



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Universidade Nova de Lisboa

SEGURANÇA DO DOENTE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS:
APLICAÇÃO DO DIAGRAMA DE ISHIKAWA À ANÁLISE DE INCIDENTES

II MESTRADO EM SEGURANÇA DO DOENTE

Ana Isabel Franco Correia Vinagre Roque

Orientador: Prof. Doutor Paulo Sousa, Escola Nacional de Saúde Pública

Julho de 2015

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Ana Isabel Franco Correia Vinagre Roque

SEGURANÇA DO DOENTE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS:
APLICAÇÃO DO DIAGRAMA DE ISHIKAWA À ANÁLISE DE INCIDENTES

II Mestrado em Segurança do Doente

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Se-
gurança do Doente

Orientador:
Professor Doutor Paulo Sousa

Lisboa, Julho de 2015

Agradecimentos

A amizade é o conforto indescritível de nos sentirmos seguros com uma pessoa, sem ser preciso pesar o que se pensa, nem medir o que se diz.

George Eliot

A todos aqueles que me acompanharam nesta jornada, e que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, deixo aqui o meu sincero agradecimento.

Ao Professor Doutor Paulo Sousa, pela sua disponibilidade, compreensão e paciência ao longo de todo este processo.

Aos meus colegas do II Mestrado em Segurança do Doente, que fizeram este percurso de aprendizagem muito mais enriquecedor, pela partilha de experiências individuais que foram uma mais-valia na minha vida.

Aos meus colegas de trabalho e à USF Marginal, que com a sua filosofia 'uma organização aprendente' é um estímulo constante a superarme cada vez mais e a sentir me digna por ser parte dela.

Ao meu colega de trabalho e 'criador' do instrumento de registo de incidentes 'EPIC', Tiago Carneiro, e que amavelmente me cedeu o acesso à base de dados e permitiu que fosse utilizado para a realização deste trabalho.

Ao meu amigo, João Ramires que no momento de 'quase' desistência ajudou-me a ver o horizonte e foi uma alavanca fundamental para a conclusão deste trabalho.

À melhor amiga que alguém pode ter na vida, a minha companheira desta jornada, que não permitiu que este trabalho caísse no esquecimento ou sequer que tentasse desistir, a ti Conceição Balsinha, agradeço do fundo do coração a tua incondicional amizade.

À minha família, que me mostrou sempre qual o caminho a seguir na vida...

A todos, fica aqui o meu agradecimento.

Lista de abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACR - Análise de causa raíz

CISD - Classificação Internacional da segurança do doente

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSS – Cuidados de Saúde Secundários

EPIC - Episódio crítico

ISO - International Organization for Standardization

MCA - *Multiple correspondence analysis*

MF - Médico de Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

USFM - Unidade de Saúde Familiar Marginal

Índice

Resumo.....	3
Introdução	5
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1. Cuidados de Saúde Primários.....	8
1.1 Missão	9
1.2 O que distingue os cuidados de saúde primários de outros níveis de cuidados?.....	10
1.3 Passado, Presente e Futuro dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	13
2. Qualidade e Segurança do Doente em Cuidados de Saúde Primários.....	14
2.1 Qualidade em Saúde nos Cuidados de Saúde Primários.....	14
2.2 Avaliação da Qualidade em Saúde.....	16
2.3 Segurança do Doente.....	18
3. Gestão de Risco em Cuidados de Saúde Primários.....	27
3.1 Ferramentas de Gestão de Risco	31
3.1.1 <i>Failure Mode and Effect analysis</i> - FMEA.....	31
3.1.2 <i>Root Cause Analysis</i> – RCA.....	31
3.1.3 <i>Plan, Do, Check, Act</i> – PDCA	32
3.1.4 Método SWIFT – <i>Structured What If</i>	33
3.1.5 Diagrama de Ishikawa.....	34
PARTE II - INVESTIGAÇÃO ORIGINAL.....	38
1. Metodologia	39
1.2 Objectivos.....	39
1.3 Tipo de Estudo	39
1.4 Local de Estudo.....	39
1.5 População	40
1.6 Instrumento de Recolha de Dados - EPIC – Episódio Crítico.....	40
1.7 Critérios de Inclusão e de Exclusão.....	41
1.8 Análise de dados	41
1.8.1. O Método Quantitativo	42
1.8.1.1. Variáveis.....	43
1.8.2. O Método Qualitativo	44
2.1. Identificação dos incidentes.....	46

2.2. Categorização dos Incidentes - Quais foram os mais frequentes?.....	47
2.3. Análise estatística.....	48
2.3.1. Análise das correlações.....	49
2.4. Análise qualitativa.....	54
3. Discussão	77
4. Conclusões	82
Referências Bibliográficas	83
ANEXOS.....	89

Resumo

A segurança do doente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do séc. XXI e é um componente essencial da qualidade em saúde. Os Cuidados de Saúde Primários representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde.

O objectivo deste trabalho foi aplicar o Diagrama de Ishikawa no estudo dos incidentes ocorridos numa unidade de Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar Marginal.

A análise das causas dos incidentes relatados (n=379) mostrou que os factores associados à 'tarefa' foram os mais frequentes (n=196) e os factores associados ao doente foram os menos frequentes (n=22). A análise de correlações mostrou uma associação positiva entre os factores da tarefa e os factores da equipa e entre os factores da tarefa e os factores da comunicação ($p < 0.05$). Esta análise mostrou ainda, uma associação negativa entre os factores das condições de trabalho e os factores da organização ($p < 0.05$). As medidas de discriminação aplicadas aos resultados da análise de correlação múltipla, mostraram que os factores da comunicação, os factores individuais, as condições de trabalho e o contexto institucional foram as principais associações encontradas.

A análise qualitativa de oito incidentes, permitiu reflectir sobre medidas de melhoria.

Este estudo aponta para a utilidade da aplicação do Diagrama de Ishikawa no apuramento das causas sistémicas mais prováveis de um incidente, e na identificação de necessidades de atuação na gestão de risco dentro das organizações. Será, no entanto, necessário testar este instrumento em outras unidades de cuidados de Saúde Primários.

Palavras Chave: Segurança do Doente; Cuidados de Saúde Primários; Gestão de Risco e Diagrama de Ishikawa.

Abstract

Patient safety is one of the major challenges of health care for 21st century. It is a key component of health quality. Primary Care represents the first level of contact of individuals, families and communities with the health system.

The aim of this work was the application of Ishikawa diagram for studying incidents in a primary care practice.

The cause analysis of reported incidents (n = 379) showed that the factors associated with the 'task' were the most common (n = 196) and the factors associated to the patient were the least frequent (n = 22). Correlation analysis showed a positive association between 'task' factors and team factors and between the 'task' factors and communication factors ($p < 0.05$). This analysis showed also a negative association between factors of working conditions and the factors of the organization ($p < 0.05$). Discrimination measures applied to the results of multiple correlation analysis showed that the factors of communication, individual factors, working conditions and the institutional environment were the main associations found.

Qualitative analysis of eight incidents, allowed reflecting on improvement measures.

This study points out to the usefulness of the application of Ishikawa diagram to achieve a better knowledge about the more likely systemic causes of an incident, and identifying performance needs in risk management within organizations. However it is important to test this methodology in other primary care practices.

Keywords: Patient Safety; Primary Health Care; Risk management and Ishikawa Diagram.

Introdução

Nas últimas décadas, a temática da segurança do doente assumiu uma posição central das agendas de muitos países (National Patient Safety Agency – NHS, 2006; Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2015). É um componente chave da qualidade em saúde, assumindo particular relevância, tanto para os doentes que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efectivos e eficientes.

A divulgação do livro 'To err is human' (Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS., 2000) nos Estados Unidos da América e do relatório 'An Organization with a Memory' (Department of Health, 2000) no Reino Unido, bem como a publicação de vários estudos (Aaron, 2008; Agency for Healthcare Research and Quality, 2000; Agency for Healthcare Research and Quality, 2006) que deram a conhecer a dimensão, a natureza e o impacte dos eventos adversos, funcionaram como alavanca para o desenvolvimento da investigação nesta área.

Fatores como a evolução tecnológica dos cuidados de saúde, o envelhecimento populacional com mudanças no paradigma da doença, a crescente complexidade das relações estabelecidas na articulação entre cuidados, associados a um nível de exigência cada vez maior dos utilizadores, pode ameaçar até os sistemas mais seguros.

De acordo com a Quality Safety Healthcare as 'falhas' ao nível da segurança do doente podem ter diversas implicações, entre as quais se destacam: a perda de confiança por parte dos doentes nas organizações de saúde e nos profissionais; o aumento dos custos sociais e económicos, e a redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados, com consequências directas na qualidade dos cuidados prestados.

Um contributo importante na área da qualidade em saúde foi a introdução do conceito de Gestão do Risco como instrumento para a sua garantia (Fragata J, Martins L, 2004). No entanto, esta área carece de maior investigação (Department of Health, 2000), nomeadamente em Cuidados de Saúde Primários. A maior parte desta investigação tem sido realizada em meio hospitalar, apesar do elevado número de atendimentos que ocorre diariamente nos Cuidados de Saúde Primários (Department of Health, 2000).

Um melhor conhecimento sobre gestão do risco e segurança do doente em Cuidados de Saúde Primários é fundamental para definir prioridades de intervenção de forma a poder sustentar tomadas de decisão em diferentes níveis, uma vez que só se gere o que se conhece.

Para o processo de melhoria contínua da segurança do doente é fundamental conhecer e compreender os desvios da acção planeada na prestação dos cuidados de saúde. Neste processo torna-se necessário procurar as variáveis de causa raiz.

Uma das metodologias mais utilizadas para a análise de risco e que possibilita a reflexão sobre a origem de cada variável, é um diagrama de causa raiz desenvolvido por Kaoru Ishikawa – o Diagrama de Ishikawa (Institute for Healthcare Improvement, 2004).

Este trabalho tem como objectivo principal a aplicação do Diagrama de Ishikawa para o estudo dos incidentes ocorridos numa unidade de Cuidados de Saúde Primários.

Este documento consiste no enquadramento conceptual, na descrição da metodologia, apresentação dos resultados e sua discussão e por fim as conclusões.

Por último, foi propósito da autora, através do desenvolvimento deste trabalho, contribuir de alguma forma enquanto médica, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes em Cuidados de Saúde Primários em matéria de segurança do doente, assim como dar um contributo à organização na qual desempenha funções.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Cuidados de Saúde Primários

Segundo a definição da Wonca (*World Organization of National Colleges, Academies*) os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde, permitindo um acesso aberto e ilimitado aos seus doentes, independentemente da sua idade, género ou qualquer outro atributo individual.

Em 1978, realizou-se uma conferência internacional de CSP em Alma-Ata (Declaração de Alma-Ata, 1978) na qual participaram 134 países (incluindo Portugal) e 67 organismos internacionais. Nesta conferência definiu-se o conceito de CSP:

‘Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde’. (p.1)

Para Barbara Starfield (1990), há quatro elementos fundamentais que definem os Cuidados de Saúde Primários: são o primeiro contacto (gatekeepers), são longitudinais (ao longo da vida), são compreensivos (globais e holísticos) e coordenam os restantes níveis de cuidados.

Este nível de cuidados inclui a prevenção primária, secundária e terciária. Ou seja, a educação para a saúde e a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento e ainda a reabilitação.

O médico de família (MF) tem como função coordenar a prestação de cuidados ao doente, gerir a articulação com os outros níveis de cuidados e sempre que necessário trabalhar em equipas multiprofissionais. A sua actividade clínica é desenvolvida numa abordagem centrada na pessoa, orientada para a

especificidade individual e tendo em conta o seu contexto familiar e social (European Academy of Teachers in General Practice, 2005). A existência de uma comunicação eficaz é determinante no estabelecimento de uma boa relação médico-doente. Permite ainda estruturar e orientar a consulta, adequar a informação ao doente, explicando procedimentos, raciocínio diagnóstico e negociação terapêutica.

O modelo em que se baseia os CSP, é um modelo centrado no doente, orientado para o indivíduo, a sua família e a sua comunidade.

1.1 Missão

Em 2011, a Coordenação Estratégica da Reforma dos CSP definiu como missão para as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (incluindo as Unidades de Saúde Familiares - USF) (Ministério da Saúde,2011):

- Proporcionar um acesso aberto e ilimitado aos seus doentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão;
- Utilizar eficientemente os recursos de saúde, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário;
- Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade;
- Ter um processo de consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efectiva;
- Ser responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades do paciente;
- Possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;
- Gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crónicos, dos pacientes individuais;
- Gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente;

- Promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efectivas;
- Ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;
- Lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

Os sistemas de saúde que se suportam neste tipo de princípios são os que têm maior probabilidade de sucesso, na consecução de objectivos instrumentais de busca de mais saúde para todos: optimização dos cuidados de saúde, equidade, distribuição dos recursos e promoção da autonomia dos cidadãos quanto à sua saúde, entre outros³. Portugal é um exemplo deste tipo de sistema de saúde.

1.2 O que distingue os cuidados de saúde primários de outros níveis de cuidados?

É importante conhecer as características diferenciadoras dos CSP para identificar os pontos críticos susceptíveis à ocorrência do incidente crítico.

Acessibilidade

A acessibilidade é definida como a cobertura eficiente das necessidades em saúde de toda a população, de uma forma integrada e apoiada na participação comunitária. É um dos determinantes da saúde potenciador da redução das desigualdades.

A utilização dos cuidados de saúde é mediada por fatores predisponentes e factores de capacitação (Furtado, C. & Pereira J, 2010). Os fatores predisponentes determinam os valores e atitudes perante a saúde e os cuidados de saúde, e incluem o nível educacional, aspectos culturais, a profissão, a etnia e as redes sociais e familiares. Os fatores de capacitação são os meios necessários ao indivíduo para aceder aos serviços de saúde e para os utilizar.

O acesso adequado resulta de várias dimensões inter-relacionadas (Furtado C, & Pereira J, 2010):

- Procura adequada de serviços - consequência da auto-perceção da saúde e da necessidade da utilização dos serviços;
- Disponibilidade – adequação da oferta dos serviços às necessidades de saúde da população;

- Proximidade - dispersão geográfica dos serviços;
- Custo diretos – para a utilização dos serviços;
- Custos indiretos - faltas ao emprego, preço do transporte, entre outras;
- Qualidade - depende organização, da dimensão técnica e da humanização nos serviços;
- Aceitação - resulta das expectativas, atitudes e comportamentos dos cidadãos.

O acesso das pessoas aos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) faz-se através dos CSP. Dos factores condicionantes da acessibilidade acima referidos, a adequação da oferta de cuidados às necessidades de saúde da população assim como a proximidade, organização e aceitação dos serviços de saúde são as vulnerabilidades da acessibilidade nos CSP.

Equidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem a consecução desse objectivo.

Assim, a equidade em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspectos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente. Neste contexto, um aspecto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos.

A equidade é um valor difícil de alcançar, uma vez que é dependente da sociedade e esta raramente é equitativa nas suas dimensões. Em situação de crise social e económica, os serviços de saúde ganham maior relevância, pois o agravamento das condições sociais condiciona uma procura crescente de cuidados (Furtado C, & Pereira J, 2010). Os CSP podem ter uma função geradora de equilíbrio na sociedade. Devem desenvolver medidas de diferenciação nos cuidados que prestam às populações vulneráveis. A falta de capacitação dos profissionais para reconhecer e atuar perante a fragilidade social é facilitadora da ocorrência de incidentes por omissão ou comissão.

Longitudinalidade

A longitudinalidade é entendida como a prestação de cuidados ao longo do tempo. O MF garante a continuidade dos cuidados através do seguimento dos pacientes

durante as diversas fases da vida. Este vínculo permite que as necessidades de cuidados de saúde sejam atendidas de forma mais eficiente (Sousa, J.C., Sardinha, A.M., Sanches, J.P., Melo, M., Ribas M.J., 2001). Por outro lado, são reconhecidos alguns pontos críticos nesta continuidade de cuidados. A sobrevalorização do conhecimento do médico sobre o doente pode conduzir a erros sistemáticos na avaliação clínica. Uma relação médico-doente demasiado próxima ou conflituosa pode condicionar a qualidade dos cuidados prestados.

Apresentação sintomática inicial e inespecífica

Um dos desafios mais importantes do exercício da Medicina Geral e Familiar é a correcta interpretação da doença numa fase inicial da sua apresentação. As características dos CSP, acima descritos, permitem que os doentes tenham acesso ao MF numa fase muito precoce da doença. O MF terá que atuar de forma a conseguir excluir patologia grave, mas deve evitar pedir exames complementares de diagnóstico em excesso ou prescrever medicação inadequada, o que também pode constituir um risco para o doente.

Nestes casos o MF tem que considerar as características epidemiológicas do contexto em que exerce a sua actividade, estabelecer uma comunicação eficaz com o doente, conhecer o historial clínico do doente e ponderar reavaliar o doente num curto período de tempo. Ainda assim, existe um terreno propício à ocorrência de incidentes, dado que não é possível prever a evolução natural da doença em todas as situações.

Complexidade

O MF tem como função coordenar a prestação de cuidados ao doente, gerir a articulação com os outros níveis de cuidados e sempre que necessário trabalhar em equipas multiprofissionais. Existem vários pressupostos para o cumprimento de tarefas complexas e o desvio da normalidade pode acontecer a diversos níveis. A complexidade inerente a estes processos confere um risco elevado para a ocorrência de incidentes.

Situações de emergência em CSP

Os CSP não estão vocacionados para lidar com situações de emergência médica. No entanto, pelo facto de existir um acesso directo a estes serviços é possível que surja a necessidade de prestar cuidados a doentes com problemas de saúde que colocam em risco a vida. A frequência da ocorrência deste tipo de situações é baixa

e por isso os profissionais não estão capacitados para dar a resposta adequada, aumentando a possibilidade da ocorrência de um incidente.

Consultas domiciliárias

A consulta domiciliária é por definição a prestação de cuidados de saúde ao doente no seu domicílio. Este contexto constitui um desafio à prática clínica, uma vez que o profissional de saúde não dispõe dos recursos humanos e materiais que habitualmente utiliza no exercício da sua actividade. Avaliar situações clínicas graves sem a possibilidade de utilizar os meios necessários à decisão clínica, ou contar com o apoio de uma equipa multidisciplinar para a resolução clínica, determina uma maior probabilidade de ocorrência do incidente.

1.3 Passado, Presente e Futuro dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

A organização dos serviços de saúde, sofreu ao longo dos tempos, a influência de conceitos políticos, económicos, sociais e religiosos de cada época, e foi-se 'concretizando' para dar resposta aos problemas de saúde então identificados, mas também para 'conservar', isto é promover a saúde dos povos (Ministério da Saúde).

A evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal nos últimos trinta anos conheceu várias fases. Em 1971 foram criados os primeiros centros de saúde (primeira geração) que eram responsáveis pela vacinação, vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras (Branco, A.G., Ramos, V., 2001).

Em 1983 os primeiros centros de saúde foram integrados nos numerosos postos dos ex-Serviços Médico-Sociais ('caixas'), dando lugar aos centros de saúde de 'segunda geração'. Este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal, mas não resultou numa melhoria de acessibilidade às consultas e às visitas domiciliárias por um lado, e por outro, à programação de actividades com objectivos de saúde (Branco, A.G., et al. 2001)

Em 1999 surgem os centros de saúde de 'terceira geração'. Estes aparecem na sequência dos 'projectos Alfa' e outras iniciativas semelhantes que se baseavam numa filosofia de prática de grupo e num regime remuneratório experimental para a clínica geral.

Em 2007 surgem as primeiras USF, dando corpo à reforma dos CSP. O Decreto-Lei nº 298/2007 (2007) estabelece o regime jurídico da organização e do

funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objectivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.

A evolução que os CSP têm vindo a ter, com um número crescente de USF a serem acreditadas, é previsível que ocorra uma melhoria qualitativa das organizações de saúde do SNS. O impacto em indicadores de resultados em saúde, como a acessibilidade aos cuidados, a mortalidade global e específica por grupos vulneráveis e até em alguns indicadores de segurança do doente, como os relacionados com o número de infecções decorrentes do contacto com os cuidados de saúde, entre outros, fez com que o SNS seja reconhecido internacionalmente como um caso de sucesso, apesar da crise económica a que tem estado sujeito.

No documento Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (Ministério da Saúde, 2012) elaborado pelo grupo técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários do Ministério da Saúde, são propostos objectivos estratégicos para os próximos anos. É dado destaque a estratégias de melhoria da acessibilidade, das condições de trabalho e dos sistemas de informação, bem como estratégias facilitadoras do envolvimento do cidadão em todo o processo. Esta orientação estratégica é um passo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança do doente.

2. Qualidade e Segurança do Doente em Cuidados de Saúde Primários

2.1 Qualidade em Saúde nos Cuidados de Saúde Primários

O conceito de qualidade em saúde depende da cultura local e dos valores de quem a define, no entanto deve incluir a perspectiva do valor que se pretende atingir. Em 1990, o Institute of Medicine (1990), definiu 'Qualidade em Saúde' como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de atingirem os resultados de saúde pretendidos, de acordo com o conhecimento profissional corrente.

Em 1997 surge o conceito 'valor em saúde' (Porter, 2010) que considera que os gastos associados à saúde deve ser um aspecto a considerar na 'qualidade em saúde'. O Department of Health considera que 'fazer o melhor possível, da melhor forma possível ao menor custo possível' é uma boa medida para definir a qualidade

em saúde. Reduzir o desperdício e acrescentar valor ao dinheiro gasto na saúde é na prática, obter mais qualidade pelo mesmo dinheiro.

Segundo Pisco, L & Biscaia, JL (2001) a qualidade em saúde tem algumas características que a diferenciam de outros sectores. É orientada para as necessidades e não para a procura, e é de carácter proactivo. Deve ser avaliada em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde, nomeadamente a efectividade, a eficiência e a aceitabilidade. Neste sentido o objectivo último de um sistema de qualidade é a melhoria contínua da qualidade.

Os resultados em saúde dependem da qualidade dos cuidados que são prestados, mas existem outros determinantes que importa conhecer (Turrell, G., Oldenburg, B., McGuffog, I., Dent, R.,1999) pois são fundamentais para definir estratégias de intervenção:

- Nível Micro – sistemas de gestão de doença, tratamentos e a investigação clínica.
- Nível Intermédio – estilos de vida da população, hábitos e programas individuais de prevenção e de modificação de alguns comportamentos de risco.
- Nível Macro – estratégias políticas adoptadas pelos programas de governo em matéria de saúde (medidas ambientais, legislação aplicada à saúde, factores económicos).

Os factores ambientais, segundo a OMS (WHO, 2008), influenciam 25% da saúde da população. Incluem aspectos relacionados com a qualidade do ar e da água, as condições de trabalho, a qualidade da habitação, os transportes, entre outros.

Qualidade em saúde em Portugal

O SNS português é reconhecido internacionalmente como um exemplo de sucesso, ao nível dos serviços públicos portugueses, por ter conseguido melhorar alguns indicadores de saúde (Campos, L., Saturno, P., Carneiro, A.V., 2010).

A avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 feita pela OMS (WHO, 2010) mostrou que foram alcançadas cerca de metade das metas propostas para 2010 e que cerca de 80% dos indicadores apresentaram uma evolução muito favorável relativamente à média dos 15 países da União Europeia. No entanto, foi identificado um fraco desempenho ao nível dos comportamentos saudáveis e um crescimento das desigualdades na saúde. Verificaram ainda uma evolução desfavorável em

alguns indicadores importantes como o tempo de espera para as consultas hospitalares, a mortalidade por suicídio e o consumo de antidepressivos, ansiolíticos e sedativos (Campos, L. et al., 2010).

Neste relatório, a OMS faz algumas recomendações, das quais se destaca a necessidade de um melhor alinhamento das estratégias com as tomadas de decisão e implementação a nível central, de balancear objectivos amplos com um número limitado de objectivos prioritários de médio prazo, de uma maior liderança das autoridades regionais de saúde no envolvimento dos *stakeholders* e comunidade, de um maior fortalecimento das relações interministeriais para a criação de mais valor em saúde, de uma melhor utilização de ferramentas de mudança, de medidas com maior robustez em termos de evidência e de uma melhor informação pública sobre os ganhos obtidos (Campos, L. et al., 2010).

O SNS tem uma boa cobertura territorial e a universalidade da prestação dos cuidados de saúde está consolidada. Surge agora como principal desafio, para o Ministério da Saúde, garantir a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde (Despacho nº 3635/ 2013 de 7 de Março do Ministério da Saúde).

2.2 Avaliação da Qualidade em Saúde

O desenvolvimento da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde necessita de orientações políticas centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*), nas estratégias de melhoria da qualidade, nas preocupações pela gestão do risco e segurança, na avaliação do grau de satisfação dos doentes e dos resultados obtidos (Sousa, P., Pinto, F.J., Costa, C., Uva, A.S., 2008).

Existem vários modelos de avaliação da qualidade em saúde, entre os quais se destacam os modelos de Maxwell (1992) e o de Donabedian (2003). O modelo de avaliação da qualidade em saúde de Maxwell (1992) no início de 1990, definiu seis dimensões a ter em conta no momento de avaliar os cuidados prestados à população em matéria de saúde:

- Efectividade - é o efeito desejado e alcançado para uma determinada intervenção;
- Eficiência - é obter os resultados pretendidos com o menor gasto possível, reduz o desperdício;

- Aceitabilidade (cuidados centrados no doente) - compreende a díade profissional de saúde/doente, aspectos como a confidencialidade, o respeito pelo doente e as expectativas dos doentes;
- Acessibilidade - é a obtenção de cuidados necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado;
- Equidade - reflecte em que medida, para necessidades diferentes, existem respostas diferentes. Define-se como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos. Expressa-se como a igual oportunidade que cada cidadão tem de atingir o seu potencial de saúde (Marmot et al, 2008);
- A relevância - avalia em que medida determinada opção terapêutica é a mais adequada face ao contexto e à evidência conhecida.

O modelo de Donabedian (2003) de avaliação da qualidade é assente na tríade: estrutura, processo e resultados. A 'estrutura' refere-se à infraestrutura da organização onde os cuidados são prestados. Inclui as instalações e os equipamentos necessários à actividade, os recursos humanos (quantidade e diferenciação das actividades dos profissionais) e a estrutura organizacional (organização interna dos profissionais, desempenho de funções e avaliação interpares). O 'processo' é o conjunto de actividades desenvolvidas pelos profissionais junto dos doentes. Os 'resultados' dizem respeito ao efeito da prestação de cuidados de saúde e avaliam os ganhos em saúde da população abrangida, a satisfação dos doentes e os custos associados (Donabedian, 2005).

Actualmente, a análise de avaliação de qualidade baseada na tríade de Donabedian (2005) está mais focada na análise de resultados através de indicadores de resultado. Estes reflectem o impacto do prestador e dos cuidados de saúde prestados no estado de saúde do doente. No entanto, estes resultados devem ser integrados na tríade dado que também dependem da estrutura e do processo.

Os resultados em saúde são particularmente úteis para comparar resultados obtidos entre opções terapêuticas, na monitorização de resultados com novos fármacos ou até permitir comparações entre instituições de saúde.

O Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), é um dos instrumentos a utilizar na melhoria da qualidade é um instrumento que pode ser usado para avaliar a qualidade em

saúde. O ciclo PDCA, também conhecido como ciclo de Shewhart ou ciclo de Deming, foi introduzido no Japão após a guerra.

Esta ferramenta, assim como outros instrumentos de análise e gestão de risco serão descritos no capítulo 3.1.

Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde

Um dos objectivos estratégicos do Ministério da Saúde Português em 2015 (Despacho nº5739/2015 de 29 de Maio do Ministério da Saúde, 2015) é o de continuar a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Para isso, compromete-se a disponibilizar a informação de gestão aos diferentes níveis de decisão assumindo um compromisso de total transparência da informação em nome do cidadão. Disponibilizar informação ao público sobre o desempenho das instituições (hospitais, unidades locais de saúde, administrações regionais de saúde e respetivos agrupamentos de centros de saúde e outros serviços) melhora a transparência da informação em saúde. Os cidadãos são informados acerca dos serviços que prestam cuidados de saúde com qualidade e segurança, sobre a despesa pública, de forma simples e objetiva.

Em 2015 foi ainda definida a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho nº 5613/ 2015 de 27 de Maio do Ministério da Saúde, 2015), que identifica a obrigação das instituições e dos profissionais de saúde de assegurar que os cuidados de saúde cumpram critérios de qualidade. Actualmente, a Administração Central dos Sistemas de Saúde divulga dados relativos à atividade e desempenho das instituições que integram o SNS. No entanto, seria muito importante que a informação disponível incluísse dados relativos à qualidade dos cuidados prestados, permitindo um maior conhecimento do desempenho do SNS por parte dos cidadãos e das comunidades, reforçando os mecanismos de transparência e de responsabilização, da gestão e da prestação.

2.3 Segurança do Doente

A segurança do doente pode ser entendida como a inexistência de danos acidentais decorrentes da assistência médica. São todas as actividades que previnem ou corrigem os resultados adversos que podem derivar da prestação de cuidados de saúde (Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, 2005). Sabe-se que os erros são uma constante da prática dos cuidados de saúde e podem acontecer em qualquer fase do processo de cuidados.

A OMS define a segurança do doente como a 'redução do risco de danos relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável'.

A segurança do doente depende de muitos factores, tais como:

- Recursos adequados, construções adequadas, utilização de material e equipamentos de acordo com o exercício da função;
- Implementação de normas de orientação clínica, que permitam uma prática clínica homogénea e segura;
- Existência de circuitos pré-estabelecidos com uma clara atribuição de tarefas;
- Sistemas de informação adequados;
- Comunicação eficaz, através da criação e condições de trabalho – a organização dentro da instituição, condições que determinem a redução de stress, serviços de saúde ocupacional;

A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu particular relevância nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efectivos e eficientes.

Um erro é a 'falha na execução de uma acção planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorrecto de um plano'. São por definição, não intencionais e podem manifestar-se por prática da acção errada (comissão) ou por não conseguir praticar a acção certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução. Um erro, pode dar origem a um incidente, definido como um 'evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário' assumindo a designação de incidente com dano ou evento adverso, quando o doente é lesado (CISD).

Um incidente é um evento sem dano, define-se como um evento que chegou ao doente mas sem causar dano e um 'quase evento' (*near miss*): um incidente que não alcançou o doente.

Dano implica prejuízo na estrutura ou nas funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico. Doença é uma disfunção fisiológica ou psicológica. Lesão é o dano dos tecidos causado por um agente ou evento e

‘sofrimento’ é experimentar qualquer desconforto subjetivo. Sofrimento inclui dor, mal-estar, náusea, depressão, agitação, alarme, medo e tristeza. Incapacidade implica qualquer tipo de diminuição da estrutura ou função corporal, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade, associada a dano passado ou presente. Um fator contribuinte é uma circunstância, ação ou influência (tais como escalas ou distribuição deficiente de tarefas) que se pensa ter desempenhado um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente, ou aumentar o risco de acontecer um incidente. Os fatores contribuintes podem ser externos (ou seja, fora do controlo da estrutura ou da organização), organizacionais (por exemplo, indisponibilidade dos protocolos comumente aceites), relacionados com os profissionais (por exemplo, um defeito cognitivo ou de comportamento de um indivíduo, défice no trabalho em equipa ou comunicação inadequada) ou relacionados com os doentes (por exemplo, não adesão ao tratamento). Um fator contribuinte pode ser um precursor necessário a um incidente e pode ou não ser suficiente para causar o incidente (CISD).

Os eventos adversos podem ser agrupados em ocorrências relacionadas com o profissional, com os procedimentos e com o sistema. Nas ocorrências relacionadas com o profissional, temos por exemplo as quedas do doente em meio hospitalar, a infecção nosocomial, as úlceras de decúbito, os erros na administração de medicação, entre muitos outros (WHO,2009). Nos eventos relacionados com procedimentos podem ser utilizados os mesmos exemplos, modificando apenas a forma como é realizada a intervenção, pois o planeamento do procedimento não cumpriu o objectivo.

As ocorrências relacionadas com o sistema dependem de factores institucionais, organizacionais, dos recursos disponíveis.

Os eventos adversos que ocorrem na prestação dos cuidados de saúde devem-se à crescente complexidade na gestão dos doentes, em que contribuem factores pessoais dos profissionais e doentes, factores organizacionais e factores decorrentes da própria doença. Os estudos internacionais, têm mostrado que aproximadamente 10% dos doentes que entram em contacto com os cuidados de saúde virão a sofrer um evento adverso, e afirmam que 50% destas complicações também poderiam ser prevenidas (WHO,2009).

Segundo Ashid (WHO,2009), os eventos adversos são provavelmente a maior causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo.

As falhas ao nível da segurança do doente podem ter diversas implicações, entre as quais: a perda de confiança por parte dos doentes nas organizações de saúde e seus profissionais, com conseqüente degradação das relações entre ambos; o aumento dos custos sociais e económicos, variando a sua dimensão na razão direta dos danos causados e da casuística dos mesmos; e a redução da possibilidade de alcançar os resultados (*outcomes*) esperados, com conseqüências diretas na qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com a Comissão das Comunidades Europeias, na União Europeia entre oito e 12% dos doentes internados são vítimas de eventos adversos, 7.5-10.4% têm reações adversas a fármacos e 28-56% destas são evitáveis (Jha, A.K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I., Bates, D.W., 2010).

Uma revisão sistemática da literatura sobre a ocorrência de eventos adversos em hospitais de países desenvolvidos aponta para uma taxa de incidência que varia entre os 3.7 e os 16.6%. Os autores concluíram também que nos doentes em que se confirmou evento adverso o período de internamento prolongou-se, em média, 10-12 dias e que 40-70% do seu total eram preveníveis ou evitáveis (Jha, A.K. et al., 2010).

Indicadores de Segurança do Doente

Os indicadores de segurança do doente fornecem informações sobre o potencial de incidentes e eventos adversos em vários procedimentos médicos, cirúrgicos, e associados ao parto (e.g. cirurgia ao doente errado, procedimento errado).

Nos CSP consideram-se indicadores de segurança do doente a proporção de crianças sem o plano nacional de vacinação actualizado, o número de grávidas sem consulta no primeiro trimestre de gravidez, entre outros.

Políticas de saúde internacionais e nacionais sobre Segurança do Doente

Em 2004 é criada a primeira edição da Aliança Mundial para a Segurança do Doente, com o objectivo de desenvolver políticas e práticas para a segurança do doente em todos os países membros da União Europeia.

Em 2005 realizaram-se várias conferências internacionais sobre segurança do doente, das quais se destaca a Conferência Europeia '*Segurança do doente – torná-la uma realidade!*', de onde surgiram várias recomendações, como por exemplo, divulgar boas práticas nesta área; utilizar novas tecnologias; efectuar

registos eletrónicos de doentes; incluir os aspetos da segurança na aprendizagem (básica e pós-graduada) dos profissionais de saúde.

Em 2009 são conhecidas as Recomendações do Conselho Europeu sobre a segurança dos doentes, que incluíram a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Ainda neste ano, a Aliança Mundial para a Segurança do Doente publica o relatório técnico final da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (WHO, 2009), traduzido para Português pela DGS em 2011.

A par destas iniciativas e um pouco por todo o mundo, foram sendo criadas várias agências especializadas neste assunto: *National Patient Safety Foundation*, *American Society of Health Systems Pharmacists*, *Australian Patient Safety Foundation*, *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*, entre outras. Todas estas organizações têm em vista um objetivo comum – melhorar a segurança dos utilizadores dos serviços de saúde e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em geral.

No âmbito dos CSP, destacamos uma das mais importantes iniciativas internacionais que visa aumentar o conhecimento sobre a segurança do doente neste contexto. Trata-se do projeto europeu LINNEAUS, coordenado pela *European Society for Quality in Healthcare* (Legido-Quigley, H., McKee, M, Nolte, E, Glinos, IA, 2008) Este projeto, em funcionamento desde 2009, conta com a colaboração de vários países europeus, nomeadamente Inglaterra, Dinamarca, Holanda, Alemanha, Espanha, Grécia, Áustria, Polónia e Escócia. A sua principal finalidade é criar uma rede de profissionais e investigadores peritos em segurança do doente em CSP dentro da UE.

A nível nacional, a segurança do doente também não tem sido indiferente às políticas de saúde mais recentes. O Despacho n.º 14223/2009 (2009) aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e determina que ‘Consolidadas, que estão, a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, os desafios da qualidade e da segurança surgem, em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de saúde português’.

Em 2009 é criado o Departamento da Qualidade parte integrante da Direcção Geral de Saúde, com a função de criar e coordenar atividades e programas de promoção da segurança do doente. Destaca-se o atual Programa Nacional de Acreditação das instituições do SNS, que visa assegurar a prestação de cuidados de saúde

seguros e de elevado nível de qualidade (Decreto-Lei nº253/2012 de 27 de Novembro do Ministério da Saúde).

Em 2012 ficou definido que os Conselhos Clínicos e de Saúde dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) devem assegurar que todos os seus profissionais orientam a sua actividade para a obtenção de ganhos em saúde, garantindo a adequação, a segurança, a efetividade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados, bem como a satisfação dos doentes e dos profissionais.

A promoção de uma cultura de segurança do doente não deve ser uma atividade paralela das instituições de saúde, mas sim a base de trabalho para toda a prática clínica.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança em geral e nos CSP em particular é sem dúvida um dos mais importantes desafios que se coloca aos profissionais de saúde no imediato.

O serviço nacional de saúde inglês (NHS.UK) elaborou, em 2009, um guia de referência com orientações sobre segurança do doente em cuidados de saúde primários, *Seven Steps to Patient Safety* (National Patient Safety Agency - NHS 2006). Uma 'cultura de segurança' é entendida como uma consciência permanente das organizações, das equipas e das pessoas sobre o que pode correr mal. As pessoas e as organizações devem reconhecer as falhas e desenvolver um processo de aprendizagem que lhes permita desenvolver acções para os factores contribuintes. Neste sentido, no documento *Seven Steps to Patient Safety*, foram emitidas as seguintes orientações:

- As instituições de saúde devem trabalhar no sentido de construir uma cultura de segurança, com as premissas de transparência e justiça (não punitiva);
- É recomendada a existência de uma liderança de apoio aos profissionais, estabelecendo dentro da organização quais os padrões de cultura em matéria de segurança do doente;
- Deve ser feita a integração da Gestão do Risco dentro da actividade da organização;
- Deve ser feita a promoção activa da notificação de incidentes entre todos os grupos profissionais;

- A comunicação entre profissionais de saúde e doentes deve ser incentivada, inserindo a comunidade na partilha de decisões em matéria de segurança do doente;
- A aprendizagem activa com os incidentes, deve ser feita através da partilha recorrendo a ferramentas de análise de causa-raiz, para a compreensão das falhas do sistema;
- Na sequência da análise em conjunto das causas na origem dos incidentes, devem ser implementadas soluções e processos de melhoria continua para prevenir a recorrência da falha, utilizando o que se aprendeu para introduzir mudanças na prática.

Uma postura de abertura e justiça implica partilhar informação de forma voluntária com os doentes e as suas famílias e não penalizar os profissionais quando acontece um incidente. Este aspecto é essencial tanto para a segurança do doente como para o bem-estar de quem presta os cuidados.

A abordagem sistémica para a segurança do doente, reconhece que as causas dos incidentes não podem ser relacionadas de forma linear com o prestador de cuidados directamente envolvido. Todos os incidentes estão também relacionados com o sistema em que os indivíduos estão a trabalhar. Procurar o que está menos bem no sistema ajuda as organizações a aprender e a minimizar a recorrência do incidente (National Patient Safety Agency - NHS 2006).

A Rede Europeia para a Segurança do Paciente (EUNetPaS – *The European Network for Patient Safety*), estabeleceu uma aliança entre os estados membros da União Europeia para incentivar e reforçar a colaboração na área da segurança do doente, de forma a obter uma visão global na gestão do risco. Os objectivos deste projecto foram promover a utilização de instrumentos de gestão de risco comuns aos estados membros, promover uma cultura de segurança do doente com base em sistemas de relato de incidentes não punitivos e criar uma rede de colaboração entre os estados membros.

Podemos concluir, que a segurança do doente deve ser considerada como a base da qualidade dos cuidados e deve basear-se numa atitude preventiva, na análise e informação de retorno dos vários sistemas de notificação (dos próprios doentes, reclamações e queixas, incidentes e complicações notificados pelos profissionais).

A segurança do doente deverá ser sempre abordada de forma sistémica. A resposta a um problema não deve excluir a responsabilidade individual, mas deve centrar-se na melhoria do desempenho organizacional e não na culpabilização.

A segurança do doente deve ser valorizada como uma prioridade dos serviços de saúde, mesmo que à custa da produtividade e da eficiência.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 integra a Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde (Despacho nº 14223/2009 de 24 de Junho do Ministério da Saúde, 2009) e visa apoiar os gestores e os clínicos do SNS na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. Este plano tem como principais objectivos aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Alguns destes objectivos têm especial relevância no contexto dos CSP (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde):

- Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno - A cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é, segundo a OMS, para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes. Ou seja, os doentes e os profissionais são, simultaneamente, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição. A OMS e o Conselho da União Europeia recomendam, ainda, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes.
- Aumentar a segurança da comunicação - A comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde. As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar a comunicação entre os

profissionais de saúde de forma a evitar interrupções na continuidade de cuidados e assegurar o tratamento adequado. Deve ainda estar assegurada a compatibilidade entre os sistemas eletrónicos de informação. Por último, surge a comunicação com o cidadão. Este deve receber informação sobre os riscos e benefícios potenciais de cada procedimento diagnóstico ou terapêutico que lhe é dirigido, de modo a poder dar o seu consentimento livre e esclarecido.

- Aumentar a segurança na utilização da medicação - A toma de medicamentos, prescritos pelo médico ou em automedicação, é um ato comum no quotidiano da população e associado a um elevado número de incidentes. As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos relacionados com a terapêutica, os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na sua utilização e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transição de cuidados. A polimedicação é uma realidade frequente na nossa sociedade, resulta da elevada prevalência de multimorbilidade e do envelhecimento populacional.
- Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes - A OMS e a Comissão Europeia recomendam aos estados membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas de reclamações e ou disciplinares, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Recomendam ainda que seja garantida a confidencialidade do notificador e o anonimato da informação notificada e reportada. A notificação de incidentes de segurança é uma ferramenta para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização e é a que melhor possibilita a partilha de aprendizagem com o erro. Contudo, existem outras estratégias que permitem identificar e minimizar as vulnerabilidades de uma instituição (e.g. reuniões com profissionais ou com os doentes e familiares, análise de registos clínicos, auditorias internas, sistemas de alertas de segurança, entre outras. A subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro.

3. Gestão de Risco em Cuidados de Saúde Primários

O 'risco' é entendido como a probabilidade da ocorrência de um incidente. A gestão de risco é um processo que visa identificar e gerir as fontes, potenciais ou reais, causadoras de perdas ou de danos (WHO,2009). A gestão de risco não é exclusiva da área da saúde, de facto este conceito teve origem no campo da indústria, em particular na aeronáutica, e é também utilizado no sector financeiro e em outras áreas da sociedade relacionadas ou não com actividade.

A gestão de risco é um processo dinâmico que tem como base uma componente técnico-científica, que pretende eliminar ou controlar os factores de risco e consequentemente prevenir os incidentes e os eventos adversos. É o conjunto de actividades (planeamento, organização, direcção, avaliação e implementação) envolvidas na redução dos danos à propriedade ou perdas dentro das unidades de cuidados de saúde³¹.

As componentes fundamentais da gestão de risco são a análise do risco, a avaliação do risco e o controlo do risco (WHO,2009). A análise do risco inclui três processos: identificar o risco, identificar a população exposta e estimar o risco. A avaliação do risco implica a "valorização" do risco.

A principal referência sobre as questões relacionadas com a segurança do doente no âmbito da gestão de risco em saúde, é a Estrutura Conceptual da Classificação internacional para a Segurança do Doente (CISD) da Organização Mundial de Saúde (WHO,2009).

Outra referência, mais específica para a gestão de risco, embora numa visão mais abrangente, é o conjunto de normas ISO (International Organization for Standardization ou organização mundial para a padronização) sobre a gestão do risco (WHO,2009). São estas as normas:

- ISO 73:2009 Gestão do Risco – vocabulário;
- ISO 31000:2012 Gestão do risco – princípios e linhas de orientação
- ISO 31010:2009 Gestão do Risco – técnicas de avaliação do risco

Descrevem-se de seguida os conceitos fundamentais da Gestão de Risco e o seu enquadramento nas normas ISO (Dallas, M., 2013).

Perigo É a fonte ‘potencial de dano’ (ISO 73:2009). Um perigo pode ser considerado uma fonte de risco, e fonte de risco é o elemento que individualmente ou em combinação tem o potencial intrínseco para dar origem ao risco.

Risco O risco é definido como ‘efeito da incerteza na consecução dos objectivos’ (ISO 73:2009). O efeito pode ser positivo ou negativo. É a probabilidade da ocorrência de um incidente.

Vulnerabilidade É uma característica intrínseca que origina uma susceptibilidade a uma fonte de risco que podem levar a um evento com uma consequência (ISO 73:2009).

Evento É ‘ocorrência ou alteração de um conjunto particular de circunstâncias’ (ISO 73:2009). É uma modificação que é passível de ser objectivada. Quando não tem consequências pode ser chamado de ‘quase acidente’ (*near miss*).

Frequência e verosimilhança É o ‘número de eventos ou resultados por unidade de tempo’ (ISO 73:2009). A verosimilhança (*likelihood*) é a probabilidade de algo acontecer (pode ou não acontecer), enquanto a frequência é uma contagem de eventos no tempo (aconteceu).

Consequência É o resultado de um evento que afecta objectivos. Na CISD (WHO, 2009) este conceito surge como consequência para o doente: ‘O impacto sobre o doente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente’.

Dano (Perda) As normas ISO são omissas relativamente a este conceito. Para a CISD (WHO, 2009) o dano é ‘prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante. Inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte’.

Nível de Risco É ‘a magnitude de um risco ou combinação de riscos, expressa em termos da combinação de consequências e respectivas verosimilhanças’ (ISO 73:2009). A forma mais frequente de representar a medida do nível de risco é uma matriz de risco.

Tratamento do Risco É o ‘processo para modificar o risco’ (ISO 73:2009). O tratamento do risco pode implicar o abandono de uma actividade, assumir ou aumentar o risco para explorar uma oportunidade, remover a fonte do risco, alterar a verosimilhança, alterar as consequências, partilhar o risco ou assumir o risco (decisão informada de não fazer nada).

Controlo É a ‘medida que modifica o risco’ (ISO 73:2009). Será qualquer instrumento, processo ou política que altere o risco. Na CISD (WHO, 2009) são o “conjunto de acções empreendidas para reduzir o risco”, implicar gerir ou controlar qualquer dano futuro, ou probabilidade de dano associado a um incidente. Este conceito tem inerente a impossibilidade em eliminar o risco, já que apenas perspectiva a sua redução.

Risco Residual É o risco que subsiste após o tratamento do risco (ISO 73:2009). Ao assumir que existe um risco que permanece depois de implementadas as medidas para o reduzir, ficamos com a noção de que há um trabalho de acompanhamento e de reavaliação a fazer.

Resiliência É a capacidade adaptativa de uma organização num ambiente em mudança e complexo (ISO 73:2009). No contexto da CISD (WHO, 2009) é o grau com que um sistema continuamente impede, deteta, atenua o dano ou reduz os perigos ou incidentes.

A norma ISO 31000/31010 (Dallas, M., 2013) determina que é necessário auditar os riscos para identificar as suas causas, consequências e probabilidade de ocorrência. O processo de auditoria é a base para definir um plano de actuação.

O conhecimento sobre os riscos identifica os processos e as circunstâncias que podem influenciar os resultados ou impedir o cumprimento dos objectivos de um profissional ou organização.

Algumas das fontes para identificar os riscos são: notificações, reclamações, eventos sentinela, auditorias, *brainstorming*, entre outros.

Como já foi referido anteriormente, a análise do risco compreende três etapas: identificar o perigo ou factores de risco, identificar a população exposta e estimar o risco (Ministério da Saúde. Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, 2010).

Para estimar o risco utiliza-se a ‘matriz de risco’ (WHO, 2009) (ver quadro 1). Este instrumento serve para prevenir, minimizar ou eliminar riscos envolvidos em processos organizacionais e funciona como um instrumento de medição da probabilidade e da gravidade de ocorrência do risco (WHO, 2009).

Quadro 1. Matriz de Risco estimativa da magnitude do risco

Probabilidade da ocorrência ^a	Gravidade da Lesão ^b			
	1. Ligeiro	2. Pouco grave	3. Grave	4. Muito Grave
1. Pouco Provável	1. Ligeiro	2. Ligeiro	3. Pouco Grave	4. Moderado
2. Provável	2. Ligeiro	4. Moderado	4. Moderado	8. Bastante Grave
3. Bastante Provável	4. Pouco grave	4. Moderado	8. Bastante Grave	12. Muito Grave
4. Muito Provável	4. Moderado	8. Bastante grave	12. Muito Grave	16. Muito Grave

Nota: Adaptado de Ministério da Saúde. Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2010). Orientação técnica nº1 DSP. Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde. Acedido a 12 Abril, 2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/gestao-dos-riscos-profissionais-nos-estabelecimentos-de-saude-pdf.aspx>

^aProbabilidade da ocorrência: Pouco provável – inferior a um episódio anual, Provável – uma a quatro vezes por ano, Bastante provável – superior a um episódio semanal, Muito provável - pode acontecer diariamente

^bGravidade da lesão: Ligeira – incidentes, pequenos danos não relevantes; Pouco grave – danos superficiais e incapacidades menores; Moderado – danos com necessidade de tratamento; Grave – danos com probabilidade de sequela; Bastante Grave – danos com sequelas; Muito Grave – danos irreversíveis

O resultado desta análise permite a determinação da aceitabilidade do risco e da sua magnitude, de forma a obter indicações sobre a necessidade de medidas de intervenção e a sua priorização/hierarquização, na perspectiva de monitorizar ou controlar o risco (Ministério da Saúde, 2010).

3.1 Ferramentas de Gestão de Risco

As ferramentas utilizadas na análise de gestão do risco começam na identificação, análise e avaliação do risco, fluindo para a comunicação do erro seguida de processos de controlo e revisão, efectuando mudanças quando necessário, para melhorar desempenhos e a qualidade global.

3.1.1 *Failure Mode and Effect analysis* - FMEA

Este instrumento serve para identificar proativamente as falhas mais importantes de um processo considerado complexo. Serve para identificar prioridades quando os recursos são escassos. Permite às equipas avaliar os processos sobre possíveis falhas e evitá-las, corrigindo os processos proativamente em vez de reagir após o acontecimento. Este instrumento enfatiza a prevenção e pode reduzir o risco de ocorrência de danos para os doentes e para os profissionais.

A utilização do instrumento FMEA inclui avaliar: as etapas do processo, os tipos de falha (o que pode dar errado?), as causas da falha (porque é que falhou?) e os efeitos da falha (quais as consequências?). É muito útil na avaliação de um novo processo ou na mudança de um processo existente antes da sua implementação. Esta ferramenta funciona melhor em processos em que não existem muitos sub processos.

3.1.2 *Root Cause Analysis* – RCA

(Canadian Patient Safety Institute, 2012)

A análise de causa raiz, é um processo sistemático através do qual os factores que contribuem para um incidente são identificados no sentido de reconstruir a sequência dos acontecimentos, repetindo a questão ‘porquê’ até que sejam esclarecidas as causas raiz subjacentes.

Os objectivos pretendidos com a aplicação deste método, são:

- Identificar as causas próximas e os sistemas envolvidos;
- Rever os sistemas e os processos;
- Identificar as causas subjacentes e os factores contribuintes, explicando o seu potencial papel no incidente;
- Procurar oportunidades de melhoria dos sistemas;

- Desenhar um plano de melhoria, enquadrado nas oportunidades identificadas, ou em alternativa, conseguir explicar porquê a organização não o fez;
- Identificar, quando um plano de melhoria se justifica, o responsável, as metas temporais e as medidas a implementar.

Num processo de análise de causa raiz devem ser estabelecidos os seguintes passos:

- Sequência de eventos - o que aconteceu, com quem, quando, onde, porquê. Limita-se às causas próximas, como aconteceu e se possível o custo associado ao incidente;
- Sequência de procedimentos esperada – o que devia ter acontecido;
- Lista de acções de melhoria implementadas após a ocorrência do incidente;
- Revisão bibliográfica aprofundada relacionada com a natureza do incidente;
- Lista e descrição de barreiras existentes;
- Lista de factores contribuintes – obtidos através de *brainstorming*, que foram determinantes para a ocorrência do incidente;
- Diagrama de Ishikawa com a análise de cada fator contribuinte para identificar as suas causas raiz;
- Priorização das causas raiz através da *Failure Modes and Effects Analysis*;
- Lista de planos de melhoria com indicadores, metas temporais, medidas objectivas, responsáveis e recursos;
- Relatório de resultados.

3.1.3 *Plan, Do, Check, Act* – PDCA

O ciclo de PDCA, também conhecido por ciclo de Shewhart, é uma ferramenta de gestão da qualidade que visa a melhoria contínua dos processos aos quais é aplicado. Este ciclo é constituído por quatro etapas, e quando aplicado de forma repetitiva, existe evidência de melhoria no resultado final do processo.

No início do século XX, Taylor, um engenheiro mecânico introduziu o '*Plan-Do-See*' (planear-executar-observar), para ser implementado nas etapas do processo produtivo. Esta metodologia passou a ser uma referência para o funcionamento da indústria naquela época.

Em 1930, Walter Shewart, físico e engenheiro, propõe a implementação deste modelo mas para ser aplicado de forma cíclica. O modelo '*Plan-Do-See*' era aplicado várias vezes durante o processo de produção.

Nos anos 50 do século passado, Edward Deming defende que o Ciclo de Shewhart é aplicável a qualquer organização.

O ciclo do PDCA estabelece o princípio da interacção dos intervenientes na resolução de problemas, possibilitando a decomposição de problemas complexos em problemas mais simples, seleccionar os mais prioritários para resolução, aplicando o ciclo de melhoria tantas vezes quanto as necessárias para atingir os objectivos planeados.

Aplicação do Ciclo PDCA pode ter três finalidades: Manter a qualidade, melhorar a qualidade, e planear a qualidade e inovar.

O PDCA envolve quatro etapas:

- PLAN - Planear o que se pretende atingir, definindo os objectivos, a metodologia e o cronograma.
- DO - Executar o planeamento. Inclui treinar os profissionais envolvidos.
- CHECK - Verificar se os resultados estão a ser atingidos conforme o plano. É nesta fase que são detectadas possíveis falhas e erros.
- ACT - Aplicam-se as medidas de correcção identificadas na etapa anterior. São definidos planos de acção para melhorar a qualidade. Divulgam-se os resultados e a reflecte-se sobre a melhoria introduzida.

3.1.4 Método SWIFT – *Structured What If*

O método SWIFT é um instrumento estruturado em que são usadas questões 'what if' sobre as áreas que se pretende antecipar situações potenciais de risco. Tem aplicação ao sistema (organizacional).

É muito semelhante ao instrumento 'FMEA- Failure Modes and Effects Analysis', excepto em dois aspetos: é menos detalhado nas etapas do processo do risco avaliado e por isso mais rápido de aplicar (aproximadamente 1/3 do tempo), utiliza uma abordagem de *brainstorming* estruturada onde cada fase pretende identificar diferentes tipos de 'perigo' envolvidos

O método SWIFT pode ser utilizado individualmente ou como parte de uma abordagem integrada. Individualmente, é utilizado como uma ferramenta de triagem o que permite identificar rapidamente os riscos.

Para a sua implementação o facilitador, com a ajuda dos elementos da organização, faz uma avaliação da situação. Obtém informação sobre riscos e perigos, incidentes passados, sistemas de controlo existentes na organização, constrangimentos e requisitos inerentes à actividade em causa. Após esta avaliação, o facilitador escolhe as questões mais pertinentes e estrutura-as sob o formato 'what if...' (e.g. 'O que aconteceria se ...', 'Pode acontecer que alguém ou alguma coisa ...').

Os riscos são identificados e analisados os respectivos controlos. A equipa determina se os controlos existentes são adequados, se não forem são propostas alternativas. Os riscos devem ser classificados de acordo com a sua probabilidade de ocorrência e gravidade.

Esta metodologia é muito útil para estabelecer uma hierarquia dos riscos em função das consequências e da probabilidade da sua ocorrência. No entanto, apresenta algumas limitações: depende do facilitador, perde-se tempo se o trabalho não for preparado, depende da experiência e maturidade da equipa e é mais orientado para o sistema do que para as tarefas.

3.1.5 Diagrama de Ishikawa

(Institute for Healthcare Improvement (2004))

Kaoru Ishikawa, engenheiro japonês, desenhou em 1943 um diagrama para tentar explicar as causas de um problema que surgiu na empresa de motociclos *Kawasaki*.

Em 1961, Ishikawa introduziu o conceito de Círculo da Qualidade e o diagrama de causa-efeito, que ficou conhecido como 'Diagrama de Ishikawa' ou diagrama de 'Espinha de Peixe' (*Fishbone Diagram*), embora seja também conhecido por outros nomes, como diagrama causa-efeito, diagrama de 4P, diagrama 6M.

Este diagrama permite de forma simples e sistemática, classificar e documentar as causas das variações na qualidade de um produto. Foi integrado num movimento mais abrangente de implementação de gestão da qualidade liderado por Joseph Juran e Edward Deming. A aplicação do diagrama de Ishikawa na indústria alertou para a necessidade de um controlo contínuo da qualidade em qualquer processo.

O diagrama de Ishikawa é a representação gráfica de uma lista organizada de possíveis causas, factores que possam estar na origem de uma consequência e onde são apresentados dados qualitativos (apreciações/opiniões) informais.

O Diagrama de Ishikawa tem várias vantagens:

- Pode ser aplicado por qualquer pessoa dentro da organização;
- É gerador de uma lista de todas as causas possíveis implicadas na génese do problema;
- Fornece uma representação visual do problema e das suas causas;
- Melhora a compreensão do problema e dos factores determinantes;
- Identifica as áreas que necessitam de maior atenção e análise para a resolução do problema com aperfeiçoamento contínuo do diagrama;
- Conduz à discussão do problema envolvendo todos os intervenientes.

É portanto, um instrumento que pode ser utilizado individualmente, que leva à discussão conjunta entre os elementos da equipa e acaba por destacar as áreas mais significativas.

Os objectivos da aplicação do Diagrama de Ishikawa são estudar as causas e os factores contributivos na raiz de um problema e identificar as causas possíveis e as suas inter-relações quando um processo não decorre como planeado.

A figura 1 mostra os diferentes componentes necessários para a construção do Diagrama de Ishikawa.

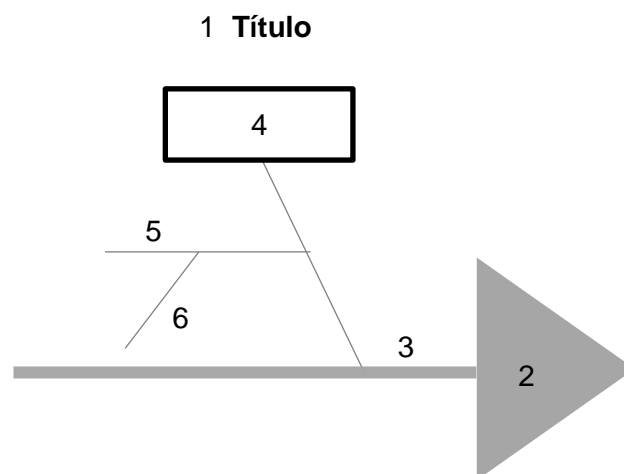


Figura 1. Componentes do Diagrama de Ishikawa

1- título, 2 - problema a estudar (Evento Adverso), 3 - eixo central, 4 - categorias: grupos de factores relacionados com o efeito, 5 - causas: dentro de uma categoria que pode contribuir para o efeito, 6 - sub- Causa: causa potencial na origem de uma causa específica.

Vicente et al (1998) propuseram as seguintes categorias factoriais para a aplicação do Diagrama de Ishikawa à área da saúde (ver figura 2):

- Contexto institucional – a organização e a sua regulamentação interna (sistema de saúde)
- Organização – a cultura de segurança, as políticas e procedimentos.
- Ambiente de trabalho – a organização interna da instituição, o número de profissionais, a carga de trabalho e a existência de turnos.
- Equipa – Tipo de liderança, comunicação e trabalho multidisciplinar.
- Individual – Conhecimentos e competências individuais. Estado de saúde.
- Tarefa - Definição e complexidade. Existência de protocolos para a sua execução (manuais de boas práticas).
- Doente – factores individuais, dificuldades de comunicação.



Figura 2. Diagrama de Ishikawa adaptado CISD

Na análise de um incidente pretende-se avaliar o contributo dos factores organizacionais, individuais, comunicacionais, ambientais, estruturais, entre outros. Pretende-se ainda identificar um eventual erro ou omissão. Posteriormente, é

importante agrupar e organizar os factores que contribuíram, directa ou indirectamente, para o problema. Isto permite criar uma estrutura de análise que pode ser trabalhada por várias pessoas com diferentes abordagens, organizar a colheita de dados de forma sistemática e diversificar os pontos que podem ser alvo de medidas de melhoria para além da causa imediata identificada no incidente/evento adverso.

No quadro 2 são descritas as etapas da construção do Diagrama de Ishikawa.

Quadro 2. Etapas da construção do Diagrama de Ishikawa

Etapas da construção do Diagrama de Ishikawa
<p>Definir o problema de forma clara e objectiva</p> <p>Encontrar o maior número de possíveis causas para o problema</p> <p style="text-align: center;"><i>Brainstorming</i>, pesquisa e análise de documentação</p>
<p>Construir o diagrama de causa-efeito</p> <p style="padding-left: 40px;">Colocar o problema num quadro à direita</p> <p style="padding-left: 40px;">Definir as categorias das causas mais frequentes 4M, 6M</p> <p style="padding-left: 40px;">Aplicar os resultados do <i>brainstorming</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Para cada causa identificada deve perguntar-se (cinco vezes) 'porque é que isto acontece?' e relacionar as respostas com a causa principal</p>
<p>Analisar o diagrama construído</p> <p style="padding-left: 40px;">Identificar as causas repetidas</p> <p style="padding-left: 40px;">Procurar o consenso do grupo na identificação das causas mais frequentes</p> <p style="padding-left: 40px;">Recolher e analisar os dados para determinar as causas mais importantes</p>

PARTE II - INVESTIGAÇÃO ORIGINAL

Segurança do doente em Cuidados de Saúde Primários: aplicação do Diagrama de Ishikawa à análise de incidentes

1. Metodologia

1.2 Objectivos

Objectivo Geral

Avaliar a aplicabilidade do Diagrama de Ishikawa na análise de incidentes numa unidade de Cuidados de Saúde Primários.

Objectivos específicos

1. Determinar a frequência de relatos de incidentes numa unidade de Cuidados de Saúde Primários;
2. Caracterizar e classificar o tipo de incidentes;
3. Determinar de acordo com a sua categorização qual a prevalência de relatos de incidentes na USF Marginal;
4. Determinar através de uma análise qualitativa e quantitativa, a aplicabilidade do Diagrama de Ishikawa;

1.3 Tipo de Estudo

Estudo observacional (Descritivo/Analítico) – transversal, baseado em registos, na sua classificação, tratamento e análise e dados.

Aguiar (2007), defende que os estudos observacionais são determinados pela inexistência de qualquer intervenção experimental do investigador, limitando-se à simples observação das exposições que aconteceram, ou que estão a acontecer, e consequente medição das unidades de investigação.

1.4 Local de Estudo

A USF Marginal (USFM) é organização de cuidados de saúde primários, integrante do ACES de Cascais e inserida no SNS.

A inscrita na USFM em 1 de Janeiro de 2015 era constituída por 18 122 utentes. A USFM era constituída 24 profissionais: nove médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (uma a exercer em regime de trabalho parcial), nove enfermeiros e seis assistentes administrativas.

1.5 População

Consideraram-se todos os relatos de incidentes registados no modelo EPIC, desde a sua implementação em 9/Junho/2011 até 24/Abril/2015 (379 relatos), declarados pelos profissionais da USFM (médicos, enfermeiros e assistentes administrativos).

1.6 Instrumento de Recolha de Dados - EPIC – Episódio Crítico

Em Setembro de 2011 foi criado um formulário, associado a uma base de dados Google, para identificar incidentes (clínicos, administrativos ou processuais) na USFM. Este instrumento tem o acrónimo de “EPIC” – Episódio Crítico (ver anexo 1). Pretendia-se identificar os desvios da normalidade no seguimento de procedimentos, tarefas, boas práticas ou quaisquer outras situações que possam ser promotoras do risco.

O instrumento EPIC está disponível para todos os profissionais da organização (médicos, enfermeiros e secretárias administrativas) através de email, ou de uma página WEB, em todos os computadores da unidade.

Este instrumento tem duas áreas diferenciadas entre si – as áreas de preenchimento obrigatório e as áreas de preenchimento não obrigatório. A identificação de quem emite o relato, assim como o seu serviço (grupo profissional) são de preenchimento opcional.

O campo descritivo referente ao incidente crítico é de preenchimento obrigatório e deve ser o mais objectivo e claro na sua exposição, assim como a área em este se enquadra.

O instrumento tem ainda uma caixa de comentários, em texto livre, destinada a sugestões ao modelo do instrumento, com o intuito de melhorar a qualidade da recolha da informação. Não deve ser utilizada para comentar o episódio crítico que está a ser relatado.

O gestor do projecto garante a qualidade dos registos realizados no EPIC. Este consulta semanalmente os relatos e verifica a sua validade (ver critérios de inclusão e exclusão). Seguidamente encaminha-os para cada um dos responsáveis da USFM de cada área (interlocutores EPIC): interlocutor administrativo, interlocutor de enfermagem, interlocutor médico, coordenador da unidade, conselho técnico e responsável da informática e comunicações. O interlocutor EPIC faz a análise do registo e pode identificar uma área para eventual melhoria. Nestas situações propõe implementação de medidas de correcção/melhoria.

1.7 Critérios de Inclusão e de Exclusão

É critério de inclusão a validação dos registos pelo gestor do projecto.

Os registos não validados incluem:

- Situações comunicadas que não são incidentes críticos dentro do âmbito abrangido pelo instrumento;
- Relatos com falhas no preenchimento dos campos considerados obrigatórios;
- Relatos pouco explícitos, que não permitam interpretar a situação descrita.

1.8 Análise de dados

A informação é obtida pela agregação de dados, análise e posterior tratamento dos respectivos relatos de incidentes feitos pelos profissionais da USF M, validados pelo Gestor Local, no período temporal seleccionado para o estudo.

Processo de Análise de Dados

A utilização do EPIC teve como objectivo inicial recolher informação sobre a incidência e prevalência dos incidentes relatados pelos profissionais da USFM, assim como a caracterizar a sua tipologia.

Após a agregação de dados e a sua categorização, aplicou-se a ferramenta de análise de causa raiz, Diagrama de Ishikawa, baseada na análise sistémica das possíveis causas implicadas no incidente.

Foram utilizadas metodologias quantitativas e qualitativas no processo de análise de dados.

O método quantitativo foi aplicado recorrendo ao SPSS™ (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 22.

O método qualitativo consistiu na análise de conteúdo, através da visualização gráfica recorrendo ao modelo de Ishikawa, adaptado do modelo de Vicente, et al (1998) e utilizando como categorias factoriais as inerentes à tarefa, à equipa, a factores individuais do profissional, a factores do doente, às condições de trabalho, à comunicação, a factores organizacionais e institucionais.

No ponto seguinte será clarificada a utilização de ambos métodos.

1.8.1. O Método Quantitativo

A abordagem quantitativa é definida por Reidy e Mercier (2000), como um processo dedutivo, no qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo. Através desta metodologia, as estratégias como o controlo e a análise estatística, têm como finalidade tornar os dados válidos. Assim, é garantida a representação da realidade, de forma a generalizar estes dados a outras populações.

A estatística é a ciência que possibilita a estratificação da informação numérica medida, num determinado número de sujeitos. Através da estatística descritiva é possível, resumir a informação numérica, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas. Não obstante, a estatística inferencial permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra, são generalizáveis à população.

Utilizou-se a base de dados em Excel (EPIC), onde são notificados os relatos de incidentes na USFM. A esta base de dados, foram aplicadas as dimensões fatoriais adaptadas do modelo de Vicente et al (1998), e atribuída uma codificação numérica, em que se determinou que '0' é não aplicável à característica em causa e '1' é aplicável (quadro 1). Posteriormente, toda a informação sistematizada na folha em Excel, foi convertida para o programa SPSS 22.0.

Quadro 1. Exemplo da codificação numérica utilizada no relato de incidente do EPIC.

	Tarefa	Comunicação	Equipa	Organização	Doente	Profissional	Institucional	Trabalho
Relato de Incidente	0	0	1	1	0	1	0	1

A análise estatística baseou-se nas seguintes medidas (Marôco, 2003):

Medidas de tendência central (média, mediana e moda) Estas medidas procuram caracterizar o valor da variável em estudo que ocorre com maior frequência.

Medidas de dispersão Mostram a dispersão das observações em torno das medidas estatísticas de tendência central.

Medidas de associação O coeficiente de correlação de Pearson é uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores '-1' e '1'. O valor '0' (zero) significa que não há relação linear, o valor '1' indica uma relação linear perfeita e o valor '-1' também indica uma relação linear perfeita mas inversa. Quanto mais próximo estiver de '1' ou '-1', mais forte é a associação linear entre as duas variáveis. Recorreu-se a este coeficiente para verificar a existência de relações estatisticamente significativas entre as variáveis. A magnitude deste coeficiente pode ser interpretada em termos da variação de uma variável que é explicada pela variação da outra variável.

Medidas de correspondência múltipla (MCA) Estuda a relação entre mais do que duas variáveis nominais e representa-as em poucas dimensões, normalmente em duas ou em três. Proceda a uma participação das variáveis em grupos homogêneos. A MCA transforma os dados qualitativos associando-lhe quantificações óptimas (*scores*) que permitem não só a sua representação gráfica, bem como a maior separação entre as categorias. Com aplicação do índice de Alfa de Cronbach, a medida mais comum de consistência interna ("Confiabilidade"), obteve-se uma sub estimativa da verdadeira fiabilidade da medida apresentada.

Os valores próprios (eigenvalues), informam sobre a contribuição de cada uma das dimensões para explicar a variabilidade contidas nos dados e constituem os valores médios das medidas de discriminação das variáveis afectas a cada dimensão.

Medidas de discriminação Informam sobre as variáveis mais importantes em cada dimensão identificada no teste de correspondência múltipla (MCA) Estas medidas assumem o valor máximo de '1', quando a discriminação é perfeita e os *object scores* pertencem a grupos mutuamente exclusivos.

1.8.1.1. Variáveis

Foram definidas as seguintes variáveis:

Nº de relatos de "incidentes"

Origem do relato – Grupo profissional relator

Tipologia (categorização) de relatos de incidentes na USFM

Dimensões factoriais aplicadas ao Diagrama de Ishikawa:

1. Fatores inerentes à tarefa
2. Fatores das condições de trabalho
3. Fatores da equipa

4. Fatores da comunicação
5. Fatores organizacionais
6. Fatores individuais do profissional de saúde
7. Fatores institucionais
8. Fatores do doente

Estão descritas no anexo 2, as características atribuídas a cada uma destas variáveis e que foram tidas em conta tanto na análise quantitativa como na qualitativa.

1.8.2. O Método Qualitativo

‘Qualquer actividade científica enquadra-se num conjunto de coordenadas espaço-temporais e sócio históricas que justificam as suas opções metodológicas’ (Aires, L., 2004).

A estatística é a ciência que possibilita a estratificação da informação numérica medida, num determinado número de sujeitos. Por outro lado, a investigação qualitativa insere-se em perspectivas teóricas, e recorre a uma grande variedade de técnicas de recolha de informação como materiais empíricos, estudo de caso, entrevista, observação, entre outros.

A escolha da ferramenta a utilizar depende das estratégias, métodos e materiais disponíveis; a selecção das práticas de pesquisa é realizada em função das questões levantadas e estas por sua vez, surgem do contexto em análise. Os investigadores qualitativos estudam os fenómenos nos seus contextos naturais e é precisamente isto que se pretende com este trabalho, o estudo e análise da fenomenologia dos “incidentes” numa unidade de cuidados de saúde primários no seu contexto real.

Optou-se então, neste trabalho pela metodologia qualitativa, desenhada para a sensibilidade interpretativa e definida por Huberman & Miles (1994) como ‘a investigação qualitativa é uma perspectiva multimetódica que envolve uma abordagem interpretativa e naturalista do sujeito de análise’.

A técnica de recolha de informação utilizada foi ‘técnica indirecta ou não interactiva’ neste estudo específico foram os relatos de incidentes, alvo de análise qualitativa.

Neste trabalho, foi aplicado o método de análise de informação através da descrição, interpretação e teorização. Supõe a implicação de processos que originaram as conclusões. Para tal, foram seleccionados oito dos incidentes

reitados com implicação direta na segurança do doente e alvo de análise qualitativa, recorrendo ao Diagrama de Ishikawa.

Como se pode observar na figura 1 (Huberman & Miles (1994)), o processo de análise de dados prevê os três sub-processos. A redução de dados implica a selecção, focalização, abstracção e transformação de informação bruta para a formulação de hipóteses de trabalho ou conclusões.

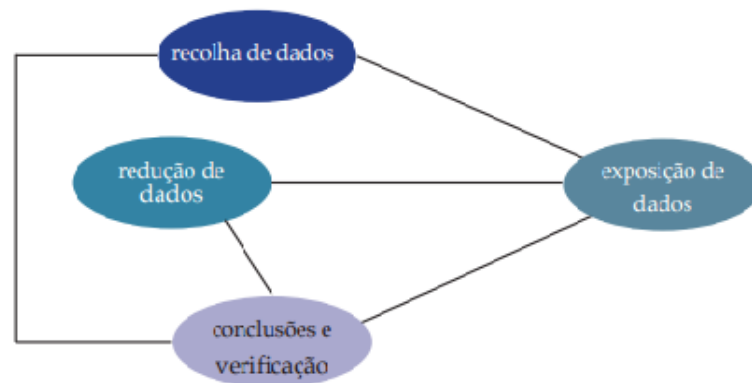


Figura 1. Os sub-processos da análise de dados

2. Resultados

2.1. Identificação dos incidentes

Quantas notificações?

No período temporal compreendido entre 9/Junho/2011 e 24/Abril/2015 foram relatados 379 relatos de incidentes no instrumento EPIC na USFM (ver figura 2).

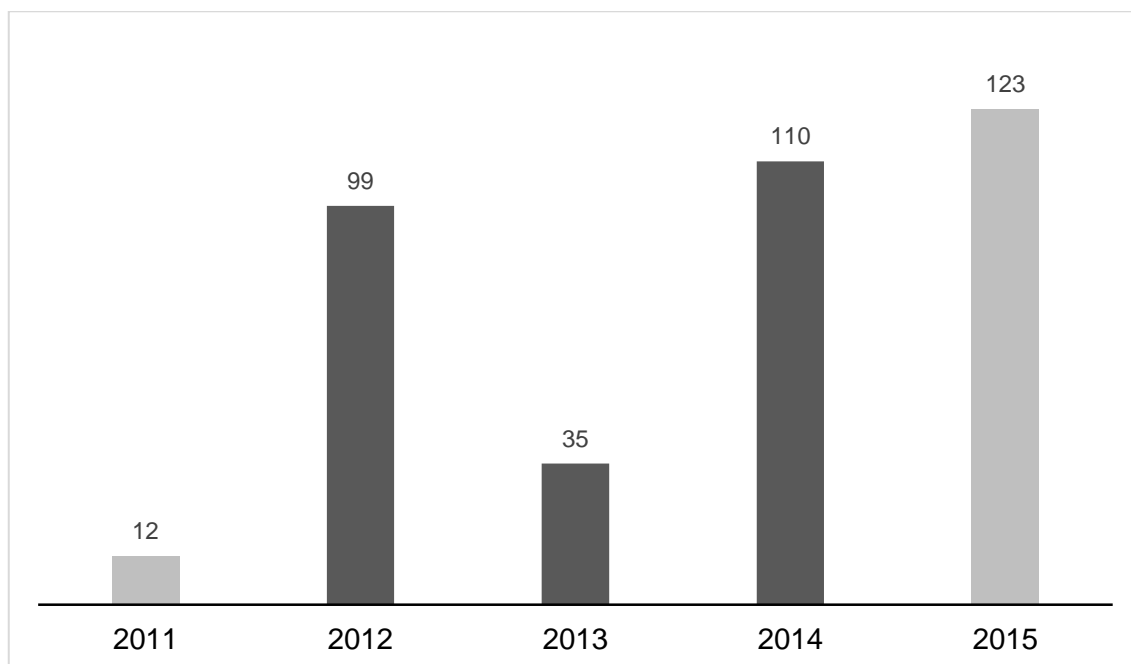


Figura 2. Número de incidentes relatados no EPIC entre 9/Junho/2011 e 24/Abril/2015, (n=379)

De quem?

Os médicos foram os principais notificadores de incidentes na USFM, com um total de 319 notificações no período em análise, o que representou 84% das notificações. Os profissionais que menos notificaram foram os enfermeiros, com 11 relatos (2,9%) (ver figura 3).

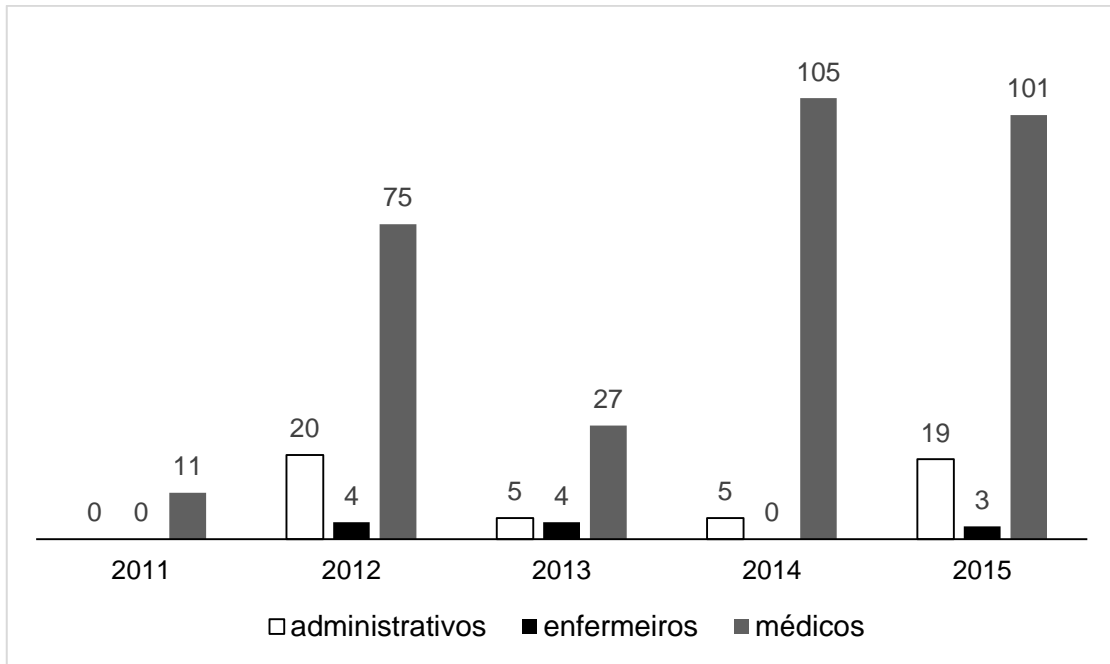


Figura 3. Número de incidentes relatados no EPIC entre 9/Junho/2011 e 24/Abril/2015, por grupo profissional, (n=379)

2.2. Categorização dos Incidentes - Quais foram os mais frequentes?

Foram sinalizados 379 relatos de incidentes relativos a 21 entidades/serviços alvo, utilizados de forma directa ou indirecta pelos profissionais da USFM (ver quadro 2).

Quadro 2. Entidades/serviços alvo dos relatos dos incidentes (n=21)

Software	Medicine One (M1) ALERT SGTD RNU SINUS
Cuidados de Saúde Secundários	Entidades públicas Entidades privadas Entidades Convencionadas (IPSS)
Infraestruturas	Material consultório Mobiliário Instalações
Profissionais da USFM	Médicos Enfermeiros Secretários administrativos
Institucional	ACES ACSS UAG Saúde 24 Aprovisionamento
Outros	Centro de emprego Cuidados na comunidade

As áreas onde se registaram mais eventos foram as relacionadas com os sistemas informáticos e com os hospitais que fornecem serviços.

2.3. Análise estatística

Para a avaliação quantitativa dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS™ – versão 22.0

A primeira análise diz respeito à quantificação da presença de cada uma das oito variáveis em cada relato de incidente (figura 4). Os factores relacionados com a tarefa foram os mais frequentes e os factores que dependem do doente foram os menos frequentes.

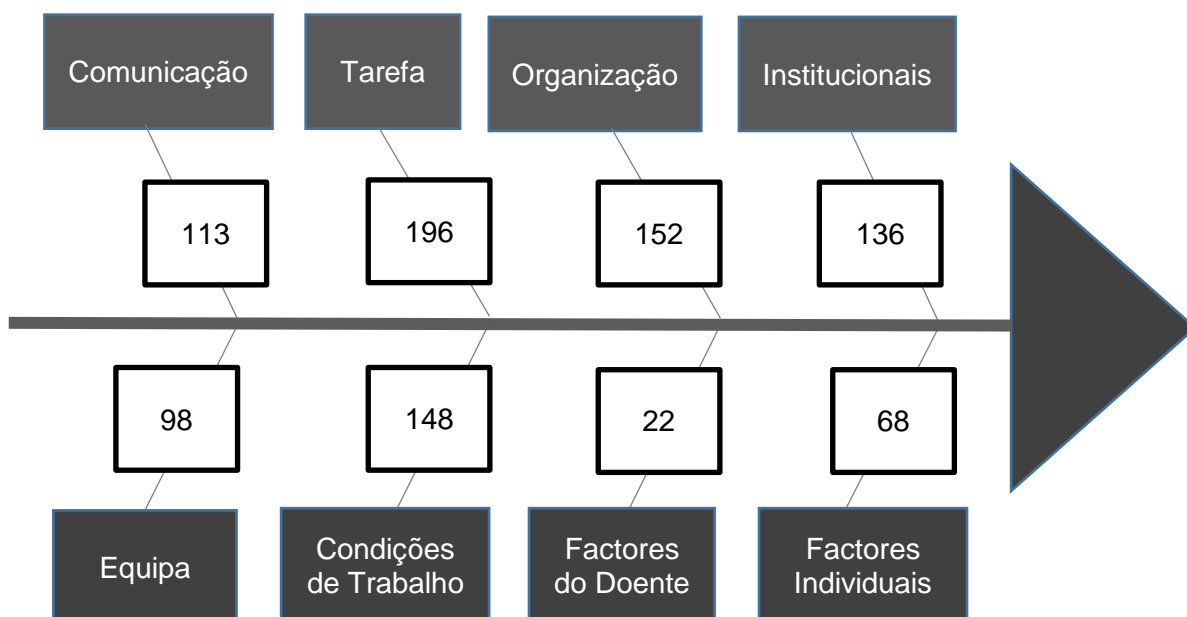


Figura 4. Frequências das variáveis na análise dos 379 incidentes

Foi também feita a análise de medidas de estatística de tendência central, referente ao número de variáveis atribuíveis às prováveis causas implicadas em cada relato de incidente, cujo valor se apresenta no quadro 3.

Quadro 3. Medidas de estatística descritiva referentes ao número de variáveis atribuíveis às prováveis causas implicadas nos incidentes

Estatística Descritiva	
Media	2.44
Moda	3
Mediana	2
Máximo	7
Mínimo	0

2.3.1. Análise das correlações

A análise de correlações utiliza-se quando se pretende analisar a relação entre variáveis de escala. Neste estudo serviu para relativizar a importância dada aos resultados absolutos (quadro 4) e dimensionar com precisão os resultados obtidos.

Foram estabelecidas associações entre duas variáveis para o total das oito, fazendo a análise de 16 possíveis correlações.

Para a análise das oito variáveis (fatores da organização, fatores da tarefa, fatores da comunicação, fatores individuais dos profissionais, fatores do doente, fatores das condições de trabalho, fatores da equipa, fatores do contexto institucional) recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Pearson, utilizando um *p-value* de 0.05. Importa referir que este coeficiente varia entre -1 e +1. Quanto mais próximo se encontrar das suas extremidades, maior será a associação linear entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas, a categorias mais baixas da outra variável, o sinal positivo da correlação significa que as variáveis variam no mesmo sentido, categorias mais elevadas de uma variável é diretamente proporcional à outra.

Quadro 4. – Correlações entre Organização/Tarefa/Comunicação/Fatores Individuais/Fatores do Doente/Condições de Trabalho/Equipa/Contexto Institucional

		Correlações							
		Organização	Tarefa	Comunicação	Fatores Individuais	Fatores do doente	Condições de trabalho	Equipa	Contexto Institucional
Organização	Correlação de Pearson	1	,002	-,017	-,075	-,043	-,127*	,327**	,037
	Sig. (2 extremidades)		,969	,742	,145	,409	,013	,000	,470
	N	378	378	378	378	378	378	378	378
Tarefa	Correlação de Pearson	,002	1	,120*	,162**	,013	-,214**	,111*	-,072
	Sig. (2 extremidades)	,969		,019	,002	,795	,000	,031	,163
	N	378	378	378	378	378	378	378	378
Comunicação	Correlação de Pearson	-,017	,120*	1	,281**	,257**	-,311**	,168**	-,297**
	Sig. (2 extremidades)	,742	,019		,000	,000	,000	,001	,000
	N	378	378	378	378	378	378	378	378
Fatores Individuais	Correlação de Pearson	-,075	,162**	,281**	1	,031	-,291**	,210**	-,337**
	Sig. (2 extremidades)	,145	,002	,000		,552	,000	,000	,000
	N	378	378	378	378	378	378	378	378
Fatores do doente	Correlação de Pearson	-,043	,013	,257**	,031	1	-,084	-,018	-,139**
	Sig. (2 extremidades)	,409	,795	,000	,552		,104	,725	,007
	N	378	378	378	378	378	378	378	378
Condições de trabalho	Correlação de Pearson	-,127*	-,214**	-,311**	-,291**	-,084	1	-,178**	,246**
	Sig. (2 extremidades)	,013	,000	,000	,000	,104		,001	,000
	N	378	378	378	378	378	378	378	378
Equipa	Correlação de Pearson	,327**	,111*	,168**	,210**	-,018	-,178**	1	-,230**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,031	,001	,000	,725	,001		,000
	N	378	378	378	378	378	378	378	378
Contexto Institucional	Correlação de Pearson	,037	-,072	-,297**	-,337**	-,139**	,246**	-,230**	1
	Sig. (2 extremidades)	,470	,163	,000	,000	,007	,000	,000	
	N	378	378	378	378	378	378	378	378

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

De acordo com os resultados observados no quadro acima, destaco as seguintes correlações estatisticamente significativas para um $p < 0.05$ (2 extremidades) e para uma correlação de Pearson com coeficiente de +1.; temos os fatores da tarefa associados aos fatores da equipa e os fatores da tarefa associados aos fatores da comunicação.

As correlações estatisticamente significativas param um $p < 0.05$ (2 extremidades) e para uma correlação de Pearson com coeficiente de -1 , foram os fatores das condições de trabalho associados aos fatores da organização.

O teste de correspondência múltipla (MCA) permitiu estudar a relação entre mais do que duas variáveis nominais e representá-las em poucas dimensões no sentido de obter um modelo que mostrasse quais as variáveis mais importantes de forma agrupada.

Os resultados obtidos com este teste mostram que os valores próprios (autovalor) estão ordenados em forma decrescente, sendo que as primeiras três dimensões explicam mais de metade da variação de dados, conforme se observa no quadro 5 em que as três dimensões correspondem a 56.3% da variação dos dados (Fit=0.563), sendo de 27% na primeira, 16% na segunda e 10% na terceira dimensão, conforme valores da inércia.

Quadro 5. Quadro de Correspondência Múltipla (MCA)

Resumo do modelo				
Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância contabilizada para		
		Total (autovalor)	Inércia	% de variância
1	,616	2,168	,271	27,098
2	,267	1,305	,163	16,313
3	,044	1,040	,130	12,996
4	-,068	,944	,118	11,803
5	-,373	,754	,094	9,421
6	-,628	,645	,081	8,068
7	-,711	,617	,077	7,708
8	-1,024	,527	,066	6,593
Total		8,000	1,000	
Média	,000 ^a	1,000	,125	12,500

a. A Média de Alfa de Cronbach tem como base o autovalor médio.

Estes autovalores demonstram assim, o contributo de cada uma destas dimensões na explicação da variabilidade contida nos dados e eliminando variáveis pouco importantes para a explicação da relação em estudo.

Foi então, sobre estas três dimensões que se realizou a análise das medidas de discriminação cujos resultados se apresentam no quadro 6.

Quadro 6. Quadro de medidas de discriminação pelas dimensões 1,2 e 3

Medidas de discriminação

	Dimensão			Média
	1	2	3	
Tarefa	,135	,003	,307	,148
Comunicação	,436	,065	,057	,186
Factores Individuais	,417	,019	,103	,180
Factores do doente	,077	,181	,427	,228
Condições de trabalho	,422	,007	,013	,147
Equipa	,253	,358	,015	,209
Contexto Institucional	,411	,026	,004	,147
Organização	,017	,647	,113	,259
Total ativo	2,168	1,305	1,040	1,504
% de variância	27,098	16,313	12,995	18,802

As variáveis que mais contribuíram para as três dimensões foram:

Os factores da comunicação, os factores individuais, as condições de trabalho e o contexto institucional (Dimensão 1);

Os factores da equipa e os factores da organização (Dimensão 2);

Os factores da tarefa e do doente (Dimensão 3).

A representação gráfica da quantificação dos objectos está na figura 5.

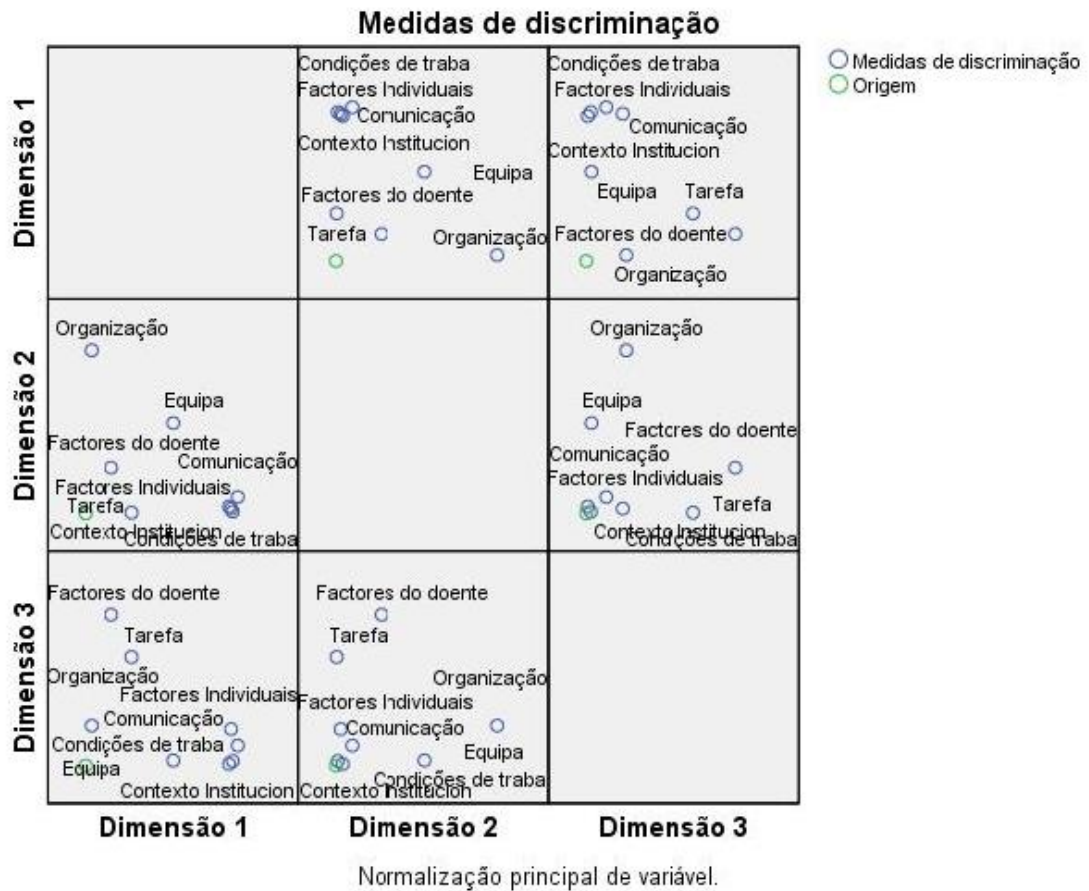


Figura 5. Representação gráfica da quantificação dos objectos.

2.4. Análise qualitativa

Tal como descrito no capítulo da metodologia, para aplicação do método qualitativo foi utilizada, a análise de informação/conteúdo - através da descrição, interpretação e teorização. Supõe a implicação de processos que deram origem às conclusões. Para tal, foram seleccionados oito incidentes, relatados no modelo EPIC, no período temporal em estudo, e que tiveram implicação direta na segurança do doente. Estes foram alvo de análise qualitativa, recorrendo ao instrumento 'Diagrama de Ishikawa.

Incidente nº1

Contexto do incidente: Os doentes da USFM podem solicitar a renovação de receituário sem necessidade de agendamento de consulta com o MF. Este pedido é feito através do secretariado administrativo, que têm acesso à ficha de medicação crónica que consta do processo clínico do doente. A secretária clínica selecciona a medicação pretendida pelo doente e envia, pelo sistema informático de apoio à consulta (Medicine One™), uma tarefa ao médico. O médico quando recebe esta tarefa emite as receitas e coloca-as no secretariado para serem entregues ao doente, num período de 72 horas, de acordo com o estabelecido no regulamento interno da unidade.

Incidente relatado pelo médico: *“Foi agrafado receituário crónico de dois doentes diferentes. O doente que recebeu o receituário comprou medicação que não a dele (beta bloqueante com potenciais consequências graves), o doente ficou confuso e recorreu à unidade, solicitou apoio ao Enfermeiro, que detectou que o fármaco não fazia parte da medicação crónica daquele doente. Foi detectado nome errado nas outras receitas na posse do doente (doente analfabeto, situação social precária).”*

Análise: Vemos neste incidente crítico potencialidade de graves danos para o doente. O doente adquiriu um fármaco para o qual não tinha indicação clínica, medicação esta com efeitos na frequência cardíaca e na pressão arterial. Neste incidente foram identificadas na sua origem, causas organizacionais como a ausência de procedimentos escritos ou de normas a seguir no caso de renovação de medicação crónica sem a presença do doente. O elevado número de solicitações a que o médico está sujeito no seu dia-a-dia determina que por vezes a emissão de receituário seja feita de forma “automática” o que é um factor inerente à tarefa do médico e que pode ser facilitador do erro.

A secretária clínica no ato de entrega do receituário ao doente, e posteriormente o farmacêutico não confirmaram o nome do doente que constava nas receitas. Consideramos, que a comunicação falhou em todo o processo.

Relativamente aos fatores individuais do profissional, deve ser levado em conta o cansaço do médico com horas consecutivas de atendimento ao doente e em simultâneo a resolução de outras tarefas, como as chamadas a sala de tratamentos, a prescrição de receituário entre consultas, pedidos de guias de transporte, entre outros.

Por fim, identificamos a falta de supervisão pela equipa no que diz respeito a procedimentos frequentes e rotineiros da unidade (ver figura 6).

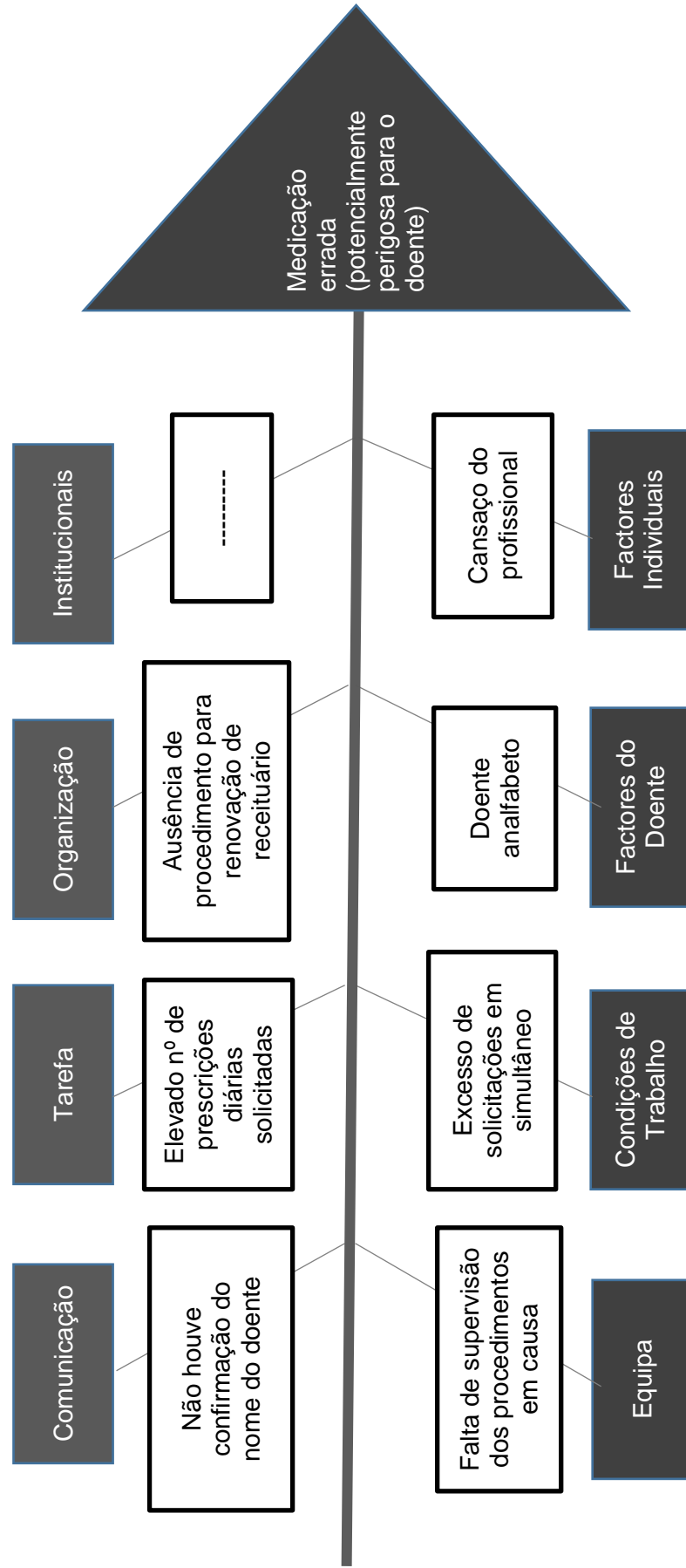


Figura 6. Diagrama de Ishikawa do incidente nº 1

Incidente nº2

Contexto do incidente: Na USFM existe o compromisso de atender todos os doentes que solicitem consulta para o próprio dia. Como os pedidos diários excedem a capacidade individual de resposta de cada médico, existe uma consulta de intersubstituição que funciona diariamente na unidade entre as 16 e as 20h, com prévio agendamento. A marcação de consulta, é feita através do secretariado clínico de presencialmente ou pelo telefone.

Incidente relatado pelo médico: *‘Durante a manhã, um doente solicita consulta para o próprio dia de urgência, referindo que sentia um “aperto no coração”. Foi agendada uma consulta de intersubstituição para as 19h. A assistente administrativa assegura que foi passada chamada a enfermeira, mas não existe qualquer registo deste contacto.’*

Análise: Neste relato, o doente solicita uma consulta para o próprio dia porque sentia ‘um aperto no coração’, mas como não havia vaga para o seu médico de família, foi agendada uma consulta de intersubstituição para as 19h, apesar da solicitação desta consulta ter decorrido durante a manhã. No diagnóstico diferencial da sintomatologia referida, deve ser excluída patologia cardíaca emergente, nomeadamente enfarte agudo do miocárdio, que implica encaminhamento e tratamento imediatos, sob risco de vida para o doente.

A ausência de um protocolo orientador da triagem de solicitações de consulta de intersubstituição, revela-se um ponto fraco no nível da organização.

A especificidade das competências e do âmbito de atuação de cada grupo profissional deve estar claro para todos os elementos da equipa. Aparentemente houve falhas no registo do contacto estabelecido entre o doente e o profissional de enfermagem.

Ao nível da comunicação não sabemos de que forma o doente relatou a queixa, nomeadamente se valorizou o sintoma ou se esclareceu o profissional de saúde sobre outros elementos clínicos pessoais, que poderiam ajudar a determinar o encaminhamento adequado da situação.

Existem factores individuais a considerar, dos profissionais de saúde implicados, nomeadamente o excesso de trabalho das assistentes administrativas, devido à ausência de dois elementos que se encontravam doentes.

Nos factores do doente, consideramos a falta de clareza no pedido de consulta, e a desvalorização da sintomatologia podem ter sido determinantes para a situação em análise.

A ausência de vaga para o seu médico de família, e a elevada solicitação da consulta de intersubstituição traduziram-se num aumento do risco para o doente.

A falta de supervisão dos seus próprios procedimentos pela equipa, e eventual melhoria do seu plano de acção ao nível assistencial é um determinante na cultura de segurança da instituição (ver figura 7).

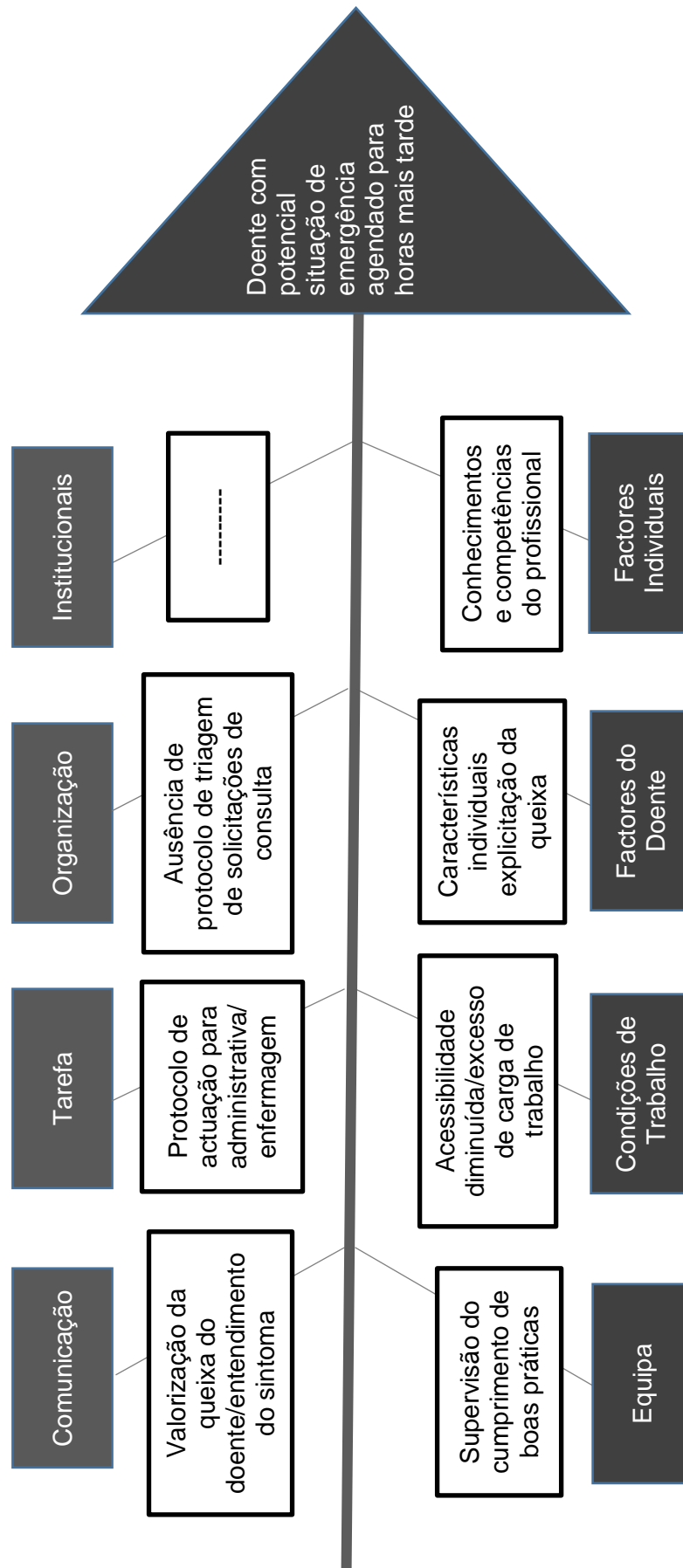


Figura 7. Diagrama de Ishikawa do incidente nº 2

Incidente nº3

Contexto do incidente: Um doente quando é referenciado aos cuidados de saúde hospitalares mantém a gestão global dos seus cuidados de saúde com o MF. É desejável que se mantenham canais de comunicação abertos e de articulação entre especialidades, com o intuito de otimizar os cuidados ao doente. No entanto, isto nem sempre acontece. Por vezes, o doente não traz qualquer informação de retorno das consultas que frequenta e surgem, inevitavelmente, questões pertinentes que necessitam de esclarecimento (e.g. terapêuticas, diagnósticas).

Incidente relatado pelo médico: *‘Doente com patologia do foro psiquiátrico, medicado com vários fármacos, com taquicardia persistente (aumento da frequência cardíaca) e dor no peito atípica. Foi solicitado por escrito informação clínica a colega da psiquiatria para compreender qual o impacto dos psicofármacos na sintomatologia da doente. Não se obteve resposta.’*

Análise: O aparecimento de sintomatologia que não se enquadra na avaliação clínica num doente polimedicado, implica pensar em efeitos secundários da terapêutica. A prescrição de três ou mais fármacos psicotrópicos (com efeitos no sistema nervoso central) aumenta a probabilidade do aparecimento de efeitos secundários e de interações medicamentosas. O MF pode ter dificuldade em interpretar estes efeitos de medicamentos que são muito específicos, de áreas mais especializadas da medicina. Por isso, foi solicitada informação clínica ao colega da psiquiatria. Este pedido de informação foi feita através do doente, e para a qual não se obteve qualquer resposta.

Ao nível dos factores atribuíveis à instituição podemos ver que a ausência de um protocolo que estabeleça de forma clara a articulação entre os processos assistências nos CSP e Cuidados de Saúde Secundários (CSS), origina lacunas. Neste caso o médico de família considerou que a sintomatologia apresentada pelo doente poderia ser o resultado dos efeitos secundários da medicação ou das interações medicamentosas.

Nesta situação clínica em particular, com necessidade de revisões terapêuticas frequentes e aumento da posologia dos fármacos, cria uma complexidade crescente ao nível dos cuidados a este doente.

A inexistência de um canal de comunicação formal, nomeadamente a disponibilidade de contactar diretamente o colega durante o seu horário de trabalho, dificultou a avaliação clínica deste doente.

Neste caso concreto, a complexidade da situação clínica, num doente com doença mental grave, que condiciona a capacidade de questionar o seu médico psiquiatra sobre os eventuais efeitos indesejáveis da medicação ou a possibilidade de substituição ou ajuste posológico, dificultou a integração de cuidados.

A organização dos próprios serviços hospitalares, cada especialidade com dinâmicas próprias, alguns destes serviços francamente carenciados no que respeita ao pessoal médico que integra as suas equipas, torna difícil a resposta a todas as solicitações decorrentes da prestação de cuidados, em detrimento dos cuidados prestados ao doente (ver figura 8).

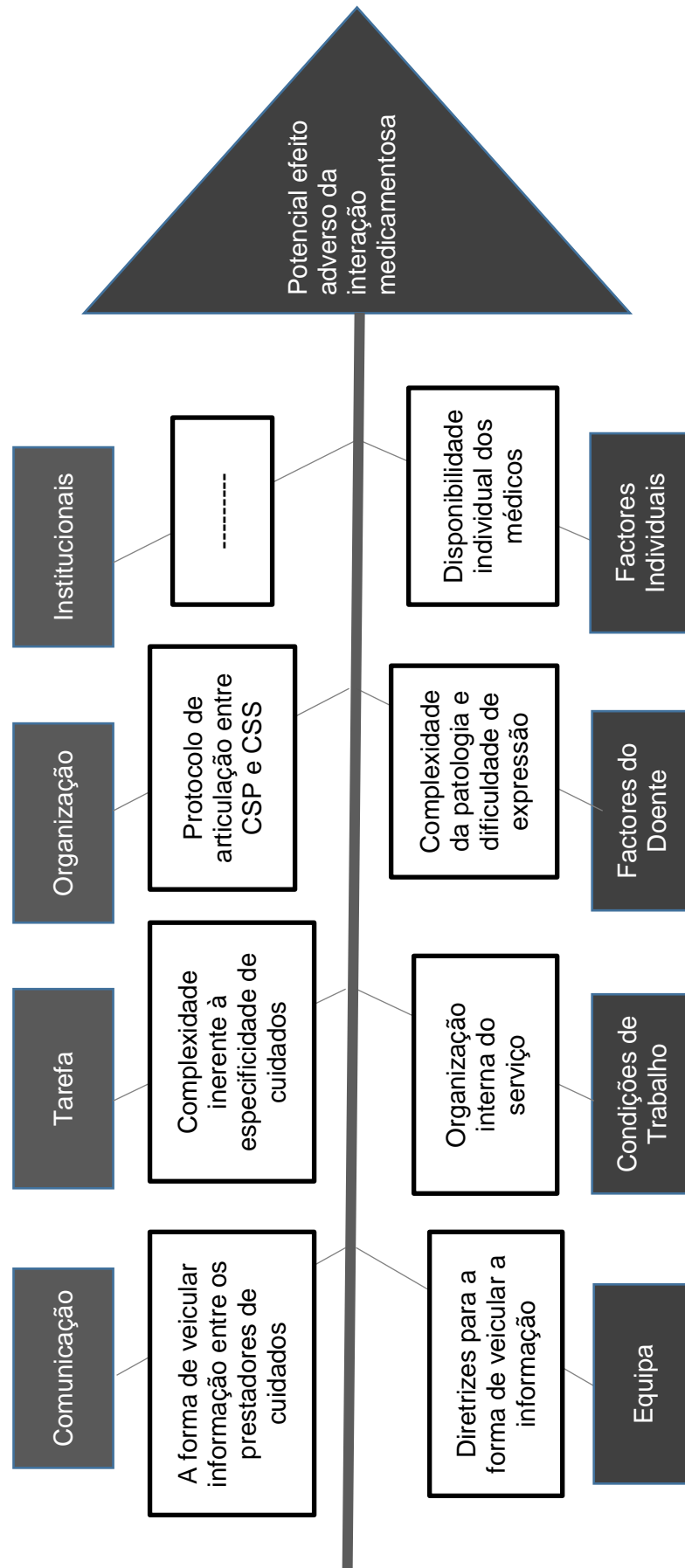


Figura 8. Diagrama de Ishikawa do incidente nº 3

Incidente nº 4

Contexto do incidente: Os dispositivos médicos são instrumentos importantes para o exercício da actividade médica, entre estes encontra-se o oxímetro. Este dispositivo mede a quantidade de oxigénio no sangue do paciente, de forma indirecta, através de um sensor não invasivo com base na absorção de luz.

Incidente relatado pelo médico: *'Não foi possível determinar a saturação de oxigénio sanguíneo por oximetria num doente com crise asmática grave, por inadequado funcionamento no sensor do oxímetro.'*

Análise: Um doente recorreu à unidade por uma crise de asma com alguns sinais clínicos de gravidade. A resposta à terapêutica instituída foi insuficiente e não foi possível determinar a saturação periférica de oxigénio no sangue por falha no sensor do oxímetro. Esta avaliação poderia ajudar na decisão sobre referenciar o doente para o serviço de urgência hospitalar ou aguardar a melhoria clínica na USFM.

A instituição não acautelou a validação do material clínico em uso na USF ou eventualmente a possibilidade de reposição imediata em caso de falha. A própria organização não tem um procedimento interno para verificação sistemática do material clínico e, não existe a atribuição de um responsável dentro da equipa para esta tarefa.

A rápida evolução clínica no sentido da gravidade da crise, com escassa resposta à terapêutica implementada foi mais um fator de risco, apesar das situações clínicas agudas graves não serem tão frequentes em CSP como se observa em contexto de urgência hospitalar (ver figura 9).

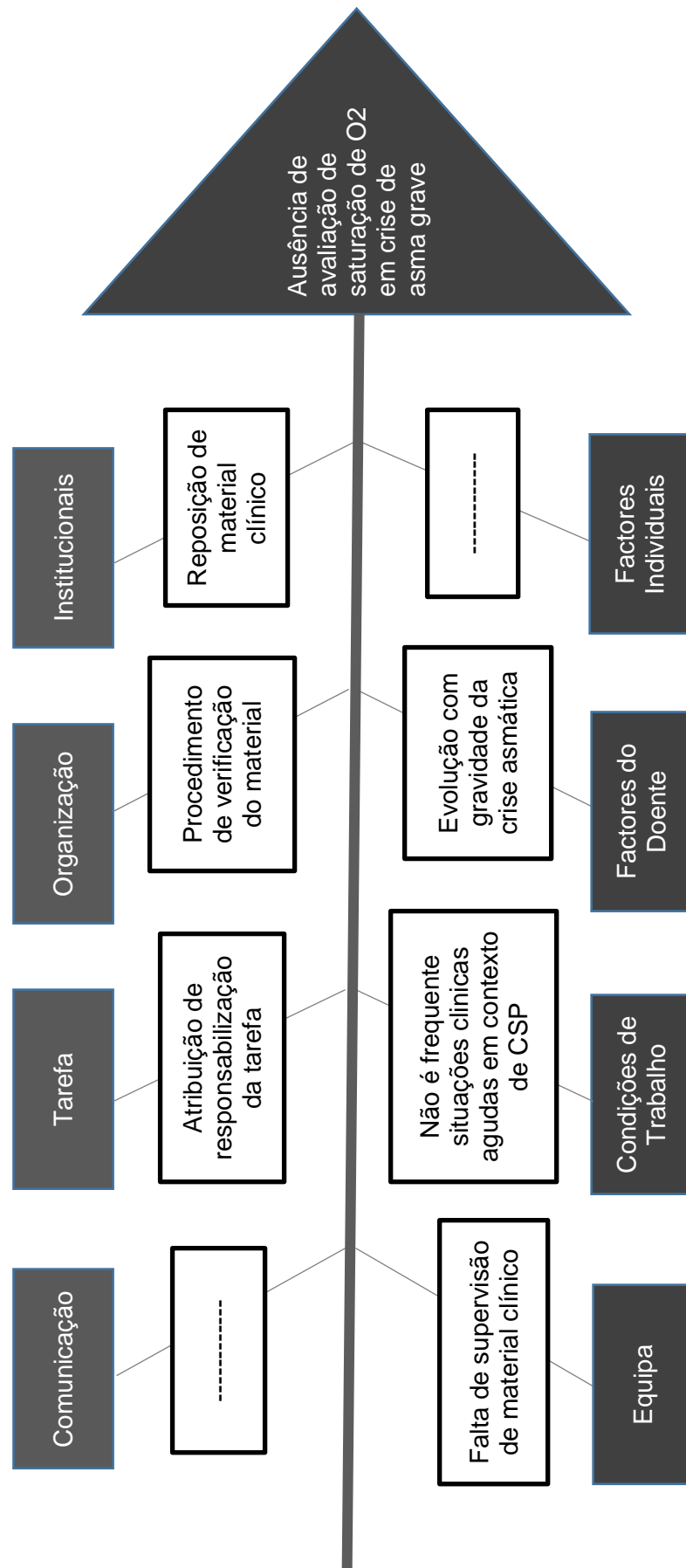


Figura 9. Diagrama de Ishikawa do incidente nº 4

Incidente nº 5

Contexto do Incidente: A articulação entre os diversos prestadores de cuidados de saúde, (nomeadamente entre CSP e CSS) é realizada através do programa Consulta a Tempo e Horas e da aplicação informática que o suporta – ALERT-P1. O actual sistema de referenciação e informação para os pedidos de primeira consulta é limitado nas suas funcionalidades e objectivos, pois deveria existir uma lógica de ciclo completo da referenciação. Este ciclo deveria ser concluído com a recepção da informação de retorno e com a validação da conclusão desse episódio pelos CSP.

Incidente relatado pelo médico: *‘Referenciei um doente para a consulta de neurocirurgia em Junho de 2012, por suspeita de tumor cerebral, e verifico que obteve marcação para Janeiro de 2013.’*

Análise: Neste relato de incidente, foi solicitada uma consulta para a especialidade de neurocirurgia do Hospital Egas Moniz com carácter de urgência para um doente com suspeita de patologia grave (tumor cerebral). Foi verificado pelo médico relator do incidente, que apesar de a solicitação ter sido efectuada com carácter de urgência, o agendamento da consulta foi efectuado para 6 meses após o pedido da solicitação.

Na análise desta situação, vemos que é necessária a regulamentação explícita por parte da tutela sobre os tempos de espera e a acessibilidade a consultas nos CSS (o que já vem acontecendo), de acordo com a gravidade da situação clínica. Deve também, ser pedida prestação de contas em caso de não cumprimento (situações de não conformidades).

A organização interna do serviço alvo pode ser uma das falhas, pela inexistência de um procedimento específico a seguir no processo de triagem e agendamento de consultas solicitadas.

A especificidade da tarefa do profissional que efectua a triagem dos doentes, o agendamento da consulta e o tempo de espera determinado para essa consulta, deve ser alvo de supervisão e estar devidamente protocolado.

Ao nível da comunicação, esta deve ser a mais clara e objectiva possível, fazendo referência apenas aos exames complementares que determinaram a provável hipótese diagnóstica, reduzindo ao mínimo o “ruído” à volta da informação importante.

Nos factores individuais do profissional que efetua a tarefa, é importante lembrar que muitas vezes as tarefas são desempenhadas por médicos em fase de formação e por vezes integrados nos serviços há pouco tempo. É necessário rever a capacitação de quem está responsável por determinada função dentro do serviço. As condições de trabalho da organização, o desenho do serviço e os profissionais alocados para o volume de trabalho expectável da instituição, pode ser um fator explicativo de algumas “falhas”. Alguns serviços hospitalares, na fase em que foram desenhados, era expectável determinado “volume” de doentes, as solicitações, a maior parte das vezes crescem e o desenho do serviço mantém-se imutável, condicionando a acessibilidade.

E por último, a organização interna da equipa, a existência de supervisão por um elemento coordenador e conciliador da equipa e dos seus elementos constituintes (ver figura 10).

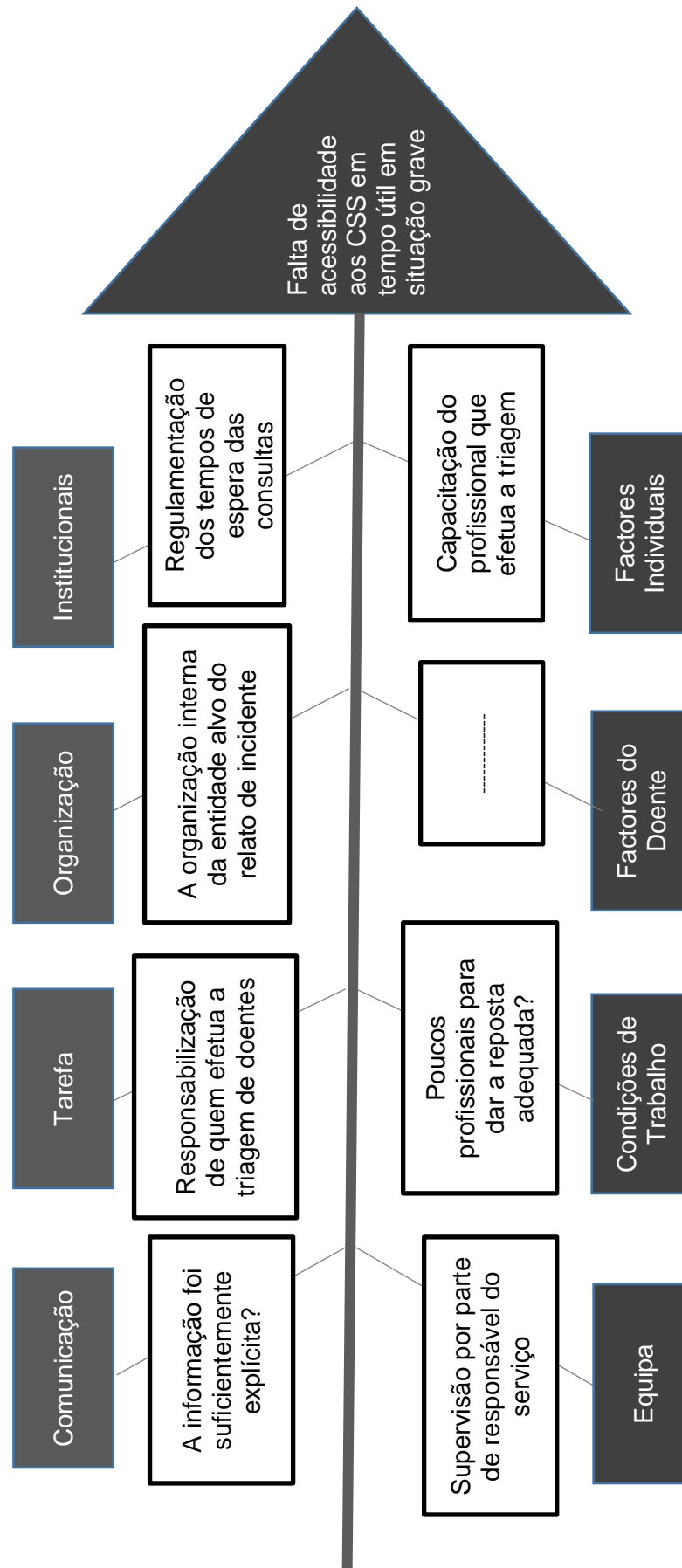


Figura 10. Diagrama de Ishikawa do incidente nº 5

Incidente nº 6

Contexto do incidente: Na USFM existe uma reunião semanal, de carácter clínico e organizacional. Nestas reuniões estão presentes todos os grupos profissionais (médicos, enfermeiros e secretárias clínicas). Durante o período da reunião existe sempre um elemento profissional disponível para o atendimento de qualquer situação que surja.

Incidente relatado pelo médico: *‘Doente com tensão arterial muito elevada e indisposição, solicitou atendimento durante o período em que decorria a reunião clínica. A assistente administrativa deu indicação de que aguardasse pela finalização da reunião de enfermagem. A doente foi embora e recorreu ao serviço de urgência do Hospital de Cascais’*

Análise: Neste incidente, uma doente dirigiu-se à unidade com a tensão arterial elevada e com queixas de se estar a sentir mal. Nestas situações, o procedimento a seguir estabelece que a secretária administrativa alerte o enfermeiro destacado na sala polivalente ou de tratamentos, faça uma avaliação clínica da situação e de acordo com esta avaliação e a urgência do caso, contacte o médico de família ou outro colega, em caso de ausência deste, para avaliar e orientar a situação. Se não for uma situação urgente, será agendada uma consulta a curto prazo ou no mesmo dia para umas horas mais tarde.

No dia e na hora a que esta doente recorreu à unidade decorria a reunião clínica semanal e a informação transmitida à doente foi para que aguardasse o término da reunião para ser atendida. No entanto, a doente abandonou a unidade e recorreu ao serviço de urgência hospitalar.

Ao analisar o que falhou neste incidente, a doente correu riscos ao sair da unidade sem uma avaliação clínica, se a situação fosse uma crise hipertensiva grave, podia ter ocorrido um evento cardiovascular (enfarte, acidente vascular cerebral) a caminho do serviço de urgências.

Ao nível da organização (USFM), existe um procedimento para atuação perante um doente em situação de urgência que se apresente na unidade, mas aparentemente este fluxograma não foi seguido, foi colocada em causa a cultura de segurança da unidade. Ao nível da tarefa, está definido neste protocolo as funções a desempenhar por cada grupo profissional que claramente não foi seguido.

Não se sabe como foi veiculada a comunicação inter profissional, como foi transmitida a informação sobre a doente e a clareza da situação entre secretariado administrativo e equipa de enfermagem.

Quem recebeu e veiculou a informação e quem fez a avaliação da informação recebida, mostra aspectos individuais de perceção e entendimento da situação em questão, neste caso com algumas falhas.

A forma como a doente terá expressado a sua dor poderá ter influenciado a forma como a informação foi transmitida? O conhecimento (ou não) que os profissionais poderão ter da doente em causa, poderá ter sido um fator de influência para a desvalorização das queixas e decidir esperar pelo término da reunião para então fazer uma avaliação da situação.

Nas condições de trabalho, o excesso de solicitações e múltiplas tarefas a que os profissionais da USF estão sujeitos, incluindo as reuniões clínicas em horário de trabalho e de almoço, leva por vezes a um aumento de tensão e de cansaço por parte dos seus profissionais.

O formato de organização interna da equipa com uma supervisão clara e definida do seguimento dos procedimentos e boas práticas na unidade, deve ser alvo de responsabilização/adequação dentro dos elementos da equipa (ver figura 11).

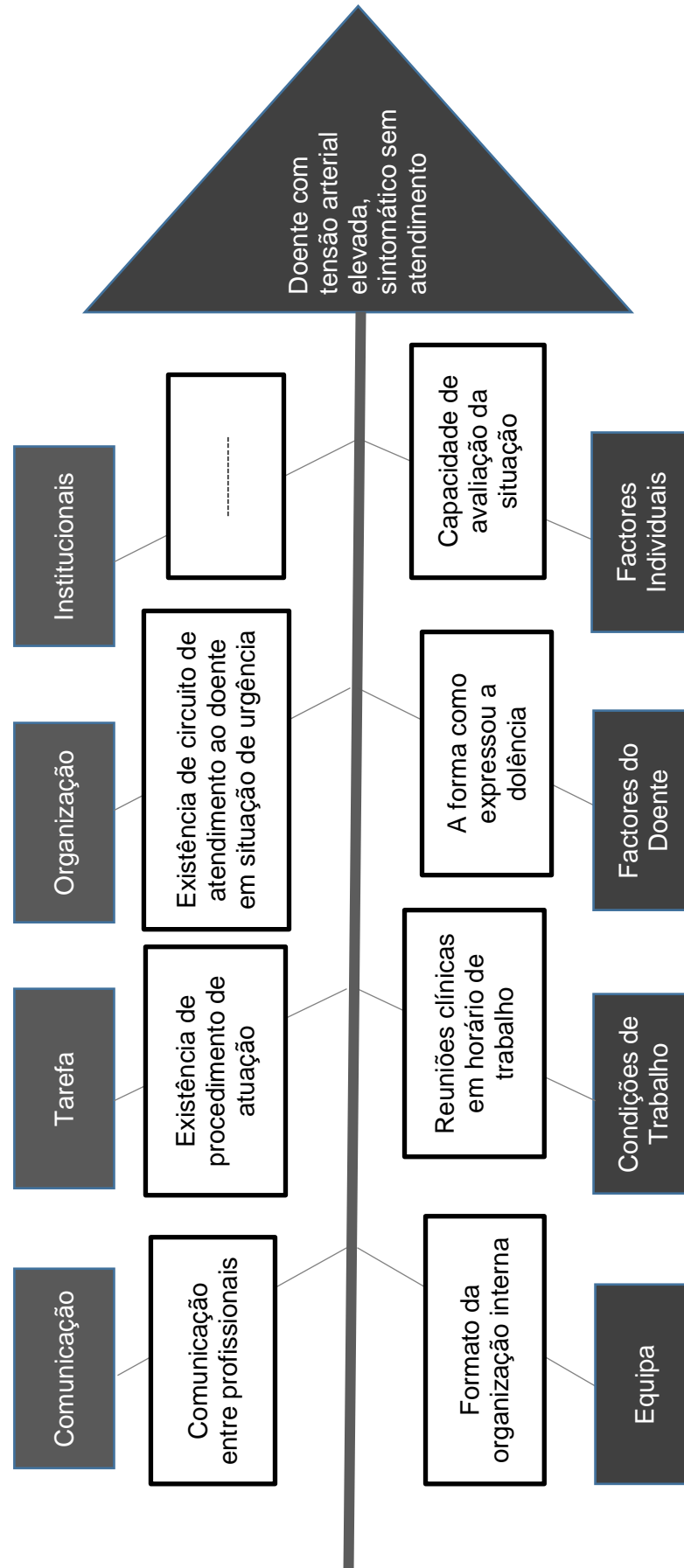


Figura 11. Diagrama de Ishikawa do incidente nº 6

Incidente nº 7

Contexto do incidente: Ver contexto do incidente nº 5.

Incidente relatado pelo médico: *'Referenciada uma doente ao Instituto Português de Oncologia (IPO) por mamografia com BIRADS 4 e fiquei a aguardar resposta da doente sobre o agendamento da consulta (que tinha pedido que não informasse ninguém da família). A doente não me contactou durante 3 meses e não confirmei no ALERT a resposta do IPO. Quando finalmente a doente volta à minha consulta refere que não recebeu qualquer marcação. Fui verificar o estado do meu pedido no ALERT, e a informação era de que a doente faltara à consulta (provável extravio da carta).'*

Análise: A doente deste relato fez uma mamografia cujo resultado foi classificado como BI RADS 4 (Classificação radiológica, em que a classificação 4 corresponde a lesões que imagiologicamente não são sugestivas de neoplasia, porém apresentam elevada probabilidade de serem malignas. O médico radiologista, baseado nas imagens, tem preocupação suficiente para sugerir biópsia).

A doente foi referenciada pelo seu médico de família para o IPO para realização de biópsia ao nódulo suspeito e posterior caracterização histológica, a doente expressa ao seu médico que de momento não quer que a família tome conhecimento da situação.

Ao fim de três meses quando a doente volta a consulta com o seu médico e é questionada por este sobre a consulta no IPO, esta refere que nunca chegou a ir consulta e que não recebeu qualquer agendamento.

Ao nível institucional (IPO) não houve contacto posterior para tentar perceber a razão pela qual a doente faltou à consulta e questionar sobre a necessidade de remarcação da mesma.

O médico de família, não confirmou na plataforma ALERT se a consulta tinha sido agendada e efetivada. O fato de a doente não querer que a família tomasse conhecimento da situação inibiu o seu médico de a contactar telefonicamente a questionar sobre o ponto da situação.

A doente após três meses sem qualquer agendamento de consulta não questionou o médico de família, nem tentou entrar em contacto com o IPO para perceber o que se estava a passar, a comunicação esteve comprometida ao longo de todo este processo.

Nos factores individuais do doente, temos então uma despreocupação com a situação. A ter em conta prováveis crenças ou até receios que levaram a doente de forma consciente/inconsciente a não questionar sobre a marcação da consulta no IPO (ver figura 12).

Incidente nº8

Contexto do incidente: Tal como no incidente nº 4, vemos que os dispositivos médicos desempenham um papel importante na gestão do risco. Neste caso o desfibrilhador automático externo é um dispositivo computadorizado que é conectado por eléctrodos adesivos ao doente com o objectivo de o reanimar.

Incidente relatado pelo médico: *‘Ao preparar um fluxograma de paragem cardio-respiratória, verifiquei que o Desfibrilhador Automático Externo (DAE Heart Save Pimedica M250) não estava a funcionar. Apresentava uma mensagem que pode ser descarga ou avaria de bateria. Mesmo depois de colocado à carga, continuava sem funcionar’*

Análise: Um elemento médico da unidade encarregue de elaborar protocolo a seguir em caso de situação de paragem cardio respiratória, apercebe-se que o (DAE) não estava a funcionar, a bateria estava em parte incerta e quando colocado o dispositivo à carga, este não estava operacional.

A unidade não sabe quanto tempo o DAE esteve inoperacional, mas se tivesse acontecido uma situação de paragem cardio respiratória na unidade, o equipamento não podia ser utilizado.

Ao nível da organização (ACES) devia existir contrato de verificação e manutenção do dispositivo. A sua ausência coloca em causa a de segurança do doente. As políticas de segurança emanadas pela tutela carecem de medidas efectivas no terreno.

Ao nível organizacional (USFM) identificaram-se como principais falhas, a inexistência de protocolos de atuação no âmbito da paragem cardio respiratória e de verificação interna do equipamento.

Ao pensar nas condições de trabalho, o desenho do serviço da USFM e o tipo de cuidados que presta não está direccionado para situações de emergência (tal como acontece num serviço de urgência hospitalar), mas deve estar preparado para essa eventualidade. Esta “cultura” de serviço pode ter condicionado a falta de manutenção deste tipo de equipamento.

Neste âmbito, a equipa deve supervisionar a actualização de protocolos, assim como atribuir responsáveis pela revisão da operacionalização de todos os processos implicados nestes protocolos de urgência (figura 13).

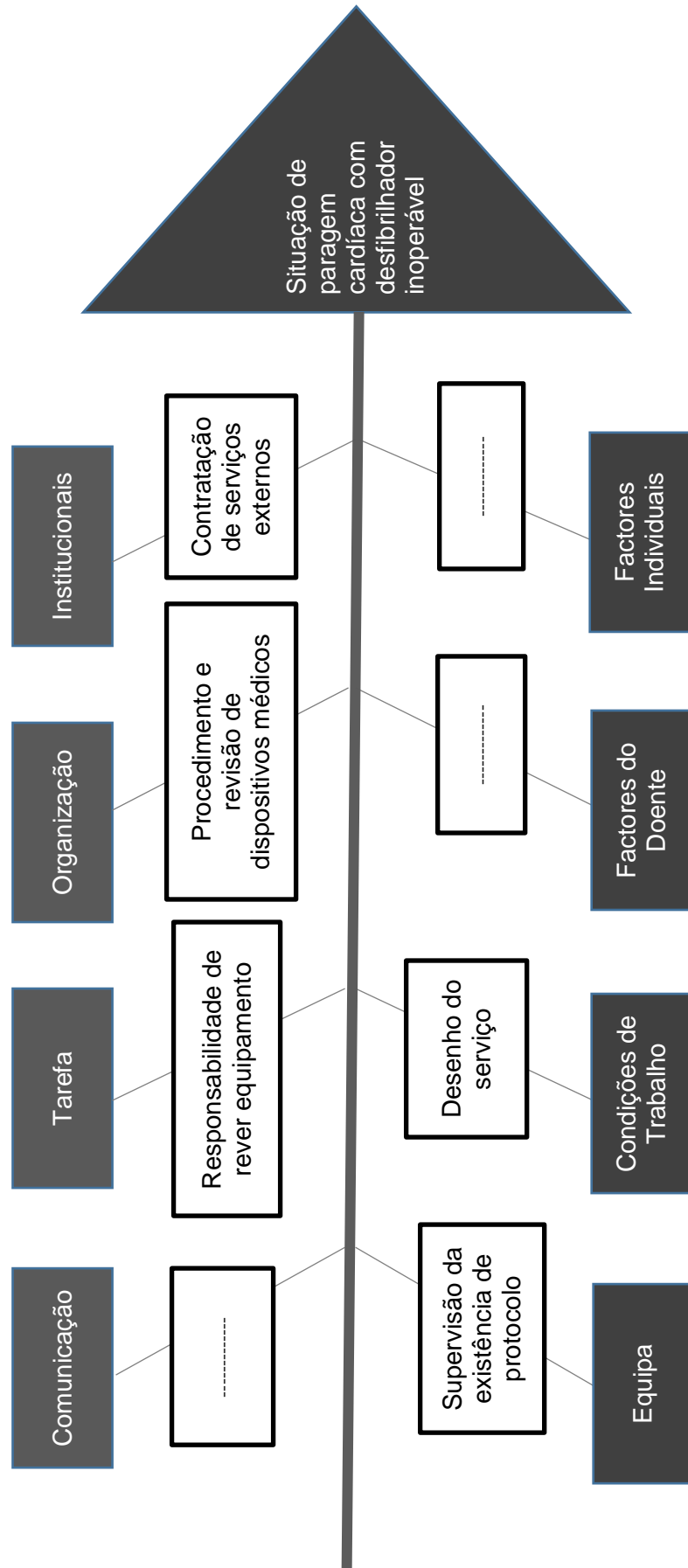


Figura 13. Diagrama de Ishikawa do incidente nº 8

3. Discussão

Este estudo demonstrou a aplicabilidade de um método para análise de causa-raiz (ACR), o diagrama de Ishikawa, na análise de incidentes relatados numa unidade de CSP.

A análise das causas dos incidentes relatados (n=379) mostrou que os factores associados à 'tarefa' foram os mais frequentes (n=196) e os factores do doente os menos frequentes (n=22).

A análise de correlações mostrou uma associação positiva entre os factores da tarefa e os factores da equipa e entre os factores da tarefa e os factores da comunicação ($p < 0.05$) Esta análise mostrou uma associação negativa entre os factores das condições de trabalho e os factores da organização ($p < 0.05$).

As medidas de discriminação aplicadas aos resultados da análise de correlação múltipla, mostraram que os factores da comunicação, os factores individuais, as condições de trabalho e o contexto institucional foram as principais associações encontradas.

Os médicos foram os principais notificadores (n=319). Este dado pode ser explicado parcialmente, pelo fato do instrumento de recolha de dados EPIC ter sido criado por um médico, o que pode ter condicionado um viés de utilização. No entanto, a sua importância e utilidade foi divulgada a todos os elementos da equipa.

Foram identificadas 21 entidades/serviços nos incidentes reportados. Estes serviços são utilizados de forma directa ou indirecta pelos profissionais da USFM. A categoria relacionada com *software* foi a que maior número de incidentes registou. Isto deve-se provavelmente à informatização crescente dos serviços de saúde a que temos vindo a assistir nos últimos anos e ao elevado número de plataformas informáticas a que os profissionais de saúde têm necessidade de utilizar diariamente. Deste modo, as falhas nos sistemas informáticos são constrangimentos diários, com sobrecarga de trabalho para o profissional e riscos para o doente. Dos vários factores considerados como fonte de erro e conseqüente risco para o doente, as falhas que se verificam a nível do processo de comunicação ocupam, como foi referido, lugar de destaque, relacionando-se com os maiores graus de insatisfação dos doentes e com grande parte das queixas apresentadas (Santos, M.C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., Gomes, A., 2010)

Este estudo mostrou que os fatores da tarefa e os fatores da equipa apresentam uma correlação positiva ($p=0.111$) nos incidentes relatados. A interação entre estes dois factores é previsível. A maturidade organizacional da equipa determina em grande medida o processo de execução da tarefa. A indefinição das funções dos elementos de uma equipa dificulta o adequado desempenho da tarefa e prejudica o desempenho individual dos seus elementos. Nos factores inerentes à equipa que podem prejudicar o seu funcionamento e contribuir para a ocorrência do incidente estão o estilo de liderança, a forma de comunicar, uma organização hierárquica tradicional 'top-down', a desvalorização dos seus elementos mais jovens, a definição pouco clara da função dos seus elementos, entre outros (National Patient Safety Agency, 2006)

No entanto, sabe-se que as causas de qualquer incidente, em matéria de segurança do doente, vão para além das acções diretas individuais da equipa prestadora de cuidados e estão muitas vezes fora do seu controlo. E, embora o erro humano possa preceder imediatamente um incidente, num sistema tão complexo como são as unidades prestadoras de cuidados de saúde, geralmente encontram-se factores sistémicos implicados na execução do trabalho (Department of Health, 2000).

Os fatores da tarefa e da comunicação, também apresentaram uma correlação positiva ($p=0.12$). Na caracterização dos factores da tarefa foram incluídos a clareza, o grau de complexidade, a existência de procedimentos orientadores, as condições físicas e os circuitos de informação. Assim vemos que a comunicação também está presente na execução da tarefa.

A comunicação pode contribuir para um incidente, se esta for ineficaz, confusa, ou tardia. A comunicação em saúde está fortemente associada à segurança do doente. Existem dois pontos críticos onde podem ocorrer incidentes na comunicação: entre os profissionais de saúde e os doentes, e na comunicação dos profissionais de saúde entre si. (Santos, MC. et al., 2010).

Neste trabalho foram considerados como factores da comunicação, a comunicação escrita e verbal, a liderança e a cultura de comunicar na equipa. Estes factores são relevantes entre os indivíduos, dentro e entre as equipas, e dentro e entre as organizações (National Patient Safety Agency, 2006)

As condições de trabalho associam-se aos factores de organização na ocorrência do incidente, dado que uma organização bem estruturada com processos explícitos

contribuem para melhorar as condições de trabalho Reason (2000). No entanto, neste estudo, as condições de trabalho correlacionaram-se negativamente ($\rho = -0.127$) com os factores da organização. Neste sentido colocam-se duas hipóteses explicativas: viés na codificação da análise das causas (ver limitações do estudo) e inexistência de investigação em CSP.

Em estudos futuros seria fundamental uma abordagem destes factores mediante uma análise da raiz das causas do erro dos aspectos de cada uma destas variáveis, potenciais geradoras de falhas latentes no sistema (e.g. nos aspectos institucionais estão incluídos a regulamentação e os aspectos legais). As sub classes das variáveis principais devem ser alvo de análise, uma vez que das relações estabelecidas entre elas podem transforma-se em falhas activas e derivar em incidentes (Vincent C, et al., 1998).

As medidas de discriminação aplicadas às principais dimensões calculadas pelo MCA englobaram os factores da comunicação, factores individuais, condições de trabalho, contexto institucional, factores da equipa, factores da organização, factores da tarefa e factores do doente. Estes resultados apontam as principais áreas de melhoria na unidade em estudo. Mais uma vez, a ausência de investigação nesta área em CSP não permite validar estes resultados.

Nos incidentes relatados, os factores do doente foram os menos frequentes ($n=22$), mas tiveram expressão na análise discriminatória. Dado que o doente deve ser colocado no centro dos cuidados de saúde como um interveniente activo na gestão da sua saúde, fez-se uma avaliação qualitativa dos incidentes para conhecer os factores com maior potencial de risco para a segurança do doente.

Os principais factores do doente identificados na avaliação qualitativa foram: o analfabetismo, iliteracia em saúde, doença mental grave, doença potencialmente fatal e crenças sobre a saúde. As eventuais propostas de medidas preventivas ou correctivas incidiriam nos factores da instituição, da organização, na melhoria dos processos de trabalho e nos factores individuais dos profissionais de saúde. As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ser locais seguros, independentemente dos factores individuais do doente. Por outro lado, o Conselho da União Europeia recomenda que os doentes sejam informados e integrados na equipa que lhes presta cuidados de saúde. Só assim poderão ser corresponsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença e desta forma contribuir para a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados.

Limitações do Estudo

A população em estudo foram os 379 relatos de incidentes numa única unidade de CSP, pelo que os dados obtidos não são generalizáveis.

Outra das limitações encontradas neste estudo deve-se ao facto da codificação dos relatos de incidentes, com respeito às oito variáveis em estudo do Diagrama de Ishikawa, ter sido efectuada só pela autora deste trabalho. Seria importante aferir a 'validade' desta codificação por outros avaliadores, recorrendo à mesma caracterização utilizada para as oito variáveis em causa.

O EPIC é um instrumento não validado.

O EPIC não foi desenhado especificamente para a identificação dos incidentes que apenas se relacionem directamente com a segurança do doente, isto condicionou a classificação pelo elevado número de dados, que trouxe um potencial viés na interpretação dos resultados.

A desigualdade no número de incidentes notificados pelos grupos profissionais da USFM, em que os incidentes relatados têm a ver com o grupo profissional afectado e não reflecte a totalidade da equipa.

Na metodologia para a construção do Diagrama de Ishikawa é recomendado que se faça em grupo, recorrendo a 'brainstorming', de forma a obter informações sobre as causas implicadas no efeito, neste caso tanto na codificação das variáveis como na análise feita aos incidentes, o diagrama foi construído pela autora deste trabalho.

Nos resultados obtidos numa análise de causa – efeito, estes reflectem as causas prováveis, necessita de ser testada e verificada empiricamente antes de poderem ser feitas recomendações.

Implicações Futuras

Os resultados deste estudo apontam para a utilidade da aplicação do Diagrama de Ishikawa no apuramento das causas sistémicas mais prováveis de um incidente, e na identificação de necessidades de atuação em matéria de gestão de risco dentro das organizações. Este fato, pode implicar a sua utilização de forma estruturada em CSP para análise de incidentes que impliquem a segurança do doente, no entanto será necessário testar a sua validade extendendo a sua aplicação a outras realidades de CSP.

Promover a reflexão da análise qualitativa e em equipa, será com certeza uma mais-valia na consciencialização dos processos implicados e um *'up grade'* na cultura de segurança da organização.

Utilizar os resultados obtidos com a aplicação do Diagrama de Ishikawa para identificar medidas preventivas de recorrência do incidente.

Seria interessante, a continuação da aplicação do instrumento ao longo do tempo e estabelecer um ciclo de qualidade, para avaliação posterior das medidas correctivas feitas com base no levantamento das causas apuradas pelo diagrama.

Para futuros estudos seria importante conhecer as causas inerentes aos factores identificados (causas secundárias), e assim poder implementar intervenções correctivas ou de melhoria.

Dada a escassa literatura e estudos no âmbito dos CSP em matéria de segurança do doente, impõem-se como necessidade desenvolver uma metodologia de investigação adaptada a esta realidade.

4. Conclusões

Este estudo aponta para a utilidade da aplicação do Diagrama de Ishikawa no apuramento das causas sistémicas mais prováveis de um incidente, e na identificação de necessidades de atuação na gestão de risco dentro das organizações.

Este estudo foi o primeiro a utilizar o diagrama de Ishikawa na gestão de risco em CSP em Portugal.

Representou um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, através da identificação do risco, a sua redução através da análise causal e a percepção da resiliência do sistema.

O estudo das circunstâncias da ocorrência dos incidentes permitiu, identificar as causas, o como, onde e o porquê deu uma visão do trajeto do doente através da USFM. Este fato, foi um momento de reflexão, que permitiu uma visão macro do universo da unidade de saúde.

O Diagrama de Ishikawa mostrou-se útil como forma reativa de avaliação de risco e contribuiu para o desenvolvimento de sugestões para a redução do mesmo.

Nos incidentes estudados, foram estabelecidas relações estatisticamente significativas de associação positiva entre os factores da tarefa e da equipa e os factores da tarefa e da comunicação, e de associação inversa entre os factores das condições de trabalho e da organização.

O teste de correlações múltiplas permitiu concluir que as Dimensões 1, 2 e 3 explicam mais de metade (56.3%) da variação de dados.

As variáveis que mais contribuíram para as três dimensões foram os factores da comunicação na dimensão 1, os factores da organização na dimensão 2 e os factores do doente na dimensão 3.

Uma cultura de segurança, depende do conhecimento adquirido com incidentes raros, com enganos, e com os 'near misses'. Este conhecimento necessita de ser estruturado, de modo a que os profissionais se sintam motivados a reportarem os seus próprios erros. Uma cultura que incentive o relato protege e incentiva os profissionais a tal. Penso, que o desenho deste trabalho e o seu desenvolvimento foi um contributo neste sentido, de melhorar a cultura de segurança da organização em estudo.

Referências Bibliográficas

Aaron, H.J. (2008). Waste, we know you are out there. *N Engl J Med*; 359:1865-1867

Agency for Healthcare Research and Quality (2000). Reducing Errors in Health Care: Translating Research into Practice. Agency for Healthcare Research and Quality. Acedido a 6 Maio, 2015. Disponível em www.ahrq.gov/qual/errors.html

Agency for Healthcare Research and Quality (2006). Evidence Reports. Costs and Benefits of Health Information Technology. Agency for Healthcare Research and Quality. Acedido a 6 Maio, 2015. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hserta&part=A21009

Aguiar, P. (2007). Estatística em Investigação Epidemiológica:SPSS. Lisboa: Climepsi Editores

Aires, L. (2011). Paradigma Qualitativo e práticas de Investigação Educacional. Lisboa: Universidade Aberta

Biscaia, A., Martins, J.N., Perrinho, P., Gonçalves, I., Antunes, A.R., Carreira, M. (2008). Cuidados de saúde em Portugal. Reformar para novos sucessos. Lisboa: Padrões Culturais.

Branco, A.G., Ramos, V. (2001) Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (2), 5-12.

Campos, L., Saturno, P., Carneiro, A.V. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Acedido a 31 Janeiro, 2015. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Canadian Patient Safety Institute. (2012). Canadian Incident Analysis Framework. Acedido a 15 Fevereiro, 2015. Disponível em <http://www.patientsafetyinstitute.ca/english/toolsresources/incidentanalysis/documents/canadian%20incident%20analysis%20framework.pdf>

Card, A.J., Word, J.R., Clarkson, J. (2012). Beyond FMEA: The Structured What-if technique (SWIFT). *Journal of Healthcare Risk Management*, 31(4), 23-29. DOI: 10.1002/jhrm.20101

Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care (2005). Glossary of terms related to patient and medication safety. Council of Europe. Acedido a 3 Março, 2015. Disponível em <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>

Council of Europe (2006). Recommendation of the committee of Ministers to members states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Council of Europe. Acedido a 6 Maio, 2015. Disponível em <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>

Dahlgren, G., Whitehead, M. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: WHO Regional Office for

Europe. Acedido a 25 Janeiro, 2015. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

Dallas, M., (2013). Management of Risk: Guidance for Practitioners and the international standard on risk management, ISO 31000:2009. The Stationary Office.

Declaração de Alma-Ata (6-12 de setembro 1978). Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; Alma-Ata; USSR. Acedido a 25 Janeiro, 2015. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Decreto Lei no 214/79 de 8 de Setembro do Serviço Nacional de saúde. Diário da República: I série, No 214 (1979). Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/1979/09/21400.pdf>

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 Agosto do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, No 161 (2007). Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Dec_298_2007_USF.PDF

Decreto-Lei nº 413/71 de 27 Setembro do Ministério da Saúde e Assistência. Diário da República: I série, No 228 (1971). Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/7/74/DL413-71.pdf>

Decreto-Lei nº253/2012 de 27 de Novembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, No 229 (2012). Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/DL%20253_2012.pdf

Department of Health (2000). An organization with memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: Department of Health.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, No 28 (2015). Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em <https://dre.pt/application/file/66457154>

Despacho nº 14223/2009 de 24 de Junho do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, No 120 (2009). Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/17393/Desp142232009QualidSaude1.pdf>

Despacho nº 3635/ 2013 de 7 de Março do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, No 47 (2013). Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Despacho%20n.%C2%BA%203635-2013.pdf>

Despacho nº 5613/ 2015 de 27 de Maio do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, No 102 (2015). Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/Legislacao/Nacional/Despacho5613_2015.pdf

Despacho nº5739/2015 de 29 de Maio do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, No 104 (2015). Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em <https://dre.pt/application/file/67332769>

Despacho Normativo nº 97/83 de 22 Abril do Ministério dos Assuntos Sociais. Diário da República: I série, No 93 (1983). Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em <http://www.oasrn.org/upload/apoio/legislacao/pdf/saude9783.pdf>

Direcção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde (2012-2016). Acedido a 3 Março, 2015. Disponível em (<http://pns.dgs.pt/files/2013/12/brochura-pns.pdf>

Donabedian, A. (2003) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.*; 83(4): 691–729.

European Academy of Teachers in General Practice. (2005) The European Definitions of General Practice / Family Medicine. The Key Features of the Discipline of General Practice. The Role of the General Practitioner. Acedido a 25 Janeiro, 2015. Disponível em <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>

European Network for patient safety (EU Net Pas.). Acedido a 6 Maio, 2015. Disponível em <http://www.eu-patient.eu/News/News-Archive/The-European-Union-Network-on-Patient-Safety-and-Quality-of-Care-is-running/>

Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) Tool. Acedido a 15 Fevereiro, 2015. Disponível em <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/FailureModesandEffectsAnalysisTool.aspx>

Fragata, L; Martins, L. (2004) *O Erro em Medicina*. Lisboa: Almedina

Furtado, C., Pereira, J. (2010) *Equidade e Acesso aos cuidados de saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 25 Janeiro, 2015. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/EA1.pdf>

Institute for Healthcare Improvement. Failure Modes and effects Analysis tool (FMEA). Acedido a 12 Abril, 2015. Disponível em <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/FailureModesandEffectsAnalysisTool.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (2004). Process Analysis Tools – Cause and Effect Diagram. Acedido a 6 Março, 2015. Disponível em http://www.sfhp.org/files/providers/incentive_programs/Q1/IHI-CauseandEffectDiagram.pdf

Huberman, M.; Miles, A. (1994): “Data Management and Analysis Methods”. In N. Denzin e Y. Lincoln, Y. (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Califónia: Sage, pp.428-444.

Jha, A.K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I., Bates, D.W., (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care*;19(1):42-7

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (2000). *To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America*, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.

Legido-Quigley, H., McKee, M, Nolte, E, Glinos, IA. (2008) Assuring the quality of health care in the European Union. World Health Organization. Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf

Maroco, J. (2003) *Análise estatística: com utilização do SPSS*. 2. ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Maxwell, R.J. (1992) Dimensions of quality revisited: From thought to action. *Qual Health Care*; 1(3): 171–177

Ministério da Saúde (2007). Reforma dos cuidados de saúde primários. Plano Estratégico 2007-2009. Missão para os cuidados de saúde primários. Lisboa. Acedido a 25 Janeiro, 2015. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Plano_Estrategico_2007_2009.pdf

Ministério da Saúde (2008) PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE. Acedido a 12 Fevereiro, 2015. Disponível em http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf

Ministério da Saúde (2011). Orientação para a organização e funcionamento das unidades de cuidados de saúde personalizadas. Reforma dos cuidados de saúde primários. Coordenação Estratégica. Lisboa. Acedido a 25 Janeiro, 2015. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/aprovacao_ucsp.pdf

Ministério da Saúde. A História do Serviço Nacional de Saúde Acedido a 15 Fevereiro, 2015. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>

Ministério da Saúde. Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2010). Orientação técnica nº1 DSP. Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde. Acedido a 12 Abril, 2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/gestao-dos-riscos-profissionais-nos-estabelecimentos-de-saude-pdf.aspx>

Ministério da Saúde. Grupo técnico para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários (2012). Quadro de orientações estratégicas para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Documento de trabalho - versão de 2012.09.30. Acedido a 31 Janeiro, 2015. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1-quadrodeorientaoestratgicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf

National Patient Safety Agency - NHS (2006). Seven Steps to patient safety for primary care. The full reference guide. National Patient Safety Agency. Acedido a 6 Maio, 2015. Disponível em http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60044&service_type=Attachment&type=full

Pisco, L., Biscaia, J.L. (2001). Qualidade de cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (2), 43-51.

Porter, M. (2010) What Is Value in Health Care? *N Engl J Med*; 363:2477-2481.DOI: 10.1056/NEJMp1011024

Potts, H.W.W., Anderson, J.E., Colligan, L., Leach, P., Davis, S., Berman, J. (2014). Assessing the validity of prospective hazard analysis methods: A comparison of two techniques. *BMC Health Services Research*, 14:41. doi:10.1186/1472-6963-14-41

Quality Safety Healthcare. Acedido a 6 Maio, 2015. Disponível em www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/index.html

Reidpath (2004) Determinants of Health. In Keleher H., Murphy B. Understanding Health. A determinants approach. Melbourne: Oxford University press.

Reidy, M., Mercier, L. (2000). A triangulação. In: Marie-Fabienne Fortin. O processo de investigação: da concepção à realização. Lusociencia, Loures. 2." ed.: 321-328.

Santos, M.C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., Gomes, A. (2010) Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (10); 47-57

Sousa, J.C., Sardinha, A.M., Sanches, J.P., Melo, M., Ribas M.J. (2001) Os cuidados de saúde primários e a Medicina Geral e Familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (2), 63-74.

Sousa, P., Pinto, F.J., Costa, C., Uva, A.S. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: A importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (7), 57-65

Starfield B. (1990). Primary Care: balancing. Health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press.

Taylor-Adams S, Vincent C. Systems Analysis of Clinical Incidents. The London Protocol. *ClinRisk*.(2004) 10: 211-220

Turrell, G., Oldenburg, B., McGuffog, I., Dent, R.. (1999). Socioeconomic determinants of health: towards a national research program and a policy and intervention agenda. Canberra: Queensland University of Technology.

Vincent, C., Taylor-Adams, S.E., Stanhope, N. (1998). Framework for analysis risk and safety in clinical medicine *BMJ* pp 316, 1154-7.

World Health Organisation (2009). Estrutura concetual da classificação Internacional sobre segurança do doente (Divisão da Segurança do Doente, Trad.). Direcção Geral de Saúde. Acedido a 3 Maio, 2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

World Health Organization (2008). Summary of the evidence on patient safety: implications for research. World Health Organization. Acedido a 3 Maio, 2015. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf

World Health Organization (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneve: World Health Organization. Acedido a 15 Novembro, 2014. Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/en/>

ANEXOS

ANEXO 1. Folha de registo EPIC

PROJECTO EPIC

Descrição e ficha de projeto em <http://1drv.ms/1b1wXFz>

*Obrigatório

1 - EMISSOR - nome

2 - EMISSOR - serviço

3 - Entidade / serviço alvo

4 - Relato do episódio: *

5 - Enquadra-se em que áreas? *

(Para algumas das áreas tem acesso ao link para as plataformas de relato de caso da DGS, que funcionam de forma completamente independente do EPIC)

- Sistemas Informáticos ACES / ARS (servicedesk@arslvt.min-saude.pt; suporte@medicineone.net)
- Alert
- SINUS
- Medicine One
- Internet
- Relação com hospitais
- HPP cascais
- H Egas Moniz
- H S Francisco Xavier
- H Sant'Ana
- Instituições Convecionadas
- usfmarginal administrativo
- usfmarginal enfermagem
- usfmarginal médico
- ACES cascais [fora da usfmarginal]
- VIOLÊNCIA CONTRA OS PROFISSIONAIS (<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)
- RISCOS / SEGURANÇA DO UTENTE; INCIDENTE OU EVENTO ADVERSO (Erro de identificação, Infecções associadas aos cuidados de saúde, erros de medicação, quedas de doentes) (<http://www.dgs.pt/formulario-notifica.aspx>)
- REAÇÕES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS (https://extranet.infarmed.pt/page_seram_frontoffice_seramhomepage?wmp_tc=1396713&wmp_rt=render&requestID=f915a127-716d-446c-86ea-9a009722a03b)
- Ocorrências e avarias em relação ao equipamento de diagnóstico e terapêutica
- Ocorrências e avarias em relação a bens, equipamentos e instalações.
- Incidente na área da ética assistencial
- Outra:

ANEXO 1. Folha de registo EPIC

6 - Impacto direto na contratualização?

- SIM
 NÃO

7 - Trata-se de uma NÃO CONFORMIDADE?


Se considerar que se trata de uma não conformidade, deve escrever no campo seguinte a norma/procedimento que não foi cumprida/seguida.

Comentários:

(esta caixa destina-se a comentários e sugestões a este modelo de questionário e não à emissão do episódio crítico em si mesmo)

Enviar

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

Com tecnologia
 Google Forms

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

ANEXO 2. Caracterização das variáveis categóricas utilizadas no Diagrama de Ishikawa

1. Fatores inerentes à tarefa: Uma tarefa é definida como um trabalho que requer um determinado esforço e competência para o desempenhar, para atingir um fim, num espaço temporal delimitado. Neste estudo consideraram-se como factores inerentes à tarefa: a clareza da sua execução, o grau de complexidade, a existência de procedimentos para a sua execução, as condições físicas e os circuitos de informação.

2. Fatores das condições de trabalho: foram considerados o número de profissionais, os horários de trabalho, a carga de trabalho e o desenho do serviço (tipo de cuidados prestados na organização em estudo).

3. Fatores da equipa: foram consideradas a comunicação e liderança, a supervisão do desempenho enquanto equipa e por grupo profissional, a cultura e a organização interna.

4. Fatores da comunicação: foram considerados os interfaces utilizados na comunicação, (e.g. plataformas informáticas utilizadas pelos diferentes prestadores de cuidados para comunicarem entre si). a comunicação directa entre os profissionais, e entre os profissionais e os doentes. Os aspetos mais relevantes nesta variável foram o método, as dificuldades linguísticas e a literacia em saúde.

5. Fatores organizacionais: foram considerados a cultura de segurança, protocolos e procedimentos internos, condições físicas, os sistemas e circuitos de informação, e a adequação dos serviços de manutenção.

6. Fatores individuais do profissional de saúde: foram considerados o conhecimento e competência, o estado de saúde, factores de desempenho (e.g. erro técnico, seletividade, parcialidade), factores emocionais, problemas de atenção, fadiga, excesso de confiança, incumprimento das boas práticas e comportamento.

7. Fatores institucionais: foram considerados o sistema de saúde e a regulação económica, dependentes do ACES e do Ministério da Saúde.

8. Fatores do doente: foram considerados os factores cognitivos (percepção, correlação ilusória), as dificuldades de comunicação do doente, a escolaridade, o comportamento do doente, a doença em causa e factores emocionais.