



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE  
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**“Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na Prática de  
Enfermagem”**

**Maurício Fernandes Alves**

**Coimbra, junho de 2016**





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA**

**“Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na Prática de  
Enfermagem”**

**Maurício Fernandes Alves**

**Orientadora: Professora Doutora Amélia Filomena Oliveira Mendes Castilho,  
Professora Adjunta, ESEnfC**

**Co-orientador: Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro,  
Professor Adjunto, ESEnfC**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para  
obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Coimbra, junho**



**"Daqui a alguns anos você estará mais arrependido pelas coisas  
que não fez do que pelas que fez. Então solte as amarras.  
Afastese do porto seguro. Agarre o vento em suas velas.  
Explore. Sonhe. Descubra."**

Mark Twain



**Dedico este trabalho a todos os Enfermeiros, pela coragem e ambição em serem em cada momento, o rosto, a mão e a energia da relação terapêutica e do cuidar.**



## **Agradecimentos**

Tornar real uma ambição pessoal e um projeto de investigação, é em simultâneo um percurso pessoal e coletivo. Espero traduzir com este documento, o esforço e suporte que me foi disponibilizado por várias pessoas e entidades.

Agradeço de forma sincera e particular,

À Professora Doutora Amélia Castilho o constante apoio, disponibilidade e orientação, pautada pela crítica construtiva, análise assertiva e um incentivo constante, mantendo-me focado e motivado para o meu objetivo.

Ao Professor Doutor Luís Loureiro, meu coorientador, por ter aceite o meu convite, pela participação e compromisso nos momentos decisivos.

À Ordem dos Enfermeiros pela compreensão da necessidade de divulgação da investigação, potenciando o número de inquiridos.

À Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, na pessoa do Professor Doutor Altamiro da Costa Pereira, pela abertura total e gratuita na utilização da plataforma eletrónica de recolha de dados *online* Medquest, possibilitando celeridade e simplificação no acesso e análise dos dados.

A todas os colegas, amigos e familiares que partilharam a investigação, fazendo chegar o meu apelo a todo o país.

A todos os Enfermeiros que aceitaram colaborar na investigação. Sem a sua recetividade e disponibilidade nada seria possível.

Em especial à Renata, pela partilha do esforço, dedicação e compromisso. Neste percurso como na vida, é marcante sentir que não estamos sós e que os sonhos são comuns.



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CTFP – Contrato de Trabalho em Funções Públicas

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EA – Eventos Adversos

EAAPE – Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem

EPI – Equipamento de Protecção Individual

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde 2012-2016

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

SD – Segurança do Doente

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SP – Satisfação Profissional



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões das Variáveis Dependentes.....	66
Quadro 2 - Constituição e Consistência Interna da escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho .....	70
Quadro 3 - Constituição e consistência interna das dimensões da Subescala de Práticas de Enfermagem (n=798) (Castilho, 2014).....	71
Quadro 4 - Constituição e consistência interna das dimensões da Subescala de Eventos Adversos (n=798) (Castilho, 2014) .....	72



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica e Profissional da amostra.....	76
Tabela 2 – Estrutura de política de Qualidade, inquérito de avaliação de SP e notificação de incidentes/EA.....	77
Tabela 3 – Análise descritiva dos itens da Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (N = 1102) .....	78
Tabela 4 – Análise descritiva e Alfa Cronbach das dimensões da Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (N = 1102) .....	79
Tabela 5 – Análise descritiva dos itens da Subescala de Práticas de Enfermagem EEAPE (N = 1102).....	81
Tabela 6 - Dimensões da Subescala de Práticas de Enfermagem - EEAPE (N=1102)	83
Tabela 7 – Análise descritiva dos itens da Subescala de Eventos Adversos - EEAPE (N=1102) .....	84
Tabela 8 - Dimensões da Subescala de Eventos Adversos - EEAPE (N=1102) .....	85
Tabela 9 – Análise da variância da SP em função da categoria profissional (N=1102)	86
Tabela 10 - Análise da variância da SP em função do tipo de Relação laboral (N=1102) .....	86
Tabela 11 – Teste T para amostras independentes da SP em função da carga horária semanal.....	87
Tabela 12 - Teste T para amostras independentes da SP em função do n.º de dias de folga semanal .....	87
Tabela 13 – Correlação da SP com o tempo de exercício profissional.....	87
Tabela 14 - Análise da variância dos EEAPE em função da Categoria Profissional (N=1102) .....	88
Tabela 15 - Análise da variância dos EEAPE em função do tipo de relação laboral (N=1102) .....	89
Tabela 16 - Teste T para amostras independentes dos EEAPE em função da carga horária semanal.....	89

Tabela 17 - Teste T para amostras independentes dos EAAPE em função do n.º de dias de folga/semana .....	90
Tabela 18 - Correlação dos EAAPE com o tempo de exercício profissional.....	90
Tabela 19 - Correlação entre a SP e os EAAPE .....	91

## RESUMO

A satisfação profissional (SP) tem assumido uma importância crescente, sendo um indicador de avaliação permanente de qualidade e auxiliador nas políticas de recursos humanos nas instituições de saúde. Na enfermagem, esta variável apresenta características peculiares pela especificidade e exigências da profissão.

A segurança do doente (SD) é simultaneamente, indicador de desempenho, elemento central na qualidade em saúde e um desígnio fundamental dos profissionais de saúde. O risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE) é uma constante dentro das organizações, existindo diversos fatores que o potenciam.

No contexto atual, o aumento da carga horária semanal e a consequente diminuição dos períodos de descanso e lazer, poderão implicar menor SP e consequentemente, diminuir a resistência dos Enfermeiros aos fatores potenciadores de ocorrência de EA, contribuindo negativamente para a qualidade dos cuidados prestados.

Desta problematização resultaram duas questões orientadoras do estudo: a SP dos enfermeiros e os EAAPE estão relacionados com as variáveis socioprofissionais?; existe relação entre a SP dos enfermeiros e os EAAPE?

No sentido de lhes dar resposta, foi conduzido um estudo de âmbito nacional, com abordagem quantitativa e caráter descritivo e correlacional.

Através da recolha de dados *online*, pela disponibilização de um formulário de auto-preenchimento em diferentes redes sociais e pela própria Ordem dos Enfermeiros, maximizou-se a probabilidade de aumentar o número de participantes no estudo a exercer funções em Portugal, constituindo-se uma amostra de 1102 enfermeiros.

Os resultados encontrados evidenciaram um nível global baixo de SP dos enfermeiros portugueses ( $\bar{X}=2,88$ ;  $DP=0,51$ ), influenciado pela categoria profissional, número de dias de folga/semanal e tempo de exercício profissional. Relativamente aos EAAPE, existe relação na perceção das práticas profissionais com o tipo de categoria profissional, tipo de relação laboral e tempo de exercício profissional; e associação na perceção dos resultados (risco e ocorrência de EAs) com o tipo de relação laboral, carga horária/semanal e tempo de exercício profissional.

Os profissionais mais satisfeitos evidenciam desenvolver melhores práticas de enfermagem ( $r=0,35$ ;  $p=0,00$ ). Por outro lado, o nível de SP dos enfermeiros correlaciona-se negativamente com o risco e ocorrência de EA ( $r=-0,30$ ;  $p=0,00$ ).

**Palavras-chave:** Satisfação profissional; Segurança do doente; Eventos adversos; Práticas de Enfermagem.



## **ABSTRACT**

Job satisfaction (SP) has assumed an increasing importance, being a permanent evaluation indicator of quality and helper in the human resources policies in health institutions. In nursing, this variable appropriates the unique characteristics and specific requirements of the profession.

The safety of the patient (SD) is simultaneously a performance indicator, a key element in the quality of health and a key purpose of health professionals. The risk of adverse events associated with nursing practices (EAAPE) is a constant within organizations where several factors potentiate it.

In the current context, the increase of weekly working hours and a consequent decrease in periods of rest and recreation, may require less SP and consequently reduce the resistance of nurses to enhancing factors of occurrence of adverse events, negatively contributing to the quality of care.

This questioning resulted in two guiding questions of the study: 'Are the SP nurses and EAAPE related to socio-economic variables?; Is there a relationship between the SP nurses and EAAPE?.

In order to respond this, a nationwide study was conducted with quantitative and descriptive and correlational approach.

Through the online data collection, the provision of a self-report form in different social networks and by the Order of Nurses, the number of participants who exercise functions in Portugal is maximized and it is achieved a sample of 1102 nurses.

The results showed an overall low level of SP Portuguese nurses ( $\bar{X}$ = 2.88, SD = 0.51), influenced by professional category, number of days off/weekly and professional exercise time. With regard to EAAPE, there is a relationship in the perception of professional practice with the type of professional category, type of employment relationship and professional exercise time; and a relationship in the perception of the results (risk and occurrence of AEs) with the type of labor relation, working hours / weekly and professional exercise time.

The most satisfied professionals to develop better show nursing practices ( $r=0.35$ ;  $p=0.00$ ). On the other hand, the SP level of nurses correlates negatively with the risk and occurrence of adverse events ( $r=-0.30$ ;  $p=0.00$ ).

**Keywords:** Job satisfaction; patient safety; Adverse events; Practice Nursing.





## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	25
<b>PARTE UM - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	29
<b>1 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL</b> .....	31
1.1 - EVOLUÇÃO CONCETUAL.....	31
1.2 - TEORIAS DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL .....	33
<b>1.2.1 - Teoria da hierarquia de necessidades de Maslow</b> .....	34
<b>1.2.2 - Teoria dos dois fatores</b> .....	35
<b>1.2.3 - Teoria das expectativas de Vroom</b> .....	36
<b>1.2.4 - Teoria da autodeterminação</b> .....	36
<b>1.2.5 - Teoria dos objetivos</b> .....	38
<b>1.2.6 - Teoria da equidade de Adams</b> .....	38
1.3 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS .....	39
<b>2 - SEGURANÇA DO DOENTE</b> .....	43
2.1 - EVOLUÇÃO CONCETUAL.....	43
2.2 - MODELOS EXPLICATIVOS.....	45
2.3 - CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE .....	48
2.4 - SEGURANÇA DO DOENTE NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM .....	53
<b>3 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E A SEGURANÇA DO DOENTE</b> .....	57
<b>PARTE DOIS - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b> .....	61
<b>4 - METODOLOGIA</b> .....	63
4.1 - TIPO DE ESTUDO .....	63
4.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	63
4.3 - OBJETIVOS DO ESTUDO .....	64
4.4 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	64
4.5 - VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	65
4.6 - POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	68
4.7 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	69
4.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	73

4.9 - RECOLHA DE DADOS.....	73
4.10 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	74
<b>5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>75</b>
5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	75
5.2 - ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO PARA ENFERMEIROS .....	77
5.3 - ESCALA DE EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS ENFERMAGEM.....	79
<b>5.3.1 - Subescala de Práticas de Enfermagem - EEAPE .....</b>	<b>80</b>
<b>5.3.2 - Subescala de Eventos Adversos - EEAPE .....</b>	<b>83</b>
5.4 - HIPOTESE 1 - EXISTE RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E ALGUMAS VARIÁVEIS SOCIOPROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS .....	85
<b>5.4.1 - H1.A - Existe diferença na SP em função da categoria profissional dos enfermeiros .....</b>	<b>85</b>
<b>5.4.2 - H1.B - Existe diferença na SP em função do tipo de relação laboral dos enfermeiros .....</b>	<b>86</b>
<b>5.4.3 - H1.C - Existe diferença na SP em função da carga horária semanal dos enfermeiros .....</b>	<b>86</b>
<b>5.4.4 - H1.D - Existe diferença na SP em função do número de dias folga/semana dos enfermeiros.....</b>	<b>87</b>
<b>5.4.5 - H1.E - Existe relação entre a SP e o tempo exercício profissional dos enfermeiros .....</b>	<b>87</b>
5.5 - HIPOTESE 2 - EXISTE RELAÇÃO ENTRE OS EAAPE E ALGUMAS VARIÁVEIS SOCIOPROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS .....	88
<b>5.5.1 - H2.A - Existe diferença nos EAAPE em função da categoria profissional dos enfermeiros .....</b>	<b>88</b>
<b>5.5.2 - H2.B - Existe diferença nos EAAPE em função do tipo de relação laboral dos enfermeiros.....</b>	<b>88</b>
<b>5.5.3 - H2.C - Existe diferença nos EAAPE em função da carga horária semanal dos enfermeiros .....</b>	<b>89</b>
<b>5.5.4 - H2.D - Existe diferença nos EAAPE em função do número de dias folga/semana dos enfermeiros .....</b>	<b>90</b>
<b>5.5.5 - H2.E - Existe relação entre os EAAPE e o tempo exercício profissional dos enfermeiros.....</b>	<b>90</b>
5.6 - HIPOTESE 3 - EXISTE RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E OS EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM ....	91



<b>6 – DISCUSSÃO</b> .....	93
6.1 – CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS .....	94
6.2 – CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO DA OCORRÊNCIA DE EA NUMA PERSPETIVA DE PROCESSO (PRÁTICAS DE ENFERMAGEM) E NUMA PERSPETIVA DE RESULTADOS (RISCO E OCORRÊNCIA DE EA).....	97
6.3 – ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS E A SP DOS ENFERMEIROS .....	103
6.4 – ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS E OS EAAPE .....	105
6.5 – ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE SP DOS ENFERMEIROS E OS EAAPE ..	108
6.6 – DIFICULDADES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	111
<b>CONCLUSÕES</b> .....	113
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	117

## APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados

APÊNDICE II – Consentimento informado

APÊNDICE III – Pedido de colaboração da Ordem dos Enfermeiros na investigação

APÊNDICE IV – Resultados de consistência interna das dimensões da Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros

APÊNDICE V - Testes *Post-Hoc* de *Bonferroni*

## ANEXOS

ANEXO I - Autorização dos autores para aplicação do instrumento “Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros”

ANEXO II - Autorização dos autores para aplicação do instrumento “Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem”

ANEXO III - Autorização para utilização da Plataforma MedQuest da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

ANEXO IV - Parecer Ético da Comissão de Ética da ESEnfC

ANEXO V - Autorização e resposta da Ordem dos Enfermeiros ao pedido de colaboração na investigação

ANEXO VI – Exemplo da divulgação realizada pela Ordem dos Enfermeiros

## INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, a sociedade encontra-se exposta a uma evolução constante. A complexidade e número de variáveis que a influenciam são cada vez maiores.

A pressão externa sobre as organizações é sem dúvida alguma um fator a ter em conta, obrigando a mudanças e reestruturações contínuas, num esforço cada vez mais determinante para o sucesso e reconhecimento social de cada instituição.

No entanto, constata-se diariamente, que muitas destas organizações e os seus gestores apresentam dificuldade em liderar esta mudança. É constante o *stress* decorrente do trabalho e os problemas resultantes da insatisfação dos colaboradores.

O contexto atual do nosso país, nomeadamente no que concerne às questões laborais, económicas e políticas, favorece um espírito social negativo e desmotivador. Desta forma, os gestores enfrentam o desafio de potenciarem capacidades e competências para que cada colaborador seja capaz de se manter focado e cumpra os objetivos da organização.

Os serviços de saúde, como as restantes organizações, têm orgânicas cada vez mais complexas e objetivos de eficiência e competitividade mais ambiciosos. A generalidade dos países mais desenvolvidos tem adotado políticas que procuram colocar na ordem do dia a necessidade de considerar as opiniões e as expectativas dos seus colaboradores (Hunt, 2015). Em Portugal, a satisfação profissional (SP) tem enquadramento legal na Lei de Bases da Saúde (Decreto Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. DR 1.ª Série, 1990), que prevê a avaliação do nível de satisfação dos profissionais, enquanto indicador da avaliação permanente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao mesmo tempo que a política de recursos humanos deve garantir o estímulo dos profissionais.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS), ferramenta norteadora para a melhoria dos cuidados de saúde, dá destaque a este tema. Propõe, enquanto objetivos estratégicos, a obtenção de ganhos em saúde, centrando a mudança não apenas no cidadão mas, também, nos profissionais, capacitando o sistema de saúde para a inovação e garantindo os mecanismos adequados à sua execução, através da cativação adequada de recursos. No âmbito das orientações estratégicas e intervenções necessárias para a Qualidade em Saúde prevê apoiar, de forma sustentada, a avaliação

do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde (DGS, 2012; DGS, 2015a).

Passa também pela enfermagem, pelos seus gestores e pelos restantes enfermeiros, a adoção de padrões de liderança e estratégias de motivação com vista a tornar os serviços de saúde mais competentes, preparados para responder às exigências inerentes à sua missão e contribuir para melhorar a satisfação dos profissionais (Williams, 2014).

A satisfação no trabalho tem constituído ao longo dos anos um tópico de interesse crescente em Saúde e na Enfermagem, para os que se preocupam com a qualidade de vida no trabalho, o sucesso das organizações e com as consequências do esforço de cada profissional, nos cuidados de saúde.

Simultaneamente, a segurança do doente (SD) é definida como um componente estruturante, uma meta constante e um indicador referencial do desempenho e qualidade do sistema de saúde. De acordo com o PNS, o acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão, reconhecendo-lhe toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, assinalando a segurança do doente como um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (DGS, 2012).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD) refere que a segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e em particular no SNS. O PNSD vai de encontro à Recomendação do Conselho da União Europeia de 9 de Junho de 2009 e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, reforçando a necessidade e pertinência na adoção de dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos utilizadores do SNS e para os profissionais de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Os profissionais de saúde devem ter uma visão específica sobre SD e gestão do risco uma vez que as intervenções de enfermagem realizadas por profissionais competentes, fundamentados na evidência e desenvolvidas num ambiente assistencial e organizacional não punitivo, recetivo e flexível, promovem a prevenção eficaz da ocorrência de eventos adversos (EA) (DGS, 2012).

O risco de ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está estreitamente ligada ao nível de cultura de segurança e de organização existente nas instituições de saúde, aumentando dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).



A Comissão Europeia assinala um relatório da *RAND Corporation* (2008), no qual se estima que 8 a 12% dos doentes internados, são afetados por EA resultantes dos cuidados de saúde e não da sua doença (União Europeia, 2009).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) alertou para a dificuldade de avaliar o impacto negativo das consequências da exaustão e insatisfação, nos serviços e na prestação de cuidados de saúde (OE, 2014).

Estudos recentes demonstraram que à medida que a motivação e a SP aumentam, as taxas de infeção, de ocorrência de quedas e de úlceras de pressão diminuem substancialmente, provocando um aumento na qualidade de cuidados de enfermagem (Dunton, Boyle, & Cramer, 2013). São igualmente inúmeros os estudos que relacionam as características do ambiente de trabalho e dos enfermeiros, com os *outcomes* em saúde (Aiken *et al.*, 2011; Aiken *et al.*, 2012; Cimiotti, Aiken, Sloane, & Wu, 2012; Aiken *et al.*, 2014).

No contexto atual, o aumento da carga horária semanal e a consequente diminuição dos períodos de descanso e lazer, poderão implicar menor SP e consequentemente, diminuir a resistência dos Enfermeiros aos fatores potenciadores de ocorrência de EA, contribuindo negativamente para a qualidade dos cuidados prestados.

Desta problematização resultaram duas questões orientadoras da investigação:

- A SP dos enfermeiros e os eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE) estão relacionados com as variáveis socioprofissionais?
- Existe relação entre a SP dos enfermeiros e os EAAPE?

No desenvolvimento do estudo pretendemos concretizar os seguintes objetivos:

- Caracterizar o nível de SP dos enfermeiros;
- Caracterizar a ocorrência de EA, numa perspetiva de processo (práticas enfermagem) e numa perspetiva de resultados (risco e ocorrência de EA);
- Analisar em que medida as características socioprofissionais estão associadas com a SP dos enfermeiros;
- Analisar em que medida as características socioprofissionais estão associadas com os EAAPE;
- Analisar a relação entre a SP dos enfermeiros e os EAAPE.

Neste sentido, foi desenvolvido um estudo de âmbito nacional, abordagem quantitativa e caráter descritivo e correlacional, apoiado num questionário digital (alojado na internet) para autopreenchimento por enfermeiros, composto por questões fechadas, previamente estabelecidas e codificadas (conteúdo), divididas por três partes:

- 1.<sup>a</sup> Parte - Dados sociodemográficos e profissionais;

2.<sup>a</sup> Parte - Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (Ferreira & Loureiro, 2012);

3.<sup>a</sup> Parte - Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas Enfermagem (Castilho, 2014).

De forma a conseguir uma amostra representativa, concretizar positivamente a investigação e obter dados significativos da realidade nacional, empreenderam-se diferentes estratégias de promoção do estudo. Neste sentido, a divulgação da investigação contou com o contributo institucional da OE e de outras associações, organizações e instituições ligadas direta ou indiretamente à Enfermagem.

Surge assim o presente documento que tem como objetivos:

- Apresentar o relatório de investigação, exibindo o desenho de investigação seguido e o desenvolvimento do estudo;
- Clarificar a contextualização temática e definir o enquadramento empírico;
- Projetar de forma fundamentada a construção de contributos para a enfermagem;
- Cumprir com o pré-requisito pedagógico.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes. Na “Parte Um”, constituída pela contextualização teórica, apresentamos três capítulos em que desenvolvemos os principais conceitos e fundamentos que fornecem o suporte concetual ao estudo, nomeadamente satisfação profissional, segurança do doente e relação entre a satisfação profissional e segurança do doente.

Na “Parte Dois” denominada de Investigação Empírica, explicitamos nos capítulos seguintes, a metodologia seguida no desenvolvimento do estudo, a apresentação e análise dos resultados encontrados, bem como a sua discussão.

Termina-se apresentando as principais conclusões, as referências bibliográficas e alguns documentos considerados importantes no decorrer da investigação, em formato de apêndices e anexos.

Espera-se que este documento espelhe o percurso realizado a nível pessoal e académico mas também e principalmente, que contribua de forma esclarecida para identificarmos a Enfermagem enquanto profissão fundamental na prestação de cuidados de saúde, constantemente focada na SD e na qualidade máxima das suas intervenções.

## **PARTE UM - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

A contextualização teórica e a delimitação temática do tema a investigar, cumpre uma etapa essencial e fundamental para o processo global de obtenção de conhecimentos, uma vez que nos permite o estabelecimento de um quadro referencial ótimo e contemplativo, para a compreensão do tema em análise.

Delimitar um tema significa assim, definir em termos concretos o nosso campo de análise e de interesse, circunscrevendo-o precisa e pormenorizadamente. Desta forma, o investigador deverá realizar uma revisão bibliográfica do tema, para posteriormente selecionar a informação pertinente para o desenvolvimento exequível de todo o processo de investigação (Vilelas, 2009).

A “Parte Um” encontra-se assim estruturada em três pontos.

O primeiro ponto aborda a temática da SP, nomeadamente incidindo para algumas teorias, modelos e o enquadramento na profissão de Enfermagem.

No segundo ponto realiza-se uma abordagem ao tema da SD, com enfoque especial nas diversas definições de conceitos e na abordagem da SD, enquanto componente chave para a qualidade dos cuidados de saúde, derivando especificamente para a importância e relevância do tema para os indicadores de saúde dos cuidados de enfermagem.

No terceiro e último ponto, faz-se uma análise concisa da interação entre a SP e a SD, assinalando os principais resultados de alguns estudos já realizados.





## 1 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A SP é uma conceção complexa, multidimensional e que tem sido temática de investigação de múltiplos autores desde início do século XX, pese embora só nas últimas décadas tenha ganho importância e valorização social e organizacional.

Hoje em dia é para além de objeto de estudo sociológico, um foco de preocupação para gestores institucionais que, procurando o sucesso e valorização dos seus colaboradores, promovem a SP de forma ativa, empreendedora e como garantia essencial para o êxito e crescimento qualitativo da organização e dos atributos/competências dos serviços que presta.

A SP dos enfermeiros é um tema de interesse crescente, pela forma como traduz as disponibilidades física e mental, a motivação e o comportamento destes profissionais de saúde durante o desempenho laboral. Inevitavelmente, tornou-se um objetivo organizacional, pela necessidade e imperativo social de empreender qualidade em todos os serviços prestados.

### 1.1 - EVOLUÇÃO CONCEPTUAL

Na antiguidade, o trabalho assumiu uma conotação negativa, depreciativa, estando associado à escravatura e ausência de liberdade. O termo trabalho deriva etimologicamente da palavra “*tripalium*” e significa tortura e infortúnio (Silva, 2011). O carácter positivo, valorativo e socialmente aceite do trabalho, foi sendo desenvolvido com a modernização e é uma característica contemporânea de valorização e desenvolvimento das capacidades humanas naturais e adquiridas (Pereira, 1996; Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001).

O trabalho deixou de ser apenas um meio para garantir sobrevivência e até capacidade financeira, tem implicações socioeconómicas cada vez mais importantes (Rodrigues, 2011). Os estilos de vida, as relações interpessoais e de lazer, dependem do tipo de trabalho e do desempenho do indivíduo. Simultaneamente, tendo em conta o tempo que é ocupado com o trabalho, este deverá contribuir verdadeiramente para o bem-estar do ser humano, ou seja, proporcionar-lhe autoestima, realização pessoal e satisfação (Silva, 2012).

A palavra satisfação significa ação de por termo a um desejo ou necessidade, ato ou efeito de satisfazer, alegria, prazer, pagamento, retratação, reparação, desculpa, sentimento de bem-estar, contentamento que se manifesta nas pessoas e que resulta da realização do que se espera ou deseja ou do êxito de qualquer atividade (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001; Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico, 2015).

Existem várias perspectivas para o conceito de SP, resultantes dos processos de estudo e investigação empreendidos ao longo das décadas. É um conceito difícil de operacionalizar, uma vez que parte de avaliações subjetivas, pessoais e individuais (Castro *et al.*, 2011). Para Elton Mayo, a SP está dependente das relações com os colegas de trabalho, do seu sentimento de pertença no grupo e de que os seus objetivos pessoais estão inter-relacionados com os da organização (Silva, 2012).

Para Locke (1976), é “um estado afetivo positivo resultante da apreciação do emprego ou das experiências ligadas ao emprego” (*apud* por Bonifácio, 2013). Em 1983, Fraser, assinala que uma parte da dificuldade de definição de SP, decorre da forma de variação de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância, ao longo do tempo para a mesma pessoa e pelo facto de estar sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho (*apud* por Raposo, 2011). Segundo Robbins (2010), a SP é o resultado de diversas variáveis como a atitude do indivíduo perante o trabalho, as relações de trabalho, o ambiente organizacional, a gestão, os objetivos e as metas da instituição. Poderá ser também explicada como o resultado de um processo dinâmico e consequência da interação do indivíduo com o trabalho (Rodrigues, 2011). Assume-se portanto como o sentimento e forma de estar positivo perante a profissão (Bonifácio, 2013).

A SP também pode ser vista num contexto mais amplo de questões que afetam a experiência individual e a própria qualidade de vida do trabalhador (Mishra, 2013). Deste modo poderá ser delimitada pelas expectativas do indivíduo e o reflexo consciente (ou não) das suas necessidades em cada situação (Mendes, 2015). Este conceito cruza intrinsecamente a relação do indivíduo dotado de características pessoais com o seu local de trabalho, resultando numa perceção pessoal dinâmica.

Define-se como um estado emocional ou de prazer, que resulta da avaliação do trabalho ou das experiências que dele derivam, sendo uma atitude positiva relativamente ao trabalho ou perceção de que o mesmo, satisfaz as expectativas do indivíduo (Silva, 2012). Desta forma, a SP poderá ser entendida como o resultado da comparação entre

o que se espera obter no local de trabalho, com fatores como o stresse e as condições de trabalho, ou seja, com aquilo que realmente se obtém (Moura, 2012; Mishra, 2013).

## 1.2 - TEORIAS DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Existem inúmeros estudos desenvolvidos e várias teorias e modelos explicativos da SP. Cada indivíduo tem características únicas e pessoais, tem uma história pessoal, aspirações e motivações, logo interage com todas as componentes do ambiente de trabalho apoiado nas suas vivências e necessidades. Assim, o facto de este conceito ser muito subjetivo e permeável às experiências de cada pessoa/colaborador, tem inviabilizado o desenvolvimento de um modelo de avaliação adequado a todos os trabalhadores e aplicável em todas as organizações (Moura, 2012).

Realçar que já no princípio do século XX, Taylor (1911) havia enunciado o conceito de satisfação no trabalho, relacionando-o com a fadiga, salário e produtividade. O autor apontava que a solução para aumentar a SP passava pela divisão dos lucros entre patrões e trabalhadores. Mais tarde, Elton Mayo e Fritz Roethlisberger (*Hawthorne studies* 1924-1933) apontaram que a satisfação estaria igualmente relacionada com o ambiente de trabalho (por exemplo com a iluminação), os períodos de descanso, as características da supervisão e a perceção pessoal do trabalhador relativamente à sua função, demonstrando que a SP era muito mais determinada pelos aspetos sociais do que pelo salário auferido (Martins, 1984; Mishra, 2013). Muitas das explicações contemporâneas sobre SP derivam de teorias da motivação que foram emergindo ao longo do tempo. De acordo com Steuer (1989), a motivação deriva de uma necessidade e a satisfação é a manifestação da sua resolução.

As teorias da motivação procuram os motivos que levam o ser humano a agir de determinada forma, e podem agrupar-se em teorias de conteúdo e teorias de processo (Tribet & Rush, 1984). As teorias de conteúdo procuram identificar o que se passa num indivíduo ou no seu ambiente de trabalho, isto é, dizem respeito fundamentalmente à identidade específica de cada um, ou seja aquilo que os motiva (Martins, 2003). Por outro lado, as teorias de processo tentam explicar como o comportamento é orientado, sustentado e detido (Frederico, 2006). Estas teorias consideram a SP uma resposta emocional agradável, resultante da perceção que a pessoa constrói, de que o trabalho permite a concretização dos seus objetivos profissionais (Mendes, 2015).

### 1.2.1 - Teoria da hierarquia de necessidades de Maslow

No ano de 1954, Maslow identificou as necessidades individuais e lançou a teoria da hierarquia de necessidades, referida como uma das principais bases para o entendimento da satisfação (Mishra, 2013).

Esta teoria baseia-se no pressuposto de necessidades hierárquicas (cinco tipos) com sentido ascendente, as quais não têm todas a mesma força e que a sua emergência obedece a prioridades, ou seja, as necessidades de níveis mais elevados só podem ser alcançadas depois de todas as necessidades imediatamente anteriores se encontrarem satisfeitas (Neves, 2002; Chiavenato, 2008; Stoner & Freeman, 2009).

Assim, as necessidades fisiológicas/básicas estão na base da pirâmide (primeiro nível) e são as mais autónomas e preponderantes (Maslow, 1970). Nas organizações, correspondem às condições físicas do local de trabalho, ordenado, férias e folgas e por analogia, enquanto estas condições não forem satisfeitas, as restantes não apresentam qualquer importância (Chiavenato, 2008).

Quando as necessidades fisiológicas se encontram satisfeitas, surgem as necessidades de segurança (segundo nível) e que podem ser definidas como o desejo de proteção do perigo, tanto do próprio como da família (Maslow, 1970). No que diz respeito à organização, correspondem ao ambiente físico, emocional e financeiro seguros e livres de violência (Stoner & Freeman, 2009).

As necessidades sociais (terceiro nível) compreendem o desejo do indivíduo de se relacionar com os outros, pertencer a grupos e ser aceite pelos outros. A nível organizacional, espelham o desejo do bom relacionamento multiprofissional e se não forem satisfeitas poderão levar à frustração, resistência à mudança ou até, em casos mais graves, ir contra os objetivos da organização (Frederico, 2006).

No nível seguinte (quarto), as necessidades de estima traduzem a necessidade que o indivíduo tem de pensar bem dele próprio, sentir-se útil, adequado, competente e autónomo e que os outros partilhem da mesma opinião. No local de trabalho pode conduzir a um aumento da auto estima, no sentido em que as pessoas se sentem competentes ao ajudarem os outros a realizarem o seu trabalho de forma correta, o que se traduz numa valorização pessoal de todos os colaboradores (Tappen, 2005).

Por fim, as necessidades de autorrealização correspondem ao nível mais elevado da hierarquia de Maslow e incluem o desejo de crescimento psicológico, de melhoria

continua das capacidades pessoais e de excelência, conferindo um desafio permanente na vida do indivíduo (Maslow, 1970). A nível organizacional, refletem-se no completar e executar trabalho criativo, desafiador e desenvolver habilidades, fatores fortalecedores do ego e autoestima dos indivíduos (Chiavenato, 2008).

Apesar de esta teoria ter sido considerada uma melhoria face às demais, ela gera alguma controvérsia. A satisfação de várias necessidades de forma sustentada e contínua, não determina a motivação para o comportamento. Inversamente a pessoa pode estar totalmente autorrealizada, contudo sofrer algum tipo de necessidade fisiológica (Castro *et al.*, 2011).

### **1.2.2 - Teoria dos dois fatores**

Em 1959, com a influência do movimento das relações humanas nas organizações e da teoria da hierarquia de necessidades de Maslow, surge uma nova abordagem na qual são identificados dois grupos de fatores que influenciam o comportamento das pessoas e o respetivo grau de motivação, nomeadamente os fatores motivacionais ou de satisfação e os fatores higiénicos ou de insatisfação (Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1959).

Podemos associar os fatores da satisfação ao conteúdo do cargo e a sentimentos positivos que derivam da forma como o indivíduo reconhece o trabalho em si mesmo, pela responsabilidade, a realização pessoal, o reconhecimento e o progresso profissional.

Relativamente à insatisfação, esta deriva de fatores extrínsecos como as condições de trabalho, a remuneração, os benefícios sociais, as oportunidades existentes, o tipo de supervisão e as políticas da empresa, ou seja, fatores que condicionam a forma como a pessoa sente o cargo e a organização. Neste sentido, os fatores envolvidos na satisfação diferem dos fatores que causam a insatisfação no trabalho, ou seja, os sentimentos de satisfação e insatisfação no trabalho não são antagónicos, e os fatores que os provocam devem ser examinados isoladamente (Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1959).

Esta teoria assume uma enorme importância para os gestores, pois identifica as condições no trabalho que devem ser satisfeitas, com vista não só a SP mas tornar o trabalho mais desafiante, gratificante e recompensador, como forma de melhorar o desempenho individual e coletivo na organização (Ferreira, 2011; Moura, 2012).

### 1.2.3 - Teoria das expectativas de Vroom

Apresentada por Victor Vroom (1964), esta teoria defende que a tendência para agir de determinado modo ou comportamento, depende da probabilidade da expectativa de que o ato seja seguido pelo resultado e recompensa pretendidos, ou seja, a escolha do comportamento resulta de dois fatores, as expectativas individuais e a avaliação subjetiva do resultado desse comportamento baseado nas alternativas que estariam ao seu dispor (Goldim & Silva, 2004; Robbins, 2010). As pessoas decidem os seus comportamentos de forma instrumental, isto é, tendem a maximizar o seu prazer e os seus ganhos e minimizar as suas perdas (Goldim & Silva, 2004). A sua escolha teria uma junção de três conceitos cognitivos:

- A **valência** refere-se ao valor que o indivíduo atribui à potencial recompensa, num determinado momento, relativo à ação desempenhada;
- A **expectativa** apresenta-se como a probabilidade percebida de que o esforço permitirá atingir as recompensas de 1º nível (objetivos organizacionais);
- A **instrumentalidade** é a probabilidade percebida de, perante recompensas de 1º nível, desempenhar as tarefas de determinada forma permitirá obter as recompensas de 2.º nível (objetivos pessoais) (Luthans, 1998; Goldim & Silva, 2004).

Deste modo, se uma pessoa que tem possibilidade de executar uma determinada tarefa e a realização poderá levá-la a alcançar um objetivo, ao qual atribui valor, poder-se-á afirmar que essa pessoa está de facto motivada (Bilhim, 2008).

Um dos aspetos mais sensíveis desta abordagem, é a presunção de que as pessoas se comportam sempre racionalmente, avaliando todas as alternativas. Isto é improvável pela quantidade de informações e complexidade de interações entre expectativas, instrumentos e valências, em cada decisão (Azevedo, 2012).

### 1.2.4 - Teoria da autodeterminação

A teoria da autodeterminação de Deci e Ryan, é das mais recentes (final do séc. XX), e deriva da teoria das expectativas e é talvez a teoria mais válida e reconhecida depois da hierarquia das necessidades de Maslow (Leal, Miranda, & Carmo, 2013).

O modelo proposto pela Teoria da Autodeterminação tem como base a conceção do ser humano como organismo ativo, dirigido para o crescimento, desenvolvimento integrado do sentido do *self* (eu) e para integração com as estruturas sociais (Andersen, Chen, &

Carter, 2000). Nesse empenho evolutivo estaria incluída a busca de experiências com atividades interessantes para alcançar os seguintes objetivos:

- a) Desenvolver habilidades e exercitar capacidades;
- b) Procurar e obter vínculos sociais;
- c) Alcançar um sentido unificado do *self* por meio da integração das experiências intrapsíquicas e interpessoais (Leal, Miranda, & Carmo, 2013).

Nesta perspetiva, consideram-se as ações autodeterminadas como essencialmente voluntárias e apoiadas pessoalmente e, em contraposição, as ações controladas como resultado de pressões decorrentes de forças interpessoais ou intrapsíquicas. Ao contrário das concepções anteriores, a motivação extrínseca e intrínseca constituem um mesmo continuum (Deci & Ryan, 2008). Em simultâneo, compreende uma abordagem integradora de outras teorias e pretende explicar como a pessoa realiza determinadas tarefas baseadas apenas no contentamento que lhe propiciam. Estas tarefas “são um fim em si mesmas porque não resultam de recompensas extrínsecas” (Jesus, 1996, p. 120; Leal, Miranda, & Carmo, 2013). A motivação intrínseca envolve agir espontaneamente sobre uma atividade que dê prazer, fundamentada por sentimentos positivos resultante dessa atividade. Quando assim acontece, as pessoas exibem a curiosidade para explorar novos estímulos e trabalham no sentido de ultrapassar desafios, ficam bastante tolerantes à fadiga e retardam a satisfação de outras necessidades (Deci & Ryan, 2008). Esta teoria pressupõe três necessidades centrais que quando satisfeitas possibilitam a “interiorização” da motivação:

**Necessidade de Competência** – necessidade do indivíduo de se sentir útil e de sentir que sabe “fazer”. Mais do que reconhecimento externo, é a capacidade de reconhecer valor em si mesmo através da competência;

**Necessidade de Autonomia** – liberdade de executar a atividade à sua “maneira” tendo em conta os seus valores e princípios;

**Necessidade de Vínculo** – ter vínculos ou relacionamentos significativos com outros para além da atividade (Deci & Ryan, 2008).

As pessoas intrinsecamente motivadas também são aquelas que demonstram um *locus* de controlo interno elevado, pelo que a sua necessidade é vista como algo interno, esforçando-se para obter uma recompensa que lhe satisfaça as necessidades intrínsecas (Cunha, Cunha, Neves, Cardoso, & Rego, 2014). Contrariamente, a motivação extrínseca resulta da execução de uma determinada tarefa que conduz a uma recompensa tangível ou ao evitamento de uma penalização (Deci & Ryan, 2008; Leal, Miranda, & Carmo, 2013).

### 1.2.5 - Teoria dos objetivos

Locke e Latham (2004) consideram que a vida é uma sequência de objetivos e sugerem uma teoria da motivação baseada na elaboração dos mesmos.

Esta teoria apresenta como questão básica a determinação do que motiva as pessoas em contexto de trabalho. A definição dos objetivos torna-se de extrema importância, porque são eles que poderão trazer um nível superior no desempenho (Locke, 1984). Desta forma, terão que reunir um conjunto de características, como sendo: específicos e diretos; mensuráveis; acordados e alcançáveis; realistas mas que impliquem esforço; e que tenham um prazo (Cunha, Cunha, Neves, Cardoso, & Rego, 2014).

Esta teoria defende que é necessário que os colaboradores aceitem os objetivos, porque de outra forma não estarão comprometidos. Este é pois o principal objetivo, ou seja, o de regular o comportamento consciente. Porém, reconhece que não tem em conta o efeito sobre o inconsciente do colaborador e que pode ou não, ser congruente com o objetivo consciente (Locke & Latham, 2006).

### 1.2.6 - Teoria da equidade de Adams

Esta teoria desenvolvida por J. Adams (1965), considera que existe uma relação positiva entre a SP e as características das funções do trabalhador, sempre que estas vão de encontro às referências percebidas (Moura, 2012; Tadeucci, 2011). Neste sentido, os indivíduos sentem-se motivados e satisfeitos, sempre que consideram receber da organização a compensação justa pelos seus esforços, ou seja, o sentimento de razoabilidade ou justiça na relação laboral deriva da razão entre aquilo que o trabalhador desenvolve e recebe, com a razão entre esforço e recompensa que resulta de um grupo ou indivíduo em situações semelhantes (Ferreira, 2011). Nas situações que a compensação atribuída é inferior, comparativamente com outras pessoas na mesma situação, a pessoa experimenta um sentimento de injustiça, o que em casos mais graves poderá ser o estímulo para a saída da organização (Rodrigues, 2011). Quando a recompensa é considerada justa e equilibrada, as características do esforço mantêm-se no tempo. Por outro lado, se a compensação está acima das expectativas dos trabalhadores, existe uma propensão e energia para aumentar o esforço (Tadeucci, 2011). A insatisfação é um efeito desagradável que resulta de constantes comparações, que se traduz na prática como uma fonte de tensão e um dispêndio de energia, pelo que é fundamental aos gestores manter a equidade, minimizando a iniquidade percebida

pelos colaboradores. A satisfação pode ser definida como a ausência de insatisfação (Martins & Santos, 2006).

A multidiversidade de teorias ajuda à compreensão da SP e muitas outras abordagens poderiam ser referidas, no entanto ressalva-se a não existência de uma divergência de fundo pelo que se optou por aquelas mais significativas para o entendimento do conceito em estudo. Sistematizando, as teorias procuram os motivos que levam o ser humano a agir de determinada forma, num esforço de explicação deste fenómeno humano, considerado um motor do comportamento.

### 1.3 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

A temática e estudo da satisfação do trabalhador assumem cada vez maior importância pelas repercussões na produtividade organizacional e na sociedade que advém da relação com o trabalho (Ferreira & Loureiro, 2012).

A SP tem enquadramento legal na Lei de Bases da Saúde que prevê a avaliação do nível de satisfação dos profissionais, enquanto indicador da avaliação permanente do SNS, sendo um dos quatro critérios de avaliação periódica do SNS, a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios (Decreto Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. DR 1.ª Série, 1990).

O PNS propõe enquanto objetivos estratégicos, a obtenção de ganhos em saúde, centrando a mudança não apenas no cidadão mas, também, nos profissionais, capacitando o sistema de saúde para a inovação e garantindo os mecanismos adequados à sua execução, através da cativação adequada de recursos. No âmbito das orientações estratégicas e intervenções necessárias para a Qualidade em Saúde, o PNS prevê apoiar, de forma sustentada, a avaliação do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde (DGS, 2012).

O bem-estar e a qualidade de vida que derivam da SP, são fatores que influenciam diretamente a relação com os utentes e a qualidade da assistência (Lima & Mesquitela, 1996; Castro et al., 2011). A avaliação da SP é um elemento preponderante no esforço de melhoria contínua e na enfermagem constitui um importante indicador da qualidade dos cuidados (Castro et al., 2011; Silva, 2012).

Passa pelos gestores (e até pelos restantes enfermeiros com funções de coordenação), a adoção de padrões de liderança e estratégias de motivação com vista a tornar os

serviços de saúde mais competentes e preparados para as exigências inerentes à sua missão, contribuindo para melhorar a satisfação dos profissionais, e desta forma, é necessariamente uma importante ferramenta na gestão dos recursos humanos (Cerdeira, 2010).

Independentemente da multiplicidade de fatores que condicionam a SP, os enfermeiros são profissionais empenhados e que adotam uma visão holística nas funções, que lhes permite perspetivar as expectativas em períodos e ambientes de trabalho desafiadores (Baumann, 2007). No entanto, a (in)satisfação profissional apesar de toda a subjetividade e avaliação pessoal e individual, poderá influenciar todo um conjunto de interações que o enfermeiro realiza (Castro *et al.*, 2011).

O nível de SP, tendo em conta a relação entre expectativas e resultados esperados, pode influenciar a decisão do trabalhador relativamente à sua participação na estratégia e dia-a-dia da organização. Assim, quando as expectativas são atingidas e as recompensas estão de acordo com o esperado, os indivíduos sentem maior satisfação, envolvem-se na estratégia e desenvolvem uma menor intenção para abandonarem a organização. Contrariamente, quando o retorno esperado é maior do que o realmente conseguido, sentem insatisfação e aumenta o desejo de abandonar a organização (Steers, Bigley, & Porter, 2003). Existe evidência clara de que os trabalhadores insatisfeitos faltam mais, estão mais propensos a assumir comportamentos “destrutivos” e a pedir demissão (Robbins, 2010; ICN, 2014).

Um estudo sobre a SP em Cuidados de Saúde Primários, menciona que mais de 50% dos enfermeiros daquela amostra, haviam pensado afastar-se prolongada ou definitivamente do seu posto de trabalho. Contudo 74% afirma que voltaria a escolher a mesma profissão. De realçar que, os profissionais que exercem funções em programas específicos, apresentam menor tendência para *turnover*, ou seja querer afastar-se ou sair das organizações (Castro *et al.*, 2011).

Os elevados níveis de absentismo e *turnover* surgem como resposta dos indivíduos à insatisfação no trabalho (Ferreira, 2011; Cunha, Cunha, Neves, Cardoso, & Rego, 2014). No entanto, os enfermeiros emocional e psicologicamente mais envolvidos com o trabalho, garantem maior equilíbrio com a vida pessoal, têm maior perceção das oportunidades de evolução profissional e apresentam menor intenção de *turnover* (Carter & Tourangeau, 2012).

Na profissão de enfermagem, vários estudos demonstram que os enfermeiros, pelas características do seu trabalho (sobrecarga emocional), são afetados por *burnout* ou seja, sentimentos de frustração, frieza e indiferença relativamente às necessidades dos doentes (Silva, 2012).

Maslach (1976) define o *burnout* como a resposta ao *stress* profissional crónico e que se caracteriza por “sintomas de exaustão emocional, atitudes de despersonalização e perda de realização pessoal no trabalho” (Jesus, Pinto, Fronteira, & Mendes, 2014). Delbrouck (2006) considera o *burnout* como a “doença da relação de ajuda”, sendo definido como um síndrome de desgaste profissional de resposta à exposição crónica a fatores desencadeadores de *stress* laboral. O indivíduo não se envolve com o trabalho, reduz o contacto com as pessoas, sente-se desmotivado, sem energia e incapaz de relaxar, o que conseqüentemente afeta as suas capacidades e habilidades para a realização do trabalho, aumenta o absentismo e reduz a sua produtividade (Silva, 2012; Jesus, Pinto, Fronteira, & Mendes, 2014; ICN, 2014).

Um estudo português concluiu que um em cada quatro enfermeiros portugueses apresentava *burnout* (Queirós, 2005). A problemática da atualidade associada às condições de remuneração e de trabalho, diminui as expectativas dos enfermeiros e origina sentimentos de instabilidade e de insatisfação no trabalho. Neste sentido, o aumento do sentimento de *burnout* refletido no estudo RN4CAST (Jesus, Pinto, Fronteira, & Mendes, 2014), confirma a pertinência do tema e o seu claro impacto na saúde mental e no bem-estar dos enfermeiros, e desta forma, é compreensível que comprometa aspetos como a motivação, produtividade, performance e qualidade dos cuidados de saúde (Khamisa, Oldenburg, Peltzer, & Ilic, 2015).

Especificamente na Enfermagem, existem estudos que apontam como fatores de motivação o gosto pelo seu trabalho, o relacionamento na equipa, a evolução profissional, a carga horária e as condições laborais (Tavares, 2010; ICN, 2015). De realçar que aspetos como a relação com dos doentes/pessoas/famílias e a natureza do trabalho, foram identificados como de maior motivação (Dias, 2012).

O desenvolvimento de uma atividade profissional como a enfermagem, pode originar diversos níveis de satisfação, influenciar o bem-estar físico e mental dos profissionais. Desta forma, o desempenho da tarefa e a qualidade do produto produzido poderão estar condicionados ou comprometidos (Dias & Queirós, 2010).

A SP deve ser igualmente encarada como um indicador do clima organizacional e sobretudo como um elemento determinante na avaliação da qualidade das

organizações, e é atualmente entendida como um desígnio da estratégia da gestão de recursos humanos e um instrumento para o bom funcionamento organizacional (Graça, 1999; Buitrago & Martinez, 2011). A SP é o nível (positivo ou negativo) de atitude ou resposta emocional que os indivíduos sentem, perante as condições físicas e sociais do trabalho, pelo que tem um papel significativo na performance dos enfermeiros e nos cuidados de saúde (Jathanna, Melisha, Mary, & Latha, 2011).

Por outro lado, participar nas decisões do trabalho confere um sentimento de pertença ao trabalhador e influencia positivamente o seu comprometimento e diminui a resistência na aceitação dos objetivos da organização (Locke & Latham, 1990).

Um profissional satisfeito irá promover o desenvolvimento da organização, melhorar a sua eficácia, eficiência e dinâmica (Ferreira, 2011). Assim, sendo preocupante existirem profissionais insatisfeitos nas organizações, a inquietação será mais acentuada quando esses profissionais lidam com a saúde das pessoas (Silva, 2012).

## 2 - SEGURANÇA DO DOENTE

A SD é uma disciplina dos cuidados de saúde que aplica métodos científicos com vista à obtenção de “confiança” no sistema de saúde, tornando-o confiável durante a prestação de cuidados (Emanuel *et al.*, 2008).

Desta forma, a SD é um componente chave da qualidade assistencial em saúde, tendo assumido crescente importância para todos os *stakeholders* e profissionais dos sistemas de saúde, empenhados em garantir elevados níveis de segurança em todos os serviços ou organizações. Neste sentido, pode ser encarada como um atributo que minimiza a incidência e o impacto dos EA (maximizando a recuperação quando eles existem) e simultaneamente um forte indicador da fiabilidade organizacional (Emanuel, *et al.*, 2008; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

### 2.1 - EVOLUÇÃO CONCEPTUAL

Vários estudos nos anos 90, apontaram que apesar de todo o poder e conhecimento para a cura e “alívio” da doença, os hospitais não eram locais seguros. (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999; Donaldson, 2000). Pelo contrário, ameaçavam risco de dano nos doentes e que este problema poderia ser, de alguma forma, evitável (Aspden, Corrigan, Wolcott, & Erickson, 2004).

A constatação de que os EA ocorrem por falhas dos sistemas e não simplesmente por inaptidão ou inércia individual, definiu claramente o interesse acrescido, a entrada e valorização da SD nos sistemas de saúde (Emanuel *et al.*, 2008; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou em 2002 a resolução WHA55.18, que exortava os Estados Membros, a maior atenção para o problema da SD, nomeadamente pelo desenvolvimento de sistemas científicos com vista a melhorar a segurança e a qualidade da saúde (OMS, 2002). Em maio de 2004, a 57.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação de uma organização internacional para facilitar o desenvolvimento das políticas e práticas em todos os Estados Membros, agindo como uma força de melhoria a nível internacional. A *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Doente) foi lançado em Outubro de 2004 (OMS, 2008). Em 2004 foi ainda lançado por esta organização o *Patient Safety Programme* (Programa de Segurança do Doente), e desde então, mais de 140 países reconheceram os

desafios da prestação segura de cuidados (OMS, 2004; OMS, 2007; OMS, 2008; OMS, 2015).

Em Portugal, a SD é definida como um componente estruturante, uma meta constante e um indicador referencial do desempenho e qualidade do sistema de saúde. De acordo com o PNS, o acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão, reconhecendo-lhe toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, assinalando a segurança do doente como um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (DGS, 2012; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

O PNSD refere que a segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e em particular no SNS. O PNSD vai de encontro à Recomendação do Conselho da União Europeia de 9 de Junho de 2009 e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, reforçando a necessidade e pertinência na adoção de dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos utilizadores do SNS e para os profissionais de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Para a DGS, todos os profissionais de saúde devem ter uma visão específica sobre SD e gestão do risco uma vez que as intervenções de enfermagem realizadas por profissionais competentes, fundamentados na evidência e desenvolvidas num ambiente assistencial e organizacional não punitivo, recetivo e flexível, promovem a prevenção eficaz da ocorrência de EA (DGS, 2012).

Com o objetivo de clarificar os conceitos na abordagem desta problemática, em 2005, a OMS adotou uma taxonomia de SD baseada na taxionomia desenvolvida pela *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* (Chang, Schyve, Croteau, O’Leary, & Loeb, 2005), e posteriormente desenvolveu a *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* (OMS, 2009). Esta classificação, embora ainda considerada em construção, foi devidamente traduzida/adotada em Portugal e é claramente, um imprescindível contributo para o entendimento e desenvolvimento da disciplina, possibilitando uniformização de linguagem, significação de conceitos e parametrização de incidentes (Ministério da Saúde, 2011).

A SD define-se como a “redução de risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, ou seja, tendo em conta a evidência, recursos e contexto onde ocorreu a prestação de cuidados. Desta forma, a SD reduz o **risco** (= probabilidade de ocorrência de incidentes), isto é, diminui a ocorrência de erro, infração ou incidente. O **erro** é a “falha na execução de uma ação previamente definida ou o desenvolvimento incorreto de um plano”. A **infração** é um “desvio propositado de

um procedimento, norma ou regra”. Um **incidente** passa por ser uma **ocorrência comunicável** (situação potencialmente danosa mas que não chegou a ocorrer), quase evento ou **near miss** (aconteceu mas não alcançou o doente), um **evento sem danos** (atinge o doente mas sem danos) (Ministério da Saúde, 2011).

Um **evento adverso** (EA) é um incidente não intencional, por erro, falha ou omissão, e que tem consequências para o doente, nomeadamente dano, lesão ou incapacidade, durante um período de tempo ou de forma permanente (incluindo a morte) (Donaldson, 2000; Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011; Ministério da Saúde, 2011).

Sempre que um EA implica perda grave e permanente de função ou morte, é considerado um **evento sentinela**, pelo que deverá ser alvo de análise e compreensão, com vista à resolução de potenciais falhas, minimizando probabilidade de repetição (The Joint Commission, 2015).

Atualmente, reconhece-se a impossibilidade de eliminação completa dos EA da prestação de cuidados e nesse sentido, assume-se a responsabilidade de melhorar o a SD pela gestão do risco e promoção da qualidade.

## 2.2 - MODELOS EXPLICATIVOS

O conceito de Qualidade em Saúde, apesar do seu caráter de enorme pertinência e transversalidade, ainda é encarado como um desafio para os intervenientes nos sistemas de saúde, pela falta de uma definição consensual (Amaral, 2014).

Desde meados do século XX que foram realizados inúmeros estudos sobre esta temática.

O primeiro método de garantia de qualidade assistencial em saúde - *Quality Assurance* - foi desenvolvido nos EUA no início do século XX. No entanto, somente depois dos estudos pioneiros de Donabedian, nos quais assinala a importância da complexidade da realidade dos sistemas de saúde e defende a avaliação de outros dados e indicadores para além dos resultados, nomeadamente a estrutura e os processos. Desta forma, indicou que todos os recursos, contextos e interações entre intervenientes podem ditar variações nos resultados.

Donabedian desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade que integra indicadores de estrutura (componentes da organização como recursos humanos e materiais, formação, organização do sistema e ambiente de trabalho), de processo (desenvolvimento da atividade assistencial, clínica e de etapas pré-definidas) e de resultado (indicadores de saúde, ganhos em saúde, satisfação). Este modelo considera

que os três elementos têm uma relação dinâmica e interativa, pelo que uma dificuldade num deles, poderá ter implicações nos outros, transformando todo o sistema (Donabedian, 2005; Sousa, Pinto, Costa, & Uva, 2008; Serapioni, 2009; Amaral, 2014).

Tendo em conta esta indissociabilidade sistémica, valorizada pelo modelo de avaliação da qualidade de Donabedian, a SD assume uma complexidade que importa compreender, quando o objetivo é a promoção de cuidados de saúde de qualidade (Castilho, 2014).

A abordagem tradicional assumia (ao contrário do que acontece hoje) que os profissionais bem treinados e experientes (peritos) não cometiam erros (incompetência), utilizando o castigo e a punição como algo apropriado e eficaz para a motivação do indivíduo e manutenção da atenção durante o trabalho. Esta postura tem um efeito tóxico nas organizações e equipas, criando uma cultura de medo, culpa e, desta forma, os profissionais escondem as suas falhas, comprometendo não só a qualidade assistencial como a necessária melhoria contínua (Emanuel *et al.*, 2008).

A noção de que os erros resultam de erros latentes do sistema, foi explorada por James Reason (1990). Para o autor, o conjunto dos defeitos de um sistema ou organização (falhas latentes), podem redundar em erros provocados pelos profissionais de saúde (falhas ativas), pelo que puni-los (abordagem individual do erro) seria totalmente desadequado e não traria qualquer contributo para o sistema, uma vez que as causas do erro continuariam a existir (Reason, 1990).

O conceito de multicamadas de Reason (“queijo suíço”), explica que a ocorrência do erro está dependente de falhas progressivas e alinhadas, em cada uma das barreiras e mecanismos de defesa do sistema (Reason, 2000; Castilho, 2014). Desta forma, o sistema “perfeito” e seguro, resulta num desenho dinâmico e com vários níveis de processos, onde a segurança é um objetivo constante e permanente (projeto de alta confiabilidade) e existe uma forte resiliência para minimizar imprevistos. Logo, quanto maior a interação entre os diferentes circuitos, menor a imponderabilidade, dotando o sistema de maior robustez na prevenção de incidentes (Emanuel *et al.*, 2008).

O aumento complexidade de um sistema (por natureza interativo), leva a maior risco de caos (EAs vão acontecer), logo a resiliência de um projeto (sistema) passa pela sua construção/estrutura mas igualmente por uma evolução baseada na prevenção de falhas e análise constante de pontos de melhoria (Hollnagel, Woods, & Leveson, 2006). O dinamismo de um sistema de segurança tem lugar pela evolução imprimida sempre que algo não previsto acontece. Neste sentido, o esforço de melhoria compreende a

busca de explicações e cada evento ou incidente, tem uma história, produz conhecimento, gera ajustes e cria mais segurança (Reason, 2000; James, 2013).

A noção de que os EAs podem conter informação vital não é nova, pelo que se tornou clara a urgência da partilha e troca de conhecimentos. Quanto mais informação se conseguir sobre o erro/erros (através da notificação ou de auditorias), melhores conclusões se podem retirar e novos padrões poderão estabelecidos. Estas noções foram inicialmente estabelecidas pela indústria aeronáutica e assumiram uma importância extrema, quando aplicadas aos sistemas de saúde (Sexton, Thomas, & Helmreich, 2000).

A SD deve focar-se na complexidade de todo o sistema e na imprevisibilidade de cada uma das suas partes (microssistema). Em simultâneo, reconhece que através de um mecanismo de causa efeito, as alterações que cada microssistema pode conter, poderão influenciar e ser influenciadas por outro microssistema. Desta forma, algum imprevisto poderá ter lugar (Emanuel *et al.*, 2008; National Patient Safety Foundation, 2015).

Compreensivelmente, a evolução da SD baseia-se no conhecimento que resulta da análise dos resultados da aplicação do sistema. Isto acontece porque, tendo em conta a natureza dos cuidados, seria impraticável e imoral, aplicar ou repetir testes ou condições (método clínico/testes randomizados). Desta forma, aplica outros métodos e técnicas que derivam do método científico, nomeadamente o retrospectivo e o prospetivo. O método retrospectivo (*Root Cause Analysis*) compreende a análise e o entendimento de uma situação ou acontecimento e, passa pela revisão de registos, entrevistas, identificação de causas e reorganização do sistema tornando-o mais seguro no futuro (Croteau, 2010). Antagonicamente, o método prospetivo (*Failure Modes and Effects Analysis*) é uma tentativa de antecipar e prever EA, projetando o sistema como um produto (e o seu desenvolvimento), procurando potenciais falhas e os seus efeitos. Este método pode igualmente apoiar-se nos conhecimentos já existentes e é usado para uma avaliação cabal da complexidade de um sistema (e de cada um dos seus microssistemas) (Emanuel *et al.*, 2008).

Atualmente, o modelo *Root Cause Analysis* evoluiu para *Root Cause Analysis e Actions*, associando ao processo a identificação das ações para eliminar ou controlar os perigos ou vulnerabilidades identificados no sistema/organização (National Patient Safety Foundation, 2015). Esta ferramenta de definição de procedimentos/ações, apoiará a identificação de ações fortes que promovam a efetividade e a melhoria sustentada do sistema (National Academies of Sciences, 2015).

A SD procura identificar as características da SD, estabelecendo um duplo sentido de ciência/método e objeto de estudo, pelo que se apoia em disciplinas como psicologia cognitiva, nos fatores humanos e nos métodos organizacionais, para conseguir a alta confiabilidade em condições de risco (Emanuel *et al.*, 2008; National Patient Safety Foundation, 2015).

Nos sistemas de saúde, o foco na pessoa e a interação constante com a doença, aumentam a existência de potenciais armadilhas e a probabilidade de ocorrência de erros. Neste sentido, foram sendo desenvolvidas cada vez mais barreiras/camadas, mais complexas, pelo que atualmente, a ocorrência de EA resulta normalmente da quebra de várias delas (Reason, 2000).

Os profissionais de saúde e os decisores de políticas de saúde assumem uma preponderância nesta capacitação do sistema, seja pelo desenvolvimento de práticas restritivas, condutoras e com resultados expeáveis, ou guias de atuação mais tolerantes e adaptáveis perante a imprevisibilidade de um acontecimento ou situação (Emanuel *et al.*, 2008; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015; National Academies of Sciences, 2015).

A multiplicidade de métodos adotados pela SD produz melhorias que vão para além da simples transmissão de conhecimentos ou aquisição de competências ou capacidades. Apesar da quantidade de conhecimentos poder ultrapassar a capacidade de gestão individual da informação, espera-se que a evolução se torne efetiva pela implementação das competências necessárias em cada local e momento de prestação, construindo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente através do desenvolvimento da cultura de segurança (Deming, 1986; Emanuel *et al.*, 2008; Zilberberg, 2011; National Patient Safety Foundation, 2015).

### 2.3 - CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

O erro está entre as causas de morte nos hospitais (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999). Nos Estados Unidos da América ocorrem cerca de 440.000 mortes por ano devido a causas evitáveis, pelo que esta epidemia do dano tem de ser encarada de forma séria (James, 2013).

As transformações de entendimento sobre a SD, reforçaram nos profissionais de saúde o imperativo ético da não maleficência “*Above all, do not harm*” (acima de tudo, sem causar dano) (Hendon, 2013). Segundo a OMS, é uma séria questão de saúde pública a nível global e são hoje claramente reconhecidas as dimensões da segurança e da qualidade na assistência em saúde. Assim, a SD deverá ser um atributo de qualquer

sistema de saúde, capacitando-o para a minimização da incidência, o impacto e a recuperação de/dos EA (Emanuel *et al.*, 2008; Lage, 2010; Castilho, 2014).

De acordo com a OMS em cada 100 doentes internados, entre 7 a 10 desenvolvem algum tipo de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) (OMS, 2015).

Anualmente estima-se que são realizadas em todo o mundo, cerca de 234 milhões de cirurgias. Mais de 50% dos erros associados a processos cirúrgicos poderiam ser evitados. No entanto e apesar do elevado risco, os erros cirúrgicos continuam a ter um enorme significado (OMS, 2015).

Vários estudos internacionais dos últimos anos, apontam para taxas de incidência de EA em doentes internados entre 2,9% e 16,9%, onde cerca de 50% resultam de falhas evitáveis, ou seja que podiam não acontecer. Estes resultados demonstram que existe claramente um problema global, que produz um enorme impacto na saúde das pessoas e que origina custos sociais e financeiros elevadíssimos (Castilho, 2014). Estima-se que cerca de 20 a 40% dos gastos em cuidados de saúde são desperdiçados pela fraca qualidade dos cuidados que resulta da pobre cultura de segurança (OMS, 2015).

Esta consciencialização provocou um imperativo de desenvolvimento de políticas de segurança, numa tentativa de tornar os contextos de trabalho mais seguros para todos os intervenientes (Donaldson, 2000; Fragata, 2012). Um bom exemplo são as recomendações da *National Patient Safety Agency* elaboradas inicialmente em 2004, após o relatório “*An Organization with Memory*” e conhecidas como os “sete passos para a SD”: 1.º Construir uma cultura de segurança; 2.ª Liderar e apoiar os profissionais; 3.º Gerir o risco de forma integrada; 4.º Incentivar e promover a notificação; 5.º Envolver e comunicar com os doentes e público. 6.º Aprender e partilhar as aprendizagens de segurança; 7.º aplicar uma solução para a prevenção de danos (Donaldson, 2000; National Patient Safety Agency, 2004; National Patient Safety Agency, 2015).

Cada profissional de saúde deverá ser um praticante ativo da SD, reconhecendo-se a necessidade de incluir esta temática como parte de qualquer percurso formativo base em saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Este ensino deverá ser ainda mais incisivo em percursos académicos e profissionais diretamente associados ao tema, nomeadamente em mestrados em saúde (inc. Especialidades em Enfermagem), colaboradores institucionais e gestores responsáveis dos gabinetes de SD (e Qualidade) e todos os profissionais responsáveis (coordenação, gestão intermédia, etc.) em cada local de prestação de cuidados (Emanuel *et al.*, 2008; Lage, 2010).

Apesar da especialização que emerge com a disciplina, cabe aos líderes em cada local, serviço, organização, sistema e profissão, nomeadamente a OE, o compromisso do

controlo operacional, definição de estratégia, metas e toda a regulação necessárias tendo em vista a relação da SD com a Qualidade em Saúde.

Cada local de prestação de cuidados de saúde é um sistema complexo e instável, que exige uma capacidade robusta e contínua de adaptação às diversas patologias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Realçar ainda que todos os aspetos humanos, técnicos e organizacionais que resultam das interações em saúde, obrigam a um esforço e uma abordagem organizada, global e efetiva da gestão do risco (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A cultura de um sistema ou organização é o produto das dinâmicas de valores individuais e de grupo, competências e atitudes. No caso das instituições de saúde, a cultura de segurança traduz-se pelo resultado dessas dinâmicas organizacionais, no desenvolvimento e compromisso com os comportamentos de segurança definidos, e recomendados e, os padrões de qualidade profissional previstos (OMS, 2009; DGS, 2015b). Neste sentido, assenta num ambiente de confiança, claro, definido e livre de culpa, no qual cada interveniente conhece os objetivos da organização, o seu papel dentro da dinâmica institucional e tem o incentivo contínuo de disponibilidade e melhoria, de forma a minimizar os danos para o doente, resultantes da prestação de cuidados (Donaldson, 2000; Fragata, 2012; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

O risco e a segurança serão sempre dois lados da mesma moeda terapêutica. Os EAs podem ter lugar em qualquer lugar do sistema ou organização de saúde, pelo que é na interação profissional de saúde – doente (microsistema), na prestação efetiva de cuidados, que existem falhas de segurança e o eventual dano (Emanuel *et al.*, 2008; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Os fatores humanos são inseparáveis da possibilidade de erro, designadamente se o trabalhador atua em ambientes complexos e imprevisíveis (*e.g.* hospital), como é o caso do enfermeiro (Castilho, 2014). Neste sentido, incentiva-se ao profissional de enfermagem, uma conduta de vigilância, atenção, observação e análise, devidamente alicerçadas em conhecimento específico sobre EA e formas de evitar ou minimizar o risco terapêutico dos cuidados. Estas competências em SD, desenvolvem-se com a experiência, evidência e capacidade para o reconhecimento ativo de situações dúbias, pouco claras ou anormais. Um profissional que reconhece a cultura de segurança como um compromisso ético e deontológico, compreende que os sistemas de saúde estão cheios de potenciais armadilhas, fundamenta-se na temática da SD e foca-se de forma vigilante, na previsão, minimização e resolução de falhas (Emanuel *et al.*, 2008; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

No último relatório do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, foi avaliado o grau de adesão dos hospitais públicos à recomendação do Conselho da União Europeia sobre a SD (União Europeia, 2009), constatando-se que existem dificuldades na medição, monitorização e comparação dos diferentes indicadores relacionados com a SD (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015).

Em Portugal, a notificação de EA teve fundamento em 2013, através do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (DGS, 2011). Atualmente, o sistema designa-se de Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, comumente conhecido como NOTIFIQ@. Esta plataforma está disponível *online*, permitindo a recolha anónima da informação caracterizadora de incidentes nas organizações de saúde, com a garantia de confidencialidade e de forma, totalmente livre e voluntária dos profissionais de saúde e cidadãos. Implementa-se, “com vista ao desenvolvimento de uma análise causal e à tomada de medidas corretoras sistémicas para evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial” se repitam” (DGS, 2015c).

Consequentemente, a DGS, através do Departamento da Qualidade na Saúde, recomendou que “todas as Unidades do Sistema de Saúde devem possuir uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente” (DGS, 2014a).

Apesar de toda a legislação e recomendações, importa referir a não existência de interoperabilidade entre sistemas de notificação local e nacional de EAs, bem como pouca confiança no sistema ao nível da confidencialidade, não punibilidade no procedimento e consequências da notificação (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015). Estas conclusões, evidenciam pontos de dificuldade e minimizam o potencial do NOTIFIQ@. A própria DGS assume que o sistema está “longe de refletir a realidade nacional” (DGS, 2014b).

Em 2013, foram notificados apenas 244 incidentes (DGS, 2014b). Nos primeiros nove meses do ano de 2015, o sistema recebeu 1396 notificações por parte dos profissionais de saúde e 134 notificações feitas pelos cidadãos (DGS, 2015d). Estes números contrastam com os mais de 870.000 incidentes reportados na Inglaterra (NHS) nos primeiros seis meses de 2015 e demonstram a enorme margem de potencial para melhoria no sistema nacional de saúde em termos de cultura de segurança e qualidade dos cuidados de saúde (NHS, 2015).

A Escola Nacional de Saúde Pública, aponta que em 11,1% das admissões hospitalares em Portugal, existiu ou ocorreu um EA (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011). A OMS aponta que mesmo nos países mais desenvolvidos, 1 em cada 10 doentes pode

sofrer algum tipo de dano durante o período de prestação de cuidados de saúde (OMS, 2015).

Os resultados de estudos retrospectivos sobre a ocorrência, tipologia e consequências dos EA podem ser influenciados pela qualidade dos registos, formação e experiência do profissional de saúde. Mesmo assim, este esforço de explicação do problema, amplificam a inevitabilidade do EA e suas consequências, ajudando a compreender fenómenos, ainda que não em tempo real (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011; Castilho, 2014).

Existe evidência que demonstra que “o risco de ocorrerem incidentes aumenta dez vezes nas instituições” que descumram ou negligenciam “o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

O desenvolvimento da cultura de segurança emerge assim, como resposta à alta prevalência de EA evitáveis. Apenas com o esforço concentrado e consciente de todos os profissionais de saúde, resultará a minimização da extensão e impacto dos EA não expectáveis e que não se podem evitar, criando sistemas bem projetados e profissionais motivados, informados, conscientes e vigilantes (Emanuel *et al.*, 2008).

Apesar disso, muitos dos agentes do sistema continuam a não ter uma clara definição ou modelo de entendimento do tema (Institute of Medicine, 2010). Tornou-se cada vez mais claro, que a SD tem o potencial de revolucionar radicalmente os cuidados de saúde, no entanto continuam a existir inúmeros desafios na implementação de políticas, medidas e programas com foco ativo na segurança.

Sabemos que medidas relativamente simples como a higiene das mãos podem reduzir a incidência de IACS em mais de 50% (OMS, 2015). No entanto, não basta definir o caminho, é necessário que em cada serviço e instituição exista um compromisso claro com a SD, adotando um modelo definido e objetivos claros e conhecidos por todos. O foco da SD será sempre cada microssistema, pelo que é essencial um projeto de alta confiabilidade, rigor e análise, utilizando os vários métodos e ciências aplicáveis, com vista a criar um esforço contínuo e o mais alargado possível, de melhoria contínua e, conseqüentemente a cada vez mais imprescindível, cultura de segurança (Donabedian, 2003).

Para Leprohon (2001), o envolvimento de todos é imprescindível para garantir o êxito, pois a qualidade em saúde será sempre uma construção coletiva e que resulta do esforço, contributo e competência de cada um (Amaral, 2014).

## 2.4 - SEGURANÇA DO DOENTE NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Cada profissional de saúde tem uma responsabilidade na SD que cruza necessariamente com a sua área de atuação. De todos, o Enfermeiro é indubitavelmente aquele cujos referenciais mais refletem esse dever.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro define-o como o profissional que presta “...cuidados de enfermagem ao ser humano são ou dependente...” tendo em vista a manutenção, melhoria e recuperação da saúde, ajudando assim cada pessoa a “atingir a sua máxima capacidade funcional” no mais curto período de tempo (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996; OE, 2015a).

Segundo o Código Deontológico, o “dever do Enfermeiro em exercer a profissão” com os “...adequados conhecimentos científicos e técnicos” está associado ao “direito dos doentes e suas famílias a alcançarem o maior nível possível de saúde e bem-estar...”, no menor período de tempo e “...através dos processos e metodologias mais recentes, eficientes e eficazes, com o menor sofrimento e a melhor qualidade de vida” (OE, 2015b).

O papel do Enfermeiro no sistema de saúde é transversal a todos os níveis de prestação de cuidados, organizacionais e de gestão, o que apoiado nos conhecimentos e competências, resulta numa relação privilegiada com todos os intervenientes em cada organização. Este facto destaca a importância dos enfermeiros na adequação terapêutica, prevenção e resolução de problemas decorrentes da prestação de cuidados de saúde (ICN, 2015). Em simultâneo, o Enfermeiro cuida de cada pessoa/doente, mantendo a integridade do sistema de saúde e a sua própria segurança, participando objetivamente no esforço multiprofissional de obtenção da qualidade em saúde (OE, 2001).

Poderemos evidenciar que o Enfermeiro é na sua essência o profissional de saúde mais focado na SD e na qualidade dos cuidados, e existem cada vez mais estudos que salientam esta ligação entre cuidados de enfermagem e SD (IOM, 2004; ICN, 2015).

Se pensarmos que a maioria dos cuidados de saúde são prestados por enfermeiros, compreendemos a relação privilegiada e preponderante deste profissional de saúde, nos resultados das organizações e, globalmente, do sistema de saúde (National Patient Safety Agency, 2015).

A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem envolve os serviços prestados, ou seja, os processos e as atividades de enfermagem (Amaral, 2014). No entanto, importa assinalar que maioritariamente o foco de avaliação é o impacto dos cuidados

de enfermagem na saúde dos doentes ao invés dos processos desenvolvidos (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998). Neste sentido, o modelo de efetividade dos cuidados de enfermagem demonstra os diferentes papéis do enfermeiro numa organização de saúde (estrutura), o seu contributo real nos cuidados de saúde (processo) e a relação com os resultados alcançados pelo doente (Irvine, Sidani, Keatings, & Doidged, 2002).

Os enfermeiros desenvolvem intervenções com vista à SD, promovendo autonomia, fortalecendo capacidades e desta forma, minimizam claramente os riscos decorrentes do processo de doença ou dependências das pessoas. Inúmeros estudos têm realçado a relação entre a prática de enfermagem e a SD, evidenciando a importância de melhorar esta ligação tendo em conta a qualidade em saúde.

Doran *et al.* (2001), apontam cinco categorias de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem: prevenção de complicações; segurança ou ausência de lesão; infeção; complicações decorrentes da imobilidade; e distúrbios hídricos (Amaral, 2014). É pois claro que os enfermeiros serão a última barreira na prevenção de incidentes de segurança (Benner, Malloch, & Sheets, 2010).

O potencial de risco é valorizado pelos enfermeiros no seu dia-a-dia, na sua prática clínica (Amaral, 2014). A pressão económica internacional (e nacional) tem colocado regras em todos os domínios. Simultaneamente, o conceito de eficiência (fazer mais com menos) em saúde poderá significar mais risco e compromisso da qualidade, implicando mais custos para o doente e sistema de saúde (Donabedian, 2003). De realçar que a contratação de enfermeiros na Europa tem sido cada vez menor, mesmo tendo em conta a evidência custo-efetivo do aumento do número de enfermeiros nos serviços (Ausserhofer *et al.*, 2014; ICN, 2015).

Em 1997, atribuíam-se que a maior valorização e autonomia dos enfermeiros, resultava em menos complicações e menor mortalidade (Aiken, Sochalski, & Lake, 1997). Em 1998, os erros de medicação, as quedas dos doentes, as úlceras por pressão e as IACS eram considerados indicadores negativos da qualidade (Reed, Blegen, & Goode, 1998).

A administração segura de medicação depende não só do conhecimento e capacidade do enfermeiro, mas também de variáveis organizacionais como a sobrecarga de trabalho ou as dotações (Irvine, Sidani, & Hall, 1998).

A relação entre características organizacionais (estrutura) nomeadamente ambiente de trabalho, dotações de pessoal e formação dos profissionais, com a qualidade e SD, tem evidenciado que não conseguindo fazer tudo, os enfermeiros priorizam prioridades, hierarquizam intervenções e omitem cuidados (Amaral, 2014; Ausserhofer *et al.*, 2014).



Em 2013, 20% dos 244 incidentes notificados em Portugal representavam quedas (DGS, 2014b). Este valor está em consonância com outros estudos anteriores, reforçando a noção de que este tipo de episódios, é o mais frequente em ambiente de prestação de cuidados (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011).

Numa cultura onde a responsabilização profissional assume cada vez maior destaque, a qualidade assistencial e clínica dos enfermeiros tem sido valorizada principalmente pela ausência de complicações durante o período de internamento ou decorrente da prestação de cuidados. Como enfermeiros, compreendemos a nossa influência nos compromissos com os doentes/família, nos resultados, na gestão dos riscos, na advocacia e transversalmente em todos os níveis de cuidados. Neste sentido, o conceito de efetividade dos cuidados de saúde é claramente o foco numa estratégia de qualidade e de SD (Doran *et al.*, 2001; Doran, 2011).

Faltam, no entanto estudos em Portugal sobre a influência dos cuidados de enfermagem nos resultados dos doentes, e que permitiriam dar maior suporte e conhecimento às estruturas de gestão das organizações de saúde e responsáveis políticos, para a tomada de decisão estratégica e organizacional (Amaral, 2014).



### 3 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E A SEGURANÇA DO DOENTE

O risco de ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está estreitamente ligada ao nível de cultura de segurança e de organização existente nas instituições de saúde, aumentando dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Apesar de SD ser um conceito de responsabilidade transversal a todos os profissionais de saúde, a profissão de enfermagem detém um papel central na cultura de segurança e no desenvolvimento de cuidados seguros. Cabe aos enfermeiros a gestão do ambiente de cuidados e dos seus múltiplos fatores, garantindo uma proximidade e relação terapêutica, ao mesmo tempo que asseguram a minimização dos perigos (Benner *et al.*, 2002; Castilho, 2014).

Os diversos quadros teóricos validam a relação entre os aspetos organizacionais (estrutura), as ações e intervenções de enfermagem (processo) e os efeitos para os doentes, enfermeiros e organizações (resultados) (Amaral, 2014).

Quando os enfermeiros experimentam SP a produtividade e motivação aumentam e o desempenho profissional global melhora (Baumann, 2007). Mediante o tipo de trabalho desenvolvido, o enfermeiro poderá ter melhores condições físicas e mentais, e assim, quando experimenta uma maior SP, garante a imprescindível qualidade na prestação de cuidados à pessoa (Rodrigues, 2011).

Estudos recentes demonstraram que à medida que a motivação e a SP aumentam, as taxas de infeção, de ocorrência de quedas e de úlceras por pressão diminuem substancialmente, provocando um aumento na qualidade de cuidados de enfermagem (Dunton, Boyle, & Cramer, 2013).

O setor da saúde tem sofrido um desinvestimento nos últimos anos, o que tem originado uma deterioração das condições de trabalho, com claras evidências do impacto negativo das opções políticas, nos sistemas de saúde de muitos países, em especial no desempenho das organizações de saúde e diretamente nos indicadores de qualidade (ICN, 2014; ICN, 2015).

Aspetos de crucial importância como o ambiente de trabalho e a sua relação condicionante da prática de cuidados têm sido desvalorizados. Ambientes de trabalho

positivos, dotados de medidas para assegurar o bem-estar e segurança dos funcionários, melhoram a motivação e apoiam cuidados de qualidade (Baumann, 2007). Pelo contrário, a baixa motivação impossibilita a aprendizagem com os erros, criando uma barreira à aprendizagem e à (re)ocorrência de EA (Emanuel *et al.*, 2008)

Em 1997, considerava-se que a maior valorização e autonomia dos enfermeiros, resultava em menos complicações e menor mortalidade (Aiken, Sochalski, & Lake, 1997). A *American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care*, evidencia uma correlação entre os resultados (*outcomes*) dos doentes e a estrutura organizacional (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998). Vários estudos concluíram que o ambiente de trabalho saudável, condicionava positivamente a SP dos enfermeiros, reduzia a intenção de rotatividade ou *turnover* e melhorava os indicadores (Ayamolowo, Omolola, & Mayowa, 2013; Jesus, Pinto, Fronteira, & Mendes, 2014). Aiken *et al.*, (2011) demonstrou que bons ambientes de trabalho para enfermeiros estavam relacionados com taxas mais baixas de enfarte agudo de miocárdio, insuficiência cardíaca e pneumonia.

A redução na SP pode estar claramente relacionada com níveis elevados de cuidados omissos, ou seja, cuidados que efetivamente não são prestados, podendo haver compromisso da SD em aspetos fundamentais como erros na medicação, ocorrência de quedas dos doentes, úlceras por pressão e IACS (Ausserhofer *et al.*, 2014).

Para o *Internacional Council of Nurses*, o clima organizacional está intimamente alinhado com a SP, cultura e SD. Deste modo, indica que eventuais mudanças positivas no ambiente de trabalho resultam em níveis mais reduzidos de *turnover*, mais trabalho de equipa, traduzindo-se no aumento da continuidade dos cuidados e na melhoria dos resultados dos doentes (ICN, 2014; ICN, 2015).

A insatisfação no trabalho tem aumentado devido ao aumento da carga de trabalho e diminuição de recursos humanos, existindo evidência preocupante, das consequências para os doentes (Aiken, Douglas, Van den Heed, & Sermeus, 2013). Intervenções como: falar com os doentes; desenvolver planos de trabalho/cuidados de enfermagem; prestar apoio emocional e psicológico; avaliar doentes recém-admitidos; documentar os cuidados prestados; posicionar; e avaliar a eficácia dos medicamentos, são inevitavelmente as primeiras a ficar em causa. O simples facto de ter de priorizar intervenções e eventualmente omitir alguma, cria situações de conflito moral e profissional, aumentando a insatisfação profissional, o *stress* e a vontade de abandonar a organização (Ausserhofer *et al.*, 2014).

Wood (2013), referindo-se aos estudos de Aiken, assinalou que cada doente a mais por enfermeiro, está associado a um aumento entre a 6 a 9% na probabilidade de reinternamento nos 30 dias seguintes (Aiken *et al.*, 2011).

A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros pode provocar tempos de reação mais lentos, erros de medicação, menor estado de alerta e capacidade de avaliação perante alterações na situação clínica do doente, maior taxa de IACS, maior incidência de úlceras por pressão e potenciais EA para o doente, o que possivelmente comprometerá a qualidade dos cuidados prestados (ICN, 2009).

A OE assinalou, em comunicado, o enorme nível de insatisfação dos enfermeiros com a progressão na carreira e com o nível salarial (OE, 2014). Esta posição assume uma validação clara com estudos recentes, que assinalam que, em Portugal, a ausência de oportunidades de carreira e os aspetos organizacionais, assumem enorme importância na intenção de abandonar o país (Leone *et al.*, 2015).

De acordo com o ICN, a solução passará pela promoção do desenvolvimento de ambientes de prática de cuidados seguros e de qualidade, sistemas de recompensa justos, com oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional (ICN, 2014; ICN, 2015).

No contexto português, a definição de uma carreira motivadora, clarificadora, que estimule o crescimento pessoal e profissional, traduzir-se-ia em sentimento de pertença, vontade em permanecer no país e SP, ou seja, contributos claramente determinantes para a qualidade dos cuidados e a SD (Leone *et al.*, 2015).

Definir o valor de um bem ou serviço, obriga a um esforço de perceção do seu real custo, significado e oferta. O valor da enfermagem depende do que ambicionamos para o sistema de saúde. A redução de custos pode indiretamente provocar novos focos de despesa se não forem acauteladas a qualidade de cuidados e a SD, pelo que aspetos organizacionais, estruturais e verdadeiras reformas em saúde, necessitam de um compromisso claro de todos os agentes (Amaral, 2014). A passagem e os resultados de um doente em cada momento de prestação de cuidados e internamento, sofrem influência dos cuidados de enfermagem, pelo que devemos acreditar que estes são mais importantes na variabilidade associada aos diagnósticos, do que aquilo que se imagina (Patterson, 1992; Dall, Chen, Seifert, Maddox, & Hogan, 2009).

A cultura organizacional das instituições de saúde está associada à perceção dos enfermeiros, implicando por isso atenção e competência por partes dos gestores na construção e implementação de estratégias (Bogaert, Clarke, Willems, & Mondelaers, 2013).

Em Portugal, e apesar do contexto económico adverso, existem medidas *low-cost* que se devidamente aplicadas pelos decisores políticos (e administrações), teriam um impacto significativo em cada enfermeiro, na profissão, nas organizações de saúde e transversalmente no país, minimizando a carga de trabalho, melhorando a SP e consequentemente, potenciando a SD e a qualidade dos cuidados, no sistema de saúde português (Leone *et al.*, 2015).

## PARTE DOIS - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

O enquadramento metodológico e as técnicas de investigação, facultam-nos em cada momento, o conhecimento essencial para escolher a metodologia mais indicada e mais adequada à situação de investigação (Duarte, 2013).

Neste sentido, depois de construído o referencial teórico e enquadrador, importa definir uma linha de investigação, uma estrutura capaz de delimitar a ação do investigador e apoiá-lo na concretização dos seus objetivos.

Assim, iniciamos esta parte do trabalho, destinada à apresentação da investigação empírica, com um capítulo onde descrevemos a metodologia que sustentou ao desenvolvimento da investigação. Apresentamos em seguida a análise e a discussão dos resultados, terminando com uma conclusão onde se sintetizam os principais contributos deste trabalho, bem como as suas limitações.



## 4 - METODOLOGIA

É o processo seguido para realizar a investigação e o caminho para se atingirem os objetivos (Duarte, 2013).

### 4.1 - TIPO DE ESTUDO

No sentido de dar resposta às questões formuladas e de acordo com os objetivos definidos, desenhou-se um estudo de abordagem quantitativa e com carácter descritivo e correlacional.

Escolheu-se o método quantitativo por considerarmos ser o método que mais se adequa à compreensão do fenómeno. No método quantitativo, “(...) estratégias como o controlo, os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados válidos, isto é assegurar uma representação da realidade, de modo a que os dados sejam generalizáveis a outras populações” (Reidy & Mercier, 2003).

Descritivo, pois visa especificar as propriedades importantes dos grupos e fenómenos em análise e simultaneamente, permite avaliar diversos aspetos, dimensões e componentes dos fenómenos a investigar (Vilelas, 2009).

Correlacional, uma vez que tem como objetivo examinar as relações entre as variáveis. Um estudo do tipo correlacional subentende que o fenómeno já foi identificado e descrito, pressupõe ir para além disso, explorando as relações entre essas variáveis, estabelecendo relações mais definitivas entre elas através da verificação de hipóteses de associação ou de modelos teóricos, de forma a compreender melhor um fenómeno ou a iniciar uma explicação do que se passa numa determinada situação (Fortin & Ducharme, 2003). Num estudo do tipo descritivo correlacional, o investigador explora e estabelece a existência de relações entre variáveis com o intuito de descrever essas relações. Tem, pois, como propósito a descoberta de fatores ligados ao fenómeno em estudo (Fortin & Ducharme, 2003).

### 4.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação são “guias que orientam o tipo de informação necessária”, a forma como a recolha de informação deve ser construída. Estas definem a “abrangência do *corpus* de dados para a resolução de um problema” e focam o

investigador para a orientação certa (Souza & Souza, 2011). Desta forma, da problematização do estudo surgiram duas questões:

- 1) **A SP dos enfermeiros e os EAAPE estão relacionados com as variáveis socioprofissionais?**
- 2) **Existe relação entre a SP dos enfermeiros e os EAAPE?**

#### 4.3 - OBJETIVOS DO ESTUDO

Um objetivo é o enunciado declarativo que evidencia as variáveis utilizadas, a população e o assunto da investigação (Fortin, 2009). O objetivo de investigação determina o que o investigador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa (Almeida & Pinto, 1995).

**Objetivo geral:** Analisar a relação entre SP dos enfermeiros e os EAAPE.

**Objetivos específicos:**

- Caracterizar o nível de SP dos enfermeiros;
- Caracterizar a perceção da ocorrência de EA, numa perspetiva de processo (práticas enfermagem) e numa perspetiva de resultados (risco e ocorrência de EA);
- Analisar em que medida as características socioprofissionais estão associadas com a SP dos enfermeiros;
- Analisar em que medida as características socioprofissionais estão associadas com os EAAPE.

#### 4.4 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Partindo do problema de investigação, a hipótese de investigação é a resposta temporária e provisória, que o investigador se propõe verificar (Vilelas, 2009).

**H1 - Existe relação entre a SP e algumas variáveis socioprofissionais dos enfermeiros:**

- H1.A - Existe diferença na SP em função da **categoria profissional** dos enfermeiros;
- H1.B - Existe diferença na SP em função do **tipo de relação laboral** dos enfermeiros;



H1.C - Existe diferença na SP em função da **carga horária semanal** dos enfermeiros;

H1.D - Existe diferença na SP em função do **número de dias folga/semana** dos enfermeiros;

H1.E - Existe relação entre a SP e o **tempo exercício profissional** dos enfermeiros;

## **H2 - Existe relação entre os EAAPE e algumas variáveis socioprofissionais dos enfermeiros:**

H2.A - Existe diferença nos EAAPE em função da **categoria profissional** dos enfermeiros;

H2.B - Existe diferença nos EAAPE em função do **tipo de relação laboral** dos enfermeiros;

H2.C - Existe diferença nos EAAPE em função da **carga horária semanal** dos enfermeiros;

H2.D - Existe diferença nos EAAPE em função do **número de dias folga/semana** dos enfermeiros;

H2.E - Existe relação entre os EAAPE e o **tempo exercício profissional** dos enfermeiros;

## **H3 - Existe relação entre a SP e os EAAPE.**

### 4.5 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

Uma variável é necessariamente, uma característica de um fenómeno em estudo, da realidade e á qual é suscetível de se atribuírem diversos valores

A essência da investigação é compreender os motivos da variabilidade e da influência de uma variável numa outra variável. A estrutura da fundamentação teórica de uma investigação desenrola-se assim necessariamente em torno das variáveis e de um relacionamento coerente e lógico das mesmas (Vilelas, 2009; Lakatos & Marconi, 2010).

Consideraram-se para este estudo duas variáveis dependentes: Satisfação Profissional e os Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem.

A SP é um conceito multidimensional, avaliado através de uma escala desenvolvida por Ferreira & Loureiro (2012), composta por 25 itens agrupados em 6 dimensões (Quadro 1). Os itens são validados numa escala tipo Likert de cinco pontos, com as âncoras: “*discordo em absoluto*”, “*discordo em parte*”, “*não discordo nem concordo*”, “*concordo*”

em parte” e “concordo em absoluto”. Esta escala será devidamente explanada no capítulo 4.7 (página 69).

Na avaliação dos EA utilizou-se a escala denominada EAAPE (Castilho, 2014), estruturada em duas subescalas que permitem avaliar a perspetiva de práticas de enfermagem e de resultado (EA) (Quadro 1).

A versão da subescala de práticas de enfermagem, usada no presente estudo, permite avaliar a frequência com que se realizam práticas preventivas dos EA e a frequência com que ocorrem falhas nos processos de preparação, administração e vigilância de medicação. É composta por 40 itens agrupados em 10 dimensões de práticas. A subescala de eventos adversos, constituída por 14 itens, avalia o resultado relativo ao risco/ocorrência de eventos adversos, agrupados em 6 dimensões. Inclui ainda dois itens que avaliam a perceção geral sobre o compromisso na segurança do doente e a evitabilidade dos eventos adversos.

Todos os itens são validados numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, com as seguintes âncoras: “nunca”, “raramente”, “algumas vezes”, “frequentemente” e “sempre”. A escala EAAPE será devidamente descrita no capítulo 4.7 (página 69).

**Quadro 1 - Dimensões das Variáveis Dependentes**

Variáveis Dependentes:	Dimensões:
<b>Satisfação Profissional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfação no relacionamento com o chefe;</li> <li>- Satisfação com benefícios e recompensas;</li> <li>- Satisfação com as promoções;</li> <li>- Satisfação com contexto de trabalho;</li> <li>- Satisfação com a comunicação;</li> <li>- Satisfação no relacionamento com a equipa.</li> </ul>
<b>EAAPE (Práticas de Enfermagem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilância;</li> <li>- Advocacia;</li> <li>- Prevenção de quedas;</li> <li>- Prevenção de úlceras;</li> <li>- Falhas na preparação da medicação;</li> <li>- Falhas na administração de medicação;</li> <li>- Falhas na vigilância da medicação;</li> <li>- Higienização das mãos;</li> <li>- Cuidados com equipamentos de proteção individual;</li> <li>- Higiene ambiental;</li> </ul>
<b>EAAPE (Eventos Adversos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agravamento do estado do doente;</li> <li>- Risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados;</li> <li>- Risco e ocorrência de erros de medicação;</li> <li>- Risco e ocorrência de úlceras por pressão;</li> <li>- Risco e ocorrência de quedas;</li> <li>- Perceção geral de segurança.</li> </ul>



### **Variáveis Independentes**

A variável independente é definida como a que exerce influência sobre outra variável (dependente), determinando ou afetando com precisão e regularidade, o resultado observado na segunda. Esta variável é geralmente manipulada pelo pesquisador como meio para estabelecer a sua relação e influência sobre o resultado de um fenómeno observado (Lakatos & Marconi, 2010). Tendo em conta estas premissas, foram consideradas as seguintes variáveis independentes:

- Categoria profissional (“Enfermeiro”, “Enfermeiro Especialista” e “Enfermeiro em funções de gestão”);
- Tipo de relação laboral (“Contrato Trabalho em Funções Públicas” (CTFP), “Contrato Individual de Trabalho” (CIT) por tempo Indeterminado e “Contrato a termo ou recibo verde”);
- Carga horária semanal ( $\leq 35$  Horas/semana ou  $\geq 40$  Horas/semana);
- Número de dias folga/semana (dias sem praticar qualquer intervenção de enfermagem);
- Tempo de exercício profissional (n.º de anos completos).

A escolha deste conjunto de variáveis tomou forma pela análise de diversos estudos e bibliografia consultada e, principalmente por determinarem uma caracterização profissional de enfermagem que pela sua amplitude, podem afetar a SP e os EAAPE.

### **Variáveis Atributo**

Tendo em conta o instrumento de colheita de dados, constata-se que foram incluídas um conjunto alargado de variáveis atributo, ou seja, que apenas podem ser medidas, pois são características dos sujeitos (não podem ser manipuladas) (Sousa, 2005):

- Idade (em anos);
- Sexo;
- Formação académica (“Bacharelato”, “Licenciatura”, “Pós-graduação”; “Curso Pós Licenciatura em Enfermagem”; “Mestrado” e “Doutoramento”)
- Tipo de horário (horário fixo/horário rotativo);
- Tipologia da Instituição de Saúde:
  - Instituição hospitalar pública ou privada;
  - Instituição comunitária pública ou privada;
- Tipologia de serviço:

- Instituição hospitalar: Internamento; Urgência; Cuidados Intensivos; Bloco Operatório; Unidade de Cuidados Continuados; outro serviço;
- Instituição comunitária: Centro de Saúde; Unidade de Saúde Familiar; Unidade de Cuidados na Comunidade; Lar de Terceira Idade; outro serviço;
- Tempo de exercício profissional no serviço (n.º anos completos);
- Promoção de uma política/cultura institucional de incentivo e certificação da qualidade dos cuidados de saúde (“Sim” e “Não”);
- Realização de inquéritos institucionais sobre a SP, especificamente nos anos de 2014 e 2015 (“Sim” e “Não”);
- Conhecimento/utilização de um sistema/processo institucional para a notificação/análise de incidentes e EA (“Sim” e “Não”);
- Secção Regional da OE (“Norte”, “Centro”, “Sul”, “Região Autónoma da Madeira” e “Região Autónoma dos Açores”).

Este conjunto alargado de informação permitiu caracterizar e conhecer melhor a população em estudo e, embora nesta fase não tenha sido objeto de análise inferencial, permitirá no futuro, corresponder ao interesse do investigador em efetivar outro tipo de análises e estudos.

#### 4.6 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades (Vilelas, 2009). Assim, a população é o conjunto de Enfermeiros inscritos na OE e a trabalhar em instituições de saúde em Portugal. O último *census* realizado pela OE, refere que existem em Portugal 66452 enfermeiros (OE, 2015c).

Uma amostra não é mais do que uma parte do todo a que chamamos população e que a representa (Fortin, 2009). Desta forma, constituiu-se uma amostra probabilística onde os vários elementos da população possuem a mesma probabilidade de fazer parte da amostra (Vilelas, 2009).

No sentido de concretizar positivamente o estudo e conseguir uma amostra significativa, existiu desde o início a intenção de recorrer a uma estratégia de promoção da investigação, descrita no ponto 4.9 do presente relatório (página 73).

Tendo em conta a totalidade dos 1222 questionários preenchidos, foram liminarmente rejeitados 120, por se encontrarem não preenchidos na sua totalidade (81) e não preenchidos em mais de 50% das questões realizadas (39). Acredita-se que estes 120

questionários resultem de erros e dificuldades no preenchimento da informação na plataforma e da extensão do mesmo.

A amostra em estudo nesta investigação é de 1102 respondentes.

#### 4.7 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Um instrumento para recolha de dados é um recurso a que investigador recorre para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação que procura. É composto por forma e conteúdo (Vilelas, 2009).

Neste sentido, definiu-se como instrumento para a colheita de dados (Apêndice I), um questionário digital (alojado na internet) para autopreenchimento, composto por questões fechadas, previamente estabelecidas e codificadas (conteúdo), dividido por três partes:

**1.<sup>a</sup> Parte** - Dados sociodemográficos e profissionais: Género; Idade; Estado civil; Formação académica; Tipo de relação laboral; Categoria profissional; Número de dias folga/semana; Carga horária semanal; Tipo de horário profissional; Tempo de exercício profissional; Tempo de exercício profissional no serviço; Tipologia da instituição de saúde; Tipo de serviço; Promoção de uma política/cultura institucional de incentivo e certificação da qualidade dos cuidados de saúde; Realização de inquéritos sobre a satisfação profissional; Utilização de um sistema/processo institucional para a notificação/análise de incidentes e EA; Secção Regional da OE.

**2.<sup>a</sup> Parte** - Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (Ferreira & Loureiro, 2012)

Esta escala é constituída por 25 itens em formato de resposta *Likert* de 1 a 5 pontos, contemplando seis dimensões: Satisfação no relacionamento com o chefe; Satisfação com benefícios e recompensas; Satisfação com as promoções; Satisfação com contexto de trabalho; Satisfação com a comunicação; Satisfação no relacionamento com a equipa. No Quadro 2 apresenta-se a constituição e consistência interna da escala, segundo os seus autores.

**Quadro 2 - Constituição e Consistência Interna da escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho**

Itens	Dimensão	$\alpha$
1. Gosto do meu chefe? 2. O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho? 3. O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados? 4. O meu chefe é injusto comigo?	<b>Satisfação no relacionamento com o Chefe</b>	<b>,86</b>
5. Os aumentos salariais são poucos e distantes? 6. Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter? 7. Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser? 8. Tenho muito que fazer no meu trabalho? 9. Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização?	<b>Satisfação com os Benefícios e Recompensas</b>	<b>,73</b>
10. Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas? 11. Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos? 12. Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo? 13. As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais? 14. Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço? 15. Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso? 16. A comunicação parece boa dentro desta organização?	<b>Satisfação com Promoção</b>	<b>,72</b>
17. O meu trabalho é agradável? 18. Gosto de fazer o que faço no meu trabalho? 19. Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho?	<b>Satisfação com o Contexto de Trabalho</b>	<b>,68</b>
20. Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho? 21. Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado? 22. Os objetivos desta organização não são claros para mim? 23. Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados?	<b>Satisfação com a Comunicação</b>	<b>,55</b>
24. Gosto das pessoas com quem trabalho? 25. Gosto dos meus colegas de trabalho?	<b>Satisfação no Relacionamento com a Equipa</b>	<b>,70</b>

**3.ª Parte - Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas Enfermagem (Castilho, 2014):**

É composta por duas subescalas (processo e resultado) que abrangem seis tipos de EA em áreas de cuidados determinantes para a SD.

A subescala de práticas de enfermagem (Quadro 3) é composta por 40 itens, avaliando 10 dimensões do processo relativo ao cumprimento de práticas preventivas e falhas na aplicação de normas profissionais: vigilância dos doentes; advocacia dos doentes; prevenção de quedas; prevenção de úlceras



por pressão; falhas na preparação da medicação; falhas na administração de medicação; falhas na vigilância da medicação; higienização das mãos; cuidados com equipamentos de proteção individual (EPI) e higiene ambiental.

**Quadro 3 - Constituição e consistência interna das dimensões da Subescala de Práticas de Enfermagem (n=798) (Castilho, 2014)**

Ítems	Dimensão	$\alpha$
1.1 - Os doentes são adequadamente vigiados?	Vigilância dos doentes	,73
1.2 - As alterações do estado clínico são oportunamente detetadas?		
2.1 - Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros advogados dos interesses do doente e família?	Advocacia dos doentes	,56
2.2 - Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente?		
2.3 - Os enfermeiros respeitam a privacidade do doente?	Privacidade e Confidencialidade	,78
2.4 - Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente?		
3.1 - O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído?	Prevenção de Quedas	,80
3.2 - Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendo em consideração a avaliação do risco?		
3.3 - A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado?		
4.1 - No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional)?	Prevenção de Úlceras por Pressão	,76
4.2 - É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias?		
4.3 - São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)?		
4.4 - São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco?		
4.5 - Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas?		
4.6 - O suporte nutricional é ajustado às necessidades?		
4.7 - Os reposicionamentos são ajustados às necessidades?		
5A.1 - Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes?*	Falhas na preparação da medicação	,81
5A.2 - Existirem muitos medicamentos no mesmo horário?*		
5A.3 - A farmácia enviar o medicamento errado?*		
5A.4 - O medicamento não estar disponível em tempo oportuno?*		
5A.5 - O enfermeiro ser interrompido durante a atividade?*		
5A.6 - Distração do enfermeiro?*		
5B.1 - Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos doentes (troca de cama)?*	Falhas na administração de medicação	,86
5B.2 - Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica?*		
5B.3 - Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)?*		
5B.4 - Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)?*		
5B.5 - Incorreta identificação do medicamento preparado?*		
5B.6 - Incumprimento dos procedimentos de identificação do doente?*		
5B.7 - Falhas na execução da técnica de administração?*		
5C.1 - Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões?*	Falhas na vigilância da medicação	,79
5C.2 - Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação?*		
6.3.1 - Antes e após o contacto com o doente?	Higienização das mãos	,74
6.3.2 - Antes de procedimentos que exijam assepsia?		
6.3.3 - Após o contacto com sangue e fluidos corporais?		
6.4 - Os EPIs são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar?	Cuidados com EPIs e Higiene ambiental	,75
6.5 - Na manipulação de material corto/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização?		
6.6 - Os objetos corto/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento?		
6.7 - A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades)?		
6.8 - Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem?		
6.9 - A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado?		

\*item de semântica negativa

De acordo com Castilho (2014), esta subescala apresenta um coeficiente de *Alfa de Cronbach* global de 0.91 e valores adequados na generalidade das suas dimensões.

A subescala de EA (Quadro 4), com um valor de alfa global de 0,81, é constituída por 12 itens, avaliando o resultado relativo ao risco/ocorrência de EA com base nos seguintes fatores: risco de agravamento do estado do doente, risco e ocorrência de IACS, risco e ocorrência de erros de medicação, risco de quedas e úlceras por pressão, ocorrência de quedas e úlceras por pressão. Da análise da consistência interna pela autora, surgem valores de *Alfa de Cronbach* superiores a 0.61 nas diferentes dimensões.

**Quadro 4 - Constituição e consistência interna das dimensões da Subescala de Eventos Adversos (n=798) (Castilho, 2014)**

Itens	Dimensão	$\alpha$
1.3 - Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância?	Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico	,69
1.4 - Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado?		
2.6 - Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente?	Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia	,66
2.7 - Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado?		
3.4 - Existe risco de ocorrência de quedas de doentes?	Risco de quedas e úlceras por pressão	,61
3.5 - Existe o risco de ocorrência de úlceras por pressão?		
4.8 - Ocorrem quedas de doentes?	Ocorrência de quedas e úlceras por pressão	#
4.9 - Ocorrem úlceras por pressão?		
5.1 - Existe o risco de ocorrência de erros de medicação?	Erros de medicação	,70
5.2 - Ocorrem erros de medicação?		
6.1 - Existe risco de ocorrerem infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)?	IACS	,77
6.2 - Ocorrem infeções (IACS)?		

# De acordo com a autora estes itens no estudo referido não agrupam, comportando-se como indicadores independentes

A escala EAAPE inclui ainda dois itens sobre a perceção geral de segurança (ocorrência de EA e a segurança; e se os EA podiam ser evitados).

Depois de definido o instrumento de colheita de dados, o mesmo foi construído com base na plataforma MedQuest da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Anexo III), garantindo assim todo o anonimato e necessidades técnicas para a fácil partilha do questionário, potenciando a sua promoção, ao mesmo tempo que possibilitou um número de respostas sem limites diários ou mensais. Neste sentido foi criada uma conta exclusiva para o efeito, garantindo toda a individualização do processo.

Após a formulação *online* do questionário com as três partes descritas, este foi devidamente testado por peritos e pares, no sentido de detetar erros de escrita, dificuldades de perceção e simultaneamente averiguar o tempo necessário para o total preenchimento.

#### 4.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Na elaboração do instrumento de colheita de dados procurámos cumprir todos os procedimentos formais e éticos. Assim, iniciámos o procedimento solicitando aos autores das escalas usadas permissão para a sua utilização no presente estudo, conforme os anexos I e II.

Foi garantido o caráter voluntário, consentimento informado e anonimato dos respondentes. Para o efeito disponibilizámos total esclarecimento dos objetivos do estudo assim como o pedido livre e pessoal, de consentimento informado (Apêndice II).

No sentido de garantir todo o respeito pelos aspetos formais e éticos da investigação, foi solicitado um parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que teve deliberação favorável (Anexo IV).

#### 4.9 - RECOLHA DE DADOS

Posteriormente à avaliação da Comissão Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, realizou-se um pedido formal de colaboração para a investigação à OE, ao abrigo do Parecer n.º 51/2013 do Conselho de Enfermagem (Apêndice III), no sentido de solicitar todo apoio possível da instituição na promoção do estudo e questionário, designadamente através da colocação de um *banner* (anúncio fixo) no site [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt) e também pelo envio de um *email* institucional a cada membro, com todas as informações da investigação e o link do questionário online.

No dia 21 de Agosto de 2015, foi publicada na página *web* da OE, toda a informação sobre a investigação e pedido de participação aos enfermeiros (Anexo VI). A mesma informação foi incluída em diversas *newsletters* da OE, enviadas em Agosto, Setembro e Outubro de 2015, a todos os enfermeiros com endereço eletrónico na base de dados da OE.

Em simultâneo, a investigação teve ainda destaque em várias páginas da internet relacionadas com a saúde, das quais se destacam o *blog* “Risco Clínico” (Barroso, 2015) e o Jornal do Enfermeiro (Jornal do Enfermeiro, 2015).

O investigador promoveu e divulgou o estudo. Foram desenvolvidos todos os esforços possíveis de promoção e publicitação da investigação e questionário *online*, às diferentes associações de enfermeiros em Portugal, nas redes sociais, grupos (por ex.: <https://www.facebook.com/groups/enferm/>, à data com mais de 32000 membros), fóruns e sites ligados direta ou indiretamente à Enfermagem.

Destaca-se ainda que foi enviado por correio eletrónico, solicitação de colaboração a todas as instituições de saúde em Portugal (Hospitais, Centros de Saúde, Unidades de Saúde Familiar, entre outros), apelando à divulgação junto de todos os enfermeiros daquelas organizações.

Suspendeu-se a recolha de informação no dia 31 de Outubro de 2015, tendo sido recolhidas 1222 entradas na plataforma e que resultaram numa amostra factual de 1102 questionários.

Tentou-se com esta estratégia, a maior divulgação possível juntos dos enfermeiros em Portugal, com o objetivo de obter o máximo de respostas válidas e garantir resultados mais fidedignos.

#### 4.10 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a recolha da informação pelo questionário *online* e apoiado nas características técnicas da plataforma MedQuest (armazenamento de toda a informação recolhida), procedeu-se à migração dos dados para um formato compatível. Posteriormente todos os procedimentos de tratamento e análise estatísticos foram empreendidos com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*.

Na análise descritiva recorreu-se a frequências absolutas (n) e relativas (%); complementadas, quando adequado, por medidas de tendência central - média aritmética ( $\bar{X}$ ) e medidas de dispersão ou variabilidade - desvio padrão (DP).

Na análise inferencial recorreu-se a vários procedimentos estatísticos para testar as hipóteses. Tendo em consideração a dimensão da amostra, (N=1102), e com a sustentação da lei dos grandes números que diz que a média de um conjunto de n variáveis aleatórias independentes com média  $\mu$  e desvio padrão  $\sigma$ , converge para  $\mu$  à medida que n aumenta; e o teorema do limite central, que permite afirmar que a média de um conjunto de variáveis aleatórias com uma qualquer distribuição se aproxima da distribuição normal à medida que n aumenta, considerou-se que o tamanho da amostra em estudo justifica a opção da média amostral como estimador mais adequado. Assim, na estatística inferencial, utilizou-se os testes paramétricos, nomeadamente o coeficiente de correlação de *Pearson*, o teste T para amostras independentes e a análise da variância (ANOVA). Considerou-se como nível de significância estatística para aceitar as hipóteses, valores de  $p < 0,05$ .

## 5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados serão apresentados através de tabelas no sentido da melhor sistematização e organização da informação.

Recorreu-se a estatística descritiva para analisar os dados obtidos, permitindo uma leitura clara e uma análise objetiva dos mesmos. Tendo em conta que os dados apresentados são todos retirados da mesma amostra, omite-se essa indicação.

### 5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 1102 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (79,4%). A idade média é de 38 anos com um desvio padrão de cerca de 9 anos.

Em relação ao nível de formação académica, destacamos que 45,9% da amostra detém o título de enfermeiro especialista (pós-licenciatura), distribuídos pelas várias especialidades existentes. No entanto, apenas 12,2% destes assume a categoria profissional compatível com as competências formativas (Tabela 1).

A relação laboral pode ser caracterizada em dois grandes tipos: CTFP (44,4%) e CIT por tempo indeterminado (48,2%). O tipo de horário de trabalho é sobretudo rotativo (57,8%) e a modalidade de horário fixo assume um valor de 31,5%. A maioria dos enfermeiros (71,6%) trabalha 40 ou mais horas semanais, enquanto 26,8% cumpre regimes de 35 ou menos horas em cada semana de trabalho. Destaca-se que 32,9% dos enfermeiros refere que tem menos de 2 dias de folga em cada semana, não gozando o período de descanso a que tem legalmente direito (Tabela 1).

De acordo com a Tabela 1, 81,4% da amostra exerce funções em instituições hospitalares maioritariamente em serviços de internamento (44,7%), cuidados intensivos (15,3%) e urgência (13,2%). Relativamente às instituições comunitárias, 55,9% dos participantes referem ser esse o seu local de trabalho, distribuídos predominantemente em centros de saúde (37,7%), unidades de saúde familiar (20,4%) e unidades de cuidados na comunidade (17,9%).

Os dados indicam que muitos dos inquiridos escolheram dois tipos de instituições, o que poderá indicar que um número elevado de enfermeiros, trabalha em 2 ou mais contextos de prestação de cuidados de saúde.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica e Profissional da amostra

Características		N	%		
<b>Sexo</b>	Feminino	875	79,4		
	Masculino	227	20,6		
<b>Formação Académica</b>	Bacharelato	23	2,1		
	Pós-Graduação	227	20,6		
	Pós- Licenciatura (Especialidade)	506	45,9		
	Mestrado	246	22,3		
	Doutoramento	5	0,5		
<b>Categoria Profissional</b>	Enfermeiro	854	77,5		
	Enfermeiro Especialista	135	12,2		
	Funções Gestão	98	0,9		
<b>Relação Laboral</b>	CTFP	490	44,4		
	CIT tempo indeterminado	531	48,2		
	Termo/Recibo verde	72	6,6		
<b>Horário de Trabalho</b>	≤ 35 Horas	293	26,8		
	≥ 40 Horas	789	71,6		
	Rotativo	637	57,8		
	Fixo	453	41,1		
	< 2 dia de folga/semana	363	32,9		
	≥ 2 dia de folga/semana	739	67,1		
<b>Instituição Saúde</b>	Hospitalar	897	81,4		
	Comunitária	616	55,4		
	Privada	305	27,7		
<b>Serviços</b>	Internamento	401	44,7		
	Cuidados Intensivos	137	15,3		
	Urgência	118	13,2		
	Centros de Saúde	232	37,7		
	Unidades de Saúde Familiar	126	20,4		
	Unidades de Cuidados Continuados	110	17,9		
<b>Secção Regional OE</b>	Norte	258	23,4		
	Centro	497	45,1		
	Sul	284	25,8		
	Região Autónoma da Madeira	16	1,5		
	Região Autónoma dos Açores	30	2,7		
		Mín.	Máx.	X	DP
<b>Idade</b>		22	65	38,20	8,93
<b>Tempo Exercício Profissional</b>		0	43	15,14	8,73
<b>Tempo no Serviço</b>		0	35	8,58	6,88

A Tabela 2 indica que 74,9% dos enfermeiros referem existir uma estrutura/departamento com implementação de políticas relacionadas com a Qualidade nas instituições onde exercem funções. No entanto, 61,1% dos enfermeiros assinala não ter participado em inquéritos de SP nos anos de 2014 e 2015.

Em relação à notificação de incidentes e eventos adversos destaca-se que 72,1% dos enfermeiros afirma conhecer o sistema e o processo para notificar, no entanto a maioria desses enfermeiros (53,5%) não utilizaram o sistema desde o início de 2014. Atenta-se ainda para o facto de 26,3% da amostra não ter qualquer tipo de conhecimento dos sistemas e processos de notificação (Tabela 2).

**Tabela 2 – Estrutura de política de Qualidade, inquérito de avaliação de SP e notificação de incidentes/EA**

Características		N	%	
<b>Existência de estrutura/departamento com implementação de políticas de Qualidade dos Cuidados de Saúde</b>	Sim	825	74,9	
	Não	266	24,1	
<b>Realização de inquérito de avaliação Satisfação Profissional desse início de 2014</b>	Sim	402	36,4	
	Não	684	62,1	
<b>Conhecimento e utilização de sistema/processo de notificação de incidentes e EA desde início de 2014</b>	Sim	Não utilizou	425	53,5
		Utilizou	370	46,6
	Não		290	26,3

## 5.2 - ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO PARA ENFERMEIROS

Relembra-se que os itens são avaliados numa escala que varia entre 1 e 5, assumindo como valores as âncoras (1 – “discordo em absoluto”; 2 – “discordo em parte”; 3 – “não concordo nem discordo”; 4 – “concordo em parte”; 5 – “concordo em absoluto”). Tendo presente que alguns itens apresentam semântica negativa, estes foram invertidos de forma a todos os itens terem leitura semelhante (valores médios baixos significam menor satisfação). A observação das medidas descritivas permite a identificação dos resultados de cada um dos itens da subescala (Tabela 3).

Os resultados encontrados, referem que os enfermeiros sentem que os aumentos salariais são poucos e distantes ( $\bar{X}=1,15$ ;  $DP=0,62$ ), têm poucos benefícios dentro da organização ( $\bar{X}=1,80$ ;  $DP=1,11$ ) e apesar do muito trabalho exigido ( $\bar{X}=1,44$ ;  $DP=0,71$ ),

o esforço não é devidamente recompensado ( $\bar{X}=1,60$ ;  $DP=0,94$ ). Em consequência, indicam que mesmo realizando um bom trabalho, não são promovidos ( $\bar{X}=1,68$ ;  $DP=1,00$ ) e recebem uma quantia injusta pelo trabalho que desenvolvem ( $\bar{X}=1,32$ ;  $DP=0,76$ ). Os enfermeiros tendem a gostar do seu chefe ( $\bar{X}=3,44$ ;  $DP=1,17$ ) e sentir que o seu chefe não é injusto com eles ( $\bar{X}=3,54$ ;  $DP=1,19$ ) (Tabela 3).

De acordo com a Tabela 3, os enfermeiros apontam que o seu trabalho é agradável ( $\bar{X}=3,58$ ;  $DP=3,58$ ) e gostam dos colegas ( $\bar{X}=4,06$ ;  $DP=79$ ) e das pessoas com quem trabalham ( $\bar{X}=3,96$ ;  $DP=0,76$ ). Ainda realçar para o facto dos inquiridos gostarem do que fazem ( $\bar{X}=4,13$ ;  $DP=0,91$ ) e terem orgulho no seu trabalho ( $\bar{X}=4,26$ ;  $DP=0,88$ ).

**Tabela 3 – Análise descritiva dos itens da Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (N = 1102)**

Itens	N	Mín.	Máx.	$\bar{X}$	DP
1. Gosto do meu chefe?	1093	1	5	<b>3,44</b>	1,17
2. O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho?	1093	1	5	3,23	1,22
3. O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados?*	1093	1	5	3,07	1,31
4. O meu chefe é injusto comigo?*	1090	1	5	<b>3,54</b>	1,19
5. Os aumentos salariais são poucos e distantes?*	1093	1	5	<b>1,15</b>	,62
6. Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter?*	1092	1	5	<b>1,80</b>	1,11
7. Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser?*	1090	1	5	<b>1,60</b>	,94
8. Tenho muito que fazer no meu trabalho?*	1090	1	5	<b>1,44</b>	,71
9. Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização?*	1091	1	5	2,08	1,05
10. Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas?	1088	1	5	<b>1,56</b>	,98
11. Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos?	1092	1	5	<b>1,68</b>	1,00
12. Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo?	1088	1	5	<b>1,73</b>	,98
13. As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais?	1086	1	5	<b>1,63</b>	,96
14. Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço?	1092	1	5	<b>1,32</b>	,76
15. Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso?	1090	1	5	2,35	1,18
16. A comunicação parece boa dentro desta organização?	1088	1	5	2,31	1,10
17. O meu trabalho é agradável?	1084	1	5	<b>3,58</b>	1,02
18. Gosto de fazer o que faço no meu trabalho?	1092	1	5	<b>4,13</b>	,91
19. Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho?	1088	1	5	<b>4,26</b>	,88
20. Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho?*	1088	1	5	2,53	1,08
21. Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado?*	1090	1	5	2,63	1,18
22. Os objetivos desta organização não são claros para mim?*	1088	1	5	2,79	1,17
23. Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados?*	1085	1	5	2,75	1,11
24. Gosto das pessoas com quem trabalho?	1089	1	5	<b>3,96</b>	,76
25. Gosto dos meus colegas de trabalho?	1085	1	5	<b>4,06</b>	,79

\* item de semântica negativa

Âncoras: 1 - "discordo em absoluto"; 2 - "discordo em parte"; 3 - "não concordo nem discordo"; 4 - "concordo em parte"; 5 - "concordo em absoluto"

A análise global dos resultados refletidos na tabela 4, permite indiciar um nível baixo de SP dos enfermeiros ( $\bar{X}=2,88$ ;  $DP=0,51$ ;  $\alpha=0,71$ ).

De acordo com a proposta dos autores, calculámos as dimensões e verificámos a sua consistência interna. O cálculo do quociente de *Alfa de Cronbach* (Apêndice IV) permite-nos verificar a consistência interna de cada dimensão (Tabela 4). Verificamos que as dimensões “Satisfação com Promoção”, “Satisfação com o Contexto de Trabalho” e “Satisfação no Relacionamento com a Equipa” apresentam valores que indiciam boa consistência interna ( $\alpha \geq 0,80$ ).

Contudo, nas dimensões “Satisfação no Relacionamento com o Chefe”, “Satisfação com Benefícios e Recompensas” e “Satisfação com a Comunicação”, o alfa obtido é baixo, pelo que se recomenda alguma prudência na interpretação dos resultados.

Do ponto de vista descritivo (Tabela 4), destaca-se que a amostra revela níveis baixos de satisfação com os benefícios e recompensas ( $\bar{X}=1,61$ ;  $DP=0,56$ ) e a promoção profissional ( $\bar{X}=1,79$ ;  $DP=0,67$ ). Por outro lado, mostram elevada satisfação com o contexto de trabalho ( $\bar{X}=3,97$ ;  $DP=0,83$ ) e relacionamento com a equipa ( $\bar{X}=3,99$ ;  $DP=0,76$ ).

**Tabela 4 – Análise descritiva e Alfa Cronbach das dimensões da Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (N = 1102)**

<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>	<b>N</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>DP</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Satisfação no Relacionamento com o Chefe	[1 a 4]	1096	1,00	5,00	3,31	1,01	,66
Satisfação com Benefícios e Recompensas	[5 a 9]	1095	,80	5,00	<b>1,61</b>	,56	,59
Satisfação com Promoção	[10 a 16]	1094	,86	4,86	<b>1,79</b>	,67	<b>,80</b>
Satisfação com o Contexto de Trabalho	[17 a 19]	1094	1,00	5,00	<b>3,97</b>	,83	<b>,83</b>
Satisfação com a Comunicação	[20 a 23]	1093	,75	5,00	2,66	,78	,62
Satisfação no Relacionamento com a Equipa	[24 a 25]	1092	1,00	5,00	<b>3,99</b>	,76	<b>,89</b>
<b>Total</b>		1096	,17	4,48	<b>2,88</b>	,51	<b>,71</b>

### 5.3 - ESCALA DE EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS ENFERMAGEM

A escala EAAPE é composta por duas subescalas: a subescala de Práticas de Enfermagem (processo) composta por 40 itens agrupados em 10 dimensões relacionadas com o cumprimento de práticas preventivas e falhas na aplicação de normas profissionais; e a subescala Eventos Adversos (resultado) composta por 12 itens

e que avalia o risco e ocorrência de seis tipos de eventos adversos. A análise descritiva da escala EAAPE será por isso, realizada em separado.

### 5.3.1 - Subescala de Práticas de Enfermagem - EEAPE

Inicia-se o estudo com a análise das medidas de tendência central e de dispersão dos itens da subescala de Práticas de Enfermagem, apresentados na (Tabela 5).. Assinalam-se os itens com afirmações de semântica negativa (e que não foram invertidos). Lembra-se que toda a escala EAAPE varia entre 1 e 5, assumindo como valores descritivos as âncoras (1 – “nunca”; 2 – “raramente”; 3 – “algumas vezes”; 4 – “frequentemente”; 5 – “sempre”). Constata-se que a maioria dos itens admitem valores entre 1 e 5, indiciando bom poder discriminativo da subescala. Mantendo presente a semântica negativa dos itens assinalados (em que valores médios baixos significam menos falhas), a observação das medidas descritivas permite a identificação dos resultados de cada um dos itens da subescala (Tabela 5).

Tendo em conta a existência de valores médios superiores a 4 (a negrito) em alguns itens das práticas preventivas, pode-se indicar que os enfermeiros, frequentemente ou sempre, cumprem essas práticas de enfermagem recomendadas. No entanto, a generalidade dos itens são expostos valores médios inferiores, indiciando uma menor perceção do cumprimento das práticas pelos enfermeiros. Destacam-se pela negativa os itens: “O suporte nutricional é ajustado às necessidades” ( $\bar{X}=3,52$ ; DP=0,95); “Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendo em consideração a avaliação do risco” ( $\bar{X}=3,56$ ; DP=1,25); “A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado” ( $\bar{X}=3,57$ ; DP=1,10); “Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente” ( $\bar{X}=3,61$ ; DP=0,78); “A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente” ( $\bar{X}=3,70$ ; DP=1,07); e “O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído” ( $\bar{X}=3,71$ ; DP=1,47).

Relativamente aos itens que avaliam as falhas durante o processo de gestão da medicação, observa-se que apesar dos valores médios serem inferiores a 3 praticamente todos os itens, revelando que a frequência é inferior a “algumas vezes”, na maioria dos itens é superior a 2, indiciando que essa falhas ocorrem entre o raramente e algumas vezes. Destacamos os valores médios nos itens: “Existirem muitos medicamentos no mesmo horário” ( $\bar{X}=2,65$ ; DP=1,15); “Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica” ( $\bar{X}=2,44$ ; DP=0,90); “O



Tabela 5 - Análise descritiva dos itens da Subescala de Práticas de Enfermagem EEAPE (N = 1102)

Itens	N	Mín.	Máx.	$\bar{X}$	DP
1.1 - Os doentes são adequadamente vigiados?	1086	1	5	3,77	,80
1.2 - As alterações do estado clínico são oportunamente detetadas?	1083	1	5	3,86	,69
2.1 - Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros advogados dos interesses do doente e família?	1080	1	5	3,85	,78
2.2 - Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente?	1080	1	5	3,61	,78
2.3 - Os enfermeiros respeitam a privacidade do doente?	1079	2	5	<b>4,02</b>	,71
2.4 - Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente?	1079	2	5	<b>4,19</b>	,70
3.1 - O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído?	1062	1	5	3,71	1,47
3.2 - Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendo em consideração a avaliação do risco?	1061	1	5	3,56	1,25
3.3 - A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado?	1059	1	5	3,57	1,10
4.1 - No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional)?	1008	1	5	<b>4,00</b>	1,20
4.2 - É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias?	1043	1	5	<b>4,16</b>	,94
4.3 - São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)?	1049	1	5	<b>3,97</b>	1,36
4.4 - São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco?	1050	1	5	<b>3,88</b>	,96
4.5 - Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas?	1048	1	5	<b>3,94</b>	,85
4.6 - O suporte nutricional é ajustado às necessidades?	1028	1	5	3,52	,95
4.7 - Os reposicionamentos são ajustados às necessidades?	1027	1	5	3,75	,87
5A.1 - Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes?*	1040	1	5	<b>2,27</b>	,93
5A.2 - Existirem muitos medicamentos no mesmo horário?*	1021	1	5	<b>2,65</b>	1,15
5A.3 - A farmácia enviar o medicamento errado?*	1018	1	5	1,97	,77
5A.4 - O medicamento não estar disponível em tempo oportuno?*	1019	1	5	<b>2,43</b>	,89
5A.5 - O enfermeiro ser interrompido durante a atividade?*	1026	1	5	<b>3,17</b>	1,05
5A.6 - Distração do enfermeiro?*	1019	1	5	<b>2,31</b>	,78
5B.1 - Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos doentes (troca de cama)?*	1000	1	4	1,59	,68
5B.2 - Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica?*	1015	1	5	<b>2,44</b>	,90
5B.3 - Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)?*	1008	1	5	2,21	,87
5B.4 - Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)?*	1014	1	5	2,09	,77
5B.5 - Incorreta identificação do medicamento preparado?*	1015	1	4	1,76	,68
5B.6 - Incumprimento dos procedimentos de identificação do doente?*	1014	1	5	1,75	,71
5B.7 - Falhas na execução da técnica de administração?*	1020	1	4	1,71	,64
5C.1 - Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões?*	1006	1	5	2,17	,86
5C.2 - Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação?*	1014	1	5	2,16	,78
6.3.1 - Antes e após o contacto com o doente?	1067	1	5	<b>4,06</b>	,77
6.3.2 - Antes de procedimentos que exijam assepsia?	1067	2	5	<b>4,52</b>	,69
6.3.3 - Após o contacto com sangue e fluidos corporais?	1065	1	5	<b>4,76</b>	,53
6.4 - Os EPIs são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar?	1061	1	5	<b>4,02</b>	,81
6.5 - Na manipulação de material cortopercutâneo são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização?	1060	1	5	<b>4,04</b>	,89
6.6 - Os objetos cortopercutâneos (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento?	1062	1	5	<b>4,56</b>	,67
6.7 - A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades)?	1015	1	5	3,70	1,07
6.8 - Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem?	1054	1	5	<b>4,42</b>	,79
6.9 - A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado?	1023	1	5	<b>4,19</b>	1,11

\* item de semântica negativa

Âncoras: 1 – “nunca”; 2 – “raramente”; 3 – “algumas vezes”; 4 – “frequentemente”; 5 – “sempre”

*medicamento não estar disponível em tempo oportuno* ( $\bar{X}=2,43$ ;  $DP=0,89$ ); *“Distração do enfermeiro”* ( $\bar{X}=2,31$ ;  $DP=0,78$ ); *“Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes”* ( $\bar{X}=2,27$ ;  $DP=0,93$ ). Realça-se ainda que o item *“O enfermeiro ser interrompido durante a atividade”* apresenta o maior valor médio, revelando frequência elevada ( $\bar{X}=3,17$ ;  $DP=1,47$ ).

Iniciámos a análise das dimensões da Subescala de Práticas de Enfermagem (

Tabela 6), com a análise da consistência interna global ( $\alpha=0,81$ ) e por dimensão. Os itens com semântica negativa foram previamente invertidos para as dimensões terem leitura semelhante, em que valores médios mais elevados significam melhores práticas de enfermagem. O cálculo do quociente de *Alfa de Cronbach* permite verificar a consistência interna de cada dimensão (Tabela 6). Verificamos que as dimensões *“Vigilância dos doentes”*, *“Falhas na preparação da medicação”*, *“Prevenção de Quedas”*, *“Falhas na administração de medicação”* e *“Prevenção de Úlceras por pressão”* apresentam valores que indiciam boa consistência interna ( $\alpha \geq 0,80$ ). As restantes dimensões apresentam ainda assim  $\alpha \geq 0,70$ , pelo que apesar de menor consistência, podem constituir-se como alvo de interpretação dos resultados.

Do ponto de vista descritivo (Tabela 4), destaca-se que a amostra revela transversalmente, níveis moderados de cumprimento de práticas recomendadas ( $\bar{X}=3,50$ ;  $DP=0,40$ ). Estes valores indiciam que as práticas preventivas podem não estar a ser realizadas com a frequência desejável (entre 4 - frequentemente e 5 - sempre).

Em sequência, pode afirmar-se que os enfermeiros referem boas práticas ( $\bar{X} \geq 4$ ) a *“Higienização das mãos”* ( $\bar{X}=4,42$ ;  $DP=0,57$ ), *“Privacidade e confidencialidade”* ( $\bar{X}=4,11$ ;  $DP=0,64$ ), *“Cuidados com Equipamento Proteção Individual e higiene ambiental”* ( $\bar{X}=4,05$ ;  $DP=0,67$ ) e *“Falhas na administração de medicação”* ( $\bar{X}=4,01$ ;  $DP=0,62$ ).

As restantes dimensões revelam valores médios entre *“algumas vezes”* e *“frequentemente”*, revelando o que se pode considerar propensão para a existência de um maior índice de falhas, nomeadamente nas dimensões *“Falhas na preparação de medicação”* ( $\bar{X}=3,46$ ;  $DP=0,74$ ), *“Falhas na vigilância da medicação”* ( $\bar{X}=3,84$ ;  $DP=0,73$ ), *“Prevenção de Quedas”* ( $\bar{X}=3,62$ ;  $DP=1,10$ ), *“Advocacia dos doentes”* ( $\bar{X}=3,73$ ;  $DP=0,68$ ) e *“Vigilância dos doentes”* ( $\bar{X}=3,81$ ;  $DP=0,68$ ).

**Tabela 6 - Dimensões da Subescala de Práticas de Enfermagem - EEAPE (N=1102)**

Dimensões	Itens	N	Mín.	Máx.	$\bar{X}$	DP	$\alpha$
Vigilância dos doentes	[1.1; 1.2]	1082	1,00	5,00	3,81	,68	,80
Advocacia dos doentes	[2.1; 2.2]	1075	1,00	5,00	3,73	,68	,70
Privacidade e confidencialidade	[2.3; 2.4]	1074	2,00	5,00	4,11	,64	,79
Prevenção de Quedas	[3.1; 3.2; 3.3]	1051	1,00	5,00	3,62	1,10	,83
Prevenção de Úlceras por pressão	[4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7]	952	1,00	5,00	3,91	,78	,87
Falhas na preparação da medicação	[5A.1; 5A.2; 5A.3; 5A.4; 5A.5; 5A.6]	1044	,33	5,00	3,46	,74	,80
Falhas na administração de medicação	[5B.1; 5B.2; 5B.3; 5B.4; 5B.5; 5B.6; 5B.7]	1027	,43	5,00	4,01	,62	,85
Falhas na vigilância de medicação	[5C.1; 5C.2]	996	1,00	5,00	3,84	,73	,76
Higienização das mãos	[6.3.1; 6.3.2; 6.3.3]	1072	2,00	5,00	4,42	,57	,74
Cuidados com Equipamento Proteção Individual e higiene ambiental	[6.4; 6.5; 6.6; 6.7; 6.8; 6.9]	1074	,83	5,00	4,05	,67	,72
<b>Total</b>		<b>885</b>	<b>2,07</b>	<b>4,45</b>	<b>3,50</b>	<b>,40</b>	<b>,81</b>

### 5.3.2 - Subescala de Eventos Adversos - EEAPE

Na análise das medidas de tendência central e de dispersão dos itens da subescala dos EA, apresentados na Tabela 7, constata-se que todos os itens contêm valores entre 1 e 5, indiciando bom poder discriminativo da subescala. Mantendo presente as âncoras da escala EEAPE, a observação das medidas descritivas permite a identificação dos resultados de cada um dos itens da subescala.

Globalmente, a existência de valores médios situados entre o 2 e 3 na quase totalidade dos itens, permite indiciar que os enfermeiros reconhecem que, embora raramente ou algumas vezes, percecionam o risco e ocorrências de EA. Os valores mais elevados são observados nos itens: “*Existe risco de ocorrência de quedas de doentes*” ( $\bar{X}=3,09$ ; DP=0,97) e “*Existe risco de ocorrência de úlceras por pressão*” ( $\bar{X}=3,11$ ; DP=0,95). É importante evidenciar que os valores ideais seriam o mais próximo possível de  $\bar{X}=1$ , pelo em todos os itens da subescala EA, os enfermeiros mostram existirem falhas que mesmo em frequência baixa, terão inevitáveis consequências na SD.

Tabela 7 – Análise descritiva dos itens da Subescala de Eventos Adversos - EEAPE (N=1102)

Itens	N	Mín.	Máx.	$\bar{X}$	DP
1.3 - Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância?	1083	1	5	2,60	,85
1.4 - Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado?	1081	1	5	2,64	,75
2.6 - Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente?	1077	1	5	2,35	,76
2.7 - Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado?	1076	1	5	<b>1,89</b>	,88
3.4 - Existe risco de ocorrência de quedas de doentes?	1065	1	5	<b>3,09</b>	,97
4.8 - Ocorrem quedas de doentes?	1069	1	5	<b>2,29</b>	,73
3.5 - Existe o risco de ocorrência de úlceras por pressão?	1042	1	5	<b>3,11</b>	,95
4.9 - Ocorrem úlceras por pressão?	1043	1	5	2,44	,77
5.1 - Existe o risco de ocorrência de erros de medicação?	1054	1	5	2,59	,86
5.2 - Ocorrem erros de medicação?	1058	1	5	<b>2,09</b>	,67
6.1 - Existe risco de ocorrerem infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)?	1033	1	5	<b>2,93</b>	,94
6.2 - Ocorrem infeções (IACS)?	1019	1	5	2,66	,84

Âncoras: 1 – “nunca”; 2 – “raramente”; 3 – “algumas vezes”; 4 – “frequentemente”; 5 – “sempre”

A avaliação do quociente de *Alfa de Cronbach* mostra a consistência interna de cada dimensão (Tabela 8). Calculámos a consistência interna de cada dimensão, seguindo as propostas dos autores (Castilho, 2014). Os valores obtidos nas dimensões que avaliam o risco e ocorrência de quedas e úlceras por pressão, permitiram agrupar os itens de acordo com a 1.<sup>a</sup> versão proposta pelos autores, ou seja agrupar os itens de risco e ocorrência de quedas e os itens risco e ocorrência por úlceras (Castilho & Parreira, 2012).

Verifica-se assim que as dimensões apresentam valores de coeficiente *Alfa de Cronbach* com valores indiciadores de boa consistência interna. Destacando-se as dimensões “IACS” ( $\alpha=0,84$ ), “Erros de medicação” ( $\alpha=0,74$ ), “Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico” ( $\alpha=0,73$ ) e “Risco e ocorrência de úlceras por pressão” ( $\alpha=0,72$ ). As restantes dimensões “Risco e ocorrência de quedas” e “Risco agravamento por delegação inapropriada de advocacia”, o alfa obtido é, apesar de menor, superior ao aceitável para dimensões de apenas 2 itens ( $\alpha \geq 0,60$ ).

Do ponto de vista descritivo (Tabela 8), destaca-se que a amostra revela transversalmente, que os indivíduos identificam os riscos e ocorrências de EA no seu serviço, ainda que com valores moderados ( $\bar{X}=2,57$ ;  $DP=0,50$ ;  $\alpha=0,77$ ). Desta forma, todas as dimensões apresentam valores de frequência média entre “*raramente*” e “*algumas vezes*”.

Os valores médios mais elevados são observados nas dimensões “IACS” ( $\bar{X}=2,80$ ;  $DP=0,83$ ), “Risco e ocorrência de úlceras por pressão” ( $\bar{X}=2,78$ ;  $DP=0,72$ ) e “Risco e ocorrência de quedas” ( $\bar{X}=2,69$ ;  $DP=0,74$ ) revelando valores médios próximos da âncora “*algumas vezes*”, indiciando áreas mais críticas para a SD.

**Tabela 8 - Dimensões da Subescala de Eventos Adversos - EEAPE (N=1102)**

Dimensões	Itens	N	Mín.	Máx.	$\bar{X}$	DP	$\alpha$
Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico	[1.3; 1.4]	1078	1,00	5,00	2,62	,71	,73
Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia	[2.6; 2.7]	1070	1,00	5,00	2,13	,72	,68
Risco e ocorrência de quedas	[3.4; 4.8]	1062	1,00	5,00	2,69	,74	,64
Risco e ocorrência de úlceras por pressão	[3.5; 4.9]	1032	1,00	5,00	2,78	,77	,72
Erros de medicação	[5.1; 5.2]	1051	1,00	5,00	2,34	,69	,74
IACS	[6.1; 6.2]	1014	1,00	5,00	2,80	,83	,84
<b>Total</b>		<b>964</b>	1,00	4,50	<b>2,57</b>	<b>,50</b>	<b>,77</b>

Após apresentação da análise descritiva das escalas que avaliam as variáveis centrais do presente estudo, apresentamos em seguida a análise efetuada às hipóteses de estudo formuladas.

#### 5.4 - HIPOTESE 1 - EXISTE RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E ALGUMAS VARIÁVEIS SOCIOPROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS

##### 5.4.1 - H1.A - Existe diferença na SP em função da categoria profissional dos enfermeiros

A análise desta hipótese foi realizada através do teste ANOVA devidamente suplementado com os testes *post-hoc* de *Bonferroni* (apresentados em Apêndice V).

Como se pode observar na tabela 9, os Enfermeiros com funções de gestão evidenciam níveis de SP mais elevados ( $\bar{X}=3,23$ ;  $DP=0,51$ ). Os testes *post-hoc* permitiram verificar

que a diferença relativamente aos outros grupos profissionais é estatisticamente significativa.

**Tabela 9 – Análise da variância da SP em função da categoria profissional (N=1102)**

Categoria profissional	$\bar{X}$	DP	p
Enfermeiros	2,84	,49	
Enfermeiros Especialistas	2,91	,52	,000
Enfermeiros Funções gestão	3,23	,51	

#### 5.4.2 - H1.B - Existe diferença na SP em função do tipo de relação laboral dos enfermeiros

Na análise da hipótese H1.B utilizamos o teste de ANOVA e respetivos testes *post-hoc* (Apêndice V).

Observa-se na Tabela 10, que os valores médios de SP dos enfermeiros em função do tipo de relação laboral com a instituição a que pertencem estão muito próximos. Desta forma não sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,132$ ), podemos inferir que a satisfação profissional dos enfermeiros não difere em função do tipo de relação laboral.

**Tabela 10 - Análise da variância da SP em função do tipo de Relação laboral (N=1102)**

Relação laboral	$\bar{X}$	DP	p
CTFP	2,92	,49	
CIT tempo indeterminado	2,85	,50	,132
Termo/Recibo verde	2,85	,64	

#### 5.4.3 - H1.C - Existe diferença na SP em função da carga horária semanal dos enfermeiros

A análise da SP dos enfermeiros em função da carga horária semanal (Tabela 11), permitiu constatar que os enfermeiros com maior carga horária ( $\geq 40$  Horas) tendem a níveis mais elevados de SP ( $\bar{X}=2,90$ ;  $DP=0,51$ ). Contudo a diferença não tem significado estatístico para o nível de significância previamente definido ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 11 – Teste T para amostras independentes da SP em função da carga horária semanal**

Carga horária semanal	$\bar{X}$	DP	p
≤ 35 Horas	2,84	,48	,091
≥ 40 Horas	2,90	,51	

#### 5.4.4 - H1.D - Existe diferença na SP em função do número de dias folga/semana dos enfermeiros

A análise da SP em função do número de dias de folga semanal (Tabela 12), possibilitou verificar que os enfermeiros com mais dias de folga tendem a níveis mais elevados de SP ( $\bar{X}=2,93$ ; DP=0,51). O teste T revelou que a diferença tem elevado significado estatístico ( $p=0,00$ ).

**Tabela 12 - Teste T para amostras independentes da SP em função do n.º de dias de folga semanal**

N.º de dias folga/semana	$\bar{X}$	DP	p
≤ 1 dia	2,79	,47	,000
≥ 2 dias	2,93	,51	,000

#### 5.4.5 - H1.E - Existe relação entre a SP e o tempo exercício profissional dos enfermeiros

A análise da relação entre a SP e o tempo de exercício profissional (Tabela 13) permite verificar que há uma correlação positiva, embora muito fraca ( $r=0,09$ ), indiciando que os profissionais com maior número de anos de exercício profissional tendem a estar mais satisfeitos. Contudo, apesar da correlação ser baixa, o teste de significância revela que esta associação tem significado estatístico ( $p=0,003$ ).

**Tabela 13 – Correlação da SP com o tempo de exercício profissional**

	Correlação <i>Pearson</i>	p
Tempo exercício profissional	,09	,003

## 5.5 - HIPÓTESE 2 - EXISTE RELAÇÃO ENTRE OS EAAPE E ALGUMAS VARIÁVEIS SOCIOPROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS

Tendo em conta a especificidade da escala EAAPE, a análise da hipótese 2 decorrerá do estudo da relação das práticas de enfermagem e dos eventos adversos com as diferentes variáveis independentes.

### 5.5.1 - H2.A - Existe diferença nos EAAPE em função da categoria profissional dos enfermeiros

A análise desta hipótese foi realizada através do teste ANOVA devidamente suplementado com os testes *post-hoc* de *Bonferroni* (apresentados em Apêndice V).

Como se pode verificar na Tabela 14, os resultados evidenciam que os Enfermeiros com funções de gestão percecionam melhores práticas de enfermagem ( $\bar{X}=3,63$ ;  $DP=0,41$ ) comparativamente com os enfermeiros e enfermeiros especialistas, sendo, a diferença relativa para as restantes categorias profissionais, estatisticamente significativa

Relativamente à subescala EA, os valores entre grupos são muito próximos e não existe diferença estatisticamente significativa ( $p=0,91$ ).

**Tabela 14 - Análise da variância dos EAAPE em função da Categoria Profissional (N=1102)**

Subescalas	Práticas de Enfermagem			Eventos Adversos		
	$\bar{X}$	DP	p	$\bar{X}$	DP	p
Enfermeiros	3,49	,40		2,57	,50	
Enfermeiros Especialistas	3,52	,44	,011	2,55	,54	,910
Enfermeiros Funções gestão	3,63	,41		2,57	,52	

### 5.5.2 - H2.B - Existe diferença nos EAAPE em função do tipo de relação laboral dos enfermeiros

Através da execução do teste ANOVA e respetivos testes *post-hoc* de *Bonferroni* (Apêndice V), pode-se verificar na Tabela 15, que os enfermeiros em CTFP percecionam melhores práticas de enfermagem ( $\bar{X}=3,55$ ;  $DP=0,41$ ), que os enfermeiros

em CIT tempo indeterminado ( $\bar{X}=3,46$ ;  $DP=0,39$ ). A diferença entre grupos é estatisticamente significativa ( $p=0,006$ ).

Já relativamente à perceção de ocorrência de EA, são os enfermeiros com CIT Tempo indeterminado ( $\bar{X}=2,62$ ;  $DP=0,52$ ) a evidenciar valores mais elevados comparativamente aos restantes tipos de relação laboral. A variância entre grupos demonstra um elevado significado estatístico ( $p=0,005$ ).

**Tabela 15 - Análise da variância dos EAAPE em função do tipo de relação laboral (N=1102)**

Tipo de relação laboral	Subescalas			Práticas de Enfermagem			Eventos Adversos		
	$\bar{X}$	DP	p	$\bar{X}$	DP	p	$\bar{X}$	DP	p
CTFP	3,55	,41		2,51	,49				
CIT tempo indeterminado	3,46	,39	,006	2,62	,52	,005			
Termo/Recibo verde	3,50	,44		2,56	,44				

### 5.5.3 - H2.C - Existe diferença nos EAAPE em função da carga horária semanal dos enfermeiros

A análise dos EAAPE em função da carga horária semanal (Tabela 16), permitiu constatar que os enfermeiros com maior carga horária ( $\geq 40$  Horas) tendem a perceber melhores práticas que os profissionais com menor carga horária ( $\bar{X}=3,52$ ;  $DP=0,42$ ). No entanto, a diferença não revela significado estatístico para o nível de significância previamente definido ( $p > 0,05$ ).

A Tabela 16 permite verificar que são os enfermeiros que trabalham  $\leq 35$  Horas por semana que indiciam maior perceção do risco e ocorrência de EA, sendo que o teste T revelou que esta diferença tem elevado significado estatístico ( $p=0,00$ ).

**Tabela 16 - Teste T para amostras independentes dos EAAPE em função da carga horária semanal**

Carga horária semanal	Subescalas			Práticas de Enfermagem			Eventos Adversos		
	$\bar{X}$	DP	p	$\bar{X}$	DP	p	$\bar{X}$	DP	p
$\leq 35$ Horas	3,47	,36	,085	2,63	,50	,023			
$\geq 40$ Horas	3,52	,42		2,55	,50				

**5.5.4 - H2.D - Existe diferença nos EAAPE em função do número de dias folga/semana dos enfermeiros**

A análise das subescalas Práticas de Enfermagem e EA em função da carga horária semanal (Tabela 17) permite dizer que os enfermeiros com mais dias de folga percebem melhores práticas ( $\bar{X}=3,52$ ;  $DP=0,38$ ) e os enfermeiros com apenas um dia (ou menos) de pausa na prática profissional, evidenciam maior percepção aos riscos e ocorrência de EA ( $\bar{X}=2,59$ ;  $DP=0,49$ ). Contudo as diferenças entre grupos são reduzidas e não revelam significado estatístico para o nível de significância previamente definido ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 17 - Teste T para amostras independentes dos EAAPE em função do n.º de dias de folga/semana**

Subescalas	Práticas de Enfermagem			Eventos Adversos		
	$\bar{X}$	DP	p	$\bar{X}$	DP	p
N.º de dias folga/semana						
≤ 1 dia	3,48	,44	,161	2,59	,49	,464
≥ 2 dias	3,52	,38		2,56	,51	

**5.5.5 - H2.E - Existe relação entre os EAAPE e o tempo exercício profissional dos enfermeiros**

A análise da relação entre os EAAPE e o tempo de exercício profissional (Tabela 18) permite verificar que há uma correlação positiva fraca com as práticas de enfermagem ( $r=0,13$ ) e negativa fraca com os EA ( $r=0,12$ ). Contudo, o teste de significância revela que esta associação tem elevado significado estatístico ( $p=0,000$ ), indiciando que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional percebem melhores práticas de enfermagem mas têm menor percepção do risco e ocorrência de EA.

**Tabela 18 - Correlação dos EAAPE com o tempo de exercício profissional**

Subescala	Práticas de Enfermagem		Eventos Adversos	
	Correlação Pearson	p	Correlação Pearson	p
Tempo exercício profissional	,13	,000	-,12	,000

### 5.6 - HIPOTESE 3 - EXISTE RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E OS EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Para o estudo desta relação, recorreu-se à correlação de *Pearson*. Verifica-se que a SP apresenta uma correlação moderada positiva com as Práticas de Enfermagem ( $r=0,35$ ;  $p=0,00$ ), permitindo concluir que os profissionais mais satisfeitos evidenciam perceção de melhores práticas de enfermagem (Tabela 19). Por outro lado, o nível de SP dos enfermeiros parece influenciar negativamente a sua perceção do risco e ocorrência de EA.

Analizou-se também a relação entre as práticas de enfermagem e os EA, verificando-se que existe uma correlação negativa forte entre estas variáveis, podendo-se salientar que melhores práticas de enfermagem estão associadas a menos EA.

**Tabela 19 - Correlação entre a SP e os EAAPE**

	Satisfação Profissional	Práticas de Enfermagem	Eventos Adversos
Satisfação Profissional	1	<b>,35</b>	<b>-,30</b>
		,000	,000
Práticas de Enfermagem			<b>-,54</b>
			,000



## 6 – DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, importa agora realizar uma reflexão crítica dos mesmos, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência. A discussão dos objetivos e hipóteses terá em consideração a sequência da apresentação dos resultados, partindo assim dos objetivos específicos para o objetivo geral. Este capítulo visa ainda apresentar e justificar as dificuldades e limitações metodológicas encontradas.

Globalmente, pode afirmar-se que a amostra é representativa da população de enfermeiros em Portugal.

De acordo com o último *census* realizado pela OE, o número de enfermeiros ativos em Portugal é de 66.340 (OE, 2015c). A OCDE indica valores semelhantes quando aponta para um ratio de 6,1 enfermeiros por cada 1.000 habitantes em Portugal (OCDE, 2015). A amostra em estudo revela ser constituída por 79,4% de mulheres, um valor próximo dos 81,9% referidos pela OE (OE, 2015c) e com outros estudos recentes (Leone *et al.*, 2015).

A idade média de 38,2 anos com um desvio padrão de 8,9 anos, revela que a amostra é ligeiramente mais velha que os valores globais da população (OE, 2015c). No entanto, a média de anos de experiência profissional é igualmente ligeiramente superior a um estudo transversal da enfermagem portuguesa (Leone *et al.*, 2015) e que refere uma média de 11,6 anos, contra os 15,1 anos da presente investigação.

Relativamente à formação, importa assinalar que o facto da percentagem de enfermeiros especialistas (nível académico) da amostra (45,9%) ser superior aos dados estatísticos oficiais da OE (21%) (OE, 2015c) e outros estudos transversais recentes (19,3%) (Leone *et al.*, 2015), pode ser explicado pela maior participação e envolvimento dos profissionais com mais formação académica em investigação com este tipo de metodologia através da internet.

Em Portugal, a SP tem enquadramento legal na Lei de Bases da Saúde (Decreto Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. DR 1.ª Série, 1990), estando prevista a avaliação do nível de satisfação dos profissionais, enquanto indicador da avaliação permanente do SNS. No entanto, 61,1% dos enfermeiros assinala não ter participado em inquéritos de SP nos anos de 2014 e 2015.

Um ponto que deve merecer alguma reflexão dos diferentes agentes de Saúde, passa pelos resultados relativos à notificação de incidentes e EA. 53,5% dos enfermeiros indicam conhecer o sistema e o processo para notificar, embora desde o início de 2014 (2 anos) nunca utilizaram o sistema, ou seja, não notificaram. Sendo este dado inquietante, quando existe uma elevada proporção de enfermeiros com competências académicas acrescidas (pós-licenciatura, pós-graduação, ...), será mais preocupante assinalar que 26,3% não tem qualquer tipo de conhecimento destes sistemas e processos.

Tendo em conta o último Relatório da Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes em Portugal, a obrigação de notificação e investigação para os EA (graves/com sequelas/morte), colide com o pouco envolvimento dos profissionais de saúde e das próprias instituições. O relatório revela que 63% dos profissionais assume não ter feito nenhuma notificação. A constatação da relutância em notificar (33%) pelo receio de represálias, pode ajudar a entender os resultados (DGS, 2015e).

Numa organização tão grande e complexa como um sistema de saúde, o instinto profissional de empreender o correto e o impulso para o cuidado/cuidar podem ser fortes, mas existirão sempre momentos onde, inevitavelmente, será mais fácil “conceder” o “engano/erro”, negando que as coisas correram mal e adotando posturas defensivas (Hunt, 2015).

Os estudos revelam que os enfermeiros reconhecem que são poucos a relatar o erro ou EA e fazem-no por receio das consequências jurídicas e profissionais. No entanto, também existe evidência que a falta de orientação organizacional e as próprias características pessoais, resultam como barreiras à notificação (McLennan, Diebold, Rich, & Elger, 2016).

A cultura de segurança resultará positivamente, quando todos os envolvidos tiverem uma consciência coletiva comum da sua necessidade e pertinência, pelo que é urgente a definição de uma estratégia sistemática para a aculturação da SD nos serviços de saúde.

## 6.1 – CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

A existência de um diferencial entre expectativas e resultados/recompensas (Vroom, 1964), produz consequências. Assim, quanto maior a expectativa de cada um perante o seu trabalho (crescimento pessoal, liberdade de espírito e ação), mais insatisfação

profissional e consequentes efeitos (e.g. absentismo) (Goldim & Silva, 2004; Robbins, 2010).

Serão vários os motivos que afetam a SP e estes variam entre os indivíduos (Fontes, 2009). A SP pode ser influenciada pela diminuição de autonomia, indefinição das tarefas, pressão elevada e sobrecarga de trabalho. Pode igualmente estar relacionada com a falta de apoio dos superiores e as poucas expectativas de carreira e desenvolvimento da profissão, assim como a falta de reconhecimento pessoal e profissional (Ferreira, 2006; Bonifácio, 2013).

Os inquiridos revelaram baixos níveis de satisfação com os benefícios, recompensas e a promoção profissional. Os enfermeiros sentem que os aumentos salariais são poucos e distantes, têm poucos benefícios dentro da organização e apesar do muito trabalho exigido, o esforço não é devidamente recompensado. Em consequência, indicam que mesmo realizando um bom trabalho, não são promovidos e recebem uma quantia injusta pelo trabalho que desenvolvem.

Os aspetos políticos e económicos estão associados aos contextos de trabalho, nomeadamente pela influência nos ambientes de trabalho e na SP (Fontes, 2009).

Estes pontos vão de encontro às diversas referências do ICN, de que o bem-estar socioeconómico, as condições de remuneração e de trabalho dos enfermeiros são inadequadas ou insuficientes, devendo ser compatíveis com o nível de qualidade de cuidados exigido pela população (ICN, 2014; ICN, 2015).

Relativamente à situação portuguesa, importa destacar as conclusões do estudo de Leone *et al.* (2015) que indica as oportunidades de carreira e organizacionais dos enfermeiros, reiterando essas mudanças de “baixo impacto económico” como de primordial necessidade de revisão urgente. Aponta ainda que esta estratégia teria implicações substanciais no ambiente de trabalho e SP dos enfermeiros, promovendo melhorias na qualidade e segurança na prática de cuidados.

Outro ponto importante passa pela promoção de conhecimento de cada enfermeiro, das políticas de saúde da sua instituição, região e país. Só desta forma, cada um pode direcionar e compreender a sua ação diária e os diferentes objetivos (Newbold, 2008).

Por outro lado, os resultados mostram elevada satisfação com o contexto de trabalho e relacionamento com a equipa. Os enfermeiros gostam do seu chefe e sentem que o mesmo não é injusto com eles. Os enfermeiros apontam que o seu trabalho é agradável

e gostam dos colegas e das pessoas com quem trabalham. Ainda realçar para o facto de gostarem efetivamente do que fazem e terem orgulho no seu trabalho.

O estilo de liderança e comunicação no ambiente de trabalho produzem um sentimento positivo em relação ao local de trabalho e melhora a SP dos enfermeiros (Registered Nurses Association of Ontario, 2006; Registered Nurse's Association of Ontario, 2013).

A realização pessoal emerge da satisfação das diferentes necessidades do homem (Maslow), a necessidade de autorrealização estará no topo (Chiavenato, 2009). A motivação advém da associação entre os fatores motivacionais e os higiénicos (Herzberg, Mausner, & Snyderman).

Está demonstrado que melhores ambientes de trabalho e a redução no rácio de doentes estão associados com o aumento da qualidade de cuidados e satisfação do doente (Aiken *et al.*, 2012).

Melhor liderança resulta em maior excelência e inovação na prática de cuidados de enfermagem, ou seja, intervenções na qualidade do ambiente de trabalho (liderança) indiciam promover melhor desempenho e qualidade dos cuidados (ICN, 2015).

Assim, relativamente aos resultados, a satisfação pode resultar do conteúdo profissional e de sentimentos positivos que derivam da forma como o indivíduo reconhece o trabalho em si mesmo, pela responsabilidade, a realização pessoal, o reconhecimento e a experiência profissional (fatores motivacionais). O oposto acontece com as condições de trabalho: condições físicas, a remuneração, benefícios sociais, políticas organizacionais, regulamentos internos e oportunidades existentes (fatores higiénicos) (Fontes, 2009; Bonifácio, 2013). Percebendo que este tipo de fatores é preventivo, ou seja, evita a insatisfação, percebemos os níveis baixos de SP em algumas das dimensões referidas.

O tipo de comunicação entre membros de uma equipa de saúde influencia as relações de trabalho, a SP, as interações entre profissionais e doentes, e conseqüentemente, a SD, pelo que deve ser encarada como uma competência imprescindível dos indivíduos e equipas, e uma prioridade organizacional (ICN, 2015).

Estes dados vão de encontro a outros estudos nacionais que revelam a valorização dos enfermeiros da relação com as pessoas/doentes e a satisfação com a própria natureza do trabalho e pelo contrário, a menor satisfação com o reconhecimento social, a

remuneração e a carga de trabalho (OE, 2011; Dias, 2012; Valente, 2013; Carvalho, 2014; Sá, 2014; Henriques, 2015).

A análise dos resultados permite constatar um nível global baixo de SP dos enfermeiros portugueses, ou seja, em linha com os diferentes estudos já referidos. Sabendo que a SP é o nível de atitude e resposta emocional que os indivíduos sentem, perante as condições físicas e sociais do trabalho, é importante perceber a sua implicação no desempenho profissional dos enfermeiros (Jathanna, Melisha, Mary, & Latha, 2011). Um enfermeiro satisfeito irá promover o desenvolvimento da organização, melhorar a sua eficácia, eficiência e dinâmica (Ferreira, 2011).

Os responsáveis dos serviços e organizações de saúde devem liderar a valorização da satisfação dos enfermeiros, incentivando o esforço coletivo e relação interpessoais positivas, disponibilizando recursos e dinâmicas de melhoria contínua, focando cada contexto de cuidados e profissional, em metas e objetivos claros (Amaral, 2014).

## 6.2 – CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO DA OCORRÊNCIA DE EA NUMA PERSPETIVA DE PROCESSO (PRÁTICAS DE ENFERMAGEM) E NUMA PERSPETIVA DE RESULTADOS (RISCO E OCORRÊNCIA DE EA)

Ser enfermeiro implica ser capaz de mobilizar no momento oportuno, um conjunto de conhecimentos e de capacidades adequadas a um determinado desempenho, exigido por uma determinada situação concreta (Alarcão, 2001, p. 54). Prestar cuidados de enfermagem envolve necessariamente uma tomada de decisão e nesse sentido, o nível de conhecimentos demonstrados pode garantir uma verdadeira atuação baseada em princípios e na melhor evidência. A tomada de decisão esclarecida levará consequentemente, a uma intencionalidade nas práticas.

Relativamente à perceção dos EA numa perspetiva de processo, pode constatar-se que a amostra indicia níveis moderados a elevados de cumprimento de práticas de enfermagem recomendadas.

**Os enfermeiros referem cumprir as práticas de higienização das mãos ( $\bar{X}=4,42$ ), de privacidade e confidencialidade ( $\bar{X}=4,11$ ) e com os cuidados com o equipamento de proteção individual e higiene ambiental ( $\bar{X}=4,05$ ).**

A higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos, durante a prestação de cuidados (DGS, 2013a).

No último relatório disponível sobre a higiene das mãos dos enfermeiros em Portugal, a adesão rondava os 77% das oportunidades/momentos recomendados (DGS, 2014c). Este valor vai de encontro aos resultados encontrados.

No entanto, é importante referir que existe evidência de que o valores de adesão tendem a ser influenciados pela perceção dos profissionais aos momentos de avaliação, ou seja, o comportamento normal revela níveis mais baixos. Exemplo disso é um estudo recente com monitorização contínua eletrónica, indica adesão entre os 18 e os 40% (Mills, 2016). Neste sentido, os níveis alto de perceção de cumprimento das práticas de higiene das mãos, pode igualmente não refletir a realidade.

A privacidade, segundo Loch (2007) “é como um status ou um direito à intimidade, permite a confiança e a segurança para revelar algo íntimo, enquanto que a confidencialidade garante a revelação que será mantida em segredo”. Tendo em conta o enquadramento o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (vulgo REPE) e o Código Deontológico (OE, 2015a; OE, 2015b), estes obrigam o enfermeiro a agir em conformidade, respeitando a privacidade e confidencialidade, o que garante a qualidade na prática da Enfermagem (Amaro & Sousa, 2014). Deste modo, a assunção de boas práticas pelos enfermeiros, é um dado positivo pelas determinantes referidas e pelos consequentes efeitos na segurança, saúde e bem-estar de cada pessoa/doente.

Em relação ao equipamento de proteção individual e de acordo com a DGS, este equipamento proporciona a adequada proteção aos profissionais de saúde, e deverá ser utilizado de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar, e também, aos doentes e visitantes (DGS, 2013a). O nível elevado da perceção do cumprimento desta prática, deixa compreender que os enfermeiros assumem a importância da utilização do equipamento na segurança dos doentes e agentes de saúde.

**As práticas de enfermagem relacionadas com a preparação da medicação e vigilância na administração e, com a prevenção de quedas, revelam a perceção de existência de um maior índice de falhas.**

A segurança no processo de administração de fármacos resulta de diferentes intervenções. Ao enfermeiro exige-se um conjunto de conhecimentos, experiência e capacidades de vigilância e concentração. No entanto, importa referir que o erro também está dependente de implicações organizacionais nomeadamente a estrutura e capacidade de distribuição de medicamentos, as dotações de enfermeiros e a eventual

sobrecarga de trabalho (Irvine, Sidani, & Hall, 1998). Este facto é tanto mais preocupante quando está demonstrado que em momentos de excesso de atividade e necessárias respostas pelo enfermeiro, a administração de terapêutica medicamentosa, não está associada à omissão de cuidados.

Sendo em primeira análise, algo positivo, importa refletir na capacidade mental dos enfermeiros, em momentos de *stress*, para cumprir todas as etapas imprescindíveis deste processo terapêutico.

A não omissão, não impede as falhas e a ocorrência de erros. Em consequência, os resultados de alguns dos itens relacionados com a preparação de medicação e vigilância: *“Existirem muitos medicamentos no mesmo horário”*; *“Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica”*; *“O medicamento não estar disponível em tempo oportuno”*; *“Distração do enfermeiro”*; *“Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes”*; e *“O enfermeiro ser interrompido durante a atividade”*; mesmo com valores moderados de perceção de falhas, podem resultar em danos graves e com frequência indesejável.

O processo de preparação de medicação e vigilância na administração, é constituído por várias etapas, exigindo um desempenho eficiente e seguro, de forma a garantir o fim terapêutico adequado. A bibliografia evidencia que os erros de medicação são ocorridos devido à sobrecarga e *stress* gerados no ambiente de trabalho e da falha na comunicação da equipe multidisciplinar (Rocha, Lima, Torres, & Gonçalves, 2015).

A otimização do sistema de prescrição (horários), a organização e supervisão dos processos relacionados com a medicação (rótulos/supervisão), e a melhoria da comunicação entre os profissionais envolvidos, são algumas formas de prevenção de ocorrências de erros do processo de medicação, a fim de garantir a qualidade e a segurança desejáveis (Rocha, Lima, Torres, & Gonçalves, 2015).

Em saúde, a qualidade da comunicação dentro da equipa e a forma de coordenação de cuidados, pode fazer a diferença. Comunicar adequadamente e em tempo oportuno, qualquer alteração ou eventual foco de instabilidade, pode promover uma estratégia de prevenção adequada ou o tratamento no momento adequado (Irvine, Sidani, & Hall, 1998). Esta comunicação é tanto mais importante, quando sabemos o domínio interdependente da profissão, partilhado de forma interdisciplinar e focado na abrangência dinâmica da prestação de cuidados de saúde (Doran, 2011; Amaral, 2014).

A comunicação eficaz é um pilar mestre da segurança e qualidade dos cuidados de saúde. A ineficácia da comunicação dentro de uma equipa de saúde é a causa principal de 2/3 dos erros médicos. A evidência mostra ainda que existe forte relação positiva entre a capacidade de comunicação do profissional de saúde e consequente seguimento das recomendações clínicas e comportamentos de saúde responsáveis e devidamente ajustados ao regime terapêutico, por parte do doente (Institute for Health Care Communication, 2011; ICN, 2014).

A dimensão “Prevenção de quedas” com os itens: “O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído”; “Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendo em consideração a avaliação do risco”; e “A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado”, revela o valor mais baixo no conjunto das dimensões da subescala de práticas de enfermagem.

O aumento do número de idosos, que deriva de uma maior esperança de vida, traduzir-se-á no aumento do número de pessoas que irão sobreviver com défices funcionais, cognitivos, ou múltiplas incapacidades a longo termo. Deste modo, a problemática da prevenção de quedas assume destaque como fator de pressão na gestão hospitalar e uma ameaça verdadeira à SD (Dias, 2014). O número e gravidade das quedas ocorridas em contexto de cuidados de saúde, não devia em termos teóricos, sequer existir. No entanto, os episódios e consequências continuam a gozar de um destaque negativo e a sua importância em matéria de segurança do doente é por isso, cada vez mais significativa (Uva, Sousa, & Castanheira, 2010).

**Em relação à perceção dos EA numa perspetiva de resultado, a amostra indicia que os enfermeiros mostram a existência de riscos e ocorrências de EA, que apesar de frequência baixa, podem ter consequências na SD.**

Destaca-se desde já, que a amostra revela transversalmente, alguma predisposição profissional para a identificação de riscos e ocorrências de EA. A análise dos resultados globais da subescala EAs ( $\bar{X}=2,57$ ) mostra assim, um valor compatível com níveis entre o “raramente” a “algumas vezes”, indiciando uma perceção dos enfermeiros de que reconhecem a existência do risco e ocorrência dos EAs estudados.

Os valores médios mais elevados são observados nas dimensões “IACS” ( $\bar{X}=2,80$ ), “Risco e ocorrência de úlceras por pressão” ( $\bar{X}=2,78$ ) e “Risco e ocorrência de quedas”

( $\bar{X}=2,69$ ), revelando valores médios próximos da âncora “*algumas vezes*”, indiciando áreas mais críticas para a SD.

A prevenção e controlo de infeção está presente de uma forma transversal em praticamente todas as intervenções de enfermagem. Aspectos como: técnica asséptica, higiene das mãos, uso de luvas e restante equipamento de proteção individual, são pontos fundamentais e desde a formação inicial, de análise obrigatória em cada momento de prestação de cuidados. Na admissão do doente à unidade de saúde e contexto de prestação de cuidados, deve ser rigorosamente avaliado, o risco de transmissão de agentes infecciosos. A própria avaliação do risco, decorre necessariamente de um olhar mais experiente, dando atenção a muitos aspetos e variáveis. Estas e outras PBCI são parte da matriz para uma atuação profissional e devem ser plenamente conhecidas, treinadas e avaliadas em cada serviço e instituição (DGS, 2013a; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

No Reino Unido, as IACS têm afetado mais de 300.000 doentes em cada ano, resultando em 5.000 mortes e custos hospitalares de cerca £1.000.000/ano. Acredita-se que mais de 30% de infeções hospitalares poderiam ser evitadas simplesmente através de uma melhor aplicação do conhecimento existente e práticas de controlo de infeção. Isto permitiria salvar vidas e evitar internamentos hospitalares desnecessários e prolongados (Mills, 2016).

Em Portugal, a taxa de IACS é de 10,5%, o dobro da média europeia e uma das mais elevadas da Europa (DGS, 2013b). Para além da redução em cerca de 29 dias de internamento (média internamento com IACS é de 36 dias vs 7 dias sem IACS), a poupança total potencial com a redução em 50% das infeções hospitalares no nosso país, poderia ascender a um valor entre 280 a 340 milhões de euros por ano (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Os resultados da dimensão “IACS” espelham a realidade do nosso país, pelo que os enfermeiros referenciam o risco como algo “real”.

A população que recorre aos serviços de saúde, mudou radicalmente nos últimos 15 anos ou mais. Os doentes são mais dependentes e os seus casos mais complexos. Por vezes, têm ainda associado algum tipo de comprometimento cognitivo ou demência (Patterson, 2015).

A avaliação do risco e a ocorrência de quedas e úlceras por pressão são áreas fundamentais na prestação de cuidados de saúde.

Em contexto hospitalar, as quedas assumem o epíteto de incidente mais reportado (e constituem um indicador relativo à segurança do doente sensível aos cuidados de enfermagem. Ou seja, resulta de uma avaliação multifatorial da pessoa internada e de um conjunto de intervenções autónomas da responsabilidade do enfermeiro (fundamentação, prescrição e implementação) (Dias, 2014).

Em Portugal, alguns estudos revelam uma taxa de prevalência entre os 8,4 e os 11% de quedas por cada 1000 doentes internados e, de acordo com os dados do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011; Dias, 2014; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A composição das equipas de enfermagem deve contemplar a inclusão de enfermeiros com experiência de trabalho significativa e com formação especializada em enfermagem médico-cirúrgica, reabilitação e saúde mental e psiquiátrica. Para além disso, todos os profissionais de saúde devem realizar periodicamente formação sobre prevenção de quedas, disponibilizada pelas organizações como parte integral do plano de SD de cada organização de saúde (Dias, 2014).

Quanto às úlceras por pressão, o risco de desenvolver uma úlcera por pressão é de cerca de 10% em internamentos agudos e de 25% em unidades de cuidados continuados, pelo que é consensual que são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Segundo o PNSD (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015):

*“as úlceras por pressão causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte. Para além do impacto na qualidade de vida das pessoas, as úlceras de pressão estão na origem do aumento de dias de internamento e de readmissões hospitalares e, por conseguinte, do aumento dos encargos para os serviços de saúde”.*

Os enfermeiros devem ser incentivados a identificar precocemente os fatores de risco e a integrar intervenções de enfermagem de forma a evitar a sua ocorrência (Campanili, Santos, Pulido, Thomaz, & Nogueira, 2015).

Neste sentido, os valores mais elevados nos itens: *“Existe risco de ocorrência de quedas de doentes”* e *“Existe risco de ocorrência de úlceras por pressão”*, evidenciam uma valorização dos enfermeiros que apesar de revelar uma consciência profissional para dois dos indicadores de desempenho e qualidade assistencial de enfermagem, traduzem uma preocupação que deverá ser reconhecida por todos os agentes em saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A assunção da existência do risco de ocorrências pode originar diversas leituras: maior grau de dependência, maior carga de trabalho, menor dotação de profissionais e recursos materiais/estrutura física inadequados. O número de funcionários deve assim refletir essas maiores dependências, ter em conta as variações populacionais e basear-se na melhor evidência disponível (Patterson, 2015).

### 6.3 – ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS E A SP DOS ENFERMEIROS

Os enfermeiros são atualmente, a força vital nos contextos para uma prestação de cuidados de qualidade, podendo ajudar à eficiência e eficácia do sistema de saúde. A relação entre o seu número, ambiente de trabalho e consequente SP, são variáveis que terão implicações diretas na equação da assistência ao doente (ICN, 2015).

A existência de enfermeiros com formação avançada (especialização e mestrado) resulta em ambientes de práticas mais favoráveis à obtenção de melhores resultados e relação intraequipa (Amaral, Ferreira, Cardoso, & Vidinha, 2014).

Os resultados encontrados indicam que são os enfermeiros com funções de gestão os que evidenciam níveis de SP mais elevados quando comparados com os enfermeiros e enfermeiros especialistas.

Estes resultados vão de encontro a outros estudos, que evidenciam uma certa tendência, ainda que ligeira, para que os enfermeiros chefes, supervisores e diretores, manifestem maior SP. Isto pode ser explicado pela maior autonomia da tomada de decisões e influência positiva inerente à posição hierárquica (Castro *et al.*, 2011; Moura, 2012; Valente, 2013; Sá, 2014).

O tipo de vínculo laboral é uma variável de relevo no que diz respeito à motivação dos enfermeiros. No entanto, os níveis de satisfação entre os profissionais com os diversos tipos de relação laboral, são muito próximos. Apesar das diferenças encontradas não serem estatisticamente significativas, estes resultados são corroborados num estudo de SP dos enfermeiros (Moura, 2012).

De referir contudo que a não existência de concordância nos estudos, de qual o tipo de vínculo laboral dos enfermeiros que proporciona maior nível de SP. Existem estudos em que são os enfermeiros a CTFP (Silva, 2012; Sá, 2014) e outros que indicam que são os CIT Tempo Indeterminado os mais satisfeitos (Valente, 2013).

A carga laboral excessiva continua a ser uma questão laboral fundamental em muitos países e constitui um motivo documentado pelo qual os enfermeiros abandonam a profissão (ICN, 2015).

Em Portugal, as alterações do quadro legal, com a alteração para 40h semanais da carga horária dos CTFP, criaram diferenças significativas entre enfermeiros.

A análise da SP em função da carga horária semanal, permitiu constatar que os enfermeiros com maior carga horária ( $\geq 40$  Horas) tendem a níveis mais elevados de SP. Porém, estes resultados não assumem qualquer significado estatístico.

Está todavia demonstrado que o risco de erro aumenta significativamente quando os enfermeiros trabalham  $\geq 40$  horas por semana ou horas extras (Registered Nurse's Association of Ontario, 2013).

Muitos enfermeiros trabalham turnos de doze horas, uma vez que proporcionam a oportunidade para comprimir a semana de trabalho e ganhar mais dias de folga (Registered Nurse's Association of Ontario, 2013).

A aplicação das 40h semanais teve consequências nos números do absentismo profissional (passou de 8,8% para 11.1%), acidentes de trabalho (aumento de 16,3%) e dias de trabalho perdidos (aumento de 23,8%) (ACSS, 2015).

A análise da SP em função do número de dias de folga semanal, possibilitou verificar que os enfermeiros com mais dias de folga tendem a níveis mais elevados de SP.

Atendendo ao enquadramento legal que obriga a um período de descanso semanal de, no mínimo, 48 horas consecutivas, percebe-se que o incumprimento legal assume também implicações nos níveis de SP (Circular Normativa da Direção Geral dos Hospitais, 1992).

A análise da relação entre a SP e o tempo de exercício profissional permite indiciar que os profissionais com maior número de anos de exercício profissional tendem a sentir-se mais satisfeitos.

Este dado vai de encontro a alguns estudos, que evidenciam correlação positiva entre os anos de experiência e o nível de SP (Castro *et al.*, 2011; Moura, 2012). Este ponto pode ser explicado pelas melhores condições remuneratórias e de evolução na carreira, algo que só os profissionais mais antigos tiveram benefício (Valente, 2013; Sá, 2014).

Por outro lado, gozam de reconhecimento entre pares e dentro do serviço de saúde. Será ainda de destacar que os trabalhadores mais velhos adaptam as suas expetativas

e valores ao longo do tempo e na forma como vivenciam o seu contexto profissional (Rodrigues, 2011).

A SP é um fenómeno complexo e que possui diversas facetas. O sucesso de qualquer estrutura organizacional depende da capacidade de valorização do seu capital humano, ou seja, de conseguir motivar e gerar SP aos seus colaboradores (Carvalho, 2014).

#### 6.4 – ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS E OS EAAPE

A ocorrência de EA e o conseqüente compromisso com a SD, constituem um desafio constante para melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Paiva, Paiva, Berti, & Campana, 2010).

Os incidentes e EA não podem ser vistos como acontecimentos isolados, localizados e confinados a um período temporal limitado. A notificação insuficiente em número e conteúdo, resulta na perda de oportunidades de aprendizagem e de melhoria contínua de todo o sistema de saúde. A melhoria decorre ainda da capacidade de monitorização e *benchmarking* intra e interinstitucional, pelo que o desenvolvimento e utilização de metodologias comuns (nível nacional) para a investigação de incidentes graves, deverá ser incentivada (Patterson, 2015).

Os Enfermeiros com funções de gestão percebem melhores práticas de enfermagem comparativamente com os enfermeiros e enfermeiros especialistas, sendo, a diferença relativa para as restantes categorias profissionais, estatisticamente significativa. A categoria profissional é um indicador de conhecimento e competência dos enfermeiros, pelo que diferentes estudos demonstram esta relação com a minimização a ocorrência de complicações (Amaral, 2014).

O corpo crescente de evidências que ligam os enfermeiros (em particular, o aumento do número e um aumento da proporção) com os resultados do doente, sugere que uma das formas de melhoria de qualidade passa pelas dotações (número e tipo) dos enfermeiros. A relação entre as dotações de enfermeiros e os resultados adversos do doente, demonstra o valor de uma equipa de enfermagem dotada e equilibrada, no percurso clínico e SD (Registered Nurse's Association of Ontario, 2013).

O maior número de enfermeiros qualificados (especializados) está associado à redução na mortalidade dos doentes e EA (Aiken *et al.*, 2014).

No presente estudo, os enfermeiros que trabalham em média  $\geq 40$  horas por semana indiciam menor perceção do risco e ocorrência de EA ( $p=0,00$ ). Estes resultados, poderão indicar perceção de melhor segurança, ou pelo contrário, pode indicar que os enfermeiros com maior sobrecarga de trabalho tendem a estar menos sensibilizados para a segurança do doente, subvalorizando o seu risco e ocorrência.

Vários estudos apontam que maiores cargas de trabalho e menor nível de formação, implicam resultados menos favoráveis para o doente, nomeadamente IACS, incidência de úlceras por pressão, episódios de quedas e erros de medicação (Irvine, Sidani, & Hall, 1998; Reed, Blegen, & Goode, 1998; Duffield *et al.*, 2011; Aiken *et al.*, 2012; James, 2013; Amaral, 2014; Ausserhofer *et al.*, 2014).

Existe demonstração de que o aumento num contexto de cuidados, do número e *skill mix* dos enfermeiros, traduz-se numa diminuição do tempo de internamento e de taxas de complicações. Deste modo, a melhoria dos indicadores de qualidade e resultados para os doentes, justificará o aumento dos custos com pessoal (Registered Nurse's Association of Ontario, 2013).

Os enfermeiros expostos ao stress e à sobrecarga de trabalho apresentam sinais de fadiga e exaustão, diminuição na produtividade, qualidade e segurança dos cuidados que prestam e um maior absentismo laboral (Carvalho, 2014; Boothman, Crow, Diamond, Forsythe, & McNee, 2015).

Com a fadiga a atenção diminui e o trabalho não é realizado da forma esperada, transformando-se numa enorme ameaça à SD (Boothman, Crow, Diamond, Forsythe, & McNee, 2015).

Está todavia demonstrado que o risco de erro aumenta significativamente quando os enfermeiros trabalham  $\geq 40$  horas por semana ou horas extras. Há evidência de que o aumento de horas de prestação de cuidados reduz o estado de alerta, o desempenho e afeta a SD (Registered Nurse's Association of Ontario, 2013).

A OE alertou para a dificuldade em avaliar o impacto negativo das consequências da exaustão e insatisfação, nos serviços e na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente ao nível da SD, apontando como principais motivos as dotações inseguras, número de horas de cuidados e o trabalho por turnos/rotativo (OE, 2014).

Os resultados revelam que os enfermeiros com mais dias de folga indiciam melhores práticas e os enfermeiros com apenas um dia (ou menos) de pausa na prática

profissional, evidenciam maior percepção aos riscos e ocorrência de EA. Contudo as diferenças entre grupos são reduzidas e não revelam significado estatístico.

Os gestores devem ter isso em conta aquando do desenvolvimento dos horários e escalas de trabalho, minimizando o impacto das cargas de trabalho (Boothman, Crow, Diamond, Forsythe, & McNee, 2015).

O conhecimento, a experiência e o grau de competências são variáveis associadas aos enfermeiros e consequentemente, à qualidade dos cuidados (Preuss, 1997).

Está demonstrado que os hospitais com melhores ambientes de trabalho e enfermeiros com mais competências, estão associados a melhores *outcomes*, nomeadamente em doentes de maior risco (menor mortalidade com custos similares), em comparação com os hospitais com pior ambiente de trabalho e com pessoal com menos formação. Estes dados não sugerem no entanto, uma relação causa-efeito, entre a melhoria do ambiente e consequentemente, nos resultados. Ainda assim, ficou demonstrado que doentes de hospitais com melhores serviços de enfermagem recebem cuidados de maior valor (Silber *et al.*, 2016).

A análise da relação entre os EAAPE e o tempo de exercício profissional permitiu indiciar que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional percebem melhores práticas de enfermagem ( $r=0,13$ ;  $p=0,000$ ).

Tendo em consideração que os enfermeiros com CTFP têm maior tempo de exercício profissional e os CIT tempo indeterminado são os enfermeiros com menor tempo, os últimos dados referidos podem explicar que os Enfermeiros em CTFP mencionam melhores práticas de enfermagem que os enfermeiros em CIT tempo indeterminado.

Ainda que melhores resultados podem estar relacionados com diferentes características dos hospitais, os estudos mostram que os doentes e outros profissionais de saúde valorizam a excelência dos enfermeiros, indicando que proporcionam menor custo, maior valor e melhor qualidade para os cuidados de saúde (Silber *et al.*, 2016).

No entanto, os resultados denunciam que os enfermeiros com mais anos de profissão, têm menor percepção do risco e ocorrência de EA. Este facto vai igualmente de encontro ao resultados, que evidenciam ser os enfermeiros com CIT Tempo indeterminado a mostrar índices de apreciação ao risco e ocorrência de EA mais elevados, comparativamente com os restantes tipos de relação laboral.

## 6.5 – ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE SP DOS ENFERMEIROS E OS EAAPE

As instituições de saúde devem promover as condições necessárias à SP e por conseguinte a qualidade e a segurança dos cuidados (Carvalho, 2014).

Os profissionais mais satisfeitos evidenciam desenvolver melhores práticas de enfermagem. Os resultados obtidos permitem-nos verificar que a SP apresenta uma correlação moderada positiva com as Práticas de Enfermagem e moderada negativa com os EAs ( $r_P = 0,35$ ;  $r_{EA} = -,30$ ,  $p=0,00$ ),

A melhoria do ambiente de trabalho pode ser uma estratégia de custo reduzido e que poderá assegurar maior satisfação dos enfermeiros, com consequências na segurança e qualidade dos cuidados (ICN, 2015; Khamisa, Oldenburg, Peltzer, & Ilic, 2015; Leone *et al.*, 2015).

Apesar de não ter sido uma hipótese previamente colocada, os resultados evidenciam que se verifica uma correlação negativa forte entre as variáveis da escala EAAPE. Ou seja, melhores práticas de enfermagem estão associadas a menor risco e ocorrência de EA.

Os enfermeiros com ambientes de trabalho mais favoráveis têm melhores experiências de trabalho e menor preocupação com a qualidade dos cuidados, o que indicia gerar implicações positivas no risco de morte (diminui o risco) e no sucesso do socorro (melhor resposta) (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008).

Em 2014, a OE responsabilizava o governo/decisores políticos, pelas consequências que podiam advir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, com o continuação do ignorar dos sinais de exaustão e insatisfação dos enfermeiros ou pela desconsideração indevida das suas funções (OE, 2014).

A diminuição da SP pode estar associada a níveis de omissão de cuidados elevados. Pelo contrário, ambientes de trabalho favoráveis e com menor rácio de doente por enfermeiro, resultam em menor omissão de cuidados (Ausserhofer *et al.*, 2014).

Todas as instituições de saúde e com ambientes de risco, têm probabilidade de deslizar para este tipo de comportamento. Os formuladores de políticas de saúde também precisam ter a compreensão de que por vezes, as decisões originam degradação das condições estruturais e de processo dos contextos. Em alguns casos o nível de qualidade não reflete o necessário para fornecer a segurança e a qualidade exigível a um serviço de saúde (Patterson, 2015).

É vital que os líderes estejam atentos para, de forma ativa e reiterada, promover uma cultura de abertura, aprendizagem e alguma humildade profissional/institucional, que sirva de base sólida à prática de cuidados seguros.

Será absolutamente necessário o reconhecimento da importância de um “olhar” externo, independente, dotada da indispensável confidencialidade e promotor de uma relação de confiança e abertura. Estes pontos são a base para que os profissionais de saúde em cada contexto, sintam os resultados dessas avaliações como verdadeiros e necessários, ao mesmo tempo que o contexto conserva uma apreciação confiável junto da população utilizadora (Patterson, 2015).

A participação da enfermagem nos resultados em saúde, demonstram a inevitabilidade e necessidade de promover eficiência, organização e melhores condições de trabalho (Amaral, 2014). Profissionais mais satisfeitos e ambientes de cuidados com maior autonomia e favorabilidade ao esforço do enfermeiro, resultam em melhorias significativas no estado funcional dos doentes (Amaral & Ferreira, 2013).

Os doentes avaliam os cuidados pela forma personalizada como foram “tratados”. Os decisores pelos resultados económicos ou impacto na despesa. Os enfermeiros avaliam pela coerência e tomada de decisão perante padrões e referenciais profissionais. A qualidade resultará da relação entre estas variáveis em cada momento, sendo portanto complexa.

Será determinante estruturar modelos que efetivamente avaliem o impacto e valor das diferentes intervenções e cuidados de enfermagem, nas pessoas e populações. Só dessa forma se poderá argumentar a verdadeira atribuição e benefícios concretos do cuidar (Amaral, 2014).

Neste sentido, os contributos e competências individuais, e o envolvimento de todos, são fundamentais para a construção coletiva da qualidade em saúde. Não basta definir metas e exigir resultados. Será necessário em cada momento construir etapas, criando condições estruturais para que o desempenho e as competências de cada um sejam efetivamente potenciadas e valorizadas.

Atente-se que as variáveis SP e SD, também fazem parte da definição de cuidados de qualidade (Amaral, 2014).

Os cuidados de enfermagem podem influenciar o resultado de um episódio de internamento, pelo que é inevitável a relação das intervenções de enfermagem com a

variabilidade de cada diagnóstico clínico (Patterson, 1992). Este ponto assume especial importância se se encarar que a enfermagem tem a oportunidade e uma parte substancial da responsabilidade de gerir o risco associado aos cuidados de saúde (Amaral, 2014). Esperava-se que a assunção do risco tivesse o devido e compatível, retorno financeiro. No entanto, é socialmente baixo o reconhecimento desta variância de risco e responsabilidade, pelo que o cuidado de enfermagem é habitualmente desvalorizado ou simplificado (Newbold, 2008).

Hnatiuk (2006) indica que os resultados de valor acrescentado, relacionados com a SP dos enfermeiros, devem ser quantificados de forma a demonstrar e construir o justo e real valor da enfermagem (Amaral, 2014).

Está amplamente demonstrado a relação positiva entre número de enfermeiros, as suas competências e os resultados produzidos, ou seja, existe benefício real nas organizações de saúde com a aposta na diferenciação académica e no número de enfermeiros, nomeadamente na prevenção de complicações e na poupança de recursos mais dispendiosos (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008).

Os enfermeiros não só geram eficiência no sistema, como produzem os melhores cuidados possíveis com os recursos existentes (Ausserhofer *et al.*, 2014). Este ponto assume ainda maior importância quando se percebe que os cuidados de enfermagem se pagam a si mesmos, maioritariamente pela prevenção de EA e suas consequências para os doentes. Por outro lado, estudos evidenciam que os próprios doentes reconhecem estas “falhas” e pontos de análise, manifestando insatisfação (ICN, 2014; Patterson, 2015).

Os hospitais devem assegurar os níveis de pessoal, de modo a garantir que todos os pacientes recebem seguros e de qualidade assistencial prestada por profissionais devidamente treinados e experientes. O estabelecimento de metas inadequadas, proatividade e mecanismos de responsabilização deviam ser variáveis plenamente utilizadas pelos administradores. A falta de pessoal, as dotações equilibradas (*skill mix* adequado) e seguras, sem recurso a profissionais pouco experientes ou inexperientes naquele contexto de cuidados e a supervisão inadequadas, obrigam a compromissos na prestação de cuidados, que resultam numa relação profissional pessoa/doente/família pobre e com comunicação comprometida e, em desmotivação e insatisfação dos profissionais (Patterson, 2015).



## 6.6 – DIFICULDADES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Chegados ao final deste percurso, importa analisar alguns dos pontos de dificuldade e limitações.

A relevância da temática para a profissão, determinava um estudo nacional com a participação massiva dos enfermeiros. No entanto, e apesar da divulgação constante e direcionada, compreende-se o distanciamento entre os processos de investigação e cada profissional de saúde. Talvez ele próprio um sinal de desmotivação ou insatisfação. Foi assumidamente difícil conseguir uma maior amostra, pelo que com outra estrutura, disseminada em cada contexto, os números de participação talvez pudessem ser mais substanciais.

Uma limitação encontrada, prende-se com a consistência interna primária da escala de satisfação utilizada. No entanto, os resultados encontrados revelaram níveis de consistência superiores aos dos autores, pelo que estatisticamente, os dados traduzidos pela escala são significativos.



## CONCLUSÕES

No momento de finalizar este documento, é inevitável sintetizar o percurso, os contributos e as dificuldades deste processo investigativo.

Apesar de um derradeiro desafio académico, a trajetória definida passou sempre pela procura de algo transversal à profissão. Contou-se para tal, com o apoio essencial da Professora Amélia Castilho e do Professor Luís Loureiro, com a colaboração na divulgação da investigação pela Ordem dos Enfermeiros e particularmente com o contributo imprescindível, de cada enfermeiro.

A SP dos enfermeiros traduz um impacto não só do enquadramento social e económico, mas igualmente as vicissitudes da complexidade do dia-a-dia em cada contexto de prestação de cuidados. Percebe-se que os enfermeiros portugueses revelam níveis baixos de SP e que esta é influenciada pela categoria profissional, número de dias de folga/semanal e tempo de exercício profissional.

Relativamente aos EAAPE, existe relação na perceção do processo com o tipo de categoria profissional, tipo de relação laboral e tempo de exercício profissional; e relação na perceção dos resultados com o tipo de relação laboral, carga horária/semanal e tempo de exercício profissional.

Os profissionais mais satisfeitos evidenciam desenvolver melhores práticas de enfermagem. Por outro lado, o nível de SP dos enfermeiros correlaciona-se negativamente com a sua perceção do risco e ocorrência de EA.

Constatar ainda que apesar de não ter sido uma hipótese colocada, verificou-se que os resultados evidenciam uma correlação negativa forte entre as variáveis da escala EAAPE. Isto é, o nível de cumprimento das práticas de enfermagem está associado a um menor risco e ocorrência de EA.

Tendo plena consciência da multivariabilidade de temáticas em estudo, existe a convicção de que os resultados desta investigação porventura permitirão novas perspetivas de reflexão sobre os padrões de satisfação no trabalho e as necessidades profissionais dos enfermeiros em Portugal, tendo em vista a melhoria das condições de segurança dos doentes, a excelência das intervenções terapêuticas de enfermagem e a elevação do nível de qualidade dos cuidados de saúde praticados.

Importa perceber que a eficiência de um sistema nem sempre se traduz em efetiva qualidade. Produzir mais não garante absoluta qualidade. Será urgente a definição de um caminho para um sistema de saúde focado na excelência. Só depois de a atingirmos, seremos capazes de tornar a “receita” eficiente. De outra forma, corremos o risco de desenvolvermos cuidados de qualidade eficiente (estatística) em vez de efetiva qualidade (com ganhos reais para pessoa e sistema).

Estaremos a caminhar para uma “efetividade negativa” em saúde, quando cada profissional de saúde se demite de atuar ou minimiza a total aplicação dos seus conhecimentos e competências?

Seria pertinente a criação de uma “agência nacional para a qualidade dos cuidados de enfermagem”, focada na uniformização de metodologias de avaliação, melhoria de padrões de SD e minimização de riscos, incidentes e EA relacionados direta ou indiretamente com a prestação de cuidados de enfermagem.

A Qualidade em Saúde assume um desígnio inevitável numa sociedade moderna. A compreensão do papel e do alcance do exercício profissional de enfermagem nesse intento será traduzido pela configuração do sistema de saúde e consequentemente pela leitura da experiência que cada cidadão tem na sua relação como utilizador.

Necessitamos motivar os enfermeiros e formar um compromisso claro daquilo que esperamos, enquanto sociedade, com a sua ação, potenciando a sua dinâmica profissional e dando evidência da sua real efetividade numa estratégia urgente focada na prestação de cuidados de saúde seguros e efetivamente de qualidade.

Os enfermeiros exercem funções dentro de contextos de restrições económicas e de custo-qualidade, pelo que o potencial da profissão está cada vez mais relacionado com a capacidade de desenvolvimento de um diálogo político urgente, assertivo e devidamente fundamentado na visão dos enfermeiros nas estratégias em saúde.

A liderança é por tudo isto assumida como um componente essencial da gestão. O apoio aos colaboradores e a sua interação com a dinâmica organizacional, clínica e entre pares, promoverá a satisfação no trabalho e consequentemente, a qualidade dos cuidados de saúde daquele contexto. É assim fundamental que os líderes de enfermagem estejam bem preparados para assumir funções como gestores de serviço de saúde, agentes activos na educação e na definição de políticas de saúde (Registered Nurse's Association of Ontario, 2013; Williams, 2014; ICN, 2015)

A SD do doente deverá ser uma prioridade política nacional, não só pela diminuição de EA e melhoria indicadores de saúde, mas igualmente pelos ganhos económicos e sociais.

O futuro da nossa profissão cruzará também com o produto do esforço de cada enfermeiro e de melhoria das condições das organizações de saúde. Saibamos aproveitar cada contributo construído, mantendo o foco na SD e na qualidade dos cuidados de saúde.

Os enfermeiros devem encontrar-se definitivamente nos centros de decisão, mostrando que a capacidade de diagnosticar e intervir em saúde não se resume a algo “medicocêntrico” ou sintetizado ao ato de cuidar.

Por nós e pelo cidadão. Sejam audazes.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2015). *Balço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2014*. Lisboa. Obtido em janeiro de 2016, de <http://www.portaldasaude.pt/>
- Aiken, L. H., Douglas, M. S., Van den Heed, K., & Sermeus, W. (2013). Nurse's Reports of Working Conditions and Hospital Quality of Care in 12 Countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, pp. 142-153.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . Rafferty, A. M. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344(e1717). doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., . . . RN4CAST, C. (24 de Maio de 2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp. 1824-1830. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Lake, E., & Cheney, T. (maio de 2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), pp. 223-229.
- Aiken, L., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., . . . Aunguroch, Y. (2011). Importance of Work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23 N.º 4, pp. 357-364.
- Aiken, L., Sochalski, J., & Lake, E. (1997). Studying Outcomes of Organizational in Health Services. *Medical Care*, 35(11).
- Alarcão, I. (maio de 2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*, 6, pp. 53-59.
- Almeida, J., & Pinto, J. M. (1995). *A Investigação em Ciências Sociais* (5.ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Amaral, A. (2014). *Resultados dos Cuidados de Enfermagem - Qualidade e Efetividade*. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia , Coimbra.
- Amaral, A. F., & Ferreira, P. (2013). Influência da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5, pp. 66-74.
- Amaral, A., Ferreira, P., Cardoso, M., & Vidinha, T. (setembro-dezembro de 2014). Implementation of Nursing Role Effectiveness Model. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), pp. 757-770. Obtido de

<http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9.%20AMARAL%20ORIGINAL.pdf>

- Amaro, H., & Sousa, M. (janeiro de 2014). *Confidencialidade e Privacidade na Prática da Enfermagem*. Obtido de <http://www.nursing.pt>: <http://www.nursing.pt/confidencialidade-e-privacidade-na-pratica-da-enfermagem/>
- Andersen, S., Chen, S., & Carter, C. (2000). Fundamental human needs: Making social cognition relevant. *Psychological Inquiry*, 11, pp. 269-318.
- Aspden, P., Corrigan, J. M., Wolcott, J., & Erickson, S. M. (2004). *Patient Safety: Achieving a new standard for care*. (P. Aspden, J. M. Corrigan, J. Wolcott, & S. M. Erickson, Edits.) Washington DC: The National Academies Press. Obtido em Agosto de 2015, de <http://www.nap.edu/catalog/10863/patient-safety-achieving-a-new-standard-for-care>
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., . . . RN4CAST consortium. (fevereiro de 2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in Europe hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23, pp. 126-135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318
- Ayamolowo, S., Omolola, I., & Mayowa, A. (2013). Job Satisfaction and work environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study. *Internacional Journal of Caring Sciences*, 6 N.º 3, p. 531.
- Azevedo, R. (2012). *Satisfação no trabalho dos profissionais de cuidados de saúde primários*. Obtido em 03 de Março de 2015, de [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3719/3/DM\\_RosemereAzevedo.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3719/3/DM_RosemereAzevedo.pdf)
- Barroso, F. (22 de agosto de 2015). *Projeto de investigação - Satisfação Profissional e Segurança do Doente na Prática de Enfermagem*. Obtido de <http://risco-clinico.blogspot.pt/>: <http://risco-clinico.blogspot.pt/2015/08/projeto-de-investigacao-satisfacao.html>
- Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade. Instrumentos de informação e ação*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Benner, P., Malloch, K., & Sheets, V. (2010). *Nursing Pathways for Patient Safety*. St Louis: Paperback.
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (2002). Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: A Taxonomy. *Journal of Nursing Administration*, 32(10), pp. 509-523.
- Bilhim, J. (2008). *Teoria organizacional, estruturas e pessoas* (6.ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais.
- Bogaert, P. V., Clarke, S., Willems, R., & Mondelaers, M. (Julho de 2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals:

- a structural equation model approach. *Journal of Advanced Nursing*, 69 n.º 9, pp. 1515-1524.
- Bonifácio, M. C. (Junho de 2013). *Repositório Científico*. Obtido em 12 de Dezembro de 2014, de <http://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Boothman, R., Crow, B., Diamond, R., Forsythe, L., & McNee, B. (1 de março de 2015). <http://www.ahcmedia.com>. *Nurse Fatigue a 'Huge' Threat to Patient Safety*. (G. Freeman, Ed.) Obtido de Nurse Fatigue a 'Huge' Threat to Patient Safety: <http://www.ahcmedia.com/newsletters/17/issues/75406>
- Buitrago, S., & Martinez, G. (2011). *Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de asssbasalud E.S.E. Manizales*. Obtido de [www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos\\_medicina/html/publicaciones/edicion\\_11\\_2/4-calidad\\_vida\\_laboral\\_trabajadores\\_ASSBASALUD.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_11_2/4-calidad_vida_laboral_trabajadores_ASSBASALUD.pdf)
- Campanili, T., Santos, V., Pulido, K., Thomaz, P., & Nogueira, P. (2015). Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, pp. 7-14. doi:10.1590/S0080-623420150000700002
- Carter, M., & Tourangeau, E. (2012). Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? *Journal of Advanced Nursing*, 68 n.º 7, pp. 1589-1600. Obtido em 16 de Janeiro de 2015, de [www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.13652648.2012.05973.x?r](http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.13652648.2012.05973.x?r)
- Carvalho, F. (2014). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Obtido em janeiro de 2016, de <http://hdl.handle.net/10400.26/9467>
- Castilho, A. F. (2014). *Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: Contributos para a Política de Segurança*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Obtido em Setembro de 2015, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78357/2/111768.pdf>
- Castilho, A., & Parreira, P. (Agosto de 2012). Construção e Avaliação das propriedades psicométricas de uma Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1 - 2.ª Série, 59-73. Coimbra.
- Castro, J., Fornelos, M. C., Novo, P., Saleiro, R. M., Lago, H., & Alves, O. (2011). Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: O caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29, pp. 157-172.
- Cerdeira, J. (2010). *Avaliação da Satisfação dos Profissionais dos ACES Baixo Vouga II*. Dissertação, Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, Aveiro.

- Chang, A., Schyve, P. M., Croteau, R. J., O'Leary, D. S., & Loeb, J. M. (21 de Fevereiro de 2005). The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events . *International Journal for Quality in Health Care*, pp. 95-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi021>
- Chiavenato, I. (2008). *Administração de recursos humanos* (7.ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Chiavenato, I. (2009). *Recursos Humanos - O capital humano das organizações* (9.ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (Setembro de 2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, 40(7), p. 680. doi:10.1016/j.ajic.2012.02.029
- Circular Normativa da Direção Geral dos Hospitais , N.º 18 (Circular Normativa 30 de julho de 1992).
- Croteau, R. (. (2010). *Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques*. Joint Commission Resources.
- Cunha, M., Cunha, R., Neves, P., Cardoso, C. C., & Rego, A. (2014). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (7.ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Dall, T. M., Chen, Y. J., Seifert, R. F., Maddox, P. J., & Hogan, P. F. (Janeiro de 2009). The Economic Value of Professional Nursing. *Medical Care*, 47(1), pp. 97-104.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49, pp. 14-23.
- Decreto Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. DR 1.ª Série. (1990). DR 1.ª Série Lei de Bases da Saúde. *Ministério da Saúde, Portugal*. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 161/96, d. 4. (Agosto de 1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. Portugal. Obtido em Setembro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Deming, W. (1986). *Out of Cthe crisis*. Cambridge: MIT Center for Advanced Engineering Study.
- Despacho n.º 1400-A/2015. (10 de Fevereiro de 2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020,. *Ministério da Saúde, Portugal*.
- DGS. (15 de Maio de 2011). Norma 008/2013, de 15 de Maio, Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA). Lisboa.
- DGS. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016. Portugal. Obtido em 12 de janeiro de 2015, de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

- DGS. (2013a). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- DGS. (2013b). *Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos em números - 2013*. Lisboa.
- DGS. (25 de Setembro de 2014a). Norma nº 015/2014 de 25/09/2014 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA. Lisboa.
- DGS. (25 de Fevereiro de 2014b). Informação nº 002/2014 de 25/02/2014 - Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA - 2013. Lisboa.
- DGS. (2014c). *Relatório da Campanha Nacional para a Higiene das Mãos - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa. Obtido de <http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
- DGS. (2015a). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Obtido de <http://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada/>
- DGS. (19 de Novembro de 2015b). Norma nº 025/2013 de 24/12/2013 atualizada a 19/11/2015 - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais.
- DGS. (2015c). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA*. Obtido em Outubro de 2015, de Direcção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos.aspx>
- DGS. (2015d). *Relatório de Progresso de Monitorização NOTIFIQ@*. Direcção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade em Saúde. Obtido em Novembro de 2015, de <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/notifica-rpm-3trim2015-pdf.aspx>
- DGS. (2015e). *Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Lisboa. Obtido em setembro de 2015, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>
- Dias, M. F. (2012). *A Motivação dos Enfermeiros em tempo de Crise*. Dissertação, Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Obtido em Maio de 2015, de [https://sigarra.up.pt/fep/pt/publs\\_pesquisa.FormView?P\\_ID=16449](https://sigarra.up.pt/fep/pt/publs_pesquisa.FormView?P_ID=16449)
- Dias, M. J. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: Fatores de risco*. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Obtido em novembro de 2015, de [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17112/1/Tese\\_Quedas%20em%20contexto%20hospitalar\\_Fatores%20de%20risco.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17112/1/Tese_Quedas%20em%20contexto%20hospitalar_Fatores%20de%20risco.pdf)
- Dias, S., & Queirós, C. (2010). Burnout e Satisfação Profissional em Enfermeiros. *Resumos: 3.º congresso Nacional de Educação para a Saúde., IX.*

- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. (2015). *Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico*. (P. Editora, Editor) Obtido em 07 de Janeiro de 2015, de <http://www.infopedia.pt>
- Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea. (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea* (Vol. 2.º). (A. d. Gulbenkian, Ed.) Lisboa: Verbo.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2008). Obtido em 07 de 01 de 2015, de <http://www.priberam.pt/dlpo/satisf%C3%A7%C3%A3o>
- 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. *The Milbank Quarterly*, 83(4), pp. 691-729. Obtido em setembro de 2015, de [http://healthsystemshub.org/uploads/resource\\_file/attachment/204/Evaluating\\_the\\_Quality\\_of\\_Medical\\_Care.pdf](http://healthsystemshub.org/uploads/resource_file/attachment/204/Evaluating_the_Quality_of_Medical_Care.pdf)
- Donaldson, L. (2000). *An Organization with Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer*. Department of Health. London: Stationery Office.
- Doran, D. (2011). *Nursing sensitive outcomes: State of the science*. Jones & Bartlett Publishers.
- Doran, D., Sidani, S., McGillis Hall, L., Watson, J., Mallette, C., & Laschinger, H. (2001). *The state of science: A methodological review of the literatura on nursing-sensitive outcomes*. University of Toronto.
- Duarte, J. A. (2013). *Metodologias de Investigação Científica*. Lisboa: Vírgula.
- Duffield, M., Diers, D., O'Brien Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and the patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), pp. 244-255.
- Dunton, N., Boyle, D., & Cramer, E. (2013). *Reaching to the Core of Success: NDNQI's latest research findings*. Obtido em 19 de dezembro de 2014, de <http://www.nursingquality.org/Press/2013/Sep/Job-Satisfaction-for-Nurses-Helps-Enhance-Patient-Outcomes#intro>
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., . . . Walton, M. (2008). What Exactly is Patient Safety? Em B. J. Henriksen K, & B. J. Henriksen K (Ed.), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville: Agency For Healthcare Research and Quality.
- Ferreira, M. A. (abril/junho de 2006). Satisfação no Trabalho e Comportamentos Estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, pp. 37-46.
- Ferreira, M., & Loureiro, L. (Agosto de 2012). EAST-Enf: Uma Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 9-15.

- Ferreira, V. (2011). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários no Distrito de Braga*. Obtido em 17 de Dezembro de 2014, de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/56197>
- Fontes, A. I. (2009). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros... Que realidade? Serviço de Cuidados Intensivos vs Serviço de Medicina*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituição de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido em Setembro de 2015, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20175/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20CE%20Ana%20Fontes%202009.pdf>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M., & Ducharme, F. (2003). Os Estudos de Tipo Correlacional. Em M. Fortin, *O Processo de Investigação - da Concepção à Realização* (pp. 321-328). Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes - Uma abordagem prática*. Lisboa: LIDEL.
- Frederico, M. (2006). *Organizações, Trabalho e Carreira*. Loures: Lusociência.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP Infeção Hospitalar! - Um desafio Gulbenkian*. Obtido de [http://www.gulbenkian.pt: http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP\\_files/pdfs/PGIS\\_pdfs/BrochuraPGIS2015\\_STOPInfecao/index.html](http://www.gulbenkian.pt: http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/PGIS_pdfs/BrochuraPGIS2015_STOPInfecao/index.html)
- Goldim, S., & Silva, N. (2004). Motivação no trabalho. In Zanelli, J.C., Borges-Andrade, J.E. & Bastos, A.V.B., (Org.) *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. *Artemed*, pp. 145-176.
- Graça, L. (1999). A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. Em D. G. Saúde, *Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade* (pp. 1-19). Lisboa: DGS.
- Hendon, J. H. (20 de Fevereiro de 2013). The Patient First. Above All Do No Harm (Primum Non Nocere). *The Journal of Bone and Joint Surgery, Inc.*, 95(4), pp. 289-290. Obtido de <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.9504edit>
- Henriques, C. G. (2015). *A Satisfação Profissional nas UCC da ARS Centro*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra. Obtido em dezembro de 2015, de <http://hdl.handle.net/10316/29713>
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1959). *The motivation to Work*. New York: Wiley & Sons.
- Hollnagel, E., Woods, D., & Leveson, N. (2006). *Resilience engineering: Concepts and precepts*. Burlington: Ashgate Publishing.
- Hunt, J. (2015). *Learning not blaming - Presented to Parliament by Secretary of State for Health by Comand of Her Majesty*. Department of Health, London. doi:9781474123723

- ICN. (2009). *Nursing Matters: Nurses and Overtime*.
- ICN. (2014). *Nurses: A force for change - A Vital Resource for Health: International Nurses Day 2014*. (B. Noronha, Ed., & S. Severino, Trad.) Genebra, Suíça: ICN.
- ICN. (2015). *Enfermeiros: Uma Força para a Mudança\_Eficiência + Eficácia = Ganhos em Saúde\_Dia Internacional do Enfermeiro*. (S. Severino, Trad.)
- Institute for Health Care Communication. (2011). *Impact of Communication in Healthcare*. Obtido em dezembro de 2015, de <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>
- Institute of Medicine. (2010). *Redesigning Continuing Education in the Health Professions*. Washington: The National Academies Press.
- IOM. (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. (A. Page, Ed.) Washington, D.C.: The National Academies Press . Obtido de <http://www.nap.edu/read/10851/chapter/1>
- Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. (1998). Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics*, 16(3).
- Irvine, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidged, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), pp. 29-39.
- James, J. T. (Setembro de 2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9(3), pp. 122-128. doi:10.1097/PTS.0b013e3182948a69
- Jathanna, R., Melisha, R. D., Mary, G., & Latha, K. S. (2011). Determinants of job satisfaction among healthcare workers at a tertiary care hospital. *Online Journal of Health and Allied Sciences*, 10(3), 1-3.
- Jesus, É. H., Pinto, A. M., Fronteira, I. S., & Mendes, A. M. (Setembro de 2014). Estudo RN4CAST em Portugal - Percepção dos enfermeiros sobre burnout. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 47-59.
- Jesus, S. (1996). *A motivação para a profissão docente: contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a fundamentação de formação de professores*. Aveiro: Estante Editora.
- Jesus, S. (2004). *Psicologia da educação*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Jornal do Enfermeiro. (24 de agosto de 2015). *OE apoia estudo sobre a relação entre satisfação profissional e segurança do doente*. Obtido de Jornal do Enfermeiro: <http://jornalenfermeiro.pt/actualidade/item/487-oe-apoia-estudo-sobre-a-relacao-entre-a-satisfacao-profissional-e-a-seguranca-do-doente.html>

- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General. *Internacional Journal of Environmental Reserach and Public Health*, 12, 652-666. doi:10.3390/ijerph120100652
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, L. (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. Washington DC: National Academies Press. Obtido de <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1579>
- Lage, M. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 11-16. Obtido de [www.elsevier.pt/rpsp](http://www.elsevier.pt/rpsp)
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. d. (2010). *Fundamentos da Metodologia Científica* (7.<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Atlas.
- Leal, E. A., Miranda, G. J., & Carmo, C. R. (maio/jun./jul./ago de 2013). Teoria da Autodeterminação: uma Análise da Motivação dos Estudantes do Curso de Ciências Contábeis. *R. Cont. Fin.- USP*, 24 N.º 62 , pp. 162-173.
- Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., Jesus, É. H., . . . Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*, 3460, p. 9. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.006>
- Lima, A., & Mesquitela, R. (1996). Satisfação profissional dos enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego. *Servir*, 44 N.º 1, pp. 22-31.
- Locke, E. (1984). Job Satisfaction. (M. Gruneberg, & T. Wall, Edits.) *Social Psychology and organizational behaviour*, pp. 93-117.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). A Theory of goal setting & task performance. pp. 265-268. doi:0-13-913138-8
- Locke, E., & Latham, G. (2004). *What should we do about motivation theory? Six recommendations for the twenty-first century*. *Academy of Management Review*.
- Locke, E., & Latham, G. (2006). New directions in goal-setting theory. *Association for Psychological Science*, 15, pp. 265-268.
- Luthans, F. (1998). *Organizational Behavior* (8.<sup>a</sup> ed.). India: Irwin/McGraw-Hill.
- Martins, M. (1984). Satisfação no trabalho: elaboração de um instrumento e variáveis que afetam a satisfação. Brasília: Universidade de Brasília.
- Martins, M. (2003). Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de Enfermagem no trabalho por turnos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 5 N.º1.
- Martins, M., & Santos, G. (Dezembro de 2006). *Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho*. Obtido em 16 de Janeiro de 2015, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v11n2/v11n2a08.pdf>

- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2.<sup>a</sup> ed.). New York: Harper & Row Publishers.
- McLennan, S. R., Diebold, M., Rich, L. E., & Elger, B. S. (fevereiro de 2016). Nurses' perspectives regarding the disclosure of erros to patients: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, pp. 16-22. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.001>
- Mendes, A. P. (Fevereiro de 2015). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários do ACES Baixo Mondego II*. Obtido em 01 de Março de 2015, de <http://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=listKeywords&clear=1>
- Mills, N. (13 de janeiro de 2016). *The cost of poor hand hygiene in the NHS*. Obtido em janeiro de 2016, de <https://www.politicshome.com>: <https://www.politicshome.com/health-and-care/articles/opinion/house-commons/nigel-mills-mp-cost-poor-hand-hygiene-nhs>
- Ministério da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Mishra, P. K. (Setembro/Outubro de 2013). *Job Satisfaction*. Obtido em 23 de Janeiro de 2015, de [https://www.academia.edu/4815188/Job\\_Satisfaction](https://www.academia.edu/4815188/Job_Satisfaction)
- Mitchell, P., Ferketich, S., & Jennings, B. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), pp. 43-46.
- Moura, S. (Março de 2012). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem*. Obtido em 15 de Janeiro de 2015, de Repositório Institucional do IPB: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8024>
- National Academies of Sciences, E. a. (2015). *Improving diagnosis in health care*. Washington, DC: The National Academies Press.
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety: A guide for NHS staff*. London: The National Patient Safety Agency. Obtido de <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59970&type=full&servicetype=Attachment>
- National Patient Safety Foundation. (16 de Junho de 2015). *RCA2 - Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm*. Obtido em Outubro de 2015, de National Patient Safety Foundation: [https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/RCA2\\_first-online-pub\\_061615.pdf](https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/RCA2_first-online-pub_061615.pdf)
- National Patient Safety Agency. (2015). *Patient Safety - Practical information, tools and support to improve patient safety in the NHS*. Obtido em Outubro de 2015, de NHS: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>
- Neves, A. L. (2002). *Motivação para o trabalho* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: RH Editora.
- Newbold, D. (2008). The production economics of nursing: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 120-128.

- NHS. (2015). *Patient safety data*. (NHS, Produtor) Obtido em 30 de Outubro de 2015, de Practical information, tools and support to improve patient safety in the NHS: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/patient-safety-data/>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde, O. (2015). *Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Obtido em Maio de 2015, de [http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio\\_Primavera\\_2015\\_VF.pdf](http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio_Primavera_2015_VF.pdf)
- OCDE. (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015 - Raising standards*. Paris: OCDE Publishing. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>
- OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa.
- OE. (2011). *A Satisfação dos Enfermeiros que exercem as suas funções em Centros de Saúde da Região Autónoma dos Açores*. Secção Regional da Região Autónoma dos Açores. Obtido em novembro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoes/informacao/Documents/estudo%20CROO ECSP.pdf>
- OE. (15 de Agosto de 2014). *Fatores de exaustão estão cientificamente descritos e devem ser reconhecidos pelo Ministério da Saúde*. Obtido em Setembro de 2015, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DecisoresPoliticosAlheadosRuturaServicos.aspx>
- OE. (2015a). *Estatuto da OE e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 15 de Novembro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- OE. (09 de Outubro de 2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros ed.). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em 27 de Outubro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- OE. (fevereiro de 2015c). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 23 de outubro de 2015, de Dados Estatísticos a 31-12-2014: [http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica\\_V01\\_2014.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf)
- OMS. (2002). *Resolução 55.18 de 2002 da Assembleia Mundial da Saúde*. Genebra: OMS.
- OMS. (2004). *Patient Safety Programme*. Geneva.
- OMS. (2007). *World Alliance for Patient Safety - Forward Programme 2006-2007*. Geneva: OMS. Obtido em Maio de 2015, de [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/WHO\\_EIP\\_HDS\\_PSP\\_2006.1.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf)
- OMS. (2008). *World Alliance For Patient Safety – Who Patient safety Curriculum guide for Medical Schools* (First Edition Draft ed.).

- OMS. (2009). *Conceptual framework for the International classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report*. Patient Safety - A World Alliance for Safer Health Care. OMS. Obtido de [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
- OMS. (2015). *10 Facts on Patient Safety*. Obtido em Setembro de 2015, de Organização Mundial de Saúde: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/)
- Paiva, M., Paiva, S., Berti, H., & Campana, Á. (2010). Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), pp. 134-138. doi:10.1590/S0080-62342010000100019
- Patterson, A. (2015). *Learning from Serious Failings in Care - Executive Summary and Recommendations*. Academy of Medical Royal Colleges and Faculties in Scotland (Scottish academy), Short-Life Working Group on Hospital Reports. Academy of Medical Royal Colleges and Faculties in Scotland. Obtido em julho de 2015, de [www.scottishacademy.org.uk](http://www.scottishacademy.org.uk)
- Patterson, C. (1992). The economic value of nursing. *10*, pp. 193-204.
- Pereira, C. M. (1996). Os motivos na satisfação: um estudo da motivação e satisfação dos enfermeiros do IPOFG - COC. *Enfermagem Oncológica*, 0, 56-69.
- Preuss, G. (1997). Labor, skills and information in service delivery: An examination of hospital care. *Academy of Management*, pp. 282-286.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Formasau.
- Raposo, M. S. (Novembro de 2011). A satisfação dos enfermeiros que exercem as suas funções em Centros de Saúde da Região Autónoma dos Açores. (O. d. Enfermeiros, Ed.)
- Reason, J. (1990). *Human Error*. Boston: Cambridge University Press.
- Reason, J. (2000). *Managing the risks of organizational accidents*. Burlington: Ashgate Publishing Company.
- Reed, L., Blegen, M., & Goode, C. (1998). Adverse patient occurrences as a measure of nursing care quality. *Journal of Nursing Administration*, 28(5), pp. 62-69.
- Registered Nurse's Association of Ontario. (2013). *The Healthy Work Environments: Quick Reference Guide*. Ontario: RNAO. Obtido em 14 de outubro de 2015
- Registered Nurses Association of Ontario. (2006). *Healthy Work Environment Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nursing Teams*. Toronto: RNAO. Obtido de <http://rnao.ca/bpg/guidelines/collaborative-practice-among-nursing-teams-guideline>
- Reidy, M., & Mercier, L. (2003). A Triangulação. Em M. Fortin, *O Processo de Investigação - Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Robbins, S. (2010). *Comportamento organizacional* (14ª ed.). São Paulo: Pearson.

- Rocha, F., Lima, C., Torres, M., & Gonçalves, R. P. (julho de 2015). Tipos e Causas de Erros no Processo de Medicação na Prática Assistencial da Equipa de Enfermagem. (S. d. Costa, Ed.) *Revista Unimontes Científica*, 17(1). Obtido de <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/358/325>
- Rodrigues, I. (Outubro de 2011). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos*. Obtido em 12 de Outubro de 2014, de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10893>
- Sá, A. I. (2014). *Satisfação profissional dos enfermeiros do ACeS : um indicador de gestão*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Obtido em setembro de 2015, de [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9468/1/Teste\\_Dezembro.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9468/1/Teste_Dezembro.pdf)
- Serapioni, M. (junho de 2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, pp. 65-82. doi:10.4000/rccs.343
- Sexton, J., Thomas, E., & Helmreich, R. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross-sectional surveys. *Br. Med J.*, 320, pp. 754-759.
- Silber, J., Rosenbaum, P., McHugh, D., Ludwig, J., Smith, H., Niknam, B., . . . Aiken, L. (20 de janeiro de 2016). Comparison of the value of nursing work environments in hospitals across different levels of patient risk. *Jama Surg*. doi:10.1001/jamasurg.2015.4908
- Silva, D. (2011). *O Trabalho Histórico*. Obtido em 25 de Fevereiro de 2015, de <http://revistalingua.uol.com.br/textos/67/artigo249103-1.asp>
- Silva, M. (2012). *Satisfação profissional: enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. Obtido em 07 de Novembro de 2014, de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1674>
- Sousa, A. B. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Sousa, P., Pinto, F., Costa, C., & Uva, A. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: Importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, pp. 57-65.
- Sousa, P., Uva, A. d., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa. Obtido em Junho de 2015, de [https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura\\_estudo\\_ea2011.pdf](https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura_estudo_ea2011.pdf)
- Souza, F. N., & Souza, D. N. (2011). Formular Questões de Investigação no Contexto de Corpus Latente na Internet. *Internet Latent Corpus Journal*, 2 n.º1. Obtido em 12 de Dezembro de 2014, de <http://portal.doc.ua.pt/journals/index.php/ilcj/index>
- Steers, R., Bigley, G., & Porter, L. (2003). *Motivation and work behavior* (7.ª ed.). Boston: McGraw-Hill.

- Steuer, R. (1989). *Satisfação no trabalho, conflito e ambiguidade de papéis: estudo junto às enfermeiras da Maternidade Escola do Município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.
- Stoner, J., & Freeman, R. (2009). *Administração* (5.ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Prentice/Hall.
- Tadeucci, M. R. (2011). *Motivação e Liderança*. Curitiba: IESDE Brasil S.A.
- Tappen, R. M. (2005). *Liderança e administração em enfermagem - conceitos e prática*. (4.ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, M. (2010). *Motivação e desempenho dos funcionários da Administração Pública Cabo-Verdiana actual*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Taylor, F. (1911). *Principles of Scientific Management*. Obtido em 03 de Fevereiro de 2015, de Marxists.org: <https://www.marxists.org/reference/subject/economics/taylor/index.htm>
- The Joint Commission. (Outubro de 2015). *The Joint Commission*. Obtido de Facts about patient safety: [http://www.jointcommission.org/facts\\_about\\_patient\\_safety/](http://www.jointcommission.org/facts_about_patient_safety/)
- Tribet, C. W., & Rush, R. J. (1984). Theories of motivation: a broader perspective. *Quality Progress*, 17(1), pp. 38-42.
- União Europeia, C. d. (5 de Junho de 2009). *Atos Legislativos e outros instrumentos*. Obtido em Setembro de 2015, de <http://ec.europa.eu>: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_rec2009\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_pt.pdf)
- Uva, A., Sousa, P., & Castanheira, F. (2010). A segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10.
- Valente, J. (2013). *Satisfação Profissional Dos Enfermeiros de um Hospital da Região Centro*. Relatório Final de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Obtido em outubro de 2015, de <http://repositorio.ipv.pt/>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (1.ª ed.). (M. Robalo, Ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Williams, J. c. (2014). *Nurse's organizational commitment, job satisfaction, and perception of their manager's leadership style as predictors of patient safety culture*. Dissertations & Theses, Ann Arbor. doi:9781321381160
- Wood, D. (18 de Janeiro de 2013). *Health care Briefings: Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line*. Obtido em 07 de Março de 2015, de PI Worldwide: <http://www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/>
- Zilberberg. (2011). The clinical research enterprise—time to change course? *JAMA*, 305, pp. 604-605.

## APÊNDICES



## APÊNDICE I

### Instrumento de Colheita de Dados

## **INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

### **1.ª Parte - Dados sociodemográficos e profissionais:**

#### **1. Sexo:**

- Masculino
- Feminino

#### **2. Idade: \_\_\_\_\_ anos**

#### **3. Estado civil:**

- Solteiro(a)
- Casado/União de facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

#### **4. Habilitações académicas:**

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem (Se esta, qual entre 6 opções: EE SIP, EE MC, EE SMP, EE SMO, EE SC, EE R)
- Mestrado
- Doutoramento

#### **5. Tipo de Relação Laboral:**

- Contrato Trabalho Funções Pública (“Funcionário Público”)
- Contrato individual de Trabalho de Trabalho por Tempo Indeterminado
- Contrato individual de Trabalho a Termo Resolutivo (Termo Certo)
- Prestação de serviços/recibos verdes.
- Outra: (campo aberto)

#### **6. Categoria Profissional:**

- Enfermeiro(a)

- Enfermeiro(a) Graduado(a)
- Enfermeiro(a) Especialista
- Enfermeiro(a) Chefe (ou equivalente/nomeado)
- Enfermeiro(a) Supervisor(a) (ou equivalente/nomeado)
- Enfermeiro(a) Diretor(a)

**7. Anos de exercício profissional** (anos completos):

\_\_\_\_\_ anos

**8. Característica do horário**

8.1. Carga Horária Semanal (horas contratadas):

- 35 horas
- 40 horas
- 42 horas
- inferior a 35 h
- superior a 42h

8.2. Número de dias folga reais/semana (dias sem qualquer prestação de cuidados de enfermagem, incluindo part-times).

**9. Em que tipo de Instituição de Saúde trabalha:**

- Instituição Hospitalar:
  - Pública
  - Privada
- Instituição Comunitária:
  - Pública
  - Privada

**10. Tipologia de Serviço:**

- Instituição Hospitalar:
  - Serviço de Internamento;
  - Urgência;

- Cuidados Intensivos;
- Bloco Operatório;
- Cuidados Continuados;
- Outro serviço: \_\_\_\_\_
- Instituição Comunitária:
  - Centro de Saúde;
  - Unidade de Saúde Familiar;
  - Unidade de Cuidados na Comunidade;
  - Lar de Idosos;
  - Outro serviço: \_\_\_\_\_

**11. Há quanto tempo exerce funções nesse serviço (anos completos):**

\_\_\_\_\_ anos

**12. Na sua instituição existe uma estrutura/equipa/departamento que implemente uma política de qualidade dos cuidados de saúde?**

- Sim
- Não

**13. Desde início de 2014 foi realizado algum inquérito institucional de avaliação de SP?**

- Sim
- Não

**14.1. Conhece/utiliza algum sistema/processo institucional/nacional para a notificação/análise de incidentes e eventos:**

- Sim
- Não

**14.2. Quantos eventos notificou desde o início de 2014?**

- 0
- 1

- 2

- 3

- 4

- 5 ou +

**15. Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros a que pertence?**

**2.<sup>a</sup> Parte - Escala de avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros (Ferreira & Loureiro, 2012)**

Indique, por favor,		Discordo em Absoluto	Discordo em parte	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo em parte	Concordo em Absoluto
1.	<i>Gosto do meu chefe</i>	①	②	③	④	⑤
2.	<i>O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho</i>	①	②	③	④	⑤
3.	<i>O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados</i>	①	②	③	④	⑤
4.	<i>O meu chefe é injusto comigo</i>	①	②	③	④	⑤
5.	<i>Os aumentos salariais são poucos e distantes</i>	①	②	③	④	⑤
6.	<i>Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter</i>	①	②	③	④	⑤
7.	<i>Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser</i>	①	②	③	④	⑤
8.	<i>Tenho muito que fazer no meu trabalho</i>	①	②	③	④	⑤
9.	<i>Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização</i>	①	②	③	④	⑤
10.	<i>Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas</i>	①	②	③	④	⑤
11.	<i>Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos</i>	①	②	③	④	⑤
12.	<i>Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo</i>	①	②	③	④	⑤
13.	<i>As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais</i>	①	②	③	④	⑤
14.	<i>Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço</i>	①	②	③	④	⑤
15.	<i>Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso</i>	①	②	③	④	⑤
16.	<i>A comunicação parece boa dentro desta organização</i>	①	②	③	④	⑤
17.	<i>O meu trabalho é agradável</i>	①	②	③	④	⑤
18.	<i>Gosto de fazer o que faço no meu trabalho</i>	①	②	③	④	⑤
19.	<i>Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho</i>	①	②	③	④	⑤
20.	<i>Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho</i>	①	②	③	④	⑤
21.	<i>Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado</i>	①	②	③	④	⑤
22.	<i>Os objetivos desta organização não são claros para mim</i>	①	②	③	④	⑤
23.	<i>Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados</i>	①	②	③	④	⑤
24.	<i>Gosto das pessoas com quem trabalho</i>	①	②	③	④	⑤
25.	<i>Gosto dos meus colegas de trabalho</i>	①	②	③	④	⑤

**3.ª Parte - Escala de eventos adversos associados às práticas enfermagem**  
(Castilho, 2014):

Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações:  No meu serviço/ unidade ...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>1-Vigilância/Julgamento clínico</b>					
1. Os doentes são adequadamente vigiados	①	②	③	④	⑤
2. As alterações do estado clínico são oportunamente detetadas	①	②	③	④	⑤
3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância	①	②	③	④	⑤
4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado	①	②	③	④	⑤
<b>2 – Advocacia</b>					
1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros “advogados” dos interesses do doente e família	①	②	③	④	⑤
2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente	①	②	③	④	⑤
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do doente	①	②	③	④	⑤
4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente	①	②	③	④	⑤
5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem noutros profissionais menos preparados	①	②	③	④	⑤
6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente.	①	②	③	④	⑤
7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado	①	②	③	④	⑤
<b>3 - Quedas</b>					
1. O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído.	①	②	③	④	⑤
2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendem em consideração a avaliação do risco	①	②	③	④	⑤

3. A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado	①	②	③	④	⑤
4. Existe risco de ocorrência de quedas de doentes	①	②	③	④	⑤
5. Ocorrem quedas de doentes	①	②	③	④	⑤
<b>4- Úlceras de pressão</b>					
1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	①	②	③	④	⑤
2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias	①	②	③	④	⑤
3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	①	②	③	④	⑤
4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco	①	②	③	④	⑤
5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	①	②	③	④	⑤
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	①	②	③	④	⑤
7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	①	②	③	④	⑤
8. Existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão	①	②	③	④	⑤
9. Ocorrem úlceras de pressão	①	②	③	④	⑤
<b>5 - Medicação</b>					
	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem erros de medicação	①	②	③	④	⑤
<b>5.A. Ocorrem erros na preparação da medicação por:</b>					
1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	①	②	③	④	⑤
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	①	②	③	④	⑤
3. A farmácia enviar o medicamento errado	①	②	③	④	⑤
4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	①	②	③	④	⑤
5. O enfermeiro ser interrompido durante a atividade	①	②	③	④	⑤
6. Distração do enfermeiro	①	②	③	④	⑤
<b>5.B- Ocorrem erros na administração da medicação por:</b>					
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos doentes (troca de cama)	①	②	③	④	⑤
2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	①	②	③	④	⑤
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	①	②	③	④	⑤
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	①	②	③	④	⑤

5. Incorreta identificação do medicamento preparado	①	②	③	④	⑤
6. Incumprimento dos procedimentos de identificação do doente	①	②	③	④	⑤
7. Falhas na execução da técnica de administração	①	②	③	④	⑤
<b>5.C Vigilância da medicação</b>					
1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	①	②	③	④	⑤
<b>6- Infecção associada aos cuidados de saúde (IACS)</b>					
1. Existe risco de ocorrerem infeções (IACS)	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem infeções (IACS)	①	②	③	④	⑤
3. A Higiene das mãos realiza-se:					
1. Antes e após o contacto com o doente	①	②	③	④	⑤
2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	①	②	③	④	⑤
3. Após o contacto com sangue e fluidos corporais	①	②	③	④	⑤
4. Os Equipamento de Proteção Individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar	①	②	③	④	⑤
5. Na manipulação de material cortante/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização	①	②	③	④	⑤
6. Os objetos cortantes/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	①	②	③	④	⑤
7. A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	①	②	③	④	⑤
8. Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	①	②	③	④	⑤
9. A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	①	②	③	④	⑤
<b>7 - Perceção Geral (no meu serviço)</b>					
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente	①	②	③	④	⑤
2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	①	②	③	④	⑤



## APÊNDICE II

### Consentimento Informado

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Caro(a) Colega,

O presente estudo *online* “**A Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na prática de enfermagem**” faz parte de um projeto da responsabilidade do Enfermeiro Maurício Fernandes Alves (investigador responsável) com a orientação da Professora Amélia Castilho e co-orientação do Prof. Luís Loureiro, ambos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

A satisfação no trabalho tem constituído ao longo dos anos um tópico de interesse crescente em Saúde e na Enfermagem, para os que se preocupam com a qualidade de vida no trabalho, o sucesso das organizações e com as consequências do esforço de cada profissional, nos cuidados de saúde. Em Portugal, a satisfação profissional tem enquadramento legal na Lei de Bases da Saúde, que prevê a avaliação do nível de satisfação dos profissionais, enquanto indicador da avaliação permanente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao mesmo tempo que a política de recursos humanos deve garantir o estímulo dos profissionais. Simultaneamente, a segurança do doente é definida como um componente estruturante, uma meta constante e um indicador referencial do desempenho e qualidade do sistema de saúde.

O objetivo deste estudo é analisar se existe relação entre a satisfação profissional dos enfermeiros e os eventos adversos associados à prática de enfermagem.

Neste sentido, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário que demorará no máximo 10 minutos. O mesmo será anónimo e confidencial, os dados recolhidos serão tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica.

*Com a sua participação e preenchimento está a declarar a aceitação livre e voluntária no estudo.*

*Qualquer tipo de informação adicional poderá ser solicitada através do email [mcrealx@gmail.com](mailto:mcrealx@gmail.com).*

*Agradecemos desde já a sua participação.*

*Maurício Alves*

APÊNDICE III

Pedido de colaboração da Ordem dos Enfermeiros na investigação

Maurício Fernandes Alves  
Enfermeiro Membro n.º 48681  
Urb. Portas de S. Miguel Lt. 11 - 3.º Esq.  
3020-166 Coimbra

**Digníssimo Bastonário da Ordem dos Enfermeiros**  
**Exmo. Senhor Enf.º Germano Couto**

**Assunto:** Solicitação de colaboração para investigação

Exmo. Senhor Bastonário Enf.º Germano Couto,

O meu nome é Maurício Alves, sou enfermeiro no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, (Unidade de Cuidados Intensivos Coronários) estudante no Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica e mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Neste âmbito académico, encontro-me a desenvolver um estudo de investigação sobre a “Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na Prática de Enfermagem”, tendo em vista a análise da relação entre estas duas variáveis, no enquadramento social, profissional e económico do país. Este projeto beneficia da orientação da Professora Doutora Amélia Castilho (ESEnfC) e co-orientação do Professor Doutor Luís Loureiro (ESEnfC).

Tendo em vista resultados significativos e demonstrativos da realidade nacional, é minha intenção aplicar um questionário *online* ao maior número possível de enfermeiros.

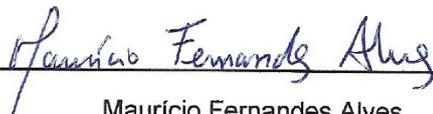
Desta forma, ao abrigo do Parecer n.º 51/2013 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, venho por este meio solicitar a V.Exa. a colaboração por parte da associação que representa, na promoção da investigação, no sentido da Ordem dos Enfermeiros, disponibilizar os recursos eletrónicos, com vista à apresentação da investigação e hiperligação do questionário. Assim, mais concretamente, solicitamos o envio de uma mensagem de correio eletrónico a todos os membros, a colocação de um *link/banner* no site da Ordem dos Enfermeiros, no

conteúdo das *newsletters* enviadas aos membros e noutras formas que sejam consideradas significativas para a obtenção do maior número de respostas.

Estando respeitosamente convicto que os resultados desta investigação são também relevantes, pertinentes e de interesse para a Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, art.º 3, n.º 1), agradeço desde já a V.Exa. a melhor compreensão, colaboração e todo o tempo disponibilizado na reflexão deste pedido.

Aguardando a comunicação de V.Exa. no que entender por conveniente,

Apresento os meus respeitosos cumprimentos,



---

Maurício Fernandes Alves

Assinatura do Investigador Responsável

Coimbra, 17 de junho de 2015



## APÊNDICE IV

Resultados de consistência interna das dimensões da  
Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros

### Dimensão 1 – Satisfação no Relacionamento com o Chefe

**Estatísticas de item-total**

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Gosto do meu chefe?	9,82	9,333	,762	,762
O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho?	10,03	9,567	,671	,800
O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados?	10,19	9,538	,606	,831
O meu chefe é injusto comigo?	9,72	9,740	,669	,801

### Dimensão 2 – Satisfação com Benefícios e Recompensas

**Estatísticas de item-total**

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Os aumentos salariais são poucos e distantes?	6,92	6,694	,218	,590
Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter?	6,27	4,713	,382	,517
Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser?	6,48	4,776	,520	,429
Tenho muito que fazer no meu trabalho?	6,64	6,317	,266	,572
Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização?	6,00	4,967	,363	,526

### Dimensão 3 - Satisfação com Promoção

#### Estadísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas?	10,96	16,155	,596	,755
Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos?	10,85	15,977	,602	,754
Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo?	10,81	16,496	,552	,763
As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais?	10,90	16,929	,507	,772
Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço?	11,21	18,920	,351	,796
Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso?	10,18	15,312	,553	,764
A comunicação parece boa dentro desta organização?	10,23	16,066	,513	,771

### Dimensão 4 - Satisfação com o Contexto de Trabalho

#### Estadísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
O meu trabalho é agradável?	8,39	2,720	,627	,838
Gosto de fazer o que faço no meu trabalho?	7,84	2,759	,756	,701
Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho?	7,71	3,002	,699	,760

## Dimensão 5 - Satisfação com a Comunicação

Estadísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho?	8,16	6,842	,274	,628
Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado?	8,06	5,844	,409	,535
Os objetivos desta organização não são claros para mim?	7,91	5,465	,500	,462
Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados?	7,95	6,121	,405	,539

## Dimensão 6 - Satisfação no Relacionamento com a Equipa

Estadísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Gosto das pessoas com quem trabalho?	4,06	,629	,804	.
Gosto dos meus colegas de trabalho?	3,96	,573	,804	.

## **APÊNDICE V**

*Testes Post-Hoc de Bonferroni*

## Hipótese H1.A - Existe relação entre a categoria profissional e a SP dos enfermeiros

### Comparações múltiplas

Variável dependente: Satisfação Profissional

Bonferroni

(I) Categoria Profissional	(J) Categoria Profissional	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Enfermeiros	Especialistas	-,07407	,04591	,321	-,1842	,0360
	Função de gestão	-,39353*	,05336	,000	-,5215	-,2656
Especialistas	Enfermeiros	,07407	,04591	,321	-,0360	,1842
	Função de gestão	-,31946*	,06616	,000	-,4781	-,1608
Função de gestão	Enfermeiros	,39353*	,05336	,000	,2656	,5215
	Especialistas	,31946*	,06616	,000	,1608	,4781

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

## Hipótese H1.B - Existe relação entre o tipo de relação laboral e a SP dos enfermeiros

### Comparações múltiplas

Variável dependente: Satisfação Profissional

Bonferroni

(I) Tipo de Relação Laboral	(J) Tipo de Relação Laboral	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
CTFP	CIT tempo Indeterminado	,06208	,03184	,154	-,0143	,1384
	Termo Certo/Recibos	,06381	,06399	,957	-,0896	,2172
CIT tempo Indeterminado	CTFP	-,06208	,03184	,154	-,1384	,0143
	Termo Certo/Recibos	,00174	,06367	1,000	-,1509	,1544
Termo Certo/Recibos	CTFP	-,06381	,06399	,957	-,2172	,0896
	CIT tempo Indeterminado	-,00174	,06367	1,000	-,1544	,1509

**Hipótese H2.A - Existe relação entre a categoria profissional e os Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem**

**Comparações múltiplas**

Bonferroni

Variável dependente	(I) Categoria Profissional	(J) Categoria Profissional	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Práticas de Enfermagem	Enfermeiros	Especialistas	-,03399	,04197	1,000	-,1347	,0667
		Função de gestão	-,14216*	,04778	,009	-,2568	-,0276
	Especialistas	Enfermeiros	,03399	,04197	1,000	-,0667	,1347
		Função de gestão	-,10817	,05979	,212	-,2516	,0352
	Função de gestão	Enfermeiros	,14216*	,04778	,009	,0276	,2568
		Especialistas	,10817	,05979	,212	-,0352	,2516
Eventos Adversos	Enfermeiros	Especialistas	,02185	,05046	1,000	-,0992	,1429
		Função de gestão	,00359	,05798	1,000	-,1355	,1426
	Especialistas	Enfermeiros	-,02185	,05046	1,000	-,1429	,0992
		Função de gestão	-,01826	,07233	1,000	-,1917	,1552
	Função de gestão	Enfermeiros	-,00359	,05798	1,000	-,1426	,1355
		Especialistas	,01826	,07233	1,000	-,1552	,1917

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

**Hipótese H2.B - Existe relação entre o tipo de relação laboral e os Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem**

**Comparações múltiplas**

Bonferroni

Variável dependente	(I) Tipo de Relação Laboral	(J) Tipo de Relação Laboral	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Práticas de Enfermagem	CTFP	CIT tempo indeterminado	,09067*	,02804	,004	,0234	,1579
		Termo Certo/Recibo	,05064	,05556	1,000	-,0826	,1839
	CIT tempo indeterminado	CTFP	-,09067*	,02804	,004	-,1579	-,0234
		Termo Certo/Recibo	-,04003	,05512	1,000	-,1722	,0922
	Termo Certo/Recibo	CTFP	-,05064	,05556	1,000	-,1839	,0826
		CIT tempo indeterminado	,04003	,05512	1,000	-,0922	,1722
Eventos Adversos	CTFP	CIT tempo indeterminado	-,10969*	,03349	,003	-,1900	-,0294
		Termo Certo/Recibo	-,04328	,06798	1,000	-,2063	,1198
	CIT tempo indeterminado	CTFP	,10969*	,03349	,003	,0294	,1900
		Termo Certo/Recibo	,06641	,06747	,975	-,0954	,2282
	Termo Certo/Recibo	CTFP	,04328	,06798	1,000	-,1198	,2063
		CIT tempo indeterminado	-,06641	,06747	,975	-,2282	,0954

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

**ANEXOS**



## ANEXO I

Autorização dos autores para aplicação do instrumento “Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros”



Maurício Alves &lt;mcrealx@gmail.com&gt;

---

**RE: Autorização para Aplicação da EASPE**

---

mfederico <mfederico@esenfc.pt>  
Para: Maurício Alves <mauriciofalves@hotmail.com>

4 de março de 2015 às 17:58

Boa tarde,

Felicit-o pelo tema que está a estudar, que se reveste da maior relevância e atualidade.

Sendo o prof. Luis Loureiro seu orientador, nem necessita de formalizar aa autorização para utilização da escala, pois ele também é autor.

Votos do maior sucesso

---

**Manuela Frederico-Ferreira**, RN, MS, PhD

Professora Coordenadora

Presidente do Conselho para a Qualidade e Avaliação

Investigadora da UICISA-dE e Coordenadora da linha 'Sistemas e Organizações de Saúde'

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto, Apartado 7001

3046-851 Coimbra - Portugal

Tel

TM

e-mail: mfederico@esenfc.pt

**De:** [mcrealx@gmail.com](mailto:mcrealx@gmail.com) [mailto:[mcrealx@gmail.com](mailto:mcrealx@gmail.com)] **Em nome de** Maurício Alves**Enviada:** quarta-feira, 4 de Março de 2015 17:25**Para:** [mfederico@esenfc.pt](mailto:mfederico@esenfc.pt)**Assunto:** Autorização para Aplicação da EASPE

Boa tarde Prof.ª Manuela Frederico,

O meu nome é Maurício Alves, Enfermeiro, estudante do V Mestrado EMC da ESEnfC.

Estou a desenvolver uma investigação com o tema "Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na Prática de Enfermagem" com a orientação da Prof.ª Amélia Castilho e co-orientação do Prof. Luís Loureiro.

04/03/2015

Gmail - RE: Autorização para Aplicação da EASPE

Gostaria de lhe solicitar autorização para utilização e aplicação do instrumento por si desenvolvido, a Escala de Avaliação da Satisfação Profissional dos Enfermeiros, no meu estudo de investigação.

Se for possível pedia para também me enviar uma cópia do instrumento.

Agradeço a atenção dispensada e a colaboração para o desenvolvimento do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Maurício Alves

964444293

ESEnC - a21316004





ANEXO II

Autorização dos autores para aplicação do instrumento “Escala de  
Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem”

05/03/2015

Gmail - RE: Autorização para aplicação de Escala



Maurício Alves <mcrealx@gmail.com>

---

## RE: Autorização para aplicação de Escala

---

Amélia Castilho <afilomena@esenfc.pt>  
Para: Maurício Alves <mauriciofalves@hotmail.com>

5 de março de 2015 às 00:11

Boa Noite enfermeiro Maurício

É com todo gosto que concedo autorização para a utilização da escala de eventos adversos associados à prática de enfermagem-EEAPE.

Votos de muito sucesso no seu trabalho

Professora

Amélia Castilho

**De:** mcrealx@gmail.com [mailto:mcrealx@gmail.com] **Em nome de** Maurício Alves  
**Enviada:** quarta-feira, 4 de Março de 2015 17:31  
**Para:** Amélia Castilho  
**Assunto:** Autorização para aplicação de Escala

Boa tarde Prof.<sup>a</sup> Amélia Castilho,

O meu nome é Maurício Alves, Enfermeiro, estudante do V Mestrado EMC da ESEnfC.

Estou a desenvolver uma investigação com o tema "Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na Prática de Enfermagem".

Gostaria de lhe solicitar autorização para utilização e aplicação do instrumento por si desenvolvido, a Escala de eventos adversos associados às práticas enfermagem, no meu estudo de investigação.

Agradeço a atenção dispensada e a colaboração para o desenvolvimento deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

ANEXO III

Autorização para utilização da Plataforma MedQuest  
da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

10/03/2015

Gmail RE: Questionário online



Maurício Alves <mcrealx@gmail.com>

---

**RE: Questionário online**

---

**Jorge Gomes (FMUP)** <jorge@med.up.pt>  
Para: Maurício Alves <mauriciofalves@hotmail.com>

10 de março de 2015 às 12:41

Boa tarde,

O Sr. Prof. Altamiro da Costa Pereira deu autorização para a criação da sua coleção de questionários MedQuest:

ID da Coleção: 63

Superutilizador: [REDACTED]

Melhores cumprimentos,

Jorge Gomes

ANEXO IV

Parecer Ético da Comissão de Ética da ESEnfC

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer Nº 260-02/2015**

### **Título do Projecto:**

Satisfação profissional e a segurança do doente na prática de enfermagem

### **Identificação do Proponente**

Nome(s): Maurício Fernandes Alves

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Maurício Fernandes Alves/Amélia Castilho

**Relator:** José Carlos Amado Martins

### **Parecer**

No âmbito do mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, o investigador pretende desenvolver estudo de tipo "descritivo correlacional" que tem como objectivos: "analisar a relação entre a satisfação profissional dos enfermeiros e os eventos adversos na prática de enfermagem; caracterizar o nível de satisfação profissional dos enfermeiros; caracterizar a perceção da ocorrência de eventos adversos, numa perspectiva de processo (práticas de enfermagem) e numa perspectiva de resultados (risco e ocorrência de eventos) dos enfermeiros; analisar em que medida as características socioprofissionais estão associadas com a satisfação profissional dos enfermeiros; analisar em que medida as características socioprofissionais estão associadas com os eventos adversos na prática de enfermagem".

Os dados serão colhidos de maio a Setembro de 2015, através de questionário [questionário sociodemográfico; escala de avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros, de Frederico e Loureiro (2009); escala de eventos adversos associados à prática de enfermagem, de Castilho e Parreira (2012)] *online*, junto de "enfermeiros a trabalhar em instituições de saúde em Portugal".

É garantida a confidencialidade e o anonimato nos dados colhidos. A participação dos enfermeiros é voluntária.

O recrutamento dos enfermeiros acontecerá via mailing enviado pelos serviços informáticos da Ordem dos Enfermeiros. Este mailing conterá texto com a informação sobre o estudo e hiperligação para aceder ao questionário *online*. Na área do questionário será repetida a informação sobre o estudo. A resposta ao questionário é assumida como demonstração do consentimento para participar no estudo.

Não são previstos custos ou danos nem benefícios diretos para os participantes.

Face ao exposto, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à concretização do estudo.

O relator: José Carlos Amado Martins

Data: 18/03/2015

Pelo Presidente da Comissão de Ética:

Amélia Castilho

ANEXO V

Autorização e resposta da Ordem dos Enfermeiros  
ao pedido de colaboração na investigação



Maurício Alves <mcrealx@gmail.com>

---

**FW: SAI-OE/2015/6364: Pedido de Colaboração da Ordem dos Enfermeiros em Investigação (Parecer 51/2013) - Satisfação Profissional e a Segurança do Doente nas Práticas de Enfermagem**

---

**GAFID** <gafid@ordemenfermeiros.pt>  
Para: mcrealx@gmail.com  
Cc: gafid <gafid@ordemenfermeiros.pt>

21 de agosto de 2015 às 14:52

Caro Sr. Enfermeiro Maurício Alves,

Informamos que o seu pedido de colaboração da Ordem dos Enfermeiros foi autorizado e que o questionário irá ser divulgado no diferentes meios de divulgação e em diversas fases.

Encontramo-nos disponíveis para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,

**Ana Simões**

Técnica de Formação

Technical Training

**Ordem dos Enfermeiros**

**Gabinete de Formação, Investigação e Desenvolvimento - GAFID**

Office of Training, Research and Development – R&D

Av. Almirante Gago Coutinho, 75

1700-028 Lisboa

Portugal

+351 218 455 230/210 105 904

Telf

914469340

Tlm

+351 218 455 259

Fax

[gafid@ordemenfermeiros.pt](mailto:gafid@ordemenfermeiros.pt)

<http://www.ordemenfermeiros.pt/>

## ANEXO VI

Exemplo da divulgação realizada pela Ordem dos Enfermeiros



- // [A Ordem](#)
- // [A Enfermagem](#)
- // [Membros](#)
- // [Colégios](#)
- // [Informação](#)
- [Notícias](#)
- [Press Releases](#)
- [Revista da OE](#)
- [Resenhas de Imprensa](#)
- [Newsletters](#)
- [ExpressOE](#)
- [Galeria de Imagens](#)
- // [Pareceres](#)
- // [Tomadas de Posição](#)
- // [Documentos Oficiais](#)
- // [Legislação](#)
- // [Publicações](#)
- // [Inserção Profissional e Empreendedorismo](#)
- // [Relações Internacionais](#)
- // [Projectos e Programas](#)
- // [Eventos da OE](#)
- // [Links](#)
- // [Agenda](#)
- // [English Information](#)
- // [Estrutura de Idonidades](#)
- // [FAQ's](#)
- // [Eleições OE 2015](#)
- // [Benefícios para os membros](#)

## Informação

[Ordem dos Enfermeiros](#) > [Informação](#)

## Notícias

21-08-2015

### Preencha o questionário do projeto de investigação sobre «A Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na prática de Enfermagem»

Pela pertinência do tema e por cumprir os requisitos para divulgação do projetos de investigação, a Ordem dos Enfermeiros (OE) decidiu apoiar o estudo intitulado «A Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na prática de Enfermagem».

Se está a exercer em Portugal e dedica a maior parte do seu tempo à prestação direta de cuidados de saúde, apelamos a que aceda à plataforma *online* e [preencha o questionário](#).

Este estudo pretende perceber se «existe relação entre a satisfação profissional dos enfermeiros e os eventos adversos associados à prática de Enfermagem», explica o Enf. Maurício Alves.

Ainda segundo o investigador, «a satisfação no trabalho tem constituído ao longo dos anos um tópico de interesse crescente em Saúde e na Enfermagem para os que se preocupam com a qualidade de vida no trabalho, o sucesso das organizações e com as consequências do esforço de cada profissional nos cuidados de saúde». Paralelamente, «a segurança do doente é definida como um componente estruturante, uma meta constante e um indicador referencial do desempenho e qualidade do sistema de saúde».

Acrescentamos que este projeto de investigação está a ser desenvolvido pelo Enf. Maurício Fernandes Alves no âmbito do VIII Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação da Prof.ª Amélia Castilho e coorientação do Prof. Luís Loureiro.

GAFD/AS - Basti/GC - GCI/LCN

