analisados através do teste não paramétrico de correlação de Spearman e de V Cramer, uma vez que foram criados pares de variáveis de acordo com a sua classificação. Posteriormente procedeu-se à análise da correlação entre variáveis.

Da análise estatística do coeficiente de correlação de Spearman verificamos que existe uma associação forte entre as variáveis idade e número de anos de experiência profissional, uma vez que apresentam um coeficiente de correlação igual a 0,911³⁷. A associação entre estas variáveis não é objeto da nossa análise, contudo, estes dados são pertinentes na medida em que se identifica uma associação entre a idade e tempo de experiência profissional, que podem ter valor estatístico noutra contexto.

Relativamente ao nosso objeto de análise, não foi encontrado um valor de associação forte entre ocorrências notificadas no último ano e idade ou número de anos de experiência profissional, uma vez que apresentam valores de correlação de -0,187 e -0,078 respetivamente³⁸.

Para analisar se existe associação entre variáveis com características nominais sexo, profissão e tipo de vínculo à organização e notificações realizadas no último ano utilizamos o teste estatístico de V Cramer.

Da análise estatística realizada, verificamos que apenas existe um valor de correlação forte entre as ocorrências notificadas no último ano e a variável profissão, uma vez que apresentaram um valor absoluto de 0,360 para um nível de significância de $p=0,001$.

³⁷ A intensidade da relação mede-se pelo valor absoluto do coeficiente, podendo variar entre 0 (ausência de relação) e 1 (relação perfeita). Quanto mais perto de 0 mais fraca é a relação e quanto mais perto de 1 mais forte é a relação.

³⁸ Idem.

Com base nos dados, parece que a variação de sexo, idade, tempo de experiência profissional e tipo de vínculo à instituição não se associam com a variação da adesão dos profissionais ao sistema de notificação de eventos adversos.

Objetivo 6 - Opinião dos profissionais relativamente à importância da formação na notificação de incidentes e eventos adversos.

A formação dos profissionais tem sido referida como um fator importante na segurança do doente. Esta formação tem implicações tanto ao nível da prevenção de incidentes e eventos adversos, como no próprio registo desses incidentes. Neste contexto, achamos importante analisar a opinião dos profissionais relativamente à importância da formação na prevenção de incidentes e eventos adversos e também relativamente ao sistema de notificação.

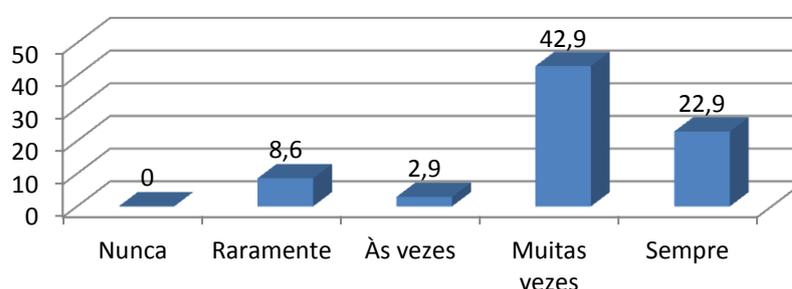
Antes da análise foi verificada a existência de diferenças entre grupos através do teste não paramétrico de Kurskal Wallis e concluímos que existem diferenças entre grupos, relativamente à opinião dos profissionais sobre a importância da formação na notificação de incidentes, rejeitamos a H_0 ($p < 0,05$) e assumimos H_1 : existem diferenças entre grupos em termos de opinião sobre a importância da formação na notificação de incidentes e eventos adversos.

As respostas dos inquiridos foram analisadas com recurso a medidas de tendência central, onde foi analisada a moda. As respostas foram apresentadas através de uma escala de frequência (Nunca, Raramente, Às vezes, Muitas vezes e Sempre) e também numa escala dicotómica (Sim e Não).

Dos dados analisados podemos concluir que 42,9% dos inquiridos referem que a formação dos profissionais é “Muitas vezes” importante na prevenção de incidentes e eventos adversos (figura 19).

Quanto analisamos a importância da formação na prevenção dos incidentes e eventos adversos por grupo profissional, concluímos que os Médicos e Enfermeiros são unânimes na resposta “Muitas vezes”, com 53,3% e 42,4% respetivamente. No entanto, existem diferenças significativas entre a opinião dos Técnicos e os restantes profissionais, já que estes responderam que a formação é “Sempre” importante 22,0%.

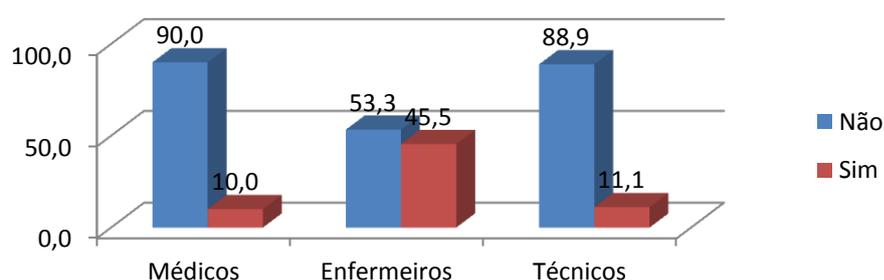
Figura 19 – Importância da formação na prevenção de incidentes e eventos adversos (%)



Outro item analisado em relação à formação dos profissionais, foi a formação sobre o sistema de notificação existente na organização hospitalar. Efetivamente a operacionalização destes sistemas pode levantar algumas dúvidas aos profissionais no momento de efetuarem as suas notificações.

Nos dados obtidos, é possível identificar que 66,7% dos profissionais respondeu que não teve formação sobre o sistema de notificação e 32,4% respondeu que sim. Entretanto, dado os valores apresentados, analisamos os dados por grupo profissional (figura 20) e constatamos que o grupo profissional que obteve mais formação sobre o sistema foi o dos Enfermeiros (45,5%), seguido dos Técnicos (11,1%) e por último os Médicos (10,0%).

Figura 20 – Formação sobre o sistema de notificação por grupo profissional (%)



Ainda no contexto da formação sobre a notificação de incidentes e eventos adversos, analisamos as respostas dos inquiridos quanto à formação sobre prevenção de incidentes e eventos adversos nos cuidados de saúde que teriam assistido no último ano. Observamos, que 72,4% dos inquiridos responderam

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

que não assistiram a qualquer formação e apenas 26,7%, responderam afirmativamente.

Quando analisamos as respostas por grupo profissional, verificamos que os Enfermeiros foram os profissionais que mais formações assistiram no último ano (34,8%), seguidos dos Médicos e Técnicos com 13,3% e 11,1% respetivamente.

2. Discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados, iremos seguidamente efetuar a sua discussão à luz dos conhecimentos atuais sobre a temática dos sistemas de notificação de eventos adversos e experiência profissional do investigador, como forma de enriquecer o processo de discussão. Para isso, será seguida uma sequência lógica de acordo com os objetivos do estudo.

Objetivamente, os resultados obtidos no presente estudo permitem-nos afirmar o seguinte:

A população inquirida é caracterizada por indivíduos do sexo masculino (26,7%) e feminino (73,3%), em que a maior percentagem destes se encontra na faixa etária dos 20 aos 30 anos (36,2%) (Figura 2). Concluimos igualmente, que a mediana de tempo de experiência profissional se encontra na classe “entre 11 e 20 anos” e que 48,0% da população tem como vínculo à organização o Contrato de Trabalho para Funções Públicas. O grupo profissional com maior representatividade é o dos Enfermeiros com 62,9%, seguido dos Médicos (28,6%) e Técnicos (8,6%).

A todos os inquiridos foi perguntado (questão 1 do questionário) se na unidade hospitalar onde trabalha está implementado algum sistema de notificação de eventos adversos. Concluimos das respostas, que 89,5% dos profissionais tem conhecimento da implementação de um sistema de notificação e que o grupo profissional que evidenciou maior conhecimento, foi o dos Enfermeiros com 100%, seguido dos Médicos (76,7%) e Técnicos (55,6%) (Figura 4).

Contributo do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos na segurança do doente na unidade de saúde hospitalar.

Quando analisámos os dados sobre o contributo do sistema de notificação de eventos adversos na segurança do doente na unidade hospitalar, concluimos, que o sistema de notificação contribui amplamente para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do doente, com uma percentagem de resposta de 88,6%.

Efetivamente, estes resultados são corroborados pelos estudos atuais, onde os sistemas de notificação de eventos adversos são referidos como tendo um papel

importante na compreensão da trajetória do erro, e que são igualmente importantes na disseminação, pela prática, de uma cultura de segurança nas unidades de saúde (Fragata, 2011). Da mesma forma, James Reason (1995), num estudo acerca do entendimento dos eventos adversos e dos fatores humanos subjacentes, concluiu, que a gestão do risco depende muito de um sistema de registo de incidentes.

Durante o estudo, verificamos igualmente, que todos os grupos profissionais são unânimes nas respostas quanto à contribuição do sistema para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, Médicos 86,7%, Enfermeiros 93,9% e Técnicos 55,6% (Figura 7).

De facto, estes dados são confirmados pelos resultados, uma vez que a população estudada considerou que a segurança do doente passou ser uma prioridade após a implementação do sistema de notificação na unidade de saúde hospitalar, sendo este igualmente referido, como um instrumento importante na política de segurança do doente (figuras 8 e 9).

Os sistemas de notificação atuais, têm um papel mais direcionado para a aprendizagem com os erros, do que propriamente com a divulgação desses erros. Para isto acontecer, bastará que seja aplicado um sistema de notificação numa unidade de saúde, que permita o registo de determinados eventos, sejam eles adversos, eventos sem dano, «*near misses*» ou riscos, e que daí surjam medidas corretivas ou preventivas a seguir.

Podemos confirmar esta tendência, uma vez, que os resultados obtidos indicam que a notificação tem um papel importante na prevenção de incidentes e eventos adversos, com 53,3% das respostas obtidas “Muitas vezes” (Figura 11). Concluímos igualmente, que os inquiridos consideram que a notificação tem um papel importante na aprendizagem com os erros (52,4% “Muitas vezes”).

Baseados nestes resultados, analisamos também a importância da notificação na prevenção de incidentes e eventos adversos por grupo profissional, onde concluímos, que o grupo profissional dos Médicos foi aquele que maior percentagem de resposta obteve (76,6%) com a resposta “Muitas vezes” seguido dos Enfermeiros com 48,5% (Quadro 5).

As conclusões a que agora chegamos, são partilhadas pelo nosso conhecimento, na medida em que, o facto de os profissionais estarem consciencializados para notificarem os eventos adversos, têm uma oportunidade de ouro para aprenderem com os seus erros, e simultaneamente, desenvolveram uma atitude de prevenção dos eventos adversos. Esta opinião, é fundamentada pela partilha de informação da equipa multidisciplinar, após a implementação do sistema de notificação.

Perceção dos profissionais face às potencialidades do sistema de notificação.

A aplicação de um sistema de notificação de eventos adversos, é um processo complexo que necessita de profissionais capazes para colocar o sistema em prática e de uma estrutura organizacional que garanta a análise dos acidentes, e consequentemente, informação de retorno.

Com base nestes pressupostos, inquirimos a população com o intuito de identificar a perceção dos profissionais relativamente às potencialidades do sistema de notificação existente na unidade de saúde hospitalar. Da análise dos questionários, concluímos que o sistema de notificação é um instrumento que facilita a notificação dos eventos adversos, onde se obteve uma percentagem de 41,0% para a resposta “Muitas vezes” (Figura 13).

Relativamente à capacidade do sistema motivar os profissionais a notificarem, verificamos que a maior percentagem de resposta obtida foi “Às vezes” com 39,0%, seguido de “Muitas vezes” com 32%. Admitimos, assim, que as características do sistema existente, estão, seguramente, na base das respostas obtidas (Figura 14).

Sabemos amplamente que o principal objetivo do sistema de notificação, é reforçar a segurança do doente através da aprendizagem e diminuir a ocorrência de eventos adversos que representem danos, tanto para o doente, como para a imagem da unidade hospitalar.

De acordo com o nosso conhecimento, o sistema de notificação existente na unidade de saúde, permite a utilização de uma grelha de classificação dos eventos, permitindo desta forma, que sejam facilmente notificados eventos adversos, eventos sem dano, «*near miss*» e riscos. Por conseguinte, é ainda

possível identificar as características do doente, fatores que contribuíram para a ocorrência do incidente, impacte do incidente, quer no doente quer na unidade de saúde e por fim, permite igualmente analisar fatores de mitigação do evento.

A literatura sobre segurança do doente, refere algumas das características que um sistema de notificação deve ter, por forma a facilitar os profissionais a reportarem, nomeadamente: voluntário, anónimo, confidencial, não punitivo para quem notifica, objetivo com conclusões e recomendações e incentivar à comunicação irrestrita. Desta forma, consideramos que o desenho do sistema em estudo possui características que motivam os profissionais a notificarem os incidentes e eventos adversos (WHO 2005; Committee of Ministers 2006; Fragata, 2011, Bañeres, 2005; Fajardo-Dolci, 2010).

Analizamos igualmente, a capacidade do sistema permitir a notificação dos eventos que não atingiram o doente. Em geral, um sistema de notificação deve permitir que sejam reportados todos os eventos que tenham interesse para a aprendizagem, onde se destacam os «*near miss*» ou quase evento. A literatura define estes eventos como incidentes que não chegaram a atingir o doente, isto é, situações com potencial para causar dano, mas que foram identificadas e recuperadas a tempo de evitar lesões físicas ou psicológicas no doente (WHO – Conceptual Framework for The International Classification for Patient Safety, 2009; Fragata, 2011).

Os eventos que não chegaram a atingir o doente, são de grande importância, na medida em que representam um grande momento de aprendizagem. Não traduziram dano no doente, são de fácil «*report*» e quem os reporta fica isento de culpa porque recuperou um potencial evento adverso. Este dado é corroborado por Bruno, (2010) citando Cozens (2002), referindo, que é através do registo de incidentes que não causam dano no doente, ou em que a lesão é mínima, que se obtém uma maior aprendizagem. Refere igualmente, que é este tipo de registo que deve ser incentivado aos profissionais de saúde, uma vez que a carga emocional é menor, assim como, o medo de uma eventual punição.

Os resultados obtidos no estudo, mostram que os profissionais consideram que o sistema permite a notificação de incidentes que não atingiram o doente, com uma percentagem de resposta de 52,4%. Concluimos igualmente, que o grupo

profissional que mais vezes referiu que o sistema permite a notificação deste tipo de incidentes, foi o dos Enfermeiros com 63,6%.

Estes resultados são igualmente apresentados num estudo realizado por Evans, (2006), que ao avaliar a consciencialização dos profissionais para o uso do sistema de notificação, concluiu que os quase eventos que ocorrem ao longo do tempo por falta de prevenção, são mais suscetíveis de serem notificados.

Frequência com que os profissionais utilizam o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos.

A frequência com que os profissionais utilizam o sistema de notificação é, objetivamente, um indicador da cultura de segurança existente na unidade hospitalar. Quando analisamos o conhecimento dos profissionais sobre a existência do sistema de notificação na unidade hospitalar, concluímos que 89,5 % dos profissionais tinham conhecimento da existência do sistema, sendo o grupo profissional dos Enfermeiros o que mais se destacou em termos de conhecimento, 100% (Quadro 4).

Com base neste dado, analisamos a frequência com que os profissionais efetuaram notificações. Concluímos, que a frequência de notificação é baixa, uma vez que 27,6% dos inquiridos não realizou qualquer notificação e apenas 34,3% fez 1 a 2 registos no último ano. Para confirmar estes resultados, calculamos o valor da mediana das notificações correspondeu à classe "1 a 2 vezes" (Figura 16). Quando analisamos a frequência das notificações, por grupo profissional, verificamos que os Enfermeiros foram os que mais vezes utilizaram o sistema com uma percentagem de resposta de 98,4%, seguidos dos Médicos com 93,3%.

Num dos estudos que tivemos oportunidade de analisar, Evans, (2002), obteve como resultados no seu estudo, que a maioria dos Médicos e Enfermeiros tinham conhecimento da existência do sistema no hospital onde trabalhavam (98,3%), contudo, os Enfermeiros notificavam mais que os Médicos (88,3% vs 43,0%).

Estes resultados corroboram os apresentados por Lawton, (2002) e Waring, (2005) sobre as barreiras à comunicação de incidentes, onde concluiu que os profissionais, principalmente os Médicos, têm receio de relatar os eventos

adversos devido à existência de uma cultura de culpabilização e considerarem igualmente, que o erro é uma característica inevitável da prática médica. No entanto, referem os autores, que os profissionais têm mais facilidade em relatar os eventos adversos a um colega que a um elemento sénior.

As conclusões a que agora chegamos, são referidas noutros estudos nacionais e internacionais já realizados, (Bruno, 2010; Carneiro, 2010; Rosenthal 2005 citado por Bruno, 2010; Bañeres, et al. 2005), onde se concluiu igualmente, que existe uma fraca adesão dos profissionais ao sistema de notificação de eventos adversos. Como causas para a subnotificação, apontam-se fatores organizacionais e individuais: i) os profissionais desconhecem o que registar; ii) não identificam o incidente ou não é visto como importante; iii) a notificação aumenta a carga de trabalho; iv) existência sentimento de culpa; v) desaprovação dos colegas; vi) falta de apoio; vii) recear ações disciplinares; e também viii) por medo de perda de reputação.

A literatura identifica igualmente, que as barreiras à notificação comprometem a viabilidade e utilidade dos sistemas (Bañeres, et al. 2005). Neste domínio, o autor apresenta alguns argumentos para potenciar o desenvolvimento e manutenção dos sistemas de notificação: i) a notificação de incidentes permite perceber como ocorrem os acidentes e quais as barreiras que os podem prevenir; ii) a grande frequência dos incidentes permite uma análise quantitativa dos mesmos, uma vez que ocorrem com uma frequência entre 3 e 300 vezes mais que os eventos adversos; iii) a monitorização dos incidentes acrescenta mais valor à qualidade dos cuidados do que a monitorização dos eventos adversos, pois permite abordar o problema dos eventos adversos antes de eles ocorrerem; iv) o feedback dado aos profissionais pode melhorar a sua participação na melhoria da segurança, uma vez que não havendo dano no doente, a informação é melhor recebida.

Face aos factos apresentados e mantendo como princípio que o objetivo da utilização do sistema de notificação é, desenvolver uma cultura de segurança com recurso a uma abordagem sistémica e diminuir a ocorrência de eventos adversos que representem custos significativos e eventuais danos no doente e na imagem da unidade de saúde, então, todos os incidentes devem ser notificados, independentemente da sua tipologia, causas ou consequências.

Na sequência da análise da frequência com que os profissionais utilizam o sistema de notificação, procuramos analisar que eventos adversos aconteceram nos serviços e se foram notificados. De acordo com os dados analisados, dos 17 eventos adversos elencados no questionário, que o sistema permite notificar (figura 17), os eventos adversos que ocorreram e tiveram maior expressão em termos de notificação, foram os eventos relacionados com quedas dos doentes (61,9%), seguido das úlceras de pressão (28,5%).

Efetivamente, as quedas e as úlceras de pressão, têm sido os eventos adversos com maior expressão em termos de notificação. À luz da análise realizada por organizações internacionais, a WHO, (2008) estima que a incidência das quedas em doentes hospitalizados pode atingir valores de 4,8 a 8,4 mil doentes por dia. Relativamente à incidência das úlceras de pressão, segundo a mesma organização, estes eventos adversos podem atingir valores na ordem dos 10 a 14%.

De igual modo, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), no relatório de inspeção sobre monitorização do erro médico e ações judiciais com pedido de indemnização por deficiente assistência médica (follow-up), a 56 estabelecimentos hospitalares, assinala as quedas e úlceras de pressão, como “outras situações mais frequentes”, independentemente da frequência em que aconteceram (Ministério da Saúde, 2010).

Dos eventos adversos ocorridos e não notificados, de acordo com os dados recolhidos, os que tiveram maior expressão são os relacionados com o comportamento (87,6%), úlceras de pressão (15,2%), queda do doente (14,3%), dieta e alimentação (13,3%), infeção associada aos cuidados de saúde (13,3%), medicação e fluidos intravenosos (13,3%).

Deste grupo de eventos adversos que ocorreram e não foram notificados, salientamos a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), uma vez que estamos na presença de um verdadeiro problema de saúde pública. Esperávamos por isso, que os valores apresentados fossem mais expressivos, traduzindo uma maior sensibilização dos profissionais para o problema.

A preocupação com a IACS é referida pela WHO (2008), uma vez que é estimado, que cerca de 5 a 10% dos doentes hospitalizados em todo o mundo, sejam afetados por uma infeção. Também o Centro Europeu de Prevenção e

Controlo de Doenças, estima que em média as infeções associadas aos cuidados de saúde afetam um em cada vinte doentes hospitalizados, num total de 4,1 milhões de doentes por ano, só na União Europeia, causando cerca de 37000 mortes por ano (Conselho da União Europeia, 2009).

A magnitude do problema em Portugal é traduzida pelo Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção realizado pelo Plano Nacional de Controlo de Infeção em 2009, no âmbito do programa da WHO “Práticas Simples Salvam Vidas”, onde foram estudados 21459 doentes internados em 144 hospitais, onde se verificou uma taxa de prevalência de IACS em 9,8% dos doentes hospitalizados. Isto significa que 5% dos doentes hospitalizados em hospitais portugueses poderão ter adquirido uma infeção associada aos cuidados de saúde (Pina, 2010).

Neste contexto, e com base nos resultados obtidos no estudo, consideramos que estamos na presença de um problema de subnotificação. Este problema não é exclusivo dos serviços ou da unidade hospitalar onde decorreu o estudo ou, num âmbito mais alargado, no panorama nacional. Este problema é referido como um problema transversal aos vários países onde foram implementados sistemas de notificação de eventos adversos. Claro está, que os países que já contam com a implementação dos sistemas há mais tempo e que trabalharam no sentido de desenvolver uma cultura de segurança, contam com uma maior sensibilização e colaboração dos profissionais na notificação dos eventos adversos.

Na tentativa de solução do problema da subnotificação, alguns autores, (Boñeres, et al. 2005; Lage, 2010), têm referido como possíveis estratégias para aumentar a confiança dos profissionais em relação aos sistemas de notificação, clarificar a definição dos incidentes e eventos adversos, simplificar os métodos de notificação, realizar feedback aos profissionais e explicar a natureza e objetivos dos sistemas de notificação.

Relação entre os profissionais que tiveram formação sobre o sistema de notificação e as notificações realizadas e Opinião dos profissionais relativamente à importância da formação na notificação de incidentes e eventos adversos

Com base nas estratégias apresentadas, verificamos, que a formação é um fator eficaz para aumentar a confiança dos profissionais relativamente aos sistemas

de notificação. Mas, a pertinência da formação, não se verifica apenas em relação aos sistemas de notificação.

Atualmente, a formação dos profissionais ao nível da segurança do doente, começa a ser entendida como um valor acrescentado na prestação de cuidados, para melhorar a segurança dos doentes nos sistemas de saúde.

De acordo com as orientações de organismos internacionais aos Estados Membros, onde se destacam a Declaração do Luxemburgo (2005) e o Coucil of Europe (2006), as unidades de saúde hospitalares, através dos seus Centros de Formação, devem apresentar planos de formação para todos os profissionais, onde incluam cursos de Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente. Devido à consciencialização da importância da formação dos profissionais de saúde, esta realidade, não se verifica apenas ao nível das unidades de saúde, mas igualmente, na formação pré e pós graduada dos Médicos, Enfermeiros e Técnicos.

Durante a realização do estudo, entendemos analisar a relação entre os profissionais que tiveram formação no serviço, sobre o sistema de notificação e as notificações efetuadas no último ano. Os resultados obtidos ficaram longe do que era expectável, mesmo sabendo de ante mão que os profissionais notificam pouco. Concluímos, que existe relação entre as variáveis formação e notificação, mas é fraca (valor absoluto igual a 0,207), uma vez que os profissionais sem formação realizaram maior número de notificações que os profissionais com formação (Figura 14).

A justificação encontrada para este resultado, parece ser, que os profissionais com formação sobre o sistema, notificaram menos vezes devido a outras barreiras à notificação, já referidas anteriormente, e não, devido à falta de formação.

No entanto, entendemos ser pertinente apurar a opinião dos profissionais inquiridos, quer sobre a importância da formação na prevenção de incidentes e eventos adversos, quer sobre o sistema de notificação. Estas opiniões revestem-se da maior importância, uma vez, que são estes os profissionais que utilizam o sistema e que o seu desempenho pode ser melhorado pela formação.

Quanto à apreciação que os inquiridos fazem sobre a importância da formação dos profissionais na prevenção de incidentes e eventos adversos, 42,9% refere que a formação é “Muitas vezes importante” e 22,9% referiu ser “Sempre” importante. Contudo, uma grande percentagem dos profissionais (72,4%), respondeu que não efetuou qualquer formação sobre prevenção de incidentes e eventos adversos, assim como, não efetuou qualquer formação sobre o sistema de notificação (66,7%).

Estes resultados levam-nos a concluir que uma grande percentagem de profissionais não estão esclarecidos, quer sobre a notificação de incidentes e eventos adversos, quer sobre o sistema de notificação, cabendo ao Gabinete da Gestão do Risco, desencadear iniciativas para formar os profissionais para as questões da segurança do doente.

A este nível de intervenção, Stanhope, (2001), num estudo sobre avaliação da notificação de eventos adversos, salienta que os profissionais de saúde devem receber formação continuada sobre os propósitos e objetivos da gestão do risco e da comunicação de incidentes e eventos adversos.

Esta conclusão é corroborada pela nossa experiência. Quando em 2010, foi implementado o sistema de notificação, a adesão dos profissionais foi muito baixa, sendo como razão apontada, o desconhecimento sistema. Após a realização de uma formação em serviço sobre o sistema de notificação, nomeadamente, sobre o «*front office*» e «*back office*», os profissionais aumentaram significativamente o número de notificações realizadas, tomando consciência que estão a contribuir para uma verdadeira cultura de segurança.

Em que medida as variáveis sexo, idade, profissão, tempo de experiência profissional e vínculo à instituição estão relacionados com a adesão dos profissionais ao sistema de notificação de incidentes e eventos adversos.

Como já foi referido, o sistema de notificação contribui para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, contudo, foram igualmente apontadas algumas das razões para a subnotificação de eventos adversos verificada entre os profissionais. Mediante estes resultados, procuramos analisar em que medida as variáveis sexo, idade, profissão, tempo de experiência profissional e vínculo contratual, poderiam eventualmente, manter uma relação com a adesão dos profissionais ao sistema de notificação.

Num primeiro momento, analisamos em que medida a idade e o tempo de experiência profissional poderiam estar associadas à notificação. Efetivamente, a análise dos dados não nos permitiu concluir essa associação. Durante a nossa pesquisa a estudos já realizados e recomendações emanadas por organismos de cariz internacional, não encontramos igualmente, qualquer evidência a este tipo de associação.

Num segundo momento, analisamos a associação entre as variáveis sexo, profissão e tipo de vínculo à organização e notificações realizadas no último ano e concluímos, que relativamente às variáveis sexo e tipo de vínculo à organização, não existe qualquer tipo de associação com as notificações realizadas. Contudo, quando analisamos a associação entre a profissão, e as notificações realizadas, concluímos que existe uma associação forte ente elas, (nível de significância de $p=0,001$).

Concluímos assim, que a profissão que mantém uma associação forte com a notificação, é a Enfermagem. Efetivamente, o universo das 99 notificações efetuadas nos serviços onde decorreu o estudo, os Enfermeiros foram os que mais notificaram no último ano com uma frequência absoluta de 65 notificações seguidos dos Médicos com 28 notificações e dos Técnicos com 6.

A conclusão a que agora chegamos, é corroborada por outros estudos (Bruno, 2010; Evans, 2006; Lawton, 2002). Em geral, o grupo profissional dos Enfermeiros é apontado como os profissionais que melhor conhecem o sistema de notificação e conseqüentemente mais notificações registam. Podemos apontar como fatores para estes resultados, o facto de os Enfermeiros considerarem que o sistema é um instrumento importante na política de segurança do doente (31%); que após a implementação do sistema a segurança passou a ser uma prioridade (53%); que a notificação é um fator importante na prevenção de incidentes e eventos adversos; para além de ser o grupo profissional que mais formação realizou sobre o sistema de notificação (45,5%).

3. Limitações do estudo

A realização deste estudo, pretendeu avaliar o impacte da aplicação do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos na unidade de saúde hospitalar, através de uma população constituída por profissionais de saúde residentes nos serviços onde foi lançado o questionário.

Durante a realização do estudo, surgiram algumas limitações importantes que devem ser mencionadas para melhor compreensão dos resultados obtidos e opções tomadas.

Em primeiro lugar, há a referir a inexperiência do investigador na realização de um estudo desta dimensão e complexidade. Durante a fase empírica, foi necessário um grande esforço para ultrapassar as barreiras que surgiram quando do lançamento do instrumento de recolha de informação nos serviços onde decorreu o estudo. Os profissionais de saúde mostraram grande resistência na participação neste tipo de iniciativa, principalmente os Médicos e Técnicos, devido à falta de tempo e também porque a prestação de cuidados de saúde é uma área sensível, nomeadamente, a questão do erro clínico e da notificação de eventos adversos, que continua a ser pouco referida entre os profissionais e a provocar grandes constrangimentos.

Em segundo lugar, o facto da população estudada ser constituída por três grupos profissionais, com funções distintas dentro da unidade hospitalar, onde foi possível verificar, que nem todos têm a verdadeira noção da dimensão do problema que é a segurança do doente ou a falta dela. Este problema foi identificado logo no início do estudo, através da pouca aceitação atribuída ao tema em estudo e deve-se, em nosso entender, ao facto dos profissionais de saúde tomarem decisões e praticarem atos clínicos de acordo com a sua formação técnica e deontologia profissional, isto é, fazem o que é correto, não havendo motivo para que seja posta em causa a segurança do doente, durante a prestação de cuidados de saúde.

A referir em terceiro lugar, o facto do número reduzido de respostas obtidas na fase de recolha dos questionários, motivado por alguns profissionais pensarem que a notificação dos eventos adversos não é da sua responsabilidade, mas sim, dos outros grupos profissionais.

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

Por último, há a referir que existem poucos estudos sobre sistemas de notificações de eventos adversos, existindo apenas algumas recomendações de organismos internacionais, o que dificultou a comparação com outros estudos.

É importante referir, que as conclusões a que se chegaram com a realização deste estudo, se reportam apenas à população estudada, não sendo possível a sua generalização a outras populações com características idênticas.

4. Conclusões

O processo de transferência da Qualidade do setor da indústria para a saúde, foi um processo longo, que remonta aos finais do século XIX. De Florence Nightingale a Ernest Codman, foram vários os autores que contribuíram para o desenvolvimento da qualidade em saúde, no entanto, só na década de 1960, Avendis Donabedian, apresentou a primeira definição de qualidade em saúde assente na tríade clássica – Estrutura, Processo e Resultados.

Posteriormente, já no ano 2001, o IOM, introduziu a Segurança nos cuidados de saúde, como uma dimensão central e indissociável da Qualidade em saúde, integrando a tríade da época moderna – Efetividade, Satisfação do Doente e Segurança. A segurança do doente, tornou-se assim, um fator de confiança em qualquer sistema de saúde, para o doente, profissionais e sociedade. Não poderá haver qualidade sem segurança.

A preocupação com a segurança do doente ganhou ênfase, devido ao número de doentes que são afetados por eventos adversos durante a prestação de cuidados de saúde. Algumas organizações internacionais, onde se destacam IOM, a WHO e o Conselho da União Europeia, apontam para a necessidade de desenvolvimento de uma política estratégica – Gestão do Risco – que minimize os riscos inerentes aos cuidados de saúde.

Os erros durante a prática de cuidados de saúde, ocorrem em cerca de 10 a 15% dos internamentos hospitalares, 60% dos quais, não causam danos no doente. No entanto, a percentagem de eventos adversos que afetam os doentes, é elevada (35% causam danos ligeiros a moderados e 5 % danos gravíssimos). A realidade dos eventos adversos nas unidades de saúde hospitalares em Portugal é muito semelhante, estimando-se uma taxa de incidência de eventos adversos de 11,1%.

Face ao número de eventos adversos ocorridos em todo o mundo, 4 a 17% do total das admissões realizadas em unidade saúde hospitalares, os sistemas de saúde continuam a desenvolver esforços para implementar medidas rápidas e efetivas para o problema, onde se destaca, o desenvolvimento e implementação de sistemas de notificação, como forma de promover uma cultura de segurança do doente através da aprendizagem com os erros.

No estudo que tivemos oportunidade de realizar, a unidade hospitalar conta com a existência de um moderno sistema de notificação de eventos adversos eletrónico, que assume uma filosofia de aprendizagem «*learning*», sendo consensual, o facto de permitir a notificação voluntária e confidencial, contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, com recurso a uma abordagem sistémica. O sistema reúne, igualmente, algumas potencialidades importantes: i) é um instrumento facilitador dos registos dos eventos adversos; ii) motiva os profissionais para a notificação; iii) permite a notificação de incidentes que não atingiram o doente «*near miss*»; e iv) tem um papel importante na prevenção de eventos adversos.

O sistema existente, teve uma boa aceitação por parte dos profissionais enquanto instrumento importante na segurança do doente, no entanto, no nosso entender, estamos na presença de um problema de subnotificação, uma vez que os profissionais têm uma adesão ao sistema abaixo do esperado, isto é, as notificações registadas não acompanham os incidentes e eventos adversos ocorridos.

A formação ao nível do sistema de notificação, tem um impacte positivo nos profissionais de saúde, sendo entendida como um fator importante na prevenção de incidentes e eventos adversos. Contudo, os profissionais de saúde continuam a realizar pouca formação a este nível, o que torna evidente, que muitos profissionais não estão esclarecidos, quer sobre o sistema de notificação existente na unidade hospitalar, quer sobre a notificação dos incidentes e eventos adversos. Apesar da importância conotada à formação, não encontramos relação direta entre a formação realizada pelos profissionais sobre o sistema de notificação, e os incidentes e eventos adversos notificados.

Entendemos ser da maior importância, a disseminação da informação aos profissionais de saúde, sobre a funcionalidade do sistema de notificação, assim como, das barreiras organizacionais e individuais à notificação dos eventos adversos.

Com esta investigação, não nos propusemos a realizar uma abordagem profunda e exaustiva dos sistemas de notificação, mas acreditamos que com a definição dos objetivos apresentados, podemos certamente, contribuir para o

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

conhecimento, desenvolvimento e implementação de outros sistemas de notificação de eventos adversos.

Consideramos que será importante continuar a desenvolver outros estudos sobre sistemas de notificação, independentemente das metodologias adotadas, de forma a avaliar o seu impacte nas unidades de saúde, seja ao nível da identificação e registo dos eventos adversos, seja ao nível da sua prevenção. Certamente, que este e outros estudos, poderão contribuir para a viabilidade do sistema de notificação de eventos adversos que se pretende implementar no SNS português.

Este é um desafio que se coloca às autoridades nacionais que regulam a segurança dos cuidados de saúde, DGS – Divisão de Segurança do Doente – aos profissionais de saúde, aos doentes e suas famílias.

Bibliografia

Afonso, P. (2010). *Intervenção para a segurança do doente. Análise dos obstáculos existentes na transferência de informação durante a passagem de turno de Enfermagem. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Évora para obtenção do grau de mestre.* Évora.

Almeida, M., Lopes, A., & Silva, C. (2010). Aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade em saúde: a acreditação hospitalar pela Joint Commission International. In C. A. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, *TMQ Qualidade - A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* (pp. 115-132). Lisboa: Edições Sílabo.

António, N. S., & Teixeira, A. (2009). *Gestão da Qualidade - De Deming ao modelo de excelência do EFQM.* Lisboa: Edições Silabo.

Backer, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., et al. (25 de maio de 2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association or its licensors* , pp. 1678-86.

Bañeres, J., Orrego, C., Suñol, R., & Ureña, V. (4 de janeiro de 2005). *Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y accidentes: una estrategia para aprender de los errores.* *Rev. Calidad Asistencial.* Obtido em 01 de setembro de 2012, de <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=los+sistemas+de+registro+y+notificaci%C3%B3n&btnG=&lr=http//>.

Barros, P. (2003). *As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 Anos.* Obtido em 18 de novembro de 2010, de Web site Tribunal Contas: www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-final.pdf

Barros, P. (1998). Custos e Qualidade. *Qualidade em cuidados de saúde - avaliação e melhoria. Encontro anual da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Auditório FIL 26 e 27 novembro*, (pp. 1-11). Lisboa.

Barros, P. (1999). Eficiência e qualidade: mitos e contradições. *Colóquio debate "Eficiência e justiça em cuidados de saúde". Academia das Ciências.*, (pp. 1-13). Lisboa.

Biscaia, J. L. (janeiro de 2000). Qualidade em saúde uma perspectiva conceptual. *Revista Qualidade em Saúde, IPQ*, pp. 6-10.

Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*. Coimbra: Wolters Kluwer Portugal sob a marca Coimbra Editora.

Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia de investigação - Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carneiro, A. V. (2009). *Governança do Hospitais - Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Carneiro, A. V. (2010 Vol. 10). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 3-10.

CHBM - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. (2010). www.chbm.min-saude.pt. Obtido em 10 de maio de 2012

Comissão das Comunidades Europeias. (dezembro de 2008). *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. COM(2008) 836 final. Obtido em 10 de julho de 2012, de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0836:FIN:PT:PDF>.

Comissão das Comunidades Europeias. (23 de outubro de 2007). *Livro Branco - Programa juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a EU (2008-2013)*. Obtido em 23 de Janeiro de 2012, de http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2007/com2007_0630pt01.pdf.

Committee Of Ministers. (24 de May de 2006). Recommendation Rec (2006)7 of The Committee of ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. *Adopted by The Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting of the Ministers Deputies*.

Conselho da União Europeia. (05 de junho de 2009). *Recomendação do Conselho sobre segurança do paciente incluindo a prevenção e o controlo de*

infecções associadas aos cuidados de saúde. Obtido em 23 de janeiro de 2012, de http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_pt.pdf.

Costa, A. (setembro de 2011). Comunicação Apresentada no âmbito da realização do estudo piloto para testar as funcionalidades da aplicação informática que suporta o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos. Lisboa.

Council of Europe - Committee of Ministers. (24 de maio de 2006). *Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to Member States on management of patient safety and prevention of adverse events in health care*. Obtido em 23 de janeiro de 2012, de <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&Site=CM>.

Cunha, G., Martins, M., Sousa, R., & Oliveira, F. (2007). *Estatística aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde*. Lisboa: Lidel.

Declaração do Luxemburgo sobre Segurança dos Doentes. Torná-la uma realidade! (dezembro de 2005). *Revista Qualidade em Saúde* nº 13, pp. 21-22.

Department of Health. (2000). *An Organisation With a Memory - Report of an expert group learning from adverse events on the NHS chaired by the Chief Medical Officer*. Obtido em 25 de janeiro de 2012, de http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/section5/documents/Org_with_mem_001.pdf.

Direcção Geral da Saúde. (2009). Despacho n.º 6513/2009. Criação de unidades orgânicas flexíveis e estrutura matricial. No Departamento da Qualidade na Saúde são criadas as seguintes divisões: Divisão de Qualidade Clínica e Organizacional (DQCO); Divisão de Segurança do Doente (DSD);. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 41 — 27 de fevereiro de 2009, 790-7904.

Direcção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório técnico*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

European Commission - Health and Consumers Directorate-General. (2008). *Patient Safety and Quality of Care Working Group Draft Terms of Reference and Working Methods*. Obtido em 20 de janeiro de 2012, de http://ec.europa.eu/health/ph_systems/patient_eu_en.htm.

European Commission. (2005). *Luxemburg Declaration on Patient Safety - Patient Safety - Making it Happen*. Obtido em 23 de janeiro de 2012, de ec.europa.eu/health/ph_overview/.../ev_20050405_rd01_en.pdf.

Evans, S., Berry, J., Smith, B., Esterman, A., Selim, P., & O' Shaughnessy, J. (2000). *Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study*. *Qual Saf Health Care* 2006;15:39-43. Obtido em 12 de setembro de 2012, de <http://qualitysafety.bmj.com/content/15/1/39.short>.

Fajardo-Dolci, G., Lamy, P., Suárez, J. R., Domingues, M. A., Morales, J. J., Torres, F. H., et al. (janeiro-março de 2010). *Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del paciente de la Organización mundial de la Salud*. *Revista CONAMED*, vol 15 número 1. Obtido em 30 de agosto de 2012, de http://scholar.google.com.br/scholar?q=sistema+de+registro+eletr%C3%B4nico+de+incidentes%2C+basado+en+la+clasificaci%C3%B3n+internacional+para+la+seguridad&btnG=&hl=pt-PT&as_sdt=0.

Faria, P. L. (2010). Perspectivas do Direito da Saúde em Segurança do doente com base na experiência norte-americana. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* Vol. temático 10 , pp. 81-88.

Faria, P., & Moreira, P. (julho/dezembro de 2009). Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde: notas em torno do Despacho nº. 14223/2009 de 24 junho de 2009 da Ministra da Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 27, nº. 2 , pp. 103-131.

Ferreira, P. L. (Outubro de 1999). Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais* nº. 33 , pp. 93-112.

Foddy, W. (2002). *Como perguntar - Teoria e prática de construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação - da concepção à realização*. 3ª edição. Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.

Fragata, J. (2011). *A Segurança dos Doente - Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Fragata, J. (26 de dezembro de 2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* , pp. 564-570.

Fragata, J. (2009). *Governança dos hospitais - Gestão do risco*. Alfragide: Casa da Letras.

Fragata, J. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e performance*. Lisboa: Almedina.

Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O erro em Medicina*. Coimbra: Almedina.

França, M. (dezembro de 2005). Qualidade e Segurança do Doente na ordem do dia. *Revista Qualidade em Saúde* nº. 13 , pp. 23-25.

Ganopa, C. (outubro de 2001). Saúde: na base da construção da qualidade de vida. *Revista Qualidade em Saúde* nº. 5. , pp. 10-12.

Gauthier, B. (2003). *Da problemática à colheita de dados*. 3ª edição. Loures: Lusodidacta.

Gigliione, R., & Bejamin, M. (2001). *O inquérito - Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Gomes, S. M. (julho/dezembro de 2001). Notificação de reações adversas medicamentosas: sua relevância para a saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 19 nº 2 , pp. 5-14.

Gonçalves, V. (2008). *Gestão do Risco nas Organizações de Saúde: percepção dos profissionais face ao gestor de risco*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de mestre ao ISCTE Business School Departamento de Gestão. Lisboa: ISCTE.

Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organization. (2008). *Preventing pediatric medication errors*. Obtido em 04 de dezembro de 2012, de http://www.joint.commission.org/sentinel/alert/sea_39.htm.

Kazadjian, V. (junho de 2006). Estratégias para a qualidade e segurança nos hospitais. Conferência realizada pelo IQS em 20 fevereiro 2006 sobre qualidade

e segurança nas instituições hospitalares e que estratégias para as implementar e garantir. *Revista Qualidade em Saúde* nº. 14 , pp. 30-33.

Kohn, L., Carrigan, J., & Donaldson, M. (1999). *To Err is Human - Building a Safer Health System*. Institute Of Medicine. (National Academy Press, Editor) Obtido em 25 de janeiro de 2012, de http://books.nap.edu/html/to_err_is_human/exec_summ.html.

Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* vol. 10 , pp. 11-16.

Laureano, R., & Botelho, M. (2010). *SPSS O meu manual de consulta rápida*. . Lisboa: Edições Sílabo.

Lawton, R., & Parker, D. (2002). Barriers to incident reporting in heathcare system. *Qual Saf Heath Care* , pp. 15-18.

Leap, L., Brennan, T., Laird, N., Lawthers, A., Locadio, A., Barnes, B., et al. (07 de fevereiro de 1991). The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. *The New England Journal of Medicine* , pp. 377-384.

Lopes, M. (2007). *A Gestão da Qualidade no Hospital: impacto da acreditação nas práticas críticas da gestão da qualidade para a performance hospitalar*. Dissertação submetida Instituto Superior de Ciências do Trabalho e do Emprego como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Gestão dos Serviços de Saúde.

Marconi, M., & Lakatos, E. (2002). *Técnicas de Pesquisa*. 5ª edição. São Paulo: Edições Atlas.

Maroco, J. (2005). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ª edição revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo.

Mezomo, J. C. (2001). *Qualidade em Saúde: Princípios Básicos*. São Paulo - Brasil: Editora Manole, Lda.

Michel, P., Quenon, J., Djihoud, A., Tricaud-Vialle, S., & Sarasqueta, A. (16 de October de 2007). *French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff.(Abstract)*. Obtido em 12 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17913779>.

Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. (24 de janeiro de 2009). *Despacho n.º 14223/2009 Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde pp. 24667-24669*. Obtido em 20 de dezembro de 2011, de Disponível em www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/.../0/Despacho14223_2009.pdf.

Ministério da Saúde - Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS). (2010). *Inspeção sobre monitorização do erro médico e acções judiciais com pedido de indemnização por deficiente assistência médica (follow-up)*. Obtido em 14 de outubro de 2012, de <http://www.igas.min-saude.pt/>.

Ministério da Saúde. (2008). Dec. Lei 234/2008 de 02 dezembro. A Direcção Geral da Saúde tem por missão regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde (...) planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde. *Diário da República, 1.ª série — N.º 233 — 2 de dezembro de 2008*, 8600-8608.

Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.50-A/2007 de 28 de fevereiro. Transformação de sete hospitais em entidades publicas empresariais. Desenvolvimento nos serviços de saúde, de uma cultura de segurança com uma abordagem sistémica reconhecida como alicerce da qualidade em saúde. *Diário da República, 1.a série—N.o 42—28 de fevereiro de 2007*, 1414-1426.

Ministério da Saúde. (junho de 2010). *Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Obtido em 20 de janeiro de 2012, de www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf.

Ministério das Finanças da Administração Pública e da Saúde. (2009). Portaria n.º 155/2009 de 10 de fevereiro. A missão da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., passando a Direcção-Geral da Saúde, a ter competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde. *Diário da República, 1.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2009*, 869-902.

Ministério de Sanidad y Consumo - Agência de Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2006). *Estudo Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados à la Hospitalización - ENEAS 2005*. Obtido em 20 de janeiro de 2012, de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/ops_2.pdf.

Morgado, V. (outubro de 2001). Qualidade em Saúde: uma exigência do presente, um investimento no futuro. *Revista Qualidade em Saúde*, pp. 13-15.

Oliveira, J. (dezembro de 2005). Gestão do risco hospitalar. *Revista Ordem dos Enfermeiros nº. 19*, pp. 12-15.

Organização Mundial de Saúde. (1985). *As metas de saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Estudos e Planeamento.

Pereira, A., & Poupá, C. (2008). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o Word. 4ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública Vol. Temático 10*, pp. 27-39.

Pires, A. R. (2000). *Qualidade - Sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pisco, L. (outubro de 2001). Perspectivas sobre a Qualidade na Saúde. *Revista Qualidade em Saúde nº 5*, pp. 4-6.

Porto, S., Martins, M., Mendes, W., & Travassos, C. (setembro de 2010). A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Temático 10*, pp. 74-80.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais. 5ª edição*. Lisboa: Gradiva.

Reason, J. (1995). *Understanding adverse events: human factors. (Abstract)*. Obtido em 13 de setembro de 2012, de Quality in Health Care: <http://quallity.bjm.com/content/4/2/80.full.pdf+html>

Revez, S., & Silva, C. (2010). Visão Simbiótica de qualidade em saúde - busca contínua pela melhoria. In C. A. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, *TMQ Qualidade - A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* (pp. 41-51). Lisboa: Edições Sílabo.

Ribas, M. (30 de dezembro de 2010). Eventos Adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 585-589.

RISI - Recursos Ideias Soluções Informáticas. (2011). Obtido em 09 de maio de 2012, de www.risi.pt.

Rodrigues, R. C. (2009). *Satisfação global aferida pelos pacientes. Uma aplicação ao Serviço de Urgência Português - Tese submetida à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde*. Coimbra.

Rosenthal, J., & Takach, M. (2007). *Guide to State Adverse Event Reporting Systems*. Obtido em 20 de janeiro de 2012, de www.nashp.org/Files/shpsurveyreport_adverse2007.pdf.

Schiøler, T., Lipczak, H., Pedersen, B., Mogensen, T., Bech, K., Stockmarr, A., et al. (24 de setembro de 2001). Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. Abstract. *Ugeskr Laeger.*, pp. 5370-8.

SIMPATIE. (maio de 2007). *Simpatie project final report "Safety improvement for patient in Europe". Reporting period feb2005 - feb 2007. Grant agreement no: 2004108*. Obtido em 29 de janeiro de 2011, de http://www.simpatie.org/Main/ff1196084509/Simpatie_project_final_report_webversion.pdf.

Sousa, P. (2006). Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Qualidade em Saúde.*, pp. 309-318.

Sousa, P. (2010). Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. In C. A. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, *TMQ Qualidade nº 1 A Qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar* (pp. 19-30). Lisboa: Edições Síliabo.

Sousa, P. (2006). Sistemas de saúde e a segurança dos doentes. *Nascer e crescer* 15, nº 3, pp. 163-167.

Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (outubro de 2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. temático 10, pp. 89-95.

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do Doente: Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.

Stanhope, N., Crowley-Murphy, M., Vincent, C., O'Conner, A., & Taylor-Adams, S. (25 de dezembro de 2001). *An evaluation of adverse incident reporting*. *Journal of Evaluation in Clinical practice*. Obtido em 13 de setembro de 2012, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2753.1999.00146.x/abstract>.

Tavares, D. (2007). *Escola e Identidade Profissional - O caso dos Técnicos de Cardiopneumologia*. Lisboa: Colibri/IPL.

Thomas, E., Studdert, D., Burstin, H., Orav, E., Zeena, T., Williams, E., et al. (março de 2000). *Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado*. *Abstract*. Obtido em 17 de novembro de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718351>.

Uva, A. S., Sousa, P., & Serranheira, F. (2010). A Segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública Vol. temático 10*, pp. 1-2.

Vincent, C. (13 de janeiro de 2007). Incident reporting and patient safety. *Abstract*. *BJM*, p. 334:51.

Waring, J. J. (maio de 2005). *Beyond blame. cultural barriers to medical incident reporting*. *Social Science & Medicine*. Obtido em 10 de agosto de 2012, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953604004666>.

WHO. (janeiro de 2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report*. Obtido em 15 de fevereiro de 2012, de http://www.ismp-brasil.org/faq/artigos/OMS_TAXONOMIA_icps_full_report.pdf.

WHO. (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. Geneva. Obtido em 23 de janeiro de 2012, de http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf.

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

Wilson, R., Runciman, W., Gibberd, R., Harrinson, B., & Hamilton, J. (06 de november de 1995). *The Quality in Australian Care Study (Abstract)*. Obtido em 12 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7476634>.

CAPITULO V - PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL

Após a conclusão do estudo, tendo em consideração os resultados obtidos, é chegado o momento de apresentarmos um plano de intervenção sócio organizacional que seja aplicável na unidade hospitalar.

Na apresentação deste plano de intervenção, referimos, num primeiro momento, os problemas identificados durante a investigação – relacionados com a aplicação do sistema de notificação nos serviços e com a notificação de eventos adversos; o diagnóstico organizacional; e a apresentação de soluções concretas baseadas nos resultados e na literatura atual.

Num segundo momento, apresentamos um plano para implementação das propostas de intervenção (figura 21). Acreditamos que para isso, o Gabinete da Gestão do Risco deve ter uma intervenção pró ativa junto dos serviços, no sentido de esclarecer e ouvir os profissionais de saúde sobre as intervenções a realizar. Todo este processo deve ser dinâmico e acompanhado de formação contínua dos profissionais.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Deficiente compreensão do sistema de notificação;
- Os profissionais desconhecem os incidentes e eventos adversos que o sistema permite notificar;

DIAGNÓSTICO

- Conhecimento inadequado do sistema de notificação.

INTERVENÇÃO

- Assegurar a viabilidade do sistema de notificação, através do empenho de todos os profissionais na utilização do sistema;
- Envolver os Diretores/Coordenadores de Serviço em todas as atividades relacionadas com o sistema de notificação;
- Assegurar que todos os profissionais têm conhecimento da existência do sistema de notificação;

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

- Assegurar que todos os profissionais têm acesso ao sistema de notificação;
- Promover a divulgação das capacidades do sistema.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- A notificação de eventos adversos não é efetuada, totalmente, de forma anónima;
- Falta de tempo para aceder ao sistema de notificação;
- Desconhecimento dos eventos que podem ser notificados;

DIAGNÓSTICO

- Insuficiente notificação de incidentes e eventos adversos;

INTERVENÇÃO

- Sensibilizar o Gabinete de Gestão do Risco, para a necessidade de alterar a acessibilidade ao sistema de notificação através de um «*login*» que não identifique o utilizador;
- Promover a notificação de todos eventos adversos, numa perspetiva de aprendizagem com os erros;
- Incentivar os profissionais a notificarem os incidentes, uma vez que permitem abordar os eventos adversos antes de eles acontecerem.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Ausência de comunicação entre profissionais, sobre questões da Segurança do Doente;
- Desconfiança entre profissionais para abordar o tema dos eventos adversos;

DIAGNÓSTICO

- Ausência de comunicação/informação entre a equipa multidisciplinar, em torno da Segurança do Doente;

INTERVENÇÃO

- Sensibilizar os Diretores/Coordenadores de Serviço para as questões da Segurança do Doente durante a prática de cuidados de saúde;

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

- Promover a discussão sobre os eventos adversos numa perspetiva multidisciplinar.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Desconhecimento dos resultados das notificações dos eventos adversos (apresentação das medidas corretivas ou preventivas);

DIAGNÓSTICO

- Insuficiente apresentação de resultados para os eventos adversos notificados.

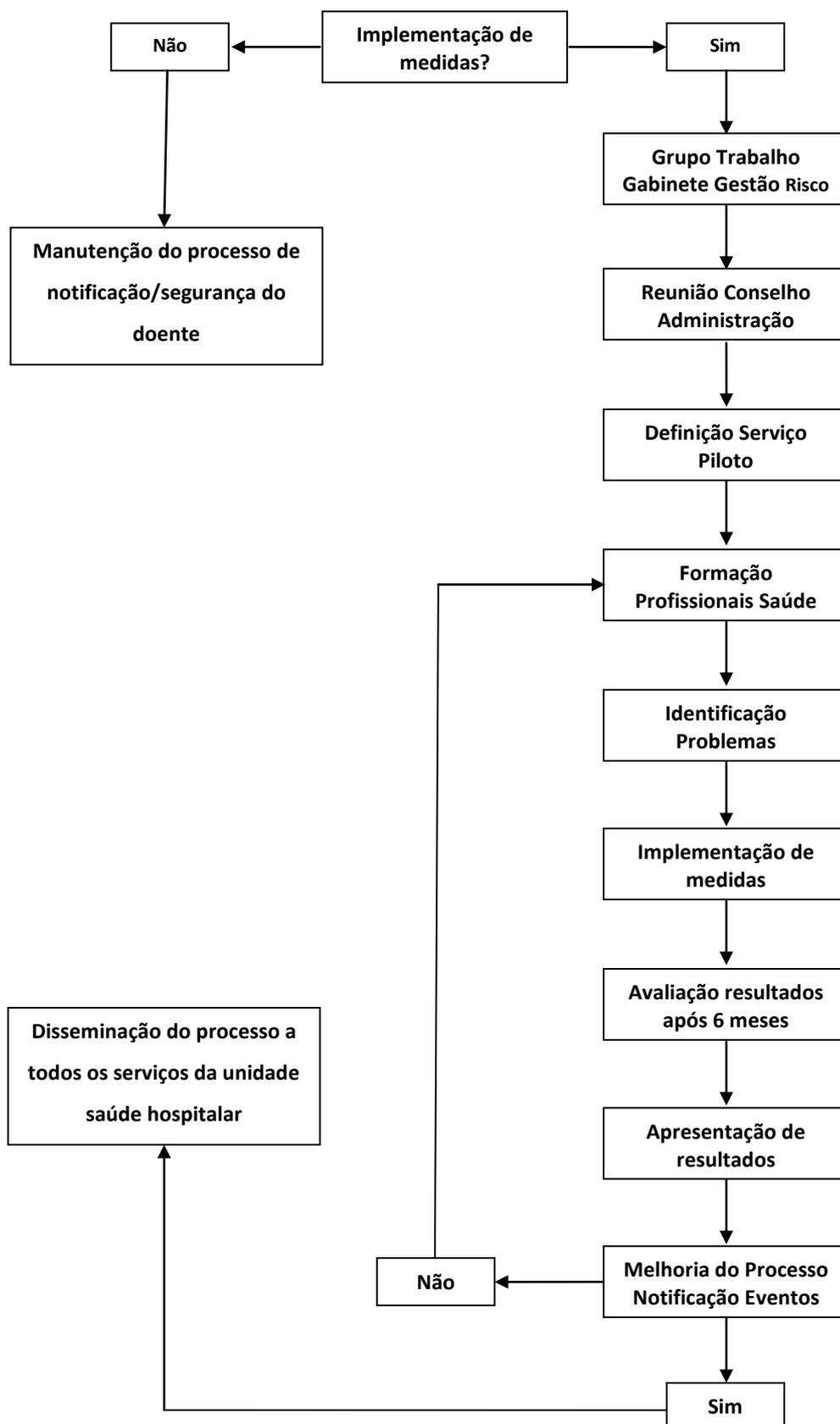
INTERVENÇÃO

- Sensibilizar o Gabinete da Gestão do Risco para promover a divulgação dos eventos adversos ocorridos na unidade hospitalar;
- Apresentar comparação de resultados relativamente a períodos homólogos;
- Promover a divulgação das medidas implementadas para as notificações efetuadas em cada serviço, como forma de melhorar a participação dos profissionais.

O plano de intervenção aqui apresentado, permitirá dar resposta aos problemas identificados e promover a consciencialização organizacional para a importância do sistema de notificação, enquanto instrumento de gestão do risco.

Esta componente contribuirá, igualmente, para despertar os profissionais de saúde e gestores, para as questões relacionadas com a notificação dos eventos adversos ocorridos durante a prática de cuidados de saúde e consequentemente, para modificar a cultura de segurança do doente na unidade de saúde hospitalar.

Figura 21 - Fluxograma de intervenção para melhoria da aplicabilidade do sistema de notificação de eventos adversos



Apêndices

Apêndice I - Questionário

QUESTIONÁRIO

Este questionário faz parte do estudo sobre o “Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar: avaliação e impacte da sua aplicação” que está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde, a decorrer na Universidade de Évora.

A sua participação no estudo consiste em responder ao questionário de forma voluntária e anónima, não existindo informação identificável incluída nos questionários. O seu preenchimento requer cerca de 15 minutos.

Toda a informação será tratada de forma confidencial e não será publicada ou divulgada sem a sua autorização. Este estudo não terá qualquer custo ou risco para si e poderá desistir da sua participação a qualquer momento, se assim o entender.

Ao iniciar o processo de preenchimento do questionário, estará por esse ato a declarar que leu, compreendeu e concordou com as indicações acima indicadas.

Para qualquer questão relacionada com este estudo, pode contactar-me através do e-mail jmdfonseca@gmail.com

Obrigada pela sua colaboração

João Fonseca

Parte I – Opinião dos profissionais sobre o sistema de notificação de eventos adversos.

Assinale com uma cruz (X) apenas uma das respostas.

1. Na organização hospitalar onde trabalha está implementado algum sistema de notificação de incidentes e eventos adversos?

Não	Sim

2. Antes da implementação do sistema, era possível efetuar notificação de incidentes e eventos adversos no serviço onde trabalha?

Não	Sim

3. A notificação de incidentes e eventos adversos é efetuada de forma voluntária?

Não	Sim

4. O sistema permite a notificação de incidentes e eventos adversos de forma anónima?

Não	Sim

5. O sistema permite a notificação de incidentes e eventos adversos de forma confidencial?

Não	Sim

6. O sistema de notificação de incidentes e eventos adversos contribui para uma cultura de segurança?

Não	Sim

7. Antes da implementação do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos, com que frequência a segurança do doente seria uma prioridade no serviço/unidade onde trabalha?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

8. Após a implementação do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos, com que frequência a segurança do doente passou a ser uma prioridade no serviço/unidade onde trabalha?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

9. A notificação de incidentes e eventos adversos promove a aprendizagem com os erros?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

10. O sistema de notificação de incidentes e eventos adversos é um instrumento importante na política de segurança do doente na organização hospitalar?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

11. A notificação, é um fator importante na prevenção da ocorrência de incidentes e eventos adversos?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

12. O sistema de notificação existente no hospital onde trabalha é um instrumento facilitador do registo de incidentes e eventos adversos?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

13. O sistema motiva os profissionais de saúde para a notificação de incidentes e eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

14. No último ano, quantas vezes notificou a ocorrência de incidentes e eventos adversos?

Nenhuma	1 a 2 vezes	3 a 5 vezes	6 a 10 vezes	Mais de 10 vezes

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

15. Com que frequência são apresentadas medidas preventivas para as causas dos incidentes que foram notificados?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

16. Com que frequência são apresentadas medidas corretivas para as causas dos eventos adversos que foram notificados?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

17. Com que frequência a formação dos profissionais de saúde é um fator importante na prevenção de incidentes e eventos adversos?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

18. No último ano, teve conhecimento da ocorrência de incidentes e eventos adversos no serviço onde trabalha?

Não	Sim

19. Se respondeu Sim na resposta anterior, dos tipos de incidentes e eventos adversos que se seguem, indique os que ocorreram no seu serviço e se foram notificados.

Eventos Adversos	Ocorrera	Foram
1. Processo administrativo		
2. Processo administrativo/procedimento clínico		
3. Documentação		
4. Infecção Associada aos Cuidados de Saúde		
5. Medicação/Fluidos Intravenosos		
6. Sangue e Derivados		
7. Dieta/alimentação		
8. Gases medicinais		
9. Dispositivos/Equipamentos Médicos		
10. Comportamento		
11. Acidente do doente		
12. Queda do doente		
13. Úlceras de Pressão		
14. Infraestrutura/Edifício/Instalações		
15. Gestão Organização/Recursos		
16. Segurança Geral		
17. Outros		

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

20. Quando ocorre um incidente/erro, mas é detetado antes de provocar dano no doente, o sistema permite a sua notificação?

Não	Sim

21. Considera que é/seria importante registar esses incidentes/erros que não chegam a atingir o doente?

Não	Sim

22. A existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos deve ter caracter obrigatório nas organizações hospitalares?

Não	Sim

23. Considera que deve existir um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos para os hospitais?

Não	Sim

24. No último ano assistiu a alguma formação sobre prevenção de incidentes e eventos adversos nos cuidados de saúde?

Não	Sim

25. No último ano assistiu alguma formação sobre o sistema de notificação de incidentes eventos adversos existente no seu serviço/hospital?

Não	Sim

Parte II – Caracterização Socioprofissional da população em estudo. Assinale com uma cruz (X) apenas uma das respostas alternativas.

26. Sexo

Masculino	Feminino

27. Profissão

Médico	Enfermeiro	Profissional Tecnologias da Saúde

28. Idade

Entre 20 e 30 anos	Entre 31 e 40 anos	Entre 41 e 50 anos	Entre 51 e 60 anos	Mais de 60 anos

29. Número de anos de experiência profissional

Menos de 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 20 anos	Entre 21 e 30 anos	Mais de 30 anos

30. Tipo de vínculo à organização

Contrato Trabalho para Funções Públicas	Contrato de Trabalho a Termo Certo	Contrato de Trabalho por Tempo Indeterminado	Outro

Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar:
avaliação do impacte da sua aplicação

Apêndice II – Outputs do questionário (Caracterização da população)

```
FREQUENCIES VARIABLES=q26 q27 q28 q29 q30
/STATISTICS=MODE
/ORDER=ANALYSIS.
```

Caracterizacao populacao

Notes

Output Created	05-Jul-2012 18:19:46	
Comments		
Input	Data	C:\Users\pc\Desktop\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	105
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=q26 q27 q28 q29 q30 /STATISTICS=MODE /ORDER=ANALYSIS.	
Resources	Processor Time	00 00:00:00,016
	Elapsed Time	00 00:00:00,014

[DataSet1] C:\Users\pc\Desktop\SPSS\Base de dados 1.sav

Statistics

		q26	q27	q28	q29	q30
N	Valid	105	105	105	105	104
	Missing	0	0	0	0	1
Mode		2	2	1	1	1

Frequency Table

q26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	28	26,7	26,7	26,7
	Feminino	77	73,3	73,3	100,0
Total		105	100,0	100,0	

q27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Médico	30	28,6	28,6	28,6
	Enfermeiro	66	62,9	62,9	91,4
	Profissional Tecnologias da Saúde	9	8,6	8,6	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

q28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Entre 20 e 30 anos	38	36,2	36,2	36,2
	Entre 31 e 40 anos	27	25,7	25,7	61,9
	Entre 41 e 50 anos	26	24,8	24,8	86,7
	Entre 51 e 60 anos	14	13,3	13,3	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

q29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 5	29	27,6	27,6	27,6
	Entre 6 e 10	21	20,0	20,0	47,6
	Entre 11 e 20	28	26,7	26,7	74,3
	Entre 21 e 30	22	21,0	21,0	95,2
	Mais de 30	5	4,8	4,8	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

q30

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Contrato trabalho para funções públicas	50	47,6	48,1	48,1
	Contrato de trabalho a termo certo	2	1,9	1,9	50,0
	Contrato trabalho por tempo indeterminado	47	44,8	45,2	95,2
	Outro	5	4,8	4,8	100,0
	Total	104	99,0	100,0	
Missing	99	1	1,0		
	Total	105	100,0		

FREQUENCIES VARIABLES=q1
 /STATISTICS=MODE
 /ORDER=ANALYSIS.

Frequencies Conhecimento da implementacao do sistema de notificacao q1

Notes

Output Created	24-Jul-2012 18:21:11	
Comments		
Input	Data	C:\Users\pc\Desktop\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	105
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=q1 /STATISTICS=MODE /ORDER=ANALYSIS.	
Resources	Processor Time	00 00:00:00,000
	Elapsed Time	00 00:00:00,079

[DataSet1] C:\Users\pc\Desktop\SPSS\Base de dados 1.sav

Statistics

q1

N	Valid	102
	Missing	3
Mode		2

q1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	8	7,6	7,8	7,8
	Sim	94	89,5	92,2	100,0
	Total	102	97,1	100,0	
Missing	99	3	2,9		
Total		105	100,0		

```
FREQUENCIES VARIABLES=q26
/STATISTICS=MODE
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies Sexo

Notes

Output Created	26-Jul-2012 12:41:41	
Comments		
Input	Data	C:\Users\pc\Desktop\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	105
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=q26 /STATISTICS=MODE /ORDER=ANALYSIS.	
Resources	Processor Time	00 00:00:00,000
	Elapsed Time	00 00:00:00,063

[DataSet1] C:\Users\pc\Desktop\SPSS\Base de dados 1.sav

Statistics

q26

N	Valid	105
	Missing	0
Mode		2

q26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	28	26,7	26,7	26,7
	Feminino	77	73,3	73,3	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=q29
/STATISTICS=MEAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies media tempo experiencia profissional

Notes

Output Created	28-Jul-2012 12:31:21	
Comments		
Input	Data	F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	105
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=q29 /STATISTICS=MEAN /ORDER=ANALYSIS.	
Resources	Processor Time	00 00:00:00,031
	Elapsed Time	00 00:00:00,078

[DataSet1] F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav

Statistics

q29

N	Valid	105
	Missing	0
Mean		2,55

q29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 5	29	27,6	27,6	27,6
	Entre 6 e 10	21	20,0	20,0	47,6
	Entre 11 e 20	28	26,7	26,7	74,3
	Entre 21 e 30	22	21,0	21,0	95,2
	Mais de 30	5	4,8	4,8	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=q29
/STATISTICS=MEDIAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies mediana tempo de experiencia profissional

Notes

Output Created	28-Jul-2012 12:38:40	
Comments		
Input	Data	F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	105
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=q29 /STATISTICS=MEDIAN /ORDER=ANALYSIS.	
Resources	Processor Time	00 00:00:00,000
	Elapsed Time	00 00:00:00,000

[DataSet1] F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav

Statistics

q29

N	Valid	105
	Missing	0
Median		3,00

q29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 5	29	27,6	27,6	27,6
	Entre 6 e 10	21	20,0	20,0	47,6
	Entre 11 e 20	28	26,7	26,7	74,3
	Entre 21 e 30	22	21,0	21,0	95,2
	Mais de 30	5	4,8	4,8	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

Apêndice III – Outputs do questionário
(Objetivo 2 - Perceção dos profissionais face às
potencialidades do sistema de notificação)

```

GET
  FILE='F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS
sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=q12 q13 q20
  /STATISTICS=MODE
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies Objetivo 2 Avaliar a percepção dos profissionais face as potencialidades do sistema

Notes

Output Created	09-Ago-2012 23:24:46		
Comments			
Input	Data	F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav	
	Active Dataset	DataSet1	
	Filter	<none>	
	Weight	<none>	
	Split File	<none>	
	N of Rows in Working Data File	105	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.	
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.	
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=q12 q13 q20 /STATISTICS=MODE /ORDER=ANALYSIS.		
Resources	Processor Time	00 00:00:00,015	
	Elapsed Time	00 00:00:00,015	

[DataSet1] F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav

Statistics

		q12	q13	q20
N	Valid	97	97	79
	Missing	8	8	26
Mode		4	3	2

Frequency Table

q12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	4	3,8	4,1	4,1
	Às vezes	35	33,3	36,1	40,2
	Muitas vezes	43	41,0	44,3	84,5
	Sempre	15	14,3	15,5	100,0
	Total	97	92,4	100,0	
Missing	99	8	7,6		
Total		105	100,0		

q13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	1,0	1,0	1,0
	Raramente	13	12,4	13,4	14,4
	Às vezes	41	39,0	42,3	56,7
	Muitas vezes	34	32,4	35,1	91,8
	Sempre	8	7,6	8,2	100,0
	Total	97	92,4	100,0	
Missing	99	8	7,6		
Total		105	100,0		

q20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	24	22,9	30,4	30,4
	Sim	55	52,4	69,6	100,0
	Total	79	75,2	100,0	
Missing	99	26	24,8		
Total		105	100,0		

```

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(q27 = 1).
VARIABLE LABELS filter_$ 'q27 = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=q12 q13 q20
  /STATISTICS=MODE
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies Percecao medicos 12,13 e 20

Notes

Output Created	09-Ago-2012 23:27:27	
Comments		
Input	Data	F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	q27 = 1 (FILTER)
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	<pre>FREQUENCIES VARIABLES=q12 q13 q20 /STATISTICS=MODE /ORDER=ANALYSIS.</pre>	
Resources	Processor Time	00 00:00:00,000
	Elapsed Time	00 00:00:00,000

[DataSet1] F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav

Statistics

		q12	q13	q20
N	Valid	26	26	18
	Missing	4	4	12
Mode		4	3	2

Frequency Table

q12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às vezes	10	33,3	38,5	38,5
	Muitas vezes	15	50,0	57,7	96,2
	Sempre	1	3,3	3,8	100,0
	Total	26	86,7	100,0	
Missing	99	4	13,3		
Total		30	100,0		

q13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	3,3	3,8	3,8
	Raramente	1	3,3	3,8	7,7
	Às vezes	16	53,3	61,5	69,2
	Muitas vezes	7	23,3	26,9	96,2
	Sempre	1	3,3	3,8	100,0
	Total	26	86,7	100,0	
Missing	99	4	13,3		
Total		30	100,0		

q20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	7	23,3	38,9	38,9
	Sim	11	36,7	61,1	100,0
	Total	18	60,0	100,0	
Missing	99	12	40,0		
Total		30	100,0		

```

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(q27 = 2).
VARIABLE LABELS filter_$ 'q27 = 2 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=q12 q13 q20
  /STATISTICS=MODE
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies Percecao Enfermeiros 12, 13 e 20

Notes

Output Created	09-Ago-2012 23:29:28	
Comments		
Input	Data	F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	q27 = 2 (FILTER)
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	66
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	<pre>FREQUENCIES VARIABLES=q12 q13 q20 /STATISTICS=MODE /ORDER=ANALYSIS.</pre>	
Resources	Processor Time	00 00:00:00,016
	Elapsed Time	00 00:00:00,015

[DataSet1] F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav

Statistics

		q12	q13	q20
N	Valid	66	66	58
	Missing	0	0	8
Mode		4	4	2

Frequency Table

q12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	4	6,1	6,1	6,1
	Às vezes	23	34,8	34,8	40,9
	Muitas vezes	27	40,9	40,9	81,8
	Sempre	12	18,2	18,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

q13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	11	16,7	16,7	16,7
	Às vezes	24	36,4	36,4	53,0
	Muitas vezes	25	37,9	37,9	90,9
	Sempre	6	9,1	9,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

q20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	24,2	27,6	27,6
	Sim	42	63,6	72,4	100,0
	Total	58	87,9	100,0	
Missing	99	8	12,1		
Total		66	100,0		

```
USE ALL.  
COMPUTE filter_$=(q27 = 3).  
VARIABLE LABELS filter_$ 'q27 = 3 (FILTER)'.  
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.  
FORMATS filter_$ (f1.0).  
FILTER BY filter_$.  
EXECUTE.  
FREQUENCIES VARIABLES=q12 q13 q20  
  /STATISTICS=MODE  
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies Percecao Tecnicos

Notes

Output Created	09-Ago-2012 23:32:08	
Comments		
Input	Data	F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	q27 = 3 (FILTER)
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	9
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=q12 q13 q20 /STATISTICS=MODE /ORDER=ANALYSIS.	
Resources	Processor Time	00 00:00:00,016
	Elapsed Time	00 00:00:00,016

[DataSet1] F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav

Statistics

		q12	q13	q20
N	Valid	5	5	3
	Missing	4	4	6
Mode		3 ^a	4	2

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

q12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às vezes	2	22,2	40,0	40,0
	Muitas vezes	1	11,1	20,0	60,0
	Sempre	2	22,2	40,0	100,0
	Total	5	55,6	100,0	
Missing	99	4	44,4		
Total		9	100,0		

q13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	1	11,1	20,0	20,0
	Às vezes	1	11,1	20,0	40,0
	Muitas vezes	2	22,2	40,0	80,0
	Sempre	1	11,1	20,0	100,0
	Total	5	55,6	100,0	
Missing	99	4	44,4		
Total		9	100,0		

q20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	1	11,1	33,3	33,3
	Sim	2	22,2	66,7	100,0
	Total	3	33,3	100,0	
Missing	99	6	66,7		
Total		9	100,0		

FILTER OFF.

USE ALL.

EXECUTE.

NPAR TESTS

/K-W=q12 q13 q20 BY q27(1 2)

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Notes

Output Created		25-Ago-2012 00:42:20
Comments		
Input	Data	F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	105
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax		NPART TESTS /K-W=q12 q13 q20 BY q27(1 2) /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00 00:00:00,015
	Elapsed Time	00 00:00:00,031
	Number of Cases Allowed ^a	87381

a. Based on availability of workspace memory.

[DataSet1] F:

\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS sav

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	q27	N	Mean Rank
q12	Médico	26	45,13
	Enfermeiro	66	47,04
	Total	92	
q13	Médico	26	43,08
	Enfermeiro	66	47,85
	Total	92	
q20	Médico	18	35,22
	Enfermeiro	58	39,52
	Total	76	

Test Statistics^{a,b}

	q12	q13	q20
Chi-Square	,111	,682	,821
df	1	1	1
Asymp. Sig.	,739	,409	,365

a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: q27

NPAR TESTS

/K-W=q12 q13 q20 BY q27(2 3)
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Notes

Output Created	25-Ago-2012 00:43:56	
Comments		
Input	Data	F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	105
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax	NPAR TESTS /K-W=q12 q13 q20 BY q27(2 3) /MISSING ANALYSIS.	
Resources	Processor Time	00 00:00:00,000
	Elapsed Time	00 00:00:00,000
	Number of Cases Allowed ^a	87381

a. Based on availability of workspace memory.

[DataSet1] F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav

Kruskal-Wallis Test

Ranks

q27		N	Mean Rank
q12	Enfermeiro	66	35,60
	Profissional Tecnologias da Saúde	5	41,30
	Total	71	
q13	Enfermeiro	66	35,67
	Profissional Tecnologias da Saúde	5	40,30
	Total	71	
q20	Enfermeiro	58	31,09
	Profissional Tecnologias da Saúde	3	29,33
	Total	61	

Test Statistics^{a,b}

	q12	q13	q20
Chi-Square	,400	,261	,046
df	1	1	1
Asymp. Sig.	,527	,610	,830

- a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: q27

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(q27 = 1 & q27 = 3).
VARIABLE LABELS filter_$ 'q27 = 1 & q27 = 3 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
NPAR TESTS
  /K-W=q12 q13 q20 BY q27(1 3)
  /MISSING ANALYSIS.

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.
NPAR TESTS
  /K-W=q12 q13 q20 BY q27(1 3)
  /MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

Notes

Output Created		25-Ago-2012 00:50:42
Comments		
Input	Data	F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	105
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax		<pre> NPAR TESTS /K-W=q12 q13 q20 BY q27(1 3) /MISSING ANALYSIS. </pre>
Resources	Processor Time	00 00:00:00,000
	Elapsed Time	00 00:00:00,000
	Number of Cases Allowed ^a	87381

a. Based on availability of workspace memory.

[DataSet1] F:\MESTRADO INTERVENÇÃO SOCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE\TESE SISTEMA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS\Tese\SPSS\Base de dados 1.sav

Kruskal-Wallis Test

Ranks

q27		N	Mean Rank
q12	Médico	26	47,12
	Enfermeiro	66	49,14
	Profissional Tecnologias da Saúde	5	57,00
	Total	97	
q13	Médico	26	45,00
	Enfermeiro	66	50,02
	Profissional Tecnologias da Saúde	5	56,30
	Total	97	
q20	Médico	18	36,64
	Enfermeiro	58	41,10
	Profissional Tecnologias da Saúde	3	38,83
	Total	79	

Test Statistics^{a,b}

	q12	q13	q20
Chi-Square	,605	1,080	,832
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,739	,583	,660

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: q27

SORT CASES BY q27.

SPLIT FILE LAYERED BY q27.